



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA
FACULTAD
DE TURISMO

GRADUADO EN TURISMO TRABAJO FIN DE GRADO

Una aproximación al turismo sanitario en la Costa del Sol

Realizado por:

Antonio Javier Cobacho Arenas

Dirigido por:

José Luis Sánchez Ollero

MÁLAGA, Septiembre 2014

TÍTULO: Una aproximación al turismo sanitario en la Costa del Sol

PALABRAS CLAVE: *turismo sanitario, turismo médico, health tourism, medical tourism, health care tourism, medical travel, trades in health services; medical facilitators, Costa del Sol*

RESUMEN: *El turismo sanitario es un sector que está desarrollándose conforme a los tiempos que corren. Si bien es cierto que es difícil dar una definición exacta de lo que es turismo sanitario, cada vez son más frecuentes los viajes debido a una motivación médica, como pueden ser, tratamientos sanitarios de diversa índole: cirugías digestivas, cardíacas, tratamientos de odontología, etc.*

Se trata de un fenómeno a nivel mundial; traspasa fronteras, la globalización, entre otros factores, ha contribuido a ello. Pero tras el viaje se encuentran muchas motivaciones que condicionan el viaje, ya sean culturales, idiomáticas, etc. En este trabajo tratamos todas ellas.

Nos encontramos ante una industria fuertemente consolidada en muchos países y con un gran índice de desarrollo y aportación a la economía, tanto a nivel local como global. A lo largo del mundo, existen multitud de asociaciones, spin-off o empresas que tratan de conectar las infraestructuras sanitarias existentes con una demanda de pacientes en la que ya no hablamos solo de nivel local, sino a nivel global.

La Costa del Sol no es ajena a todo esto ya que es ahora cuando se están empezando a dar los primeros pasos en lo que a turismo sanitario se refiere con la creación de dos Spin Off: Málaga Health y Turismo Salud y Bienestar. La reciente colaboración de estas nos lleva a pensar que el turismo sanitario es un tema recurrente y actual en la provincia y tiene muchos beneficios para la industria turística de la provincia de Málaga.

ÍNDICE

Capítulo 1 Turismo sanitario: definición	6
1.1. Descripción y origen del fenómeno	6
1.1.1. Datos de este fenómeno a nivel global	6
1.1.2. Turismo sanitario y su situación dentro de la industria turística.....	10
1.1.3. Marketing y turismo sanitario	11
1.1.4. Portales web de reserva de turismo médico y otras fuentes de información	13
1.1.5. Desmintiendo mitos y creencias acerca del turismo sanitario: sobreestimación de las estadísticas	17
1.1.6. Categorías de turistas sanitarios según procedimiento, duración y tipología.....	19
1.1.7. Estudio de casos reales: Tailandia, Malasia, Singapur, Corea, India y México	20
 Capítulo 2 Tendencias y motivaciones.....	33
2.1.1. Motivación del turista a la hora de elegir destino y tipologías de tratamientos	33
2.1.2. Influencia de la motivación cultural sobre el viaje	36
2.1.3. Movimientos entre fronteras.....	38
2.1.4. Efectos del turismo sanitario. Efecto bi-lateral: pros y contras para el país de origen y destino	40
2.1.5. Estudio de un caso práctico: la potencial relación bi-lateral entre India y el Reino unido	46
2.1.6. Errores al definir el impacto económico del fenómeno.....	49
2.1.7. Ética en el turismo médico en un contexto de globalización.....	51
2.1.8. Resumen del contexto del fenómeno y sus características	53
2.1.9. Facilitadores de turismo sanitario.....	54
2.1.10. Estudio de comparación entre distintos facilitadores de turismo sanitario	57

Capítulo 3 Turismo sanitario en la Costa del Sol	58
3.1. Introducción.....	58
3.1.1. Situación del turismo de salud en la Costa del Sol	60
3.1.2. Análisis DAFO de las potencialidades de la implantación de un producto de turismo sanitario en la Costa del Sol.....	63
3.1.3. Fundaciones de turismo sanitario en la Costa del Sol: el caso de Málaga Health y Tourism & Health Spain	65
3.2. Conclusión.....	67

CAPÍTULO 1 TURISMO SANITARIO: DEFINICIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN Y ORIGEN DEL FENÓMENO

El turismo de salud es un concepto muy amplio, el cuál engloba muchas actividades. Entre ellas destaca el turismo sanitario. No se trata de un fenómeno nuevo, sino que desde que la población tiene tendencia a hacer turismo debido a diversos motivos, muchos de ellos han viajado para conocer los beneficios del turismo de salud.

El origen del turismo de salud puede tener lugar en los antiguos griegos, que viajaban a Epidauro, una pequeña ciudad griega de la Argólida, península al noroeste del Peloponeso, para darse tratamientos de salud del dios Asklepios (Reisman, 2010).

Lo que es nuevo no es el fenómeno en sí, sino la magnitud que ha cobrado este tipo de turismo. Es común confundir el turismo de salud con el turismo sanitario propiamente dicho. Éste último, parte como una rama del turismo de salud destinada al tratamiento sanitario de un paciente, frecuentemente una cirugía, en un país distinto al de origen, es decir, en un país extranjero (Johnston, Crooks, Jeremy & Kingsbury, 2010).

Sin embargo, se trata de un fenómeno complejo en el cuál entran en juego diferentes actores; la economía, el turismo y el propio sistema sanitario del país. En este trabajo veremos cómo interactúan los diferentes actores para la consecución de este producto turístico-médico, denominado turismo sanitario.

1.1.1. Datos de este fenómeno a nivel global

Al no existir una definición conjunta internacional para el turistas sanitario, es muy difícil obtener datos certeros del número de turistas sanitarios. Por ejemplo, algunos países cuentan el número de visitas a pacientes extranjeros en los hospitales y otros cuentan la entrada individual de pacientes en el país. Así mismo, otras fuentes de información son las encuestas acerca del propósito del viaje en los puntos de entrada al país o en los hospitales. Sin embargo, es importante excluir de estas encuestas a extranjeros que tienen residencia y viven en el extranjero, ya que estos son más propensos a usar el sistema sanitario público (Helble, 2011). Esta es tan solo la teoría, en la práctica, el turista sanitario al carecer de un definición consensuada, engloba multitud de casos y, en muchas ocasiones, es difícil diferenciar qué es turismo sanitario y qué no lo es.

En cualquier caso y según diversos estudios, a continuación se reflejan algunos ejemplos del gasto relacionado con este tipo de turismo por parte de algunos países y la consecuente aportación a la economía del propio país. Todo ello

nos sirve para hacernos una idea de la magnitud que está cobrando este tipo de turismo.

En el Reino Unido, con fecha de 2007, se gastaron 135 millones de libras en tratamientos médicos y cerca de 100.000 británicos salieron del país para someterse a algún tipo de tratamiento médico, contribuyendo a este llamado turismo sanitario (Reisman, 2010). Además cerca de 1.29 millones de personas se han sometido a un tratamiento dental en el extranjero en el año 2009 (Deloitte Center for Health Solutions, 2009).

Se cree que más de 400.000 no residentes en los Estados Unidos fueron a dicho país para solicitar asistencia médica en 2008. La mayoría procedentes de Oriente Medio, América del Sur y Canadá. Estos dejaron en el país unos 5 billones de dólares (Deloitte Center for Health Solutions, 2008). Debido a la sanidad privada con un coste elevado que tiene este país y el elevado número de hospitales con los últimos avances en tecnología y tratamientos médicos, es de entender, que un gran porcentaje de estos turistas, por no decir, la mayoría, eran de alto poder adquisitivo. Al mismo tiempo, en el mismo año, 2008, entre 500.000 y 750.000 estadounidenses viajaron al extranjero por el mismo motivo dejando un gasto estimado de 2 mil millones al año en turismo de salud mientras otros autores cifran un gasto anual de 1.5 billón de dólares (Bies & Zacharia, 2007).

Para hacernos una idea a nivel global, se cifran aproximadamente 4 millones de pacientes internacionales cada año. Se cree que el turismo médico constituye un 5% del turismo total en todo el mundo. Es decir, estamos hablando de un mercado global que puede mover hasta 60 billones de dólares al año y que está creciendo un 20 % cada año (Reisman, 2010).

Las estadísticas estimadas proporcionadas por la Organización Mundial del Turismo (WTO) muestran que el número de individuos que participan en turismo sanitario han incrementado un 32 % entre 2005 y 2010. Los países asiáticos reciben un total de 4.3 millones de turistas médicos en 2010 que generan un beneficio de 6.7 billones de dólares y se han convertido en uno de los destinos preferidos para tratamiento médico. El turismo médico en Malasia, Tailandia, Singapur y la India se ha desarrollado hasta situar a estos países como destinos líderes con hospitales especializados y productos turístico-médicos de menor coste que en países de la competencia.

Otros autores situaban el mercado global del turismo sanitario en una estimación de 100 mil millones de dólares en 2012 mientras que en 2006 la industria estaba estimada en menos, 60 mil millones (Hansen, 2008); (MacReady, 2007). Ello nos da una idea acerca del rápido crecimiento de este tipo de turismo.

Según un estudio de la OECD: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (2009); se afirma que entre los 34 países miembros de dicha organización y en el año 2007; Alemania era el mayor importador de tratamientos médicos con 1.5 mil millones de dólares superando incluso a los Estados Unidos y Holanda los cuáles importaban unas cantidades de 660 y 618

millones de dólares respectivamente, como podemos ver en la siguiente tabla (Organization for Economic Cooperation and Development, 2009).

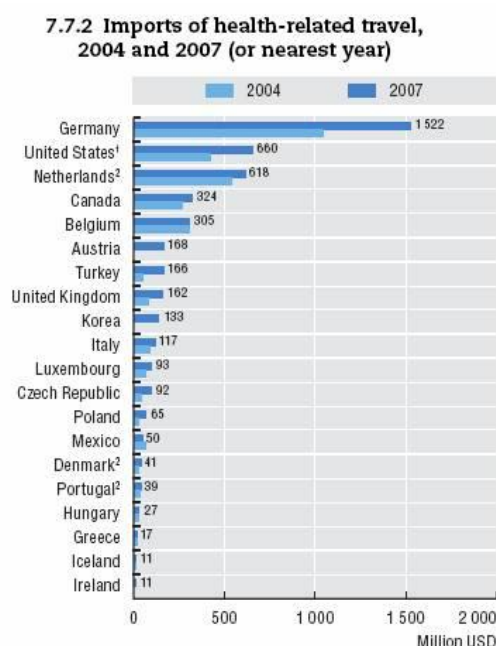


Figura 1: Tabla de importaciones en tratamientos médicos (OECD, 2009)

Sin embargo, en cuanto a exportaciones nos encontramos a Estados Unidos como el principal exportador con 2.6 miles de millones de dólares seguida por la República Checa y Turquía con 418 y 409 millones de dólares cada una respectivamente.

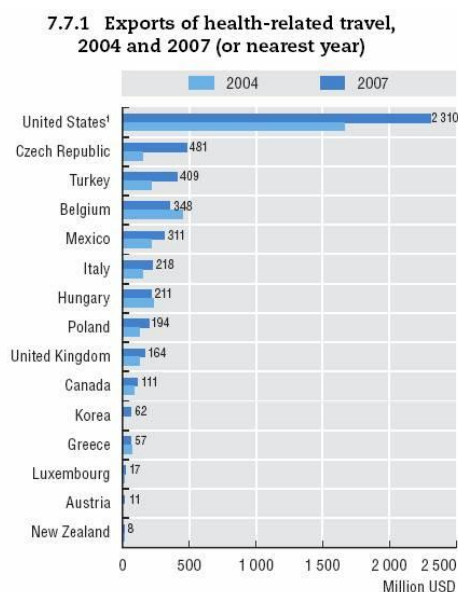


Figura 2: Tabla de importaciones en tratamientos médicos (OECD, 2009)

En el siguiente estudio de la OECD, realizado en el 2013, no aparecen cifras del gasto de los países destinado a importaciones y exportaciones de tratamientos sanitarios, pero sí aparece el porcentaje del país con respecto al gasto total en tratamiento sanitario y su crecimiento anual en el período 2006-2011, en términos reales.

En cuanto a importaciones de tratamientos sanitarios, Luxemburgo lidera el mayor gasto entre los países miembros de la OECD (3,48%). Le siguen Islandia y Portugal con un 1.13% y un 1.02% respectivamente. Sin embargo, en cuanto a la tasa de crecimiento anual, Estonia (29%) y Eslovaquia (27.9%) son los que mayor crecimiento han experimentado como se refleja en la siguiente tabla (Organization for Economic Cooperation and Development, 2013):

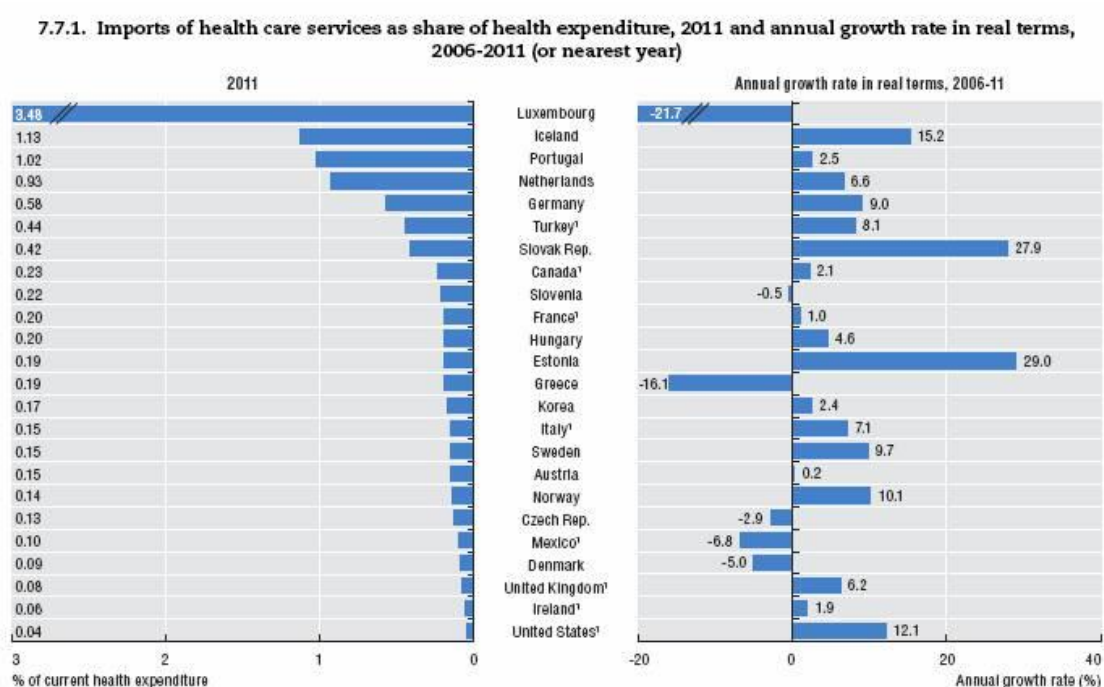


Figura 3: Importaciones en servicios sanitarios y su porcentaje en el gasto sanitario, período 2006-2011 (OECD, 2013)

Atendiendo a las exportaciones de tratamientos sanitarios, la República Checa lidera el porcentaje respecto al gasto sanitario total con un 3,60 %. A este país, le siguen Luxemburgo (1,85%) y Eslovenia (1,49%). Por otra parte, según la tasa de crecimiento anual por país; Eslovenia (20,3%), Polonia (19.4%), Corea (19%) e Israel (18%) son los que mayor crecimiento han experimentado en el gasto destinado a exportaciones de tratamientos sanitarios.

7.7.2. Exports of health-related travel or other services as share of health expenditure, 2011 and annual growth rate in real terms, 2006-2011 (or nearest year)

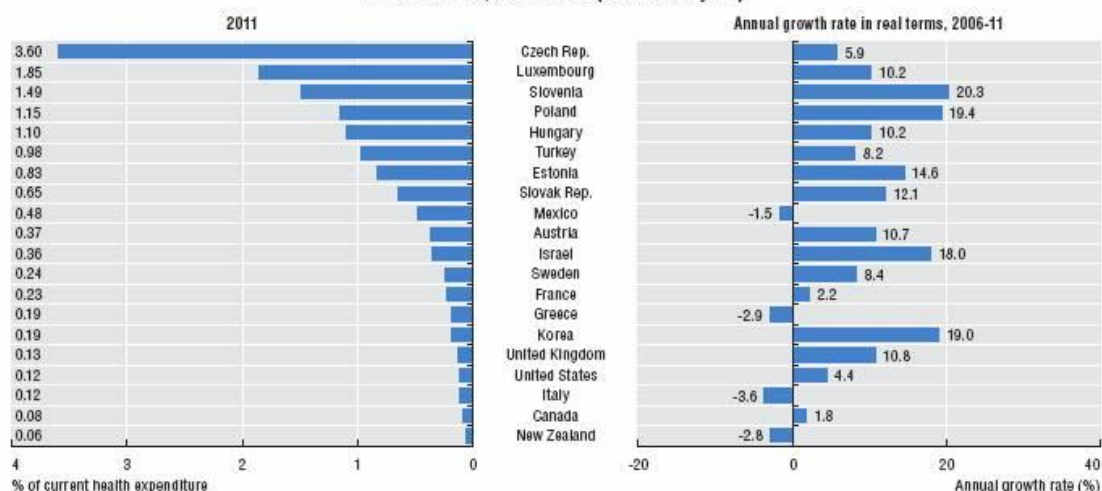


Figura 4: Exportaciones en servicios sanitarios y su porcentaje en el gasto sanitario, período 2006-2011 (OECD, 2013)

1.1.2. Turismo sanitario y su situación dentro de la industria turística

En cualquier caso, tener unas cifras exactas de este tipo de turismo se antoja algo muy difícil debido a la dificultad para recabar datos. En cualquier caso estas estimaciones anteriores nos hacen una idea de la magnitud que cobra este tipo de turismo. Para un país, invertir en este sector equivale a invertir en unos beneficios futuros para la industria y el país en su conjunto, que desembocarán en una mejora de los servicios que crearán un intercambio de beneficios con el extranjero e impulsarán al sector turístico (Ramírez de Arellano, 2007).

Estos beneficios futuros, que traerá consigo este tipo de turismo, para la industria se harán patentes en los sectores tecnológico, económico, cultural y otras relaciones internacionales de los países (Jenner, 2008).

Este tipo de turismo es resultado, en parte, de la globalización surgida en la atención sanitaria y en el turismo, las cuales han constituido un gran aumento del potencial económico a la economía global (Bookman, 2007).

Se trata de un fenómeno a nivel global aunque ciertos autores diferencian regiones o países más activos o avanzados que otros en servicios de turismo sanitario. Se incluyen los ya citados Malasia, Tailandia y Singapur en Asia; Hungría y Polonia en la Europa del Este; en la cuenca mediterránea, Malta y Chipre; en África particularmente Sudáfrica; en América del Sur y Central encontramos ejemplos en Costa Rica, México, Brasil y Cuba; y, por último, en Oriente Medio particularmente en Dubai y Jordania (Carrera, 2010).

En 2011, solo Malasia recibió aproximadamente 287.334 turistas sanitarios procedentes del extranjero, cuya mayoría provenían de la región de Indonesia (Wan Normila Mohamad, 2012).

Este dato claramente ilustra el incesante crecimiento de la demanda de este sector turístico.

El turismo sanitario nacional, es decir, el que desplaza al turista dentro de su propio país cobra especial importancia en Estados Unidos donde se sitúa como un sector turístico creciente. El estadounidense no es ajeno a esto y fija sus ojos en la oferta sanitaria de su propio país. Incluso están empezando a aparecer agentes de viajes especializados en el turismo sanitario como es el caso de "Healthplace America", el cuál fundamenta su modelo de negocio en atraer a clientes sin ser residentes locales con paquetes de viaje especializados en este tipo de turismo (Reisman, 2010). Estos agentes de viajes especializados serán tratados en capítulos posteriores.

1.1.3. Marketing y turismo sanitario

El turismo médico tiene semejanzas con la industria turística corriente. El marketing está comenzando a coger forma en multitud de webs (de hospitales, organizaciones nacionales de turismo y tour-operadores) y en distintos libros-guía de turismo sanitario. La mayoría de estas guías han sido publicadas a mediados y finales de la última década y no han sido actualizadas, debido a que internet las ha relevado.

Además de las revistas especializadas, la única información no procedente de internet que encontramos en libros sobre turismo medico son 5 libros-guía, 3 de ellos publicadas en los últimos años, acerca del turismo sanitario. Éstas son: *The Medical Tourism Travel Guide*, de Gahlinger (2008); *The Complete Medical Tourist*, de Hancock (2006); *The Complete Idiot's Guide to Medical Tourism*, de Marke y Sharpe (2009); *Beauty from Afar: A Medical Tourist's Guide to Affordable Patients Beyond Borders*, de Woodman (2008).

El uso de internet se ha vuelto vital para el marketing de este tipo de turismo. Las páginas web no son exclusivamente consultadas por grupos de personas que necesariamente van a ser propensas a someterse a tratamientos de turismo sanitario (Gill, 2011). También se ha observado una tendencia de consultan desde países en donde la industria de turismo sanitario ya está siendo establecida (Ye, 2011).

Una encuesta de 2009 sobre un número desconocido de pacientes internacionales en Bumrungrad (uno de los hospitales internacionales más reputados de Tailandia) relevó que el medio por el cual los pacientes más se informan acerca de turismo médico es a través de amigos y muy pocos a través de libros o por los medios. Un cuarto de los pacientes de Bumrungrad usan internet para información de destinos y hospitales del país (Anon, 2010).

También hay que tener en cuenta que el uso de internet no es el mismo en un país como Tailandia que en Estados Unidos por ejemplo, pero lo que el estudio sí pone el alza es que el llamado “boca-a-boca” tiene mucha repercusión a la hora de promocionar o elaborar un marketing basado en turismo sanitario.

El turismo es menos común en las páginas webs de los hospitales, aunque a menudo existen páginas de hospitales que incluyen también el alojamiento (hoteles incluyendo todas sus facilidades, como conexiones de internet) y además hacen links a páginas de hoteles y otros proveedores turísticos. Estas páginas webs de hospitales incluyen el propio servicio de hospital junto a calidades de hoteles; como restaurantes, los traslados hasta los aeropuertos y extensiones de un determinado visado especial, denominado visado sanitario.

Los hospitales dedicados en esencial a turismo médico se han transformado desde hospitales clínicos funcionales y públicos a resorts que han tomado elementos de los hoteles de élite, de las oficinas de turismo y de los centros comerciales. Estos resorts tienen una arquitectura que proyecta “un hospital corporativo que es de todo pero un hospital” (Lefebvre, 2008). Parecido a hoteles de lujo, los hospitales de élite “*hospitel*” tienen habitaciones de cinco estrellas, además de restaurantes además de la “comida de hospital”, restaurantes japoneses e italianos y también McDonald’s y Starbucks en la primera planta.

Algunos hospitales y cadenas hoteleras se han integrado en la industria turística. El principal grupo de hospitales en Singapur, “Raffles”, organiza los traslados al aeropuerto, las reservas en hoteles y también tours turísticos locales. De este modo los hospitales se han conectado incluso a las líneas aéreas. El hospital de Bangkok está conectado con “AirAsia”. Así mismo, “Turkish Airlines” anunció que están trabajando con proveedores de turismo sanitario para operar desde los Estados Unidos y varios países europeos (Connell, 2012).

Otro ejemplo puede ser la empresa PlanetHospital, de California. Surgió en 2002, está especializada en turismo médico y ofrece viajes al extranjero para recibir tratamientos sanitarios acompañados de servicios de asistencia personal en el país de destino, además de servicios propios de una agencia de viajes (llevan a cabo la reserva de vuelos, hoteles, etc.). El servicio de asistencia personal incluye a una persona que se pone en contacto con el cliente, está con ella y le informa acerca del país que va a visitar; recoge al cliente en el aeropuerto, visita con él los hospitales, se pone en contacto con la familia en caso de emergencia e incluso facilita un teléfono móvil al cliente para su uso en el país extranjero (Cámara de comercio de Málaga, 2010).

Ningún sector sanitario puede ser tan competitivo y orientado al consumidor como el turismo sanitario. El marketing de este tipo de turismo debe tratar sobre diversos temas y empatizar con el ambiente y con el tratamiento.

El marketing tiene la considerable tarea de convencer a los pacientes de abandonar las inseguridades y el miedo y empezar a confiar en hospitales del extranjero y en trabajadores de la salud de diferentes contextos culturales.

Es por ello, que los portales web cobran especial importancia a la hora de promocionar y fomentar este turismo sanitario.

1.1.4. Portales web de reserva de turismo médico y otras fuentes de información

Para que el paciente se lance a dar el paso desde la simple búsqueda de información en portales web hasta la realización del viaje para someterse a algún tipo de tratamiento, hay un mundo. Según algunos autores, la realización del viaje por motivación sanitaria depende en el éxito a la hora de informar a pacientes potenciales de lo concerniente a las opciones en torno al procedimiento, las facilidades del tratamiento, oportunidades turísticas del destino, arreglos turísticos e información sobre los países de destino (Crooks, 2011).

EE.UU, uno de los impulsores de este tipo de turismo, es uno de los primeros países donde podemos encontrar asociaciones de turismo sanitario muy maduras en el mercado en comparación con las existentes en la Costa del Sol que llevan poco camino recorrido aún. El portal general “Medical Tourism Association” es uno de ellos donde podemos encontrar un producto muy especializado. Revistas especializadas solo de temática de turismo sanitario, congresos en Las Vegas; guías acerca de los destinos Las Vegas, Jordania o Miami promocionándolas como productos de turismo sanitario. El artículo de (Bovier, 2008) sitúa el primer congreso internacional sobre turismo sanitario en Estados Unidos, en Las Vegas, en el año 2007.

Volviendo al portal “Medical Tourism Association”, si nos situamos en el apartado correspondiente a pacientes, la página nos lleva al portal web líder para turismo médico, www.medicaltourism.com. Los idiomas en los que podemos ver estas webs nos hacen una idea acerca de la tipología de consumidor a la que está orientada el mercado: existe la posibilidad de ver la web en 4 idiomas: inglés, español, árabe y ruso; además se informa de la incorporación de nuevos idiomas en un futuro. Esto no hace más que confirmar el tipo de turista de alto poder adquisitivo; árabe, de centro o Sudamérica o ruso que trata de atraer EE.UU.

Esta Asociación de Turismo Médico de EE.UU ha sido la encargada de realizar la primera encuesta a pacientes americanos sobre turismo sanitario (Medical Tourism Association, 2009). La encuesta que se origina es muy importante para consolidar y hacer crecer este tipo de turismo y ver dónde se encuentran las potencialidades. Nos provee de información para conocer las razones para viajar de los pacientes. Según esta encuesta, el 49 % de los pacientes se informaron y contrataron el tratamiento sanitario a través de internet. Es decir, casi la mitad, de ellos usó internet para informarse y contratar el viaje. Pero es

que además un 79 % de los encuestados usaron internet para buscar algún tipo de información del tratamiento médico o de los hospitales con relación al turismo sanitario, sin llegar a contratar el viaje a través de internet.

Sumado a todo esto, de la encuesta se desprende que un 32 % de los encuestados viajaron al extranjero para tratamientos de cirugía estética o pérdida de peso también llamada cirugía bariátricas (para tratar la obesidad); un 22 % para tratamientos ortopédicos; un 12 % para tratamientos cosméticos; un 2% para tratamientos de médula espinal (lumbares); mientras que otros servicios copaban el 32 % restante.

Además un 83 % de los pacientes, viajaron con un acompañante. Este es un tema recurrente en el turismo sanitario. El paciente rara vez viaja sin la compañía de amigos o familiares. Los cuáles hacen uso de servicios turísticos como puede ser ver la ciudad, compras, comer en restaurantes o disfrutar de la cultura local. Este será un apartado que se tratará con profundidad en un capítulo posterior.

Un gran porcentaje de los encuestados (70 %) establecen la calidad de los servicios médicos recibidos como excelentes y un 51 % de ellos usaron algún tipo de facilitador de turismo médico, lo cuál, nos muestra una idea de lo importantes que son dichos facilitadores a nivel de internet para la comercialización del producto.

Por último, otros datos a destacar de la encuesta son los siguientes: 71 % de los encuestados no encontraron barreras del idioma o problemas de comunicación (hablamos en un contexto cuyo idioma principal es el inglés que es el dominante en el mundo). El 86 % de todos ellos afirmaba que volverían a viajar al extranjero para recibir tratamiento médico en caso de que lo necesitaran.

Otro dato importante, es el papel fundamental del ya citado “boca-a-boca” y el valor de las acreditaciones del hospital, lo cual es visto por el paciente como algo muy positivo. El 93% de los encuestados recomendarían a otras personas a viajar para someterse a tratamientos sanitarios y el 81% de ellos respondió que las acreditaciones del hospital jugaron un rol fundamental en su elección a la hora de viajar a un destino extranjero.

Por último, un 63 % sintió que la experiencia había sido, en general, mejor que en el estado de origen.



Figura 5: medicaltourismassociation.com

Se puede observar la existencia de diferencias en las facilidades que ofrecen los distintos portales dependiendo del país y del operador ofertado. Esto afecta a la hora de la elección del consumidor (Dan Cormany, 2011).



Figura 6: medicaltourism.com

Cabe destacar también una publicación exclusivamente dedicada a turismo médico que parte de la Asociación de Turismo Médico de EE.UU: la “Medical Tourism Magazine”, que puede consultarse por internet.

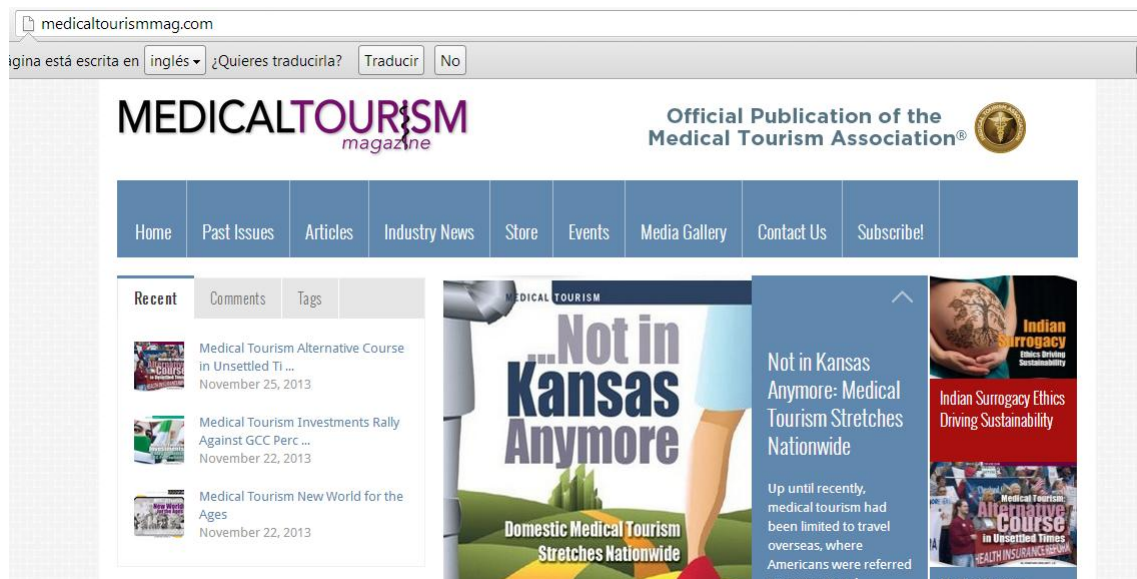


Fig. 7 medicaltourismmag.com

Generalmente, hasta ahora, el turismo médico era, en la mayoría de los casos, desde países menos desarrollados a países más desarrollados pero actualmente esta tendencia está cambiando. Es decir, ya no solo se buscan las tecnologías más avanzadas, caras y los mejores profesionales sin importar el precio, sino que el turista está teniendo cada vez más en cuenta un producto que tenga calidad sanitaria pero que sea ajustable a sus capacidades económicas. Desde 2003 el número de estadounidenses viajando al extranjero para someterse a tratamientos se ha ido doblado año tras año y seguirá creciendo potencialmente. Además, Tailandia está considerada como un punto fundamental en el surgimiento del turismo sanitario cuando en el año 1998 aprovechando las infraestructuras turísticas y médicas existentes iniciaron un llamado turismo sanitario que tuvo éxito y hoy en día podemos encontrar en cualquiera de los continentes salvo la Antártida.

Hacer un estudio del alcance del turismo sanitario no es algo fácil, debido, entre otros factores, a la confidencialidad de centros médicos o los portales web centrados en turismo sanitario. El tratamiento médico-quirúrgico de un paciente no es un dato tan fácil de obtener para hacer un estudio estadístico como por ejemplo puede ser el número de turistas que van a la playa o a un determinado establecimiento hotelero. Por ejemplo, la confidencialidad en operaciones de próstata y cirugías estéticas es total (Dan Cormany, 2011).

1.1.5. Desmintiendo mitos y creencias acerca del turismo sanitario: sobreestimación de las estadísticas

Otro estudio pone en alza que pese a la creencia popular motivada por los medios de que el turismo médico suele ser recorriendo una larga distancia para tratamientos de cirugía y dominado por pacientes europeos de clase media, mucho turismo médico es solamente cruzando fronteras (entre países cercanos) y para tratamientos médicos de limitada gravedad o leves (Connell, 2012). Además subraya la creciente importancia de los intermediarios (los facilitadores de viaje que serán tratados en capítulos posteriores del trabajo).

Sin embargo, el turismo médico sigue sin existir para las estadísticas nacionales o con una definición exacta de lo que engloba. El estudio de Connell (2012) relata que existen preguntas que todavía no se han respondido: ¿Qué es exactamente Turismo Médico? ¿Quiénes son los turistas susceptibles de ser catalogados de turistas sanitarios? Y ¿Qué impacto tienen dichos turistas?

Además, con frecuencia, las estadísticas de turismo sanitario suelen estar sobreestimadas, los hospitales suelen hacerlo ya que es muy difícil catalogar a un paciente como paciente de turismo sanitario.

En definitiva no existe una definición estándar de turismo médico ya que el término acoge bajo su “paraguas” a multitud de tratamientos que no deben estar encuadrados de él. Ya que para definirlo hace falta conocer los procedimientos y duración, la diversidad socio-económica e institucional, la movilidad, etc.

Como ya se ha comentado, se tiende a englobar el turismo médico erróneamente dentro del turismo de salud y wellness. Quizá una de las definiciones más adecuadas sea “pacientes que dejan sus países de residencia viajando al extranjero con el objetivo de someterse a tratamientos sanitarios, frecuentemente cirugía” por Johnston et al. (2010).

Por ejemplo, erróneamente se tiende a clasificar a los Spas como espacios de turismo sanitario si bien, se encuentran englobados dentro del sector de turismo de salud y bienestar o wellness.

Según ciertos autores, existe una tipología especial de Spa que son los llamados “Spas médicos”, los cuáles ofrecen servicios médicos tradicionales y complementarios administrados por profesionales médicos. Pueden ser ofertados para el cliente junto al alojamiento o sin él (Rostam Yama, 2012).

En cualquier caso, volvemos a la problemática a la hora de englobar una actividad dentro de turismo sanitario o no. ¿Qué es turismo sanitario y qué no lo es? Como no existe una definición y una tipologías de tratamientos concreta no podemos englobar ciertas actividades como nos gustaría para, a posteriori, elaborar un estudio. Por tanto, cabe citar que existe esta tipología especial de spas y podría incluirse en el llamado turismo médico.

El turismo de salud y wellness como la propia palabra indica debe ser tratado diferente que el turismo médico. La palabra “médico” se dice para referirse a enfermedades, desórdenes o lesiones (Jagyasi, 2008) pero esto contempla múltiples posibilidades, desde psiquiatría hasta procedimientos con células madre. Por ejemplo, los turistas en busca de turismo de salud y turismo wellness podrían estar excluidos debido a la ausencia de procedimientos “médicos”, pero según esta diferenciación se excluirían tratamientos dentales, de audiología, determinadas cirugías estéticas o revisiones que sí se incluyen dentro del turismo sanitario.

Sin embargo no es tan fácil clasificar cada actividad dentro de un turismo de salud o un turismo médico propiamente. ¿Se debe atender al grado de dolor para clasificar a un tratamiento médico en sanitarios o de wellness? Un masaje Thai, por ejemplo, puede ser menos doloroso que un tratamiento dental pero, por el contrario, tatuarse la piel, es mucho más doloroso que otras formas de tratamiento usualmente catalogadas bajo el turismo médico por tanto este modo de diferenciación no debe tenerse en cuenta (Connell, 2012).

A pesar de todo esto, si hay algún tratamiento que ele estar excluido de las definiciones de turismo médico es el turismo dental (Pollard, 2011) o al menos surge la temática de plantearse distinguirlo en una categoría separada (Turner, 2008).

Los tratamientos van ligados implícitamente a la duración de los mismos. Los procedimientos que suelen durar menos que un día - como audiología o tratamientos dentales que no son “médicos” y no llevan consigo hospitalización – suelen ser excluidos también. Hay otros aspectos que deben ser excluidos como el llamado “turismo de maternidad” o “turismo de ciudadanía” en el cuál madres a punto de dar a luz se mueven a través de fronteras (por ejemplo desde China a Hong Kong y de Nigeria a los Estados Unidos) para tener los bebés en dichos países más desarrollados y que éstos adquieran la nacionalidad (Erbe, 2011). Los movimientos entre fronteras clandestinos o migraciones para refugiarse buscando tratamiento médico, como de Papúa Nueva Guinea a Australia y de Burma a Tailandia son particularmente problemáticos (Connell, 2012). Esto son, efectivamente, pacientes y consumidores del tratamiento médico pero no deben ser considerados turistas.

Por último y a modo de resumen, hay que hacer especial hincapié en que no es nada fácil contabilizar el número de turistas motivados por un turismo sanitario ya que no es un objeto fácilmente de medir como pueden ser otros elementos turísticos normales fácilmente cuantificables, como las pernoctaciones en hoteles por ejemplo.

El caso es que sin definiciones, la mayoría de cifras que tenemos del turismo médico son especulativas, basadas en estimaciones y optimistas. Ningún país genera datos oficiales de turismo médico. Las cifras dadas por algunos países y hospitales son exageraciones, pero estas cifras infladas implican crecimiento y éxito y propician al sector privado a invertir y a conseguir apoyo de los gobiernos (Connell, 2012).

1.1.6. Categorías de turistas sanitarios según procedimiento, duración y tipología

Combinando los procedimientos, duraciones y tipología del tipo de tratamiento médico, el turismo médico diferenciar en categorías.

En primer lugar, viajes de pacientes de élite desde muchas regiones (incluyendo el Golfo Pérsico) a ciudades como Londres, Nueva York y Berlín para tratamientos médicos exclusivos y de alto coste.

En segundo lugar, se nota un claro aumento en el número de pacientes de la emergente clase media global que viajan debido a procedimientos estéticos y que han contribuido positivamente a emerger a países de Latino América y Asia como destinos propensos de turismo médico.

También se puede calificar otro grupo de turistas sanitarios cuando la finalidad es buscar unos servicios necesarios y más baratos, esto ocurre cuando el seguro social de la salud de un país es inadecuado, como por ejemplo el caso de EEUU en el cuál la sanidad es privada. Este grupo es el más susceptible de la mayoría de estudios, ya que existen guías, como anteriormente se ha citado, de turismo médico y sitios web en los cuales se busca este tipo de turismo además del turismo de alto poder adquisitivo.

Otro grupo lo componen fundamentalmente poblaciones de coreanos o mexicanos que regresan a sus países de origen a someterse al tratamiento sanitario debido a diferentes razones políticas, económicas, culturales o de salud. En el caso de México podemos suponer que se trata por el alto coste que tiene el acceso a tratamiento médico en los EEUU para determinados sectores de la población activa. Siguiendo a Connell (2012) las cifras de este tipo de turista se tiende a infravalorar y son bastante significativas.

1.1.1.1. Otras categorías de turistas

Atendiendo al viaje sanitario que acontece entre dos países de contextos culturales similares, se puede diferenciar otra categoría de turistas.

La llamada “segunda generación” de emigrantes en busca de tratamientos sanitarios en el extranjero (incluyendo la población árabe e india) viajan a países en su “apropiado” contexto cultural. Es decir, países con un contexto cultural que se asemeje con el país de origen (Connell, 2012).

Además la mayoría de los viajes por motivo médico en Europa, Tailandia, India y Singapur se dan entre países con fronteras cercanas, es decir, se viaja a países vecinos con facilidades y culturas similares y esto es debido, fundamentalmente, a la búsqueda por parte del turista de minimizar los costes del viaje.

Basado en la tipología de turista estudiada en Tailandia, un artículo de Cohen (2008) nos sugiere clasificar a los turistas por motivación médica en cuatro grupos:

- “Turistas medicados” (quiénes reciben tratamiento por accidentes o problemas de salud que ocurren durante una estancia en el extranjero)
- “Turistas formalmente por turismo médico” (aquéllos que visitan un determinado país para someterse a algún tipo de tratamiento médico o aquellos que se deciden por un procedimiento una vez que se encuentran en el país)
- “Pacientes vacacionales” (quiénes visitan el país principalmente por un tratamiento médico, pero hacen uso de las oportunidades vacacionales usualmente por el periodo de convalecencia).
- “Meros pacientes” (los que no hacen uso de las oportunidades vacacionales)

Con frecuencia los meros pacientes viajan por un período de tiempo corto, como, por ejemplo, para tratamientos dentales, y no existen estudios que discutan esto según Cohen.

1.1.7. Estudio de casos reales: Tailandia, Malasia, Singapur, Corea, India y México

A continuación, se refleja, atendiendo a diferentes estudios, la situación de la industria turístico-médica en diferentes países.

En el caso de Tailandia, el turismo sanitario se ha desarrollado con un nuevo foco económico que está logrando desestacionalizar el turismo del país y crear nuevas oportunidades de trabajo aprovechando las infraestructuras sanitarias privadas existentes en el país. En un caso muy parecido se encuentra la India.

Corea, es otro país que está emergiendo fuertemente en Asia como destino de turismo médico hasta llegar al punto en que el gobierno ha destinado un distrito llamado Jeju a ser utilizado como foco de turismo sanitario.

Además, se tiene en cuenta un estudio que relaciona la crisis económica asiática de los 90 con el comienzo del turismo sanitario en dicha región.

A partir de esta crisis de los 90 se elaboraron una serie de reformas enfocadas al sector privado y, concretamente, al sector sanitario que hicieron que países como Malasia y Singapur también emergieran como destinos de turismo médico.

Por último, se estudia el caso de los inmigrantes mexicanos residentes en los Estados Unidos que vuelven a México para someterse a tratamiento sanitario.

1.1.1.2. Tailandia

Centrándonos en un país, Tailandia, se sitúa como uno de los países líderes en turismo médico (el turismo médico nacional por el cual un tailandés residente en un país extranjero vuelve para someterse a tratamiento médico es inexistente debido a que relativamente pocos tailandeses residen en el extranjero).

El turismo médico contemporáneo viene definido por el incremento de la privatización de la sanidad. En determinados tratamientos la predisposición a pagar se ha vuelto clave para obtener dichos tratamientos médicos, los cuales no se encuentran en el sector sanitario público o en los que el tiempo de espera es menor (en el sector sanitario público se habla de listas de espera de meses e incluso de años), por tanto, se realizan con mayor eficacia en el sector privado que en el público. El sector privado cobra especial importancia en procedimientos estéticos. Siguiendo a (NaRanong, 2011) el turismo sanitario genera el equivalente al 0.4 % del producto interior bruto de Tailandia, un porcentaje más que respetable.

El mismo artículo nos informa que en el año 2007, Tailandia proveyó de servicios médicos a más de 1.4 millones de pacientes extranjeros, incluyendo turistas sanitarios, turistas “generales” y extranjeros que vivían en Tailandia o países vecinos. Si solo un 30 % de los pacientes de ese año eran turistas sanitarios, el número total podría ser de 420.000 turistas médicos, más que en Singapur, el cuál es uno de los destinos que lideran el turismo sanitario en Asia.

Por otra parte, la Asociación de Turismo Sanitario de EE.UU volvió a realizar una segunda encuesta , como la realizada en Estados Unidos a pacientes nacionales, en el ámbito de tratamientos a pacientes extranjeros en el Hospital Bumrungrad; uno de los más importantes en Tailandia; en el año 2009. Los resultados de esta segunda encuesta fueron increíblemente similares a la encuesta realizada en América. Los porcentajes arrojados por ambas encuestas en cuanto a tratamientos realizados, uso de internet y motivaciones a la hora de viajar fueron casi idénticos (Medical Tourism Association, 2010).

Incluso el país está tratando de negociar poder transferir seguros públicos entre países de la región para continuar aumentando aún más el flujo de pacientes internacionales (Wibulpolprasert et al, 2004).

Los mayores beneficiarios de la reestructuración global del tratamiento médico han sido unos pocos países, los cuáles han experimentado crecimiento económico, cambio en las tecnologías, la vuelta de migración de trabajadores de la salud altamente cualificados, el incremento de la clase media (la cual ha demandado tratamiento sanitario de calidad) y la consecución de mejores líneas aéreas conectado con diferentes puntos. Este retorno de trabajadores del sector sanitario y la nueva clase media proveen mercados para que crezca el sector sanitario privado y consecuentemente el turismo sanitario.

Esta es una de las premisas que expone el doctor Miguel Such a la hora de defender uno de los spin-off existentes en Málaga de turismo sanitario. Ante la crisis actual, muchos médicos y enfermeros recién graduados han tenido que emigrar a Alemania, Inglaterra y otros países ante la imposibilidad de encontrar un puesto de trabajo en la sanidad española. El impulso del turismo sanitario junto a las infraestructuras existentes en la provincia de Málaga puede llevar consigo un retorno de parte de ese personal cualificado que no ha visto otra que emigrar.

Sin embargo, en Tailandia, el incremento del turismo sanitario ha traído consigo el movimiento de médicos desde el sector sanitario público al sector privado como ha ocurrido en otros países. El artículo de NaRanong (2011) nos da otra visión de la fuga de cerebros, nos informa que la llamada “fuga de cerebros” también puede debilitar la sanidad pública de este país en un futuro.

1.1.1.3. Corea

Otro estudio se centra en las motivaciones de los turistas chinos, japoneses y coreanos en Corea y la relación entre las mismas. En él se identifican las diferencias culturales entre ellos y cómo estas diferencias afectarán al turismo médico en la región en un futuro cercano. Estas diferencias que se plasman en la selección del destino, en los inconvenientes que pueden surgir y en tratamientos sanitarios preferidos son significativas para elaborar un correcto desarrollo de la industria turístico-sanitaria en el futuro.

En líneas generales, lo que se desprende del estudio es que los turistas coreanos prestan más atención a los factores de selección, seguidos de los chinos y, por último, los japoneses.

Sin embargo, a éstos últimos les afectan más los inconvenientes relacionados con la cobertura sanitaria, la estancia en el destino y sus correspondientes costes y, por último, lo que cobra menos importancia para los japoneses es la información y confianza que el destino les profiera. Esto puede ser un reflejo de la tendencia de los turistas japoneses a valorar la seguridad y los costes por encima de otras cosas.

Por otra parte, la sensibilidad a los costes de la estancia es igual para los turistas chinos que para los japoneses, lo que denota una sensibilidad a los costes igual por ambas partes.

Generalmente los tratamientos de cirugía menores son los preferidos por los turistas chinos mientras que las cirugías de índole mayor (cardíacas, etc.) son los tratamientos más solicitados por turistas japoneses.

En términos de la calidad de los servicios sanitarios, los chinos demuestran más interés mientras que los japoneses hacen especial énfasis en la rehabilitación post-tratamiento. Esto puede ir unido al creciente interés de

muchos chinos en demandar cirugías plásticas o estéticas en el país coreano (Jin Yun Yu, 2011).

Destinos como Corea, Jordania, Israel y los Emiratos Árabes están emergiendo como nuevos destinos preferidos por el turista sanitario, en adicción a los cinco destinos que reciben más turistas médicos en Asia (los ya citados, Tailandia, Singapur, India, Malasia y las islas Filipinas). Esta apertura de nuevas áreas emergentes abre el camino para mayor competitividad en la región asiática. (RNCOS, 2008).

Corea del Sur está apostando fuertemente por el turismo médico, pero pese a ello, se sitúa séptimo en el ranking de los 9 países asiáticos que atraen más turistas de esta tipología. Esto quiere decir que todavía le queda por desarrollar al máximo el potencial que tiene para jugar un papel más importante en el continente asiático.

De otro estudio se desprende que existe una isla en Corea, llamada "Jeju", localizada al sur de la península, en la cuál, en estos años el gobierno de la región ha designado a la isla un distrito especial para la industria medico-turística con el objetivo de atraer turistas sanitarios extranjeros, especialmente desde China y Japón, los cuáles se encuentran a 1 escasa hora de viaje. El gobierno ha promovido fuertes iniciativas de inversión para los hospitales y empresas relativas al turismo sanitario, como pueden ser agencias de viajes, incluyendo además financiación a la asistencia de recursos humanos y beneficios procedentes de las tasas (Jeju State Government, 2008).

En esta región, el lento retroceso que ha experimentado la industria turística se ha confrontado con la búsqueda de un nuevo nicho, un nuevo producto turístico en la isla que ha sido el llamado turismo sanitario. Además, el gobierno planea suplementar la industria sanitaria ya existente con la creación de nuevos hospitales, clínicas, centros de rehabilitación etc...

Los factores que contribuyen principalmente al desarrollo de la industria medico-turística en Asia son: el rápido desarrollo de la infraestructura médica en las naciones asiáticas unido a los bajos costes de las mismas; la escasez de períodos de espera como ocurre en otros continentes; junto al enfoque en las nuevas tecnologías y los servicios ofertados por internet. Todo esto contribuye a hacer la industria altamente competente con otros destinos similares (RNCOS, 2008).

Además de las encuestas realizadas por la Asociación de Turismo Médico en Estados Unidos y Tailandia. Se ha realizado una tercera encuesta por parte de la KTO, Korea Tourism Organization (2008) con el propósito de evaluar las percepciones de los turistas sanitarios en términos de satisfacción con los servicios de tratamiento médico en Corea. Dicha encuesta ha partido de la experiencia de 544 pacientes de diferentes países, como Canadá, China, Egipto, Japón, Kazajistán, Corea (coreanos en el extranjero), Rusia, Reino Unido y Estados Unidos.

Lo primero que arroja el estudio, es que las motivaciones a la hora de viajar son diferentes según el país. El principal propósito del viaje para la población china (54,5%) y coreana (37,5%) es el de recibir servicios médicos en sí mientras que la población japonesa (35,7%) citaron la experiencia turística por encima del tratamiento sanitario en sí.

Lo que parece una tendencia a nivel global es viajar acompañado de amigos y familiares ya que el 68% de los pacientes (85% de la población china; 65,8% de la población japonesa; 75% para la población coreana) viajaron acompañados. Además, por lo general, los turistas obtubieron información de los servicios médicos a través de recomendaciones por parte de amigos, familiares y vecinos (23,1% China; 38,3% Japón; 100 % Corea).

Este es un punto diferente entre turistas asiáticos y estadounidenses a la hora de recibir información sobre tratamientos médicos en el extranjero. Los asiáticos prefieren recomendaciones desde contactos personales (amigos o familiares) antes que información procedente de internet (23,1 % China; 21 % Japón). Esto puede ser debido a que los países asiáticos están basados en un concepto de sociedad colectiva, mientras que los Estados Unidos están basados en el ceoncepto de una sociedad individual (Jin Yun Yu, 2011).

En términos de experiencias turísticas, los pacientes chinos son los que más disfrutan de actividades de ocio y vacaciones (35,3%), mientras que los japoneses prefieren las compras (24,9%). Los coreanos, por su parte, prefieren las visitas a amigos y familiares (53,8%). Esto es lógico ya que esta última población son coreanos que viven en el extranjero y vuelven al país para ver a sus familiares y someterse a tratamientos sanitarios en su país de origen.

Respecto a niveles de satisfacción, los pacientes chinos son los que muestran una tasa más alta de satisfacción con respecto a los servicios médicos (4,52 de 5,0); estos fueron seguidos por los coreanos (4,14) y japoneses (3,95). Asimismo, los pacientes chinos muestran la intención más alta a reomendar los servicios médicos a otras personas (4,65) seguidos de coreanos (4,43) y japoneses (4,09) (Korea Tourism Organization, 2009).

De la encuesta también se desprenden los siguientes datos: en cuanto a los servicios médicos deseados para futuras visitas a Corea, la población china señala su preferencia por los tratamientos terapéuticos (17,2%), tratamientos de belleza para la piel y el cuerpo (16,8%); servicios de diagnóstico (14,1%), tratamientos de piel (13,1%); cirujías plásticas o cosméticas (8,5%); procedimientos dentales (6,9%); procedimientos ortopédicos (6,1%) y otros. Las limitaciones de este particular informe es que en la versión coreana, según podemos ver en el artículo de (Jin Yun Yu, 2011) limitan la información y no disponemos de datos de otros países para observar las diferencias entre ellos.

Además de las ya citadas encuestas, la Organización de Turismo de Corea elaboró de forma paralela una encuesta con el propósito de examinar el orden de importancia que se le dan a los servicios medico-turísticos en Corea.

(Korea Tourism Organization, 2008). Esta encuesta se realizó en base a pacientes chinos, japoneses y americanos que habían recibido tratamiento médico en Corea y reveló que, en términos de servicios médicos, los pacientes consideraron la habilidad del personal sanitario como factor más importante, el cuál fue seguido por la confianza de los centros médicos y en tercer lugar las facilidades médicas y equipamiento. Otros factores que los encuestados más consideran es la relación médico-paciente; seguido del coste (2º); la comodidad de los servicios (3º); las ventajas a la hora de comunicarse (4º); los servicios post-tratamiento (5º); el paquete de productos turísticos (6º) y la protección del seguro (7º), la cual se sitúa en el último lugar ya que casi la totalidad de los tratamientos sanitarios expuestos en la encuesta, son de carácter privado. A pesar de estas estimaciones, la encuesta no arroja diferencias en la percepción de servicios entre los diferentes grupos culturales (población china, japonesa y americana).

Otra encuesta ha sido elaborada por el KHIDI, Korea Health Industry Development Institute (2009) basada en los mercados medico-turísticos de China y ha identificado diferentes oportunidades de negocio en el país, las cuáles presentan un potencial considerable para el desarrollo de la industria medico-turística en Corea. Según este informe, en algunas áreas de Corea que se alzan como destinos de turismo sanitario, los pacientes que provienen del país chino consideran las habilidades del personal médico como factor más importante a la hora de viajar (92%), a la cuál sigue la marca y confianza depositada en el centro médico (66%), seguida por las facilidades y equipamiento médicos (58%) y por últimos los costes de los servicios médicos (48%). Las quejas más comunes respecto a este tipo de pacientes son las concernientes a los altos costes de los servicios médicos (42%), seguidas por las dificultades en la comunicación (28%), los complejos procedimientos de check-in y check-out en los aeropuertos (10%) y los diagnósticos médicos de poca confianza (6%).

El 64 % de los encuestados exponen su intención visitar Corea en otra ocasión y expresaron el deseo de someterse a cirugías estéticas o plásticas (33%) o servicios de tratamiento de piel (32%). Sin embargo, según indica el informe de Jin Yun Yu (2011) esta encuesta es también una versión coreana (como la anterior) y no se puede indicar las diferencias en la percepción entre diferentes grupos culturales.

A pesar de estas encuestas y algunas investigaciones realizadas por asociaciones empresariales de turismo sanitario y por organismos del gobierno de Corea, las investigaciones académicas en el tema aún se encuentran con la falta de estudios previos en lo concerniente al comportamiento del consumidor y sus percepciones de experiencias, con lo cuál aún queda camino que recorrer.

El último estudio que se ha hecho en este sector ha sido la encuesta realizada por Jin Yun Yu (2011) de la cual se desprenden los siguientes datos.

La nacionalidad de los encuestados comprende al 39,1% de coreanos (265 personas), 28,9% japoneses (194 personas) y 28,1% de chinos (190 personas). Los hombres comprendían el 43,1% de los encuestados, mientras que las mujeres ocupan el 56,6%. En cuanto a la edad, el 19.9% de los pacientes se encontraban en la veintena, el 19.5% en la treintena, 22,3% ronda los 40 años, 21% en los 50 años mientras que, por último, un 16.5% tenían 60 años o más.

En lo respectivo a los ingresos anuales por familiar, lo más común era encontrar familiar con una renta media, en torno a 25.000 – 49.999 \$ (31,8%); las familias con una renta anual de 50.000 – 74,999 \$ (28,5%); más de 75.000 \$ (19.7%) mientras que menos de 25.000 \$ anuales copaban un 16.1% de los encuestados.

En lo referido al nivel académico de los participantes; los propietarios de grados universitarios de menos de 4 años copaban un 51% de los encuestados, seguidos por graduados de la educación secundaria (33.5%) mientras que titulares de títulos post-graduados (doctores) comprendían solamente un 6.1%.

Esto nos da una idea muy importante sobre la tipología de turista sanitario que visita la isla Jeju para someterse a algún tipo de tratamiento. Con un nivel de renta medio y estudios universitarios.

En lo concernientes a anteriores visitas, más de la mitad de los encuestados no había visitado la isla con anterioridad (53.3%). Los resultados de esta encuesta a relación de los factores de selección de destino para los 3 pacientes según su país de procedencia, los inconvenientes de su experiencia turístico-médica y los productos preferidos son los que se han detallado al principio de este apartado. Según la procedencia del paciente, este fija más su interés en un ámbito u otro. Por ejemplo, los japoneses y chinos son más sensibles al coste del tratamiento que los pacientes coreanos. Mientras que también se pueden observar los tratamientos preferidos por cada tipo de turista.

Cabe destacar que este estudio tiene limitaciones ya que solo se tienen en cuenta ejemplos de turistas en la región de Jeju y, como consecuencia de esto, es difícil generalizar estos resultados para otras regiones. Sin embargo, este estudio sí ha contribuido en gran manera a descubrir las características específicas de lo que demandan los turistas respecto al turismo sanitario y analizar las diferencias en percepciones, preferencias y acciones entre turistas de diferentes nacionalidades. Pero, al mismo tiempo que son necesarios este tipo de estudios, en el futuro son necesarios más para revelar características de este tipo de turismo para promocionarlo entre turistas de diferentes regiones culturales.

1.1.1.4. Crisis financiera asiática de los 90 y su relación con el turismo sanitario

Mientras factores ya citados como el incremento de la clase media, cambio en tecnologías, crecimiento económico, etc. Son los que propician el desarrollo del turismo sanitario, también pueden ser una respuesta a la crisis financiera asiática de finales de la década de los 90.

Los siguientes años a esta crisis de los 90, los países asiáticos que habían buscado alternativas para el crecimiento económico, coincidieron con la expansión del turismo médico y la privatización y la orientación empresarial de la industria médica. La crisis destruyó los ahorros de muchas personas de esta emergente clase media asiática los cuáles no pudieron hacer frente al pago del tratamiento médico privado, con lo cual los hospitales privados perdieron la base de sus clientes y tuvieron que revisar su estrategias de marketing para atraer pacientes extranjeros, para los cuáles la devaluación de sus precios eran un factor de peso (Turner, 2007). Malasia y Tailandia se vieron envueltos en esto después de 1998. India desarrolló este mercado de turismo sanitario un poco después que los países del sureste asiático pero se vio un desarrollo temprano con los consiguientes incrementos en tecnología de las cadenas hospitalarias sofisticadas. Los gobiernos emprendedores se han convertido en patrocinadores y promotores incluso con planes de desarrollo y campañas turísticas. En India, Malasia y Tailandia, la concesión de tasas es dada a los proveedores de turismo sanitario y se hacen campañas en las oficinas de turismo para turismo médico (Alsharif, 2010).

El éxito de estos países asiáticos han propiciado un incremento del interés global y más competencia, con mucho optimismo desenfrenado y a menudo insostenible y sin fundamento. Las situaciones políticas difíciles, junto a los altos costes, pobres infraestructuras, diferencias en el lengua y el desconocimiento de los sistemas de sanidad son constantes en muchos países (Heung, 2011). Mientras los flujos de turismo médico sigan siendo tan complejos y multidireccionales, Asia tiene mucho que decir para continuar dominando la industria.

1.1.1.5. Malasia y Singapur

A raíz de la crisis de los 90, anteriormente expuesta, los gobiernos de países asiáticos como Malasia y Singapur elaboraron reformas en el sector sanitario privado y campañas de marketing para promocionar los servicios sanitarios entre pacientes extranjeros. Todo ello contribuyó a situarlos en el lugar que tienen hoy en esta industria pero generando ciertas ineficiencias que se pueden ver fácilmente en el sector público: falta de médicos y altos costes para los residentes del país (Leng, 2010).

Ambos países se proclamaron políticamente independientes de Gran Bretaña y adoptaron desde sus inicios modelos de libre mercado capitalistas, sin embargo, existen ciertas diferencias entre ellos. Singapur es un estado tecnocrático no-corrupto con una burocracia diplomática (Barr, 2008). Mientras que Malasia está gobernada por una coalición de partidos étnicos en la cual domina el Partido Nacionalista Malayo.

Sin embargo, con el auge del capitalismo en estos países desde la década de los 90, ambos se han convertido en países desarrollados. En el caso del turismo sanitario, se han creado estructuras administrativas que coordinan y aúnan esfuerzos con el propósito de desarrollar la industria del turismo sanitario. Por ejemplo, en Malasia, se creó el Comité Nacional para la Promoción del Turismo de Salud y Médico en Enero de 1998 (Leng, 2010). El propio estado apoya al desarrollo del turismo médico mediante incentivos para construir hospitales, educar al personal sanitario, modernizar equipamientos médicos, etc.

El estado de Singapur, por su parte, ha invertido mucho en promocionar el turismo sanitario en este país, por ejemplo, mediante la aparición de un paquete de producto turístico-sanitario en diferentes ferias y congresos bajo la marca Singapur. Incluso Malasia, se ha abierto al extranjero promocionando este tipo de turismo en países del Oriente Medio, Vietnam o Jakarta en 2000 y 2001 y en Oman y Jordania en 2007 (Leng, 2010).

Como la tecnología se ha desarrollado tanto y las barreras étnicas se han estrechado, el rango de procedimientos se ha incrementado y diversificado. Algunos países como Singapur (también EE.UU y el Reino Unido) han mezclado bien los procedimientos de turismo médico con el destino y algunos hospitales tienen diversas funciones (Connell, 2012).

Siguiendo a Horowitz (2008), “hospitales modernos y bien equipados en algunas zonas del mundo sirven a un doble rol, uno como centros de referencia para pacientes de países pobres fronterizos, y, comúnmente, funcionan como destinos de turismo médico de bajo coste para pacientes de países altamente desarrollados”. Cumplen las dos funciones dirigidos a un sector de mercado completamente distinto.

En el caso de Malasia, en 1997 se creó un sistema de certificaciones aparte del JCI (Joint Commission International) ya que este último era considerablemente más costoso que las certificaciones expedidas por la Sociedad Malaya de Calidad Sanitaria (MSQH). Sin embargo, los hospitales del país empezaron a obtener también las acreditaciones de la JCI a partir de 2008 (Leng, 2010).

Además, según un artículo de Leng (2010), a fecha de 2008, el número de pacientes sanitarios en Malasia había experimentado una tasa de crecimiento anual del 21.4 % en el período comprendido entre 2004 y 2008. Este número de pacientes extranjeros que se situaba en 39.114 en 1998 aumentó hasta 374.063 pacientes extranjeros anuales en 2008.

En ambos países, la mayoría de estos pacientes extranjeros provienen de Indonesia, un país vecino. Los flujos de pacientes se dan en sentido Malasia/Indonesia hacia Singapur o desde Indonesia hacia Malasia.

Sin embargo, no todos los efectos son positivos. Se ha visto una tendencia del personal sanitario a “saltar” del sector público al privado con la premisa de mejores sueldos e instalaciones y esto ha traído consigo uno de los problemas más serios del sector sanitario público, la falta de personal sanitario. Según (Leng, 2010) es preciso mejorar la situación reclutando nuevos médicos procedentes de países extranjeros. Este es uno de los problemas de liberalizar mercados sin proteger al sector público: el aumento del sector privado y decrecimiento de las calidades en el primero.

1.1.1.6. *India*

La India es otro de los ejemplos de país en el cual el gobierno promueve el turismo sanitario y emerge como destino mundial de turismo sanitario. La principal razón por la cual los pacientes viajan a la India es debido a sus bajos costes en comparación a los países de origen. Un paciente procedente de los Estados Unidos puede encontrar tratamientos en India que cuestan de 5 a 10 veces menos que en su propio país (Sen Gupta, 2008). Así mismo, pacientes del Reino Unido o Canadá viajan a la India debido a las largas listas de espera para muchos procedimientos rutinarios que existen en sus países.

Siguiendo a Sen Gupta (2008), la clave de la industria turístico-médica en la India es una combinación de facilidades sanitarias y turísticas de alta calidad, profesionales competentes que hablen inglés, un ahorro en los costes de tratamiento frente al país de origen y las atracciones turísticas que ofrece el país. El coste se alza como una de las principales potencialidades: una cirugía a corazón abierto cuesta más de 70.000 dólares en el Reino Unido y 150.000 en los Estados Unidos; en los mejores hospitales de la India podría costar entre 3.000 y 10.000 dólares. Una operación de rodilla por ejemplo, cuesta 7.700 dólares en la India. La misma cirugía en el Reino Unido, costaría 16.952.

No sólo estos tratamientos son más asequibles para el bolsillo. Los tratamientos dentales, oculares o estéticos en los países del oeste cuestan de 3 a 4 veces más que en India. Los turistas sanitarios usualmente contratan un paquete que incluye el vuelo, los hoteles, el tratamiento y a menudo, las vacaciones y tratamientos post-operativos.

En una era neo-liberal de cada vez mayor competencia, libre mercado y desregulación, el turismo médico está visto, especialmente en la India, como una forma de “subcontratación médica”, algo que relata Connell (2012).

Pero, ¿cuál ha sido el motivo fundamental que ha llevado al turismo sanitario a desarrollarse de tal forma en el país asiático?. Va ligado al apartado anterior, a la crisis financiera asiática de los 90. India es un país predominado por un

sector sanitario privado. Desde que en 1991 el gobierno neoliberal y sus políticas incentivaron al sector privado a desarrollarse, el sector sanitario del país experimentó un rápido crecimiento. Este sector sanitario privado, es dirigido a tan solo un 10 % de la población india, la élite. Al ser la India un país sobrepoblado y con mucha pobreza, la sanidad privada se tiene en manos de unos pocos pacientes nacionales. El resto de población, se tiene que conformar con una paupérrima sanidad pública. Sin embargo, el resto de pacientes de las clínicas privadas han viajado desde el extranjero para tratarse en el país (Sen Gupta, 2008).

Según lo que la industria estima, el mercado del turismo médico en la India estaba tasado en alrededor de 310 millones de dólares en el período 2005-2006 con 1 millón de pacientes extranjeros cada año. Estos números parecen normales en un país que destina 5 veces más al sector privado que al público.

Sumado a esto, los hospitales de la India disponen de las más modernas certificaciones internacionales procedentes de agencias internacionales.

Es por todo esto, que los países que pretenden desarrollar el turismo sanitario fijan sus ojos en el caso de la India como ejemplo de estudio. Sin embargo, la ética juega un papel fundamental. La sanidad no debe volverse elitista para un determinado número de personas con alto poder adquisitivo, debe ser un servicio fundamental. Contraponiéndose a la India, encontramos el caso de Cuba, un país que también ha aparecido en los mapas como destino de turismo sanitario pero que, sin embargo, posee un sistema sanitario “gratis” para los cubanos y, por el contrario, los turistas deben pagar por él. Justamente lo opuesto a lo que ocurre en India. El ejemplo de Cuba nos enseña como debe usarse el turismo médico para beneficiar realmente a la población del país y no sólo a una clase elitista. Pero sin embargo, estamos hablando de sistemas y filosofías completamente diferentes, no se puede comparar un contexto capitalista con un país comunista como Cuba.

1.1.1.7. Retorno a México en busca de tratamiento sanitario

A pesar de la extendida prevalencia del viaje sanitario entre grupos inmigrantes hacia países industrializados en busca de mejor calidad en el tratamiento sanitario, existen relativamente pocos estudios que contemplen el caso contrario, es decir, las razones por las cuales inmigrantes vuelven al países de origen para someterse a tratamiento médico. Este caso es, especialmente visible en zonas fronterizas entre México y Estados Unidos estudia el caso de México. La mayoría de las investigaciones sugieren que los altos costes del tratamiento sanitario en Estados Unidos, unido a la falta de seguro médico impulsan que los latinos residentes en EE.UU busquen tratamiento sanitario volviendo a su país de origen. Este es un caso que es, incluso frecuente, entre mexicanos que tienen seguro sanitario y viven, no necesariamente cerca de la frontera con el país mexicano (Sarah Horton, 2011). Todo esto nos sugiere que las diferencias en cuanto a la cultura médica practicada entre clínicas de

ambas fronteras hacen que los mexicanos encuentren más beneficioso retornar a sus países de origen debido a estos factores influidos no solo por el coste.

Siguiendo el artículo de Sarah Horton (2011) se muestran los resultados de una serie de encuestas elaboradas entre el 25 de Noviembre de 2009 y el 15 de Enero de 2010 a 15 inmigrantes mexicanos y 9 mexicanos nacionalizados como estadounidenses los cuales se sometieron a algún tipo de tratamiento en una clínica privada de Tijuana, un hospital situado en la frontera. 16 de ellos no tenían seguro sanitario mientras que 8 sí lo tenían. De estos 16 sin seguro, 8 de ellos habían dado de baja sus seguros para hacer de esta clínica su “centro sanitario” recurrente. Además, aquellos que habían cambiado el tratamiento sanitario de sus seguros médicos estadounidenses por tratamientos en este hospital fronterizo, no sólo experimentaban ahorros en los costes sino que, también, percibían un estilo distintivo en la práctica médica en este último hospital. Los encuestados mencionaron la rapidez de los servicios, la atención personal, medicaciones efectivas e hicieron énfasis en la discreción clínica como características distinguidas de la práctica médica en el hospital mexicano que se oponen a las características que encontraban en hospitales estadounidenses, como pueden ser los test frecuentes, el trato impersonal en las relaciones médico-paciente, los protocolos en el tratamiento de uniformes o la menor confianza en las cirugías. Los diferentes contextos culturales en la medicina desembocan en esto, diferencias en cuanto a la percepción de los servicios del sistema de salud a un lado y otro frontera.

En definitiva, el turista es menos reticente a viajar si con ello obtiene un ahorro en los costes u otro tipo de calidad de servicio (Collins-Dogrul, 2006). Pero además influyen otros factores.

Otra tendencia que se suele encontrar en los estudios es que muchos de ellos están centrados en el turismo sanitario hacia países del “norte”, industrializados. Por ejemplo, turismo sanitario hacia Estados Unidos para someterse a un tipo de tratamiento que no exista en el país de origen o para obtener una mayor calidad sanitaria en un contexto adquisitivo alto. Sin embargo, el “turismo de regreso”, aquél por el cual el turista vuelve a su país natal, veamos el caso de México, está tomando cada vez un papel más importante. Todavía, a pesar de este creciente fenómeno, pocos estudios exploran de modo científico las razones por las cuales inmigrantes tienen la tendencia de volver a sus países de origen a nivel global (Sarah Horton, 2011).

A nivel regional, sobre el retorno médico en México se han documentado diferentes artículos. Un estudio de 2009 encontró que medio millón de inmigrantes mexicanos de California volvieron a México en 2001 para someterse a algún tipo de tratamiento (Wallace, 2009). Sobre todo, en zonas fronterizas el porcentaje de inmigrantes que cruzan la frontera (como hemos citado anteriormente) en busca del tratamiento sanitario aumenta; un estudio cifra un 41% de inmigrantes mexicanos en Laredo, Texas que frecuentaban médicos en México

(Landeck, 2002). Incluso el retorno médico se vuelve cada vez más frecuente entre latinos que no precisamente viven cerca de las fronteras (Bergmark, 2008); (Wallace, 2009) o con seguro médico en los EE.UU (Seid, 2003). Esto lo que sugiere es algo que ya se ha citado anteriormente, que existe una cultura médica distinta practicada en las clínicas particulares situadas en la frontera que los mexicanos visitan y que valoran por encima del ahorro en coste.

Sin embargo, este fenómeno aún no ha sido tratado con la profundidad que se debiera. No existen estudios que incluyan entrevistas in situ con mexicanos que se encuentren buscando tratamiento sanitario en México. Los estudios existentes en la materia se centran principalmente en los inmigrantes mexicanos que realizan visitas puntuales a médicos durante un viaje de vuelta a casa por otro motivo (ya sea familiar o de otra índole) y no en los inmigrantes que regresan a México expresamente para someterse al tratamiento sanitario (Bergmark, 2008). El regreso médico a México puede tratarse desde diferentes causas: una visita puntual a la familia; una preferencia por el sector sanitario local o un doctor concreto; una lesión grave que impida el desarrollo laboral en un país como Estados Unidos, etc. En cada caso la relación entre inmigrantes y sector sanitario difiere y hay que elaborar más estudios para conocer las motivaciones y cada caso concreto que mueven a los turistas a volver a casa.

Respecto a los seguros médicos existen estudios que indican que los inmigrantes latinos son más propensos que los ciudadanos estadounidenses a no tener seguro médico y entre ellos los mexicanos son el subgrupo que menos propensos son a recibir servicios sanitarios o tener un usual uso de la sanidad en EE.UU (Guendelman, 1991); (Landeck, 2002).

Aunque, a líneas generales, lo más importante que se puede desprender de las entrevistas realizadas en el informe de Sarah Horton (2011) en una clínica fronteriza es que los pacientes se mueven y valoran al mismo nivel la rapidez de servicios, la atención personal, una medicación eficaz o una discreción médica que el ahorro en costes. Finalmente, vale la pena subrayar que en una de las paredes blancas del hospital en el cual se realizaron las entrevistas de Sarah Horton, se puede leer en letras rojas un cartel que anuncia “Aceptamos seguros americanos”, lo que incluso abre una veda a los inmigrantes que tienen seguro médico en EE.UU pero, como se ha citado, tienen preferencia por el sector sanitario mexicano.

Todo esto solo nos muestra el potencial que ha cobrado el turismo sanitario, no sólo en zonas fronterizas, sino en el propio país mexicano.

CAPÍTULO 2 TENDENCIAS Y MOTIVACIONES

2.1.1. Motivación del turista a la hora de elegir destino y tipologías de tratamientos

Y bien, ¿Qué es lo que motiva principalmente al turista a visitar otro país para someterse a algún tipo de tratamiento médico? A rasgos generales podemos citar como las principales motivaciones un coste del tratamiento más económico en el país de destino que en el de origen o mejor prestigio del personal sanitario que realiza los tratamientos. Cobran así especial importancia las cirugías: cirugía cardíaca, cirugía dental y cirugías cosméticas, entre otras. (Cámara de comercio de Málaga, 2010). Sin embargo, existen diferentes motivaciones, ya sean culturales, idiomáticas, de ética, largas listas de espera en el país de origen; falta de accesibilidad a determinados tratamientos en el país de origen; interés en la oferta complementaria del destino o preferencia a viajar entre países fronterizos que, en determinadas ocasiones, prevalecen por encima del ahorro en costes del tratamiento.

Una de las principales motivaciones es el “exotismo” que supone un viaje de tratamiento sanitario (Johnston et al, 2010). Este “exotismo” se expone, por ejemplo, en el caso de un canadiense el cuál ha viajado a Costa Rica para someterse a multiples cirugías estéticas como turista sanitario y afirma “Ha sido la mejor experiencia que nadie podría tener porque mientras te estás curando, estás en el sol”. Otro ejemplo que se plasma en el anterior estudio es el de un turista sanitario del Reino Unido que viaja a Sudáfrica para someterse a tratamiento estético y declara “Tras el tratamiento,, volví a mi hospedaje y descansé. No tuve ni que levantar un dedo. Fue felicidad”.

Existen diferentes modelos a la hora de elección de un destino de turismo sanitario. Uno de ellos afirma que los pacientes tienen a elegir primero el destino y subsecuentemente considerar el aspecto médico y las facilidades turísticas que existen en el destino, aún hay autores que apoyan a los pasos de esta teoría (Heung, 2010); (Lee, 2012); (Ye, 2011). Sin embargo, más estudios concluyen que el coste, la disponibilidad y la reputación de las facilidades del tratamiento sanitario son de mayor importancia para el paciente, pasando el destino a un segundo plano (Musa, Thirumoorthi, & Doshi, 2011).

El estudio de las motivaciones del turista a la hora de elegir turismo sanitario es algo crucial para desarrollar estrategias en un futuro. En un artículo de Runnels & Carrera (2012) podemos ver una secuencia teórica a la hora de la toma de decisiones por parte del turista sanitario, la cual incluye las consideraciones a la hora de pedir un determinado tratamiento, la localización y el tratamiento en sí (complejidad, duración, etc.) y, por último, la calidad y

seguridad ofertadas en dicho tratamiento. En la siguiente figura, vemos la pirámide de necesidades de cuidados de la salud partiendo de la base de las necesidades sanitarias básicas que se sitúan como las más importantes, hasta la cúspide en la cual se encuentra la salud óptima proporcionada por tratamientos de bienestar, los famosos tratamientos wellness. Vemos un orden de importancia ascendente según el grado de necesidad que existe para cada determinado tratamiento.¹

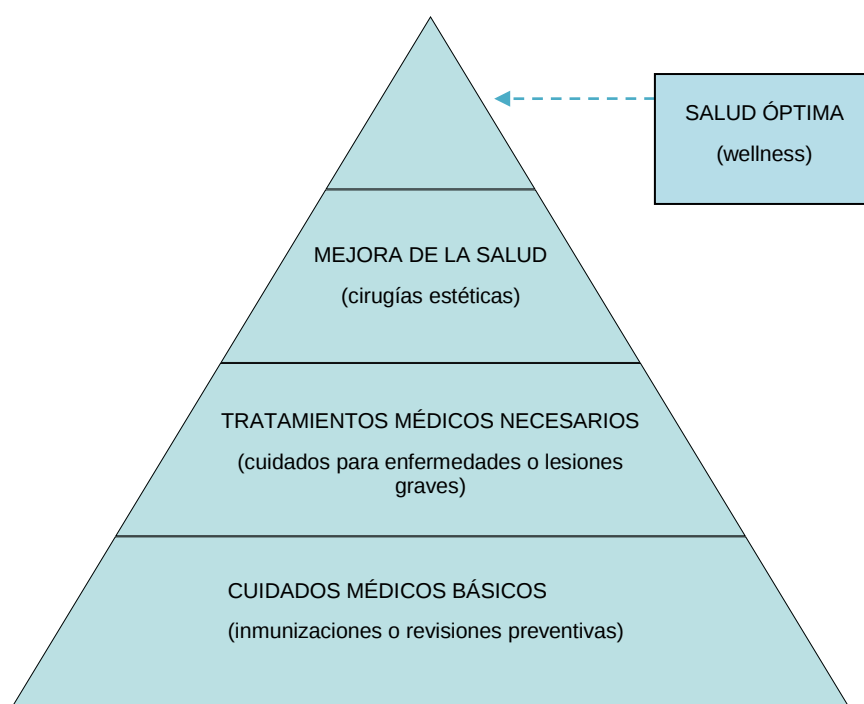


Figura 8: Jerarquía de necesidades sanitarias (Runnels & Carrera, 2012)

En cuanto al coste en comparación con el país de origen, continúa situándose como una de las motivaciones más importantes a la hora de elegir someterse a un tratamiento sanitario en el extranjero. En las siguientes tablas, podemos observar la diferencia de precios para un mismo procedimiento en distintos países (Bovier, 2008):

¹ Ver Figura 1

Comparación internacional de precios medios de diferentes tratamientos cardíacos y ortopédicos en dólares (\$)

	Estados Unidos	Singapur	Tailandia
Prótesis de cadera	24.000	15.000	10.000
Angioplastia coronaria	41.000	11.250	4.150
Fijación quirúrgica vertebral	62.000	9.000	7.000

Figura 9: Comparación de precios medios para diferentes cirugías en el mundo (Bovier, 2008)

Comparación internacional de precios para diferentes tratamientos estéticos en dólares (\$)

	Estados Unidos	Europa ²	Argentina	Brasil	Cuba	India	Bolivia ³
Rinoplastia	6.000	5.500	2.300	2.100	1.950	1.700	1.200
Lifting facial	15.000	12.500	4.300	4.500	3.000	4.500	2.600
Aumento de pecho	8.000	7.500	3.700	3.800	1.600	3.900	2.500
Reducción de pecho	9.000	8.000	3.900	3.600	2.120	3.700	2.400
Liposucción completa	13.500	11.000	4.500	4.700	2.600	4.800	2.700
Aumento de glúteos	9.000	9.000	4.000	4.200	3.200	4.500	3.000

Figura 10: Comparación de precios medios para diferentes tratamientos estéticos en el mundo (Bovier, 2008)

Algunos precios de determinadas cirugías y tratamientos estéticos en algunos países de Asia, América del Sur o Central cuestan incluso de 5 a 10 veces menos que el mismo tratamiento en Estados Unidos o Europa. Sin embargo, como hemos visto anteriormente, el coste es solo una de las motivaciones que toma el paciente a la hora de viajar y los datos anteriores son orientativos. El cliente puede tender a valorar más una cirugía más cara pero con un sistema

² Europa: Francia, España y Suiza

³ Precios similares a México y Costa Rica

sanitario considerado de mayor calidad como uno europeo o asiático antes que someterse a ese tratamiento en algún país de América del Sur. Además se deben de tener en cuenta todas las atracciones turísticas y la oferta complementaria que gira en torno al tratamiento. Un producto médico-turístico maduro y con una buena calidad sanitaria es fundamental a la hora de atraer nuevos turistas.

2.1.2. Influencia de la motivación cultural sobre el viaje

Siguiendo a Connell (2012) mucha literatura existente acerca de la materia asume o que la mayoría de los visitantes de turismo sanitario son de países desarrollados (del norte y del Golfo Pérsico) hacia países pobres y existe una tendencia de turismo sanitario entre países fronterizos y no necesariamente hacia países pobres.

Pero además de esto, la geografía y la cultura ejerce influencia en la movilidad. Se trata de un hecho. Las barreras del idioma, financieras y falta de información limitan la disposición a viajar por parte del turista. Sobre todo la gente mayor y las mujeres están menos dispuestos a viajar, incluso existiendo significativos ahorros en el coste del tratamiento

Las premisas básicas del turismo sanitario suelen estar íntimamente ligadas y centradas en reducir costes en el extranjero, la falta de ciertos tratamiento en el país de residencia y las largas esperas en dicho país, parte debido a la grandísima demanda de servicios: primariamente el turismo médico se resume económicamente como “tratamiento sanitario del primer mundo a precios del tercer mundo” según relatan Ormond (2011) y Turner (2007).

Pero estas premisas están modificadas por factores culturales y geográficos. Los pacientes que viajan debido a turismo sanitario usualmente escogen a viajar a países con el mismo lenguaje o en los cuáles se habla inglés y con contextos culturales similares. La geografía del país influye en la movilidad y el turismo médico suele cubrir cortas distancias entre países fronterizos como ya se ha citado anteriormente: véase el caso de Estados Unidos en México (o viceversa) o desde el sudeste chino hacia Hong Kong.

Los inmigrantes mexicanos residentes en los Estados Unidos, especialmente en los estados cercanos a la frontera, tienen a volver a su país de origen, México, para cuidado médico debido al alto grado de privatización en EE.UU y costes más altos (Brown, 2008); (Horton, 2011).

Otros destinos de turismo sanitario se deben a las facilidades de comunicación que posibilitan a pacientes y sus familiares a visitar amigos y familiares. (Inhorn, 2011); (Lee, 2010). Corea y Taiwan no son destinos low-cost, sin embargo, han desarrollado amplias industrias relacionadas con el turismo

sanitario enfocando los desplazamientos bajo la motivación de la visita de familiares y amigos.

Las variaciones de religión pueden ser más importantes incluso que las fronteras: por ejemplo, las diferentes ramas del Islam tienen diferentes perspectivas y puntos de vista en lo relativo a las nuevas tecnologías de reproducción asistida por lo que existe población que desde países árabes viajan a Irán, en el cual sí están permitidos los tratamientos de fertilidad (Moghimehfar, 2011).

Otro factor muy a tener en cuenta son las infraestructuras turísticas del destino, es decir, la llamada oferta complementaria. Mientras las atracciones turísticas raramente son consideradas como importantes a la hora de decidir el viaje (Moghimehfar, 2011), una accesibilidad mínima a infraestructuras turísticas básicas sí es bastante significativa (Connell, 2011). Es decir, en el tiempo que permanece el paciente hospitalizado dependiendo del tratamiento a realizar, la familia que suele acompañar al paciente al país de destino aprovecha para realizar actividades en la ciudad; es irrisorio decir que no van a ir a un parque de atracciones pero sí hacen consumo de unas necesidades básicas; realizan un gasto en restaurantes, hoteles o salen de compras.

Las habilidades y reconocimientos médicos en el tratamiento a realizar es otra de las razones de peso a la hora de que el paciente decida. Los pacientes chinos que viaja a Corea lo que valoran es la calidad médica por encima de otros factores a la hora de elegir destino y están más condicionados en la experiencia médica que los japoneses los cuáles valoran más la experiencia turística (Yu, 2012). Los pacientes internacionales del ya citado hospital Bumrungrad, uno de los más famosos del mundo, situado en Bangkok, Tailandia, también empatizan mucho con la calidad del tratamiento médico (Veerasoontorn, 2011). Esta calidad en el tratamiento médico es muy apreciada. En Jordania, el destino líder en Oriente Medio, los pacientes llegan desde países incipientes en los cuales se habla árabe, como es el caso de Yemen, Sudan y Libia. En dichos países las experiencias de los doctores se perciben como de menor calidad y esta es una de las motivaciones que hacen que el turista sanitario de el paso para someterse a tratamiento en Jordania (Smith, 2009).

Por otra parte, la mitad de todos los pacientes que no se realizan tratamientos en Omán viajan a Tailandia y un tercio de ellos a la India debido a que son destinos más baratos en vez de permanecer en una región cultural similar. Así pues, podemos comprobar que existen distintas tendencias y motivaciones a la hora de viajar, en este último caso, el coste influye más que un contexto cultural o idiomático similar.

Otras tendencias son un flujo de pacientes de élite procedentes del Golfo Pérsico que usualmente viajan a Europa con el propósito de someterse a tratamientos sanitarios. Estos son de un alto poder adquisitivo. Malasia ha experimentado un incremento de turismo sanitario procedente de Indonesia debido al aumento de los costes en Singapur. Parece lógico entonces asumir

que los costes suelen ser una razón de peso para incitar al turista a recorrer una mayor distancia de viaje (Connell, 2012).

2.1.3. Movimientos entre fronteras

Siguiendo con otros estudios, los movimientos entre países fronterizos se han vuelto más que evidentes. Otro artículo dicta que más que el 80 % de los pacientes extranjeros en Túnez, Singapur y Jordania provienen de países vecinos (Lautier, 2008). Otros datos apoyan la teoría de los países vecinos. En 2005 aquellos pacientes extranjeros que eligieron Singapur como destino para tratamiento médico procedían en su mayoría de países vecinos, especialmente Indonesia con un 52 % y Malasia con un 11 %, según se desprende del artículo de (Khalik, 2006). Singapur ha visto, no obstante, un desplazamiento de este mercado procedente de Indonesia hacia el Golfo. En Malasia una encuesta de turismo sanitario de cinco hospitales de Kuala Lumpur reveló que al menos la mitad de pacientes extranjeros (48 %) procedían de Indonesia, con menos del 10 % procedentes de Australia, Nueva Zelanda, las islas Filipinas y la India (Musa, Thirumoorthi, & Doshi, 2011). Además existen nichos significativos entre regiones. Por ejemplo, las percepciones de la imagen del cuerpo en Asia y el cercano contexto de la cultura popular coreana han propiciado que Corea se haya convertido en un destino para tratamientos de cirugía estética en muchas partes del este y sudeste asiático (Connell, 2011); (Yu, 2012).

Sin embargo, ¿existe un turismo sanitario “a la carta”? ¿Es decir, las fronteras están totalmente abiertas a aquel que quiera someterse a tratamiento sanitario en el extranjero? Todo depende de las barreras que puedan surgir: dificultad del tratamiento, visados, etc... Pero lo que es seguro es que cuanto más poder adquisitivo tenga el paciente, más posibilidades se abren a la hora de elegir tratamiento sanitario.

Desde el punto de vista de la sanidad pública, según un artículo de Ricardo P. Ron Latas, catedrático de Derecho del Trabajo y Seguridad Social en la Universidad de A Coruña (2005), un paciente español sólo puede ser tratado en el extranjero “en casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción”, es decir, solo existirá reintegro de gastos cuando la utilización de sistemas sanitarios diferentes al español sea porque se requiera atención inmediata o esté en juego la vida del paciente. El artículo doctrinal del señor Ron Latas (2005), parte del caso “Keller”, un caso a partir del cual una beneficiaria española de la seguridad social que se encontraba en Alemania, fue intervenida en un hospital de Zúrich (Suiza) debido a que la operación quirúrgica que requería era de carácter extremo y solamente se trataba en dicho hospital. La paciente pudo ser trasladada y reembolsada porque “según

la legislación alemana de Seguridad Social, se puede recurrir a la medicina privada, incluso a la extracomunitaria siempre que el tratamiento prescrito por los médicos alemanes así lo requiera”.

Sin embargo, el autor expone que si ese mismo caso se hubiera desarrollado en España, la ley española no contempla que se sufraguen los gastos del tratamiento de la enfermedad en el extranjero, por la Seguridad Social española.

Pero la normativa comunitaria de Seguridad Social “parece permitir hoy en día a los ciudadanos de la Unión Europea acceder en condiciones de igualdad a las prestaciones sanitarias en cualquier país de la Unión Europea, siempre que el tratamiento no pueda ser dispensado por el país de residencia en un plazo razonable de tiempo”. Es por ello por lo que se puede afirmar que, hoy en día y según las leyes, parece que se esté abriendo la veda para llegar a un turismo sanitario europeo “a la carta” posibilitando a los pacientes a viajar debido a las largas listas de espera y/o la imposibilidad de tratarse en el país de origen (Ron Latas, 2005) ya que la crisis ha contribuido, en muchos países, a aumentar estas listas de espera (Casabona Marínez, Lillo Crespo, Mora Antón, & Galao Malo, 2005). Sin embargo, esto es tan solo la teoría. La práctica ha de verse según el turismo sanitario se desarrolle y madure, siempre teniendo en cuenta que debe de ser un fenómeno controlado ya que un desequilibrio entre sistemas sanitarios de países diferentes tendría consecuencias nefastas para ambos países.

Hay que hacer una diferenciación entre el sistema sanitario público del país y el privado. Según (López-Fernández et al, 2012), se ha utilizado como excusa al turismo sanitario para elaborar las normas regulatorias que controlen la cobertura de la seguridad social a inmigrantes, sin embargo, aunque son parte del problema debido a que se generan ineficiencias, los autores exponen que ya se han estudiado los efectos negativos que tiene la exclusión del acceso sanitario a la población inmigrante, que incluyen “un aumento del uso de los servicios de urgencias y la previsión de mayores costes a mediano y largo plazo como consecuencia de la no atención” ya que la población inmigrante de menos de 18 años sin tarjeta sanitaria, sí puede hacer uso de los servicios de urgencias, atención al embarazo, parto y postparto.

Otra cuestión ética a destacar en España con la implantación del real decreto RDL 16/2012 es la exclusión de los jóvenes mayores de 26 años que no hayan entrado en el sistema de la seguridad social. Antes de incorporarse al mundo laboral con la crisis existente, ya se ven fuera del “sistema de todos” y no todos ellos pueden contratar seguros privados financiados por sus familias. Según los autores del artículo “se pone en grave peligro la solidaridad intergeneracional y la cohesión social”.

2.1.4. Efectos del turismo sanitario. Efecto bi-lateral: pros y contras para el país de origen y destino

Siguiendo a (Johnston et al, 2010) y tomando como base un flujo de turistas sanitario desde países con alto poder adquisitivo a países con renta per cápita media o más baja, se tienen que salvar ciertos contras que acontecen. Por ejemplo, los hospitales de turismo sanitario en estos países de renta media/baja tienen a menudo que luchar contra el estereotipo asociado a ellos como el “tercer mundo”, estereotipo que se tiene con frecuencia entre los residentes de los países de alto poder adquisitivo (Neelakantan, 2003); (Globalisation and Health Care, 2008).

Además, se suele percibir que los servicios producidos en países de renta per cápita más baja tienen que ser necesariamente de inferior calidad (y esto no necesariamente es siempre así). Podemos poner como ejemplo a India, un país en el cuál un gran porcentaje de la población vive en la pobreza pero que, sin embargo, es uno de los más desarrollados en el sector privado del turismo sanitario (Mudur, 2004); (Connell, 2008); (Loose, 2007).

Sin embargo, el turismo sanitario es un fenómeno múltiple. Con la apertura de los sistemas sanitarios de cada país a un concepto de salud más global, se incurre en una serie de efectos colaterales para los países que se ven implicados. Los países “exportadores” pueden experimentar un beneficio directo del turismo sanitario al generar un intercambio de pacientes extranjeros y revertir la fuga de cerebros, pero corren el riesgo de crear un sistema dual, en el cual el uso sanitario de la población local se reduzca. La fuga de cerebros es uno de los alicientes que plasma el doctor Such, uno de los dirigentes del spin-off “Málaga Health” a la hora de explicar los beneficios directos que traería el desarrollo de este tipo de turismo en la Costa del Sol aprovechando todas las potencialidades que la provincia de Málaga ofrece.

Por otra parte, los países “importadores” de turismo sanitario, pueden beneficiarse de aliviar las listas de espera para ciertos tratamientos y de un descenso en los costes del sector sanitario, pero pueden poner en riesgo la calidad del servicio médico y la responsabilidad. “Sin embargo, la evidencia de una perspectiva bi-lateral sugiere que los aspectos positivos pueden ser capitalizados y los negativos pueden ser reducidos” según relata Smith (2011).

A pesar de que el turismo sanitario ha sido siempre considerado como un movimiento entre países menos desarrollados hacia países más desarrollados con mejores facilidades médicas y de mayor calidad, esta tendencia está cambiando como hemos observado anteriormente; con lo cual, el beneficio que puede reportar a países “pobres” o “menos desarrollados” es muy importante para la economía del país en su conjunto. Muchos países participan en el turismo médico como “importadores”, “exportadores” o ambos. El artículo de Richard Smith (2011) plasma a los países de norte américa y el oeste europeo

como los principales importadores de turismo sanitario (es decir, los países de los cuales proceden los turistas); mientras que los principales exportadores (los países que proveen los servicios sanitarios a los turistas) están más repartidos entre todos los continentes; Latinoamérica, el este de Europa; África y Asia. También se puede observar que hay países que se han especializado en ciertos procedimientos. Por ejemplo, Tailandia y la India se han especializado en ortopedia y cirugía cardíaca mientras que los países del este europeo lo han hecho en cirugías dentales.

El efecto bi-lateral del turismo médico se puede medir en oportunidades y riesgos para los países importadores y exportadores de este tipo de turismo. Estos efectos se pueden contemplar en el artículo de Smith (2011):

- Países importadores

Oportunidades: en primer lugar el ahorro en el sistema sanitario destinado a esos pacientes que viajan al extranjero. Se estima que si uno de cada diez pacientes de los Estados Unidos viajaran al extranjero para someterse a tratamiento médico, el ahorro medio para el sistema sanitario sería de 140.000 millones de dólares anualmente (Mattoo, 2006). Este ahorro importante contribuiría a fomentar esta relación multi-lateral y bi-lateral. Sin embargo, la relación bi-lateral debe controlarse. No se debe exponer a un país a un flujo indeterminado de pacientes sanitarios porque podría traer consigo consecuencias nefastas para los sistemas sanitarios. El número de pacientes debería ser formalizado en contratos que especifiquen el número específico de pacientes a ser tratados en hospitales específicos. Los precios de los tratamientos pueden ser negociados directamente con los hospitales a través de los contratos y los ahorros consecuentes de tratar a esos pacientes en el extranjero pueden ser incorporados en el presupuesto del contrato. Lo que se busca intentando controlar este fenómeno es perseguir una mejor planificación y organización.

El segundo aspecto positivo para el país importador es que puede beneficiarse de una reducción de las listas de espera de los pacientes. Además, como se ha citado anteriormente, en una relación bi-lateral planificada, sería más fácil controlar qué pacientes serían enviados, a qué país viajarán y para qué determinado tratamiento, todo ello no haría sino mejorar la calidad del sistema.

Por último, otro aspecto a destacar es una mejora en la elección del paciente ya que al existir mayor oferta internacional, se mejora los niveles de trato personal y puede incrementar la privacidad y confidencialidad.

Riesgos: El principal riesgo es perder un capital que podría ser para el país y que, por el contrario se invierte en el extranjero. Por ejemplo, hay

estudios que sugieren que los Estados Unidos están perdiendo actualmente miles de millones de dólares al año debido el turismo médico (Medical Tourism retail clinics challenge status quo in US, 2008); (Crone, 2008). Es lógico asumir que cada paciente que viaja al extranjero cambiando el sistema sanitario de su país por otro, está llevando su capital al extranjero.

Otro de los principales riesgos de abrir las fronteras al turismo sanitario es tratar de mantener la calidad del tratamiento en los países de destinos. Puede ocurrir que en dichos países la calidad del tratamiento médico sea peor que el mismo tratamiento ofrecido en el país de origen. Sin embargo, existe un método para controlar este hecho.

Los países exportadores pueden controlar la calidad ofrecida mediante acreditaciones nacionales e internacionales. Por ejemplo, 35 países pueden solicitar la acreditación de la JCI ("Joint Commission Internacional), la asociación que se encarga de acreditar y certificar a los hospitales estadounidenses que responden a ciertos estándar en materia de tratamiento sanitario. A fecha 15 de Septiembre de 2014 existen 675 hospitales internacionales que han sido acreditados por la JCI. Por ejemplo, India y Singapur ya han solicitado y obtenido acreditaciones para 21 hospitales respectivamente, mientras que Tailandia lo ha hecho con 37 hospitales (Joint Commision International, 2014). Además, dos tercios de los hospitales acreditados por la JCI se encuentran en Asia mientras que solo una quinta parte de ellos están localizados en Europa (Runnels & Carrera, 2012). El siguiente mapa nos muestra los países en los cuales se encuentran hospitales acreditados por la JCI.

Organizaciones acreditadas por JCI



Figura 8: Mapa mundial de los países con organizaciones acreditadas por la Joint Commision International, 2014

Otras asociaciones de acreditaciones internacional son el Consejo Australiano de Estándar de Tratamiento Sanitario; el Consejo Canadiense de Servicios de Salud y la Sociedad para Acreditación Internacional de Tratamiento Sanitario.

Quizás este elevado número de agencias de acreditaciones indiquen una tendencia importante de los países exportadores de turismo médico a fortalecer y mejorar su industria médico-turística.

La labor fundamental de estas organizaciones es asegurarse que los hospitales que proveen de servicios médicos cumplan con unos estándar nacionales e internacional; garantizando a los pacientes que el tratamiento en dichos hospitales podría equipararse al mismo tratamiento en los países de origen.

La utopía en una relación bi-lateral de turismo sanitario es que los países importadores pudieran elegir a qué hospitales enviar a sus pacientes pero esto se torna algo infactible debido a la imposibilidad de acceder a todos los hospitales extranjeros incluso aunque el propio país importador quiera.

Otro aspecto negativo a destacar es la falta o la diferencia en leyes de mala praxis en los países exportadores (Dunn, 2007); (Chinai, 2007); (Turner, 2007); (MacReady, 2007).

Relacionado con la calidad el servicio anteriormente mencionada; los errores profesionales pueden ocurrir eventualmente, y cuando, desgraciadamente, estos ocurren suele haber compensación económica de diversa cuantía al afectado o a los afectados (en el caso de la familia). Sin embargo, cada país tiene sus leyes determinadas en lo correspondiente a la mala praxis médica. Países como India o Tailandia, los cuales se sitúan entre los principales exportadores de servicios de salud, han limitado las leyes de mala praxis. En una relación bi-lateral, se debe elaborar un conjunto de leyes aplicables a ambos países para solventar problemas cuando los errores médicos ocurran en algún determinado tratamiento y elaborar conjuntamente un procedimiento preestablecido a seguir cuando algún error ocurra.

Los turistas sanitarios que regresan a su país de origen tras un tratamiento en el extranjero pueden traer consigo percepciones inapropiadas de las diferencias entre los estándar de tratamiento del país de origen y destino y esto se torna como un riesgo importante a tener en cuenta para los países importadores. Los turistas, expuestos a un producto que engloba hoteles, resorts y posibilidad de elegir un médico desde una página web puede dar como resultado que estos turistas exijan lo mismo, “ser tratados como reyes”, en el país de origen. (City resident opts for hip surgery overseas, 2008). Las altas expectativas en cuanto a las comodidades ofertadas en el extranjero

pueden deteriorar las percepciones por parte de los turistas sanitarios, del sistema sanitario local, es decir, del sistema sanitario público del país de origen. Esto se puede abordar recurriendo al tema de los sellos de calidad o certificaciones comunes para varios países, con lo que se buscaría elaborar un producto turístico-médico en común (Johnston et al, 2010).

Por último, existe otro aspecto negativo relacionado con la falta de seguimiento del tratamiento según relatan Dunn (2007) y Cheung (2007).

Las complicaciones puede surgir en fases posteriores al tratamiento de una cirugía, por ejemplo, cuando el paciente ya ha retornado al país de origen y en este caso, es al sistema sanitario del país de origen al que le toca responder ante el problema. Sin embargo, esto se puede corregir bajo el marco de relación bi-lateral tratado en este punto. Se pueden elaborar planes de seguimiento preestablecidos, con una buena comunicación entre los médicos de ambos países, lo cual contribuye a una mejor calidad del tratamiento.

Un estudio australiano demostró que el coste de tratar intensamente en el país de origen a un paciente con una prótesis en una articulación cuyo trasplante tuvo lugar en el extranjero y posteriormente se infectó, costaba nueve veces más de lo que podría haber costado ese tratamiento si hubiese recibido el tratamiento y el post-tratamiento en el mismo hospital (Cheung, 2007).

Esto se puede corregir elaborando políticas públicas que reembolsen parte del coste del tratamiento a ciertos pacientes, si con ello se trae una mejora plausible al sector sanitario. Algunos pacientes en países extranjeros con un sistema sanitario público en sus países de orígenes podrían ver reembolsado parte o la totalidad de algunas cirugías en el extranjero, si con ello traen beneficios para el sistema sanitario de origen; por ejemplo, un alivio de las listas de espera o un ahorro en los costes. Como ejemplo de esto, un número muy pequeño de turistas sanitarios canadienses han sido reembolsados por sus sistemas de salud públicos provinciales en cuanto volvieron a casa si podían demostrar que el tratamiento era indispensable y el sistema sanitario canadiense era incapaz de proveer una solución a ese tratamiento en un periodo determinado de tiempo, pero, en cambio, el sistema sanitario extranjero sí podía dar solución a dicho tratamiento (Eggertson, 2006); (Prashad, 2008). Sin embargo, en la mayoría de los casos el turismo sanitario se vuelve una opción viable sólo para aquellos que pueden permitirse el pago de su propio bolsillo en primeras instancias (aunque luego puedan ver la cantidad reembolsada).

- Países exportadores:

Oportunidades: una de las oportunidades es el beneficio monetario para países exportadores de turismo sanitario. Al recibir pacientes para ser tratados en el país, en términos económicos, el beneficio abarca muchos ámbitos para el país receptor (desde el propio tratamiento médico hasta los gastos de viaje de los familiares del paciente). El turismo médico suele ocurrir en el sector privado; sin embargo, en países como India y Tailandia, el estado juega un papel significativo invirtiendo directa o indirectamente en los hospitales privados (Ramirez de Arellano, 2007); (Reed, 2008); (Lee C. , 2007). Como se ha visto en anteriores apartados, algunos gobiernos están promoviendo activamente el turismo médico, por ejemplo, con la campaña “India increíble” o los folletos sobre turismo médico en Singapur que se pueden encontrar en algunos aeropuertos. Además, el sector público debería beneficiarse también de los ingresos generados del turismo sanitario, especialmente en lo referido al sistema sanitario (Smith, 2011).

Otra oportunidad para el país de destino de turismo sanitario es uno de los que pone en manifiesto el Doctor Such a la hora de exponer qué es lo que se busca mediante su Spin-Off en la Costa de Sol. Evitar la fuga de cerebros de jóvenes médicos bien preparados pero que ante la falta de trabajo están obligados a emigrar a otros países. En el caso del turismo sanitario, al crearse oportunidades de trabajo y sueldos competitivos, este sector se veía mejorado. Existe una tendencia y es que los pacientes internacionales son más propensos a confiar en doctores los cuales ejercen en sus países de origen (Jenner, 2008).

Riesgos: en la actualidad existe la preocupación de que el turismo sanitario se desarrolle hasta convertirse en un sistema dual en el cual solo se benefician los pacientes extranjeros de alto nivel adquisitivo y los hospitales privados en detrimento de la población local del país, la cual solo podría acceder a tratamientos básicos, sin tener acceso a tratamientos mayores debido a su poder adquisitivo.

Sin embargo, en su artículo, Smith (2011) expone que la consecución de un sistema bi-lateral ayudaría a mitigar estas diferencias en el sistema sanitario, destinando, por ejemplo, ingresos a mejorar los tratamientos para la población local o elaborando leyes para destinar un porcentaje determinado de camas de hospitales privados para la población local sin

coste. Pero esto aún se trata de una utopía, solo son ideas que se exponen en el artículo para tratar de compensar los riesgos que puede traer un desarrollo del turismo sanitario sin control por parte de los estados.

Sin embargo, contraponiéndose con la oportunidad de atraer personal médico procedente de la “fuga de cerebros”, como riesgo aparece la propia “fuga de cerebros” y es que ésta es posible. En un contexto global de turismo médico, quizás el personal sanitario del país de origen, atraído por un salario más alto y lucrativo unido a mejores oportunidades de trabajo emigre desde el sistema sanitario público del país de origen hacia hospitales privados que atraigan turistas sanitarios (Chinai, 2007); (Arunanondchai, 2006). Esto contribuiría a reducir la calidad el sistema sanitario público y la relación médico-paciente. Existe un estudio sobre la “fuga de cerebros” en Tailandia que pone de manifiesto esto Pachanee (2006); a grandes rasgos lo que se expone es que efectivamente la “fuga de cerebros” interna desde el sector público al privado se da, pero no debido al flujo de pacientes extranjeros hacia el sector privado, sino debido a un mayor flujo de los propios pacientes tailandeses hacia las clínicas privadas.

Por último, otros de los riesgos que lleva consigo el turismo sanitario para los países exportadores es la posibilidad de que recursos sean llevados desde la población local e invertidos en hospitales privados, dirigiendo las inversiones de dinero público desde la población local a tratamientos para pacientes extranjeros. Esto llevaría consigo un decrecimiento de calidad en los tratamientos en hospitales pequeños en zonas rurales, los cuales la población local necesita, obligando a los pacientes a viajar a zonas más pobladas como grandes ciudades. (Ramirez de Arellano, 2007); (Chanda, 2002); (Connell, 2008); (Garud, 2005); (Leathy, 2008).

2.1.5. Estudio de un caso práctico: la potencial relación bi-lateral entre India y el Reino unido

Tras ver las oportunidades y riesgos que trae consigo el desarrollo del turismo sanitario para los países importadores y exportadores podemos ver un interesante caso de estudio de relación bi-lateral entre el Reino Unido y la India.

El Reino Unido tiene un importante sistema sanitario que está, cada vez más, unido a la Unión Europea en el sentido de que pacientes pueden buscar y recibir tratamiento sanitario en cualquier lugar de la Unión Europea, a veces sin la autorización del propio sistema sanitario del país de origen (Commision of the

European Communities, 2008). Así mismo, en el sistema de salud del Reino Unido ya han tenido intercambios entre distintas regiones de pacientes para obtener otro tratamiento sanitario. Cabe destacar que el sistema sanitario de este país ha sido frecuentemente criticado debido a sus largas listas de espera.

Teniendo en cuenta el porcentaje de población india residente en el Reino Unido; parece probable que se convierta en un candidato potencial a ofrecer servicios sanitarios a la población del Reino Unido.

El número de turistas médicos que visitan la India es difícil de estimar, aunque de acuerdo a la Confederación de Industrias Indias (CII) en 2004, 150.000 turistas visitaron la India con propósito sanitario (Chinai, 2007); (McKinsey and C.o.I. Industries, 2002). Como hemos visto en anteriores apartados, el gobierno indio ha promovido activamente el turismo sanitario. Incluso en su Política Nacional de Salud, ya en el año 2002, se consideró al turismo médico como una industria de exportación muy importante y se premió con incentivos fiscales, incluyendo tasas de impuestos menores. Como vemos, India fue una de los primeros países que empezó a desarrollar el turismo sanitario.

Una señal clara de la importancia del turismo sanitario para la India es el número de hospitales que han solicitado acreditaciones nacionales e internacionales. En la India, 73 hospitales ya han recibido acreditaciones procedentes de la “National Accreditation Board for Hospitals and Health care providers”, datos que se desprenden del artículo de Smith (2011). Además, como se ha mencionado en anteriores apartados, 16 hospitales de India han recibido la acreditación de la JCI. Otro elemento a destacar de este tipo de turismo en India es que el gobierno ya ha introducido un tipo de visado especial para los turistas sanitarios, la “M”, o Visado Médico (Chinai, 2007). Hay muchas razones para el optimismo en torno al futuro del turismo sanitario en este país, por ejemplo, el mayor uso del idioma inglés en la India la sitúa por delante de sus competidores países vecinos, por ejemplo en el caso de los hospitales tailandeses que tienen que ofrecer traductores siguiendo a Connell (2008). Además de esto, India ha apostado por actualizar sus tecnologías médicas, adoptando también protocolos del oeste y ofreciendo servicios de calidad a precios bajos. Todo ello la convierten en uno de los casos a seguir por otros países que quieren desarrollar la industria turístico-médica (Connell, 2006). El país se sitúa como uno de los puntos asiáticos con mayor reputación en cirugía cardíaca, reemplazo de articulaciones y odontología (Ramírez de Arellano, 2007).

El Reino Unido, por su parte, puede ver aliviadas sus listas de espera con el envío de pacientes a la India.

Volviendo al artículo de Smith (2011), en la siguiente tabla se nos daría a entender los ahorros que traería consigo este intercambio de pacientes entre el Reino Unido e India.

Si se cogen una serie de procedimientos sanitarios y se compara el coste de enviar a esos pacientes de las listas de espera (más la compañía de un adulto)

a la India para someterse a tratamiento, con el coste de obtener el mismo tratamiento en el Reino Unido, el ahorro podría ser de 120 millones de libras.⁴

Table 1

Cost for patient and one accompanying person travelling.

Procedure	Cost UK (£) ^a	Cost procedure India (£) ^b	Cost of flight ^c	Hotel stay ^d	Total cost India	Cost saved per operation (£)	Waiting list ^e	Total saved (£)
CABG	8631	3413	1000	230	4643	3988	97	386,836
Coronary angioplasty	2269	2363	1000	69	3432	-1163	25,241	Not worth it
Total hip replacement	8811	3413	1000	322	4735	4076	28,800	117,388,800
Total knee replacement	6377	5145	1000	161	6306	71	53,911	3,827,681
Femoral hernia repair	1595	819	1000	69	1888	-293	1686	Not worth it
Inguinal hernia repair	1595	717	1000	46	1763	-168	65,064	Not worth it
Total								121,603,317

^a NHS reference costs 2007–2008.^b From Fortis Healthcare Mohali (JCI accredited).^c From British Airways, two week in advance of flying (i.e. 30th of September).^d Used exchange rate £1 = 89.7 Rp £23/night in Mohali (where Fortis is), luxury accommodation (Imperial Hotel Mohali).^e Obtained from Hospital Episode Statistics, main procedures and operations 2007–2008.**Table 2**

Cost for only patient travelling.

Procedure	Cost UK (£) ^a	Cost procedure India (£) ^b	Cost of flight ^c	Total cost India	Cost saved per operation (£)	Waiting list ^d	Total saved (£)
Coronary artery bypass graft (CABG)	8631	3413	500	3913	4718	97	457,646
Coronary angioplasty	2269	2363	500	2863	-594	25,241	Not worth it
Total hip replacement	8811	3413	500	3913	4898	28,800	141,062,400
Total knee replacement	6377	5145	500	5645	732	53,911	39,462,852
Femoral hernia repair	1595	819	500	1319	276	1686	465,336
Inguinal hernia repair	1595	717	500	1217	378	65,064	24,594,192
Total							206,042,426

^a NHS reference costs 2007–2008.^b Conversion used £1 = \$1.66, rounded to the nearest pound.^c From British Airways, 2 week in advance of flying (i.e. 30th of September).^d Obtained from Hospital Episode Statistics, main procedures and operations 2007–2008.

Figura 9: Tabla comparativa: coste de tratamientos con y sin acompañantes (Richard Smith, 2011)

Así mismo, el ahorro sería ligeramente superior a los 200 millones de libras si se trata de un solo paciente viajando solo (sin la compañía de familiares)⁵.

El artículo de Richard Smith concluye que la población inmigrante india residente en el Reino Unido siente predilección a volver a la India para someterse a tratamiento y esta tendencia se podría ver favorecida con un subsidio del país para fomentar cruzar la frontera, con lo cual se buscaría un ahorro monetario además de aliviar las largas listas de espera del Reino Unido, ya que la principal razón de los pacientes para viajar a la India es la longitud de estas listas de espera británicas (Sen Gupta, 2008); (Chatterjee, 2007).

Siguiendo a Sen Gupta (2008) solo una agencia de viajes especializada en turismo médico, el Grupo Médico Taj, agencia paquetes de viajes para 20-40 británicos cada mes para operarse en la India.

⁴ Ver figura 9⁵ Ver figura 9

Sin embargo, no se encuentran evidencias en artículos según Smith (2011) de que existan acuerdos turísticos formales para consolidar el turismo médico entre el Reino Unido y la India. La única excepción es un acuerdo firmado en 2003 entre el asegurador británico de salud privada BUPA y el Hospital Ruby en Kolkata, con el propósito de que los clientes de BUPA puedan utilizar las instalaciones y servicios de dicho hospital (Connell, 2008).

Por lo tanto y con vistas a un futuro, se plantea como una oportunidad seguir fomentando una relación bi-lateral entre la India y el Reino Unido que traería consecuencias positivas para ambos países y tratar de establecer leyes o acuerdos que mitiguen los efectos negativos del turismo sanitario en dichos países.

2.1.6. Errores al definir el impacto económico del fenómeno

Otro hecho a destacar, es que, incluso los estudios que proveen datos basados en los impactos económicos del turismo sanitario que el país estima, están basados raramente en hechos o análisis. La mayoría de ellos fallan en diferenciar el gasto médico de los gastos de viaje y turísticos. También en considerar la duración de la estancia de los pacientes en el destino y pueden o no incluir los familiares de los pacientes y amigos. Con un extenso período de recuperación, las retribuciones a la industria turística, y especialmente al sector hoteles, pueden ser mejores que con el turismo estándar. Los turistas que viajan por motivos estéticos permanecen más tiempo en el destino que otros turistas por motivos sanitarios y realizan más que simplemente estar en el hotel, comer y comprar (Ackerman, 2010). Además estos turistas tienen una estancia de mayor duración si están visitando a amigos o parientes (Connell, 2012).

En Túnez el ingreso directo del turismo sanitario en términos de salud únicamente, es decir, en clínicas, costes, tasas médicas y farmacéuticas, se estimó en 55 millones de dólares en 2004, cerca de un cuarto del total de ganancias de todas las clínicas privadas, y, por consiguiente, un ingreso sustancial para todo el sector sanitario, íntegro para el sector privado, en las dos ciudades más grandes. Añadiendo a esta cantidad, los gastos de los pacientes y familiares en el alojamiento, comida y sector de transportes trajeron un ingreso estimado en 107 millones de dólares solamente en un año (basado en una media de una estancia de 3 días en hospital y fuera unos dos días, incluyendo una media de 1.5 familiares por paciente) (Lautier, 2008). Recordemos que cerca de la mitad de todo este gasto se dio fuera del sector médico y la mitad de los trabajos creados fueron también fuera de este sector médico, por tanto, gran parte del gasto fue en actividades relacionadas con el

sector turístico y no cercanas al sector sanitario. Pero sí es verdad, que es el turismo sanitario el principal impulsor de esto.

Todas las estimaciones sugieren que este turista médico gastar más que el turista estándar, usualmente dos veces más o superior, debido a los altos costes de los servicios sanitarios (dependiendo del tratamiento a tratar). Como dato podemos decir que un turista médico en la India gasta aparentemente 7000 \$ comparado con otros turistas que gastan 3000 \$, según se desprende del estudio de Reisman (2010). Otras cifras parecidas son los 8720 \$ de media que gasta el turista médico medio en Malasia, de los cuales, la mayor parte fue destinada al coste del tratamiento médico (3742 \$) mientras que otras cifras se destinan al coste de las tarifas aéreas (1187 \$), alojamiento (1038 \$), comida y bebida (468 \$) y transporte doméstico (159 \$). Si sumamos a todas estas últimas cifras turísticas las actividades relacionadas con el turismo, es decir, la llamada oferta complementaria, incluyendo 678 \$ destinado a compras, entretenimiento (180 \$) y tour turísticos organizados (489 \$) nos da la idea de la magnitud del gasto monetario de este tipo de turista y su consiguiente aportación positiva a la economía del destino.

Otros datos procedentes de la prensa confirman que casi la totalidad de los turistas que viajan para someterse a tratamiento sanitario (108 de cada 121) viajaron con al menos una persona más, usualmente un familiar cuyo gasto no fue estimado (Musa et al, 2011). Estos gastos no estimados de los familiares y acompañantes del turista médico deberían ser incluidos en el cómputo global porque las cifras aumentarían sustancialmente. Por ejemplo, estos acompañantes en Tailandia gastaron alrededor de dos veces lo que se gastaba el propio turista médico en hoteles y actividades turísticas, según podemos ver en un artículo relacionado con la experiencia tailandesa (NaRanong, 2011). Todas las infraestructuras de la industria turística (agentes de viajes, líneas aéreas, hoteles, restaurantes, taxis...) se benefician considerablemente de este nuevo nicho.

Además de las cifras anteriores, las cifras en lo concerniente a la proporción de los turistas médicos que hacen uso del turismo “estándar” es aún desconocido. Esto es debido, fundamentalmente, a la dificultad a la hora de recabar datos o medir un efecto en un área tan amplia (agencias de viajes, tour-operadores, hoteles, restaurantes...). A pesar de ello se han realizado unos pocos estudios aunque sin dar datos. Se puede apreciar que la mayoría de turistas por motivación médica en China, India y en Jordania participan en alguna forma de turismo como ver la ciudad, shopping o disfrutar de la cultura local (Alsharif, 2010). Otros datos se aportan en prensa, al menos la mitad de los turistas médicos en Kuala Lumpur, la mayor ciudad de Malasia, hacen uso del shopping, un tour turístico organizado u otras actividades recreacionales, incluyendo la visita a parientes (Musa et al, 2011). Además, se pone de manifiesto que alrededor de un 85 % de los pacientes del, ya citado, hospital Bumrungrad, el más importante de Bangkok (Tailandia) manifestaron que sus acompañantes habían realizado actividades turísticas como ver la ciudad, shopping, comer fuera o disfrutar de la cultura local (Anon, 2010). En esta

ciudad, la mayoría de los turistas australianos que viajan por motivación estética acentuaban el fenómeno turístico pernoctando en hoteles de lujo y confort, comiendo fuera y formando parte de tours turísticos (Jones, 2011) y un pequeño grupo de turistas médicos en la India habían viajado con el propósito de quedarse de vacaciones tras el tratamiento y acompañados de familiares y amigos hacían uso del turismo (Solomon, 2011). Es lógico pensar, que todo depende del tipo de tratamiento a realizar y la gravedad de este. Ya sea activa o pasivamente el turista sanitario hace una contribución muy importante a la economía local.

Este nicho se ha desarrollado tanto en los últimos años en la industria turística que aunque conlleve actividades sanitarias serias como una cirugía de trasplante, que no tiene ningún tipo de relación con el placer, irónicamente algunos autores lo incluyen en turismo con nombres como “Bikinis y vendajes” de Bell (2011) o “el mar, el sol, la arena... y la cirugía” de Connell (2006).

De igual manera, el turismo sanitario tiene mucho en común con el turismo de visita a amigos y familiares, como ya se ha visto anteriormente, y con el turismo MICE (el turismo de reuniones y congresos), la última en la cual los turistas, a menudo, viajan de forma independiente de otros miembros de la familia y pasan la mayoría de su tiempo participando en actividades que otros podrían considerar aburridas o desprovistas de placer y relajación. Todas estas actividades tienen grandes beneficios a la infraestructura del turismo.

2.1.7. Ética en el turismo médico en un contexto de globalización.

La ética es algo que va íntimamente ligado al turismo sanitario. El turismo médico ha propiciado cuestiones éticas centradas en temas de la acreditación y la calidad del tratamiento (y el post-tratamiento) entre los diferentes países, la validez o no de procedimientos “extremos” (que a menudo no pueden ser llevados a cabo en los países de origen de los pacientes: recordemos el caso de los tratamientos de fertilidad en Irán) y, sobre todo, y un factor muy importante: los impactos en el sistema sanitario nacional de los países de destino. En España tenemos el caso polémico de la sanidad pública y en otros países existe preocupación por un posible riesgo de propagación de infecciones y pandemias a causa del turismo sanitario (Hall, 2011).

Dependiendo del país, de hecho, existen diferentes procesos nuevos y experimentales que pueden tener lugar en un país y en otro no.

Quizás el rasgo o la característica más distintiva del turismo sanitario es que conlleva un viaje, es lógico. Conlleva el transporte de pacientes a través de fronteras internacionales, dejando atrás la relación familiares construidas durante años con el médico de cabecera o el sistema sanitario nacional para dar el salto a un sistema diferente, cultural, climatológicamente y lingüísticamente hablando. Cada sistema sanitario de cada país es diferente.

Por ejemplo, durante años se ha tenido en el oeste a la India como un sistema sanitario pobre e inadecuado. Sin embargo, este se ha desarrollado muchísimo en el sector del turismo sanitario. Los hospitales y gobiernos muestran interés por el turismo sanitario, sin embargo es difícil medir datos reales de éxito o fracaso según el país.

Es difícil cuantificar el número de procedimientos de turismo sanitario que se llevan a cabo. Existen complejos procedimientos que están ligados a cuestiones éticas entre las cuales están incluidos los tratamientos con células madre, la maternidad de alquiler o incluso el “turismo de muerte” o eutanasia. Son temas delicados y resulta imposible obtener datos procedentes de este tipo de procedimientos (Higginbotham, 2011). Algunos autores defienden que algunos procedimientos como “el llamado turismo de trasplante” deberían ser distinguidos del conjunto de turismo sanitario (Bagheri, 2010). En otro concepto diferente, se sitúa el llamado “turismo reproductivo”. Con frecuencia los turistas consumen más productos turísticos que otro tipo de turista sanitario (transporte, alojamiento, comida..) y además conlleva una experiencia cultural innovadora que no todo tipo de turismo la conlleva (Pennings, 2002). Algunos autores exponen que a este tipo de turismo se ha llegado a partir de una forma de “globalización neoliberal” en la cual, por ejemplo, se dan facilidades a los pacientes para trasplantarse en países extranjeros debido a las largas listas de espera, los costes, o la inexistencia de tratamientos en los países de origen (Epstein, 2009). Otros autores definen esta forma como “neo-colonialismo” (Buzinde, 2012). En cualquier caso, este tipo de turismo, el turismo de trasplante viene determinado por el coste: los ciudadanos con una renta baja o media-baja (dependiendo del tratamiento) no tienen la oportunidad de recibir un trasplante de órganos en el extranjero (Turner, 2007).

Quizás la forma de turismo médico de la que más se obvia hablar o de la que se carece más de datos sea la que incluye la reproducción. Es la que implica un asunto más privado e íntimo y se encuentra influida por las políticas nacionales de cada país (por ejemplo, mediante las leyes del aborto, el control de nacimiento, tamaños familiares y de las familias de un solo hijo). Los tratamientos de fertilidad y el turismo reproductivo ha sido descrito como un “mercado global de fertilidad comercial”, según expone Prasad (2008). Se llama turismo reproductivo cuando el turista viaja para acceder a ciertas tecnologías y servicios reproductivos como la fecundación in vitro, la donación de esperma y óvulos, la selección de sexo y diagnóstico embrional y la maternidad de alquiler (Martin, 2009); (Whittaker, 2010) así como al aborto, vasectomías y procesos de ligaduras de trompas. Todos estos procesos conllevan cuestiones éticas alrededor de la persona y vienen determinado por las leyes, autonomía y libertad de cada país.

Los sistemas sanitarios en los países desarrollados, algunos de la mayoría de destinos del turismo sanitario, son notoriamente irregulares, y a menudo, se

vuelven aún más. El turismo sanitario puede llevar consigo un deterioro de las facilidades sanitarias del país. Se ha visto una fuerte apuesta por la privatización, estancándose los presupuestos para el gasto médico como consecuencia de la crisis y todo esto influye al turismo sanitario. Todavía muchísima literatura del impacto socio-económico que lleva consigo el turismo médico está “exento de datos” y basado en teorías, suposiciones o conjeturas (Lautier, 2008). Como ya se ha citado anteriormente cuesta mucho recabar datos de turismo sanitario. Los análisis detallados de los impactos nacionales del turismo médico sobre la población local están todavía incompletos (Connell, 2011). Sin embargo, en muchos contextos ha emergido un sistema sanitario dual en el cuál la especialización en cardiología, oftalmología y cirugías plásticas sirve a pacientes extranjeros o pacientes locales con fuerte poder adquisitivo mientras que (la mayoría) de la población local carecen de facilidades básicas como instalaciones sanitarias, agua limpia o desparasitación regular (Bookman, 2007) como puede ser el caso de la India y, no tan dramáticamente, en Tailandia, Malasia y algunos países (NaRanong, 2011). Y podría ser acentuada por la migración de especialistas sanitarios con experiencia desde áreas regionales y rurales y procedentes del sector público hacia el sector privado, lo que incluye al turismo sanitario. Este tipo de turismo también ha sido descrito por algunos autores como un “espacio privado de élite... inexorablemente ligado a dinamitar al programa médico nacional” o como un “subsidio opuesto para la élite (Ackerman, 2010); (Sen Gupta, 2011). En Sudáfrica el turismo sanitario enfatiza la “desigualdad racial en el sistema de salud” según relata Mazzaschi (2011). Pero es un tema delicado a tratar ya que los intereses locales se anteponen a la ética en el terreno del turismo sanitario. Cada vez se ve más frecuente el desarrollo irregular a múltiples escalas debido a la globalización del sector sanitario (Heung, 2010).

2.1.8. Resumen del contexto del fenómeno y sus características

Como conclusión se puede llegar a las siguientes premisas:

- Es difícil definir qué es turismo sanitario y qué no. Se requiere de más artículos y estudios detallados sobre el turismo sanitario para definirlo. Lo que, sin duda, se sabe, es que se trata un nicho dentro del turismo con muchas posibilidades. A pesar de ello, aunque existiera una definición exacta para él, seguirían existiendo movimientos esporádicos y clandestinos de los cuáles es imposible obtener datos médicos para realizar estadísticas debido a que son inevitables e inaccesibles, ello es debido, a múltiples factores, por ejemplo, el ya citado turismo reproductivo.

- La preferencia de turistas médicos procedentes del “mundo rico”, con fuerte poder adquisitivo y fijación media por la cirugía estética ha distorsionado un poco las cifras y confundido mercados (el turismo sanitario es mucho más) (Connell, 2011).
- El apoyo de los gobiernos es fundamental, con flexibilidad, tecnologías modernas, un marketing efectivo y usando las infraestructuras existentes creando vínculos con las industrias turísticas, de alojamiento y de transportes.
- Los mecanismos de mercado se han vuelto cada vez más importantes, Sobre todo, con la creciente privatización del sistema sanitario que ha traído a su vez mayor competencia a nivel internacional para los mercados. En turismo sanitario se habla de un sistema sanitario global en lugar de local.
- El turismo sanitario conlleva otras formas de turismo. Los pacientes y acompañantes realizan una serie de actividades en el destino. Estas pueden no ser extenuantes o enérgicas, pero ir de compras, ver la ciudad, comer y relajarse son algunas de las actividades más realizadas lo que contribuye a un gasto turístico aún mayor.
- En definitiva, el turismo sanitario ha transformado la geografía del sistema de salud internacional pero mucho de lo que se ha escrito sobre esta transformación ha sido especulativo, optimista y distanciado de la información real o el análisis de datos reales de movilidad de turismo médico. Menos se conoce aún de cómo los turistas sanitarios escogen los destinos, qué factores les influyen más. Cada autor defiende un modelo distinto.
- Muchos viajes parten de la búsqueda de información en internet pero lo que realmente motiva al viaje es la recomendación, experiencias o consejo de amigos o familiares.

Podemos concluir, por tanto, que aún falta mucho por saber sobre este tipo de turismo y que se trata de un fenómeno que debe ser estudiado y explorado exhaustivamente.

2.1.9. Facilitadores de turismo sanitario

Cada vez hay mayor evidencia de que el turista sanitario confía y busca ayuda en los facilitadores de turismo para asegurarse de evitar problemas en los preparativos del viaje, además, de proveerse de información. Estos

facilitadores juegan un rol fundamental en el desarrollo del turismo médico. Sin embargo, pocos estudios centrados en ellos se han realizado aún. Sí se han centrado en el estudio de los pacientes o los proveedores del sistema sanitario, es decir, de clínicas, hospitales y demás. Pero poco es conocido aún en lo concerniente a la importancia de los facilitadores de turismo sanitario y su contribución a la industria. Ante el cada vez más creciente número de turistas sanitarios, es imperioso realizar un estudio del rol que cumplen dichos facilitadores. Ya se han dado los primeros pasos en el estudio de los mismos pero queda mucho camino por recorrer aún (Wan Normila Mohamad, 2012).

Siguiendo a Dan Cormany (2011), una de las labores más importantes a realizar por parte de los facilitadores de viajes es investigar qué clase de información y servicios de turismo médico son los principales cuando el posible cliente de turismo médico busca a través de la web. Lo que más saca a la luz este estudio es que algunas páginas facilitadoras de turismo medico requieren un registro previo pago para ser miembro para acceder a toda la información. Otro aspecto es que la mayoría de facilitadores de turismo médico ofrecen hospitales o clínicas privadas exclusivamente de su país, no de un país extranjero. Por lo que internacionalizar y globalizar este producto se antoja como una labor que realizar completamente en un futuro próximo.

Por su parte, los turistas médicos buscan ayuda de los facilitadores de turismo sanitario para evitar las preparaciones importantes del viaje o verlas facilitadas: por ejemplo, encontrar proveedores del servicio de confianza, asegurarse de evitar problemas en el viaje o tener información completa acerca de todo el proceso, incluidas el pre y post operativo. En resumidas cuentas, la labor fundamental de los facilitadores de turismo sanitario es integrar y facilitar un viaje combinado que englobe todos los servicios médicos, turísticos y de viaje (Jagyasi, 2010).

Como se ha citado anteriormente, uno de los potenciales a desarrollar de este sector es planificar y coordinar estratégicamente el papel de cada agente; es decir, hospitales, agencias de viajes especializadas en turismo médico, hoteles y los propios turistas sanitarios (Heung, 2010). Recientes datos de mymedicaltourguide.com indican que la India es el país tiene el mayor número de facilitadores de turismo sanitario o agencias especializadas en este tipo de turismo (Wan Normila Mohamad, 2012).

Un estudio indica que el 50 % de los encuestados en India y un 52 % en los Emiratos Árabes Unidos usan firmas de seguros médicos para ayudarlos a organizar los procedimientos del viaje y de reserva para someterse a tratamiento fuera de sus países de origen (Alsharif, 2010). Es decir, que la mitad de los turistas sanitarios en dichos países prefieren ir con el viaje asegurado y no dejar nada al azar. Ello puede ser debido a que sean turistas sanitarios por primera vez o se sientan poco familiarizados con un país diferente, pero a pesar de ello nos da una idea de la importancia que cobran los facilitadores de turismo sanitario en este aspecto. Dan un plus de confianza al paciente para que se decida por un destino u otro.

Encontramos otro ejemplo claro de este tipo de facilitadores en “Medical Retreat Abroad” y “Malasyan MediTravel and Co., ambos agentes especializados en moderar las conexiones entre un consumidor potencial con el proveedor de servicios médicos, dentales o cosméticos. Además, agencias aseguradoras como “Plant Hospital”, “Global Choice HealthCare”, “Med Journeys” y “Med Retreat” han emergido como líderes de su sector como planeadores de turismo sanitario (Turner, 2007).

Ahora bien, los facilitadores de turismo sanitario pueden actuar o en solitario o formando un entramado con otras empresas o facilitadores (como en el caso de un spin-off) que ayude a definir un producto más común.

Los facilitadores de turismo médico pueden estar divididos en cuatro grupos según Keckley (2008):

- Compañías hoteleras, por ejemplo ITC-WelcomGroup en la India, que ofrece servicios actuando como facilitadores entre el paciente y el proveedor.
- Agencias de viajes, como Commonwealth Travel en Singapur, la cuál provee planes turísticos y organiza toda la logística para turistas sanitarios.
- Organizadora de viajes médicos, por ejemplo las anteriormente mencionadas MedRetreat, Planet Hospital, Global Choice Healthcare y BridgeHealth International, las cuáles actúan como agentes para los pacientes buscando tratamiento en el extranjero.
- Clínicas, como Bumrungrad en Tailandia o Apollo en la India que dedican programas clínicos en exclusiva para pacientes internacionales.

La información suministrada por los facilitadores de turismo médico juega un papel fundamental guiando a los turistas sanitarios a tomar decisiones (Carrera, 2010). Además, el aumento de nuevos jugadores en la industria, muestran estrategias de diferenciación entre compañías facilitadores de turismo sanitario.

Un facilitador puede prestar una gran variada de servicios; desde el viaje en avión y arreglos con el visado, el tratamiento médico en sí mismo, coordinar la conversación entre los doctores del país de origen y de destino, transmisión de documentos sanitarios, disposición de una empresa de acompañante (enfermera), el alojamiento y el seguimiento del paciente post-tratamiento recién regresado a su país de origen (Wan Normila Mohamad, 2012). Es por ello que, cada vez más, estos influyen en más medida de lo que creemos en el desarrollo del turismo sanitario, con lo cuál se deben elaborar más estudios en el futuro, profundizando en estos facilitadores médicos.

2.1.10. *Estudio de comparación entre distintos facilitadores de turismo sanitario*

Cuando se comparan los 24 facilitadores de turismo médico de los EEUU con respecto a los otros 33 de los 4 otros continentes se observan una serie de diferencias:

- En EEUU los portales suelen ofrecer con mayor frecuencia, mapas de localización, explicaciones acerca de las acreditaciones de cada hospital e información dirigida a trabajadores del sector sanitario respecto a los portales del resto del mundo.
- Además, los portales estadounidenses suelen proveer servicios en más de un país y no únicamente en los EEUU mientras que en el caso de Europeos y en el resto de continentes no se suele ver esto.

Respecto a otras diferencias puntuales, las páginas africanas (Sudáfrica y Túnez) hacen especial hincapié en el testimonio de pacientes ya tratados comparando con otras regiones. Con lo cual, este es un tema que se puede tratar a la hora de desarrollar los facilitadores de la Costa del Sol como el caso de Málaga Health S.L y Turismo, Salud y Bienestar S.L.

Según el artículo el aspecto diferenciador de los facilitadores europeos es el arreglo de citas médicas con rapidez y las diferentes oportunidades a la hora de disfrutar de otros servicios en las ciudades en la cuales el cliente se trate de su dolencia.

Por último, otro aspecto a desarrollar por parte de los facilitadores es la importancia del “factor shopping” y éste depende del tipo de tratamiento (cirugías mayores o menores, estéticas sobre todo, etc.). Es decir, los familiares mientras el paciente se encuentra en el hospital o clínica aprovechan para realizar compras. El estudio arroja que este aspecto es muy importante aunque en principio pueda parecer no serlo.

De hecho, la mayoría de turistas buscan combinar de forma efectiva vacaciones con la atención médica. Por consiguiente, los países que ofrecen atención sanitaria compiten por estos turistas en términos de precio, calidad y atractivo del paquete vacacional (Heung, 2010). Es ahí donde entran los facilitadores para convencer al turista que su destino es la mejor opción.

CAPÍTULO 3 TURISMO SANITARIO EN LA COSTA DEL SOL

3.1. INTRODUCCIÓN

España y la Costa del Sol en particular, con el mayor número de plazas en hospitales privados de Andalucía, no se ha visto ajena al incremento del tipo de turismo por motivos médicos.

En los últimos años se han empezado a dar los primeros pasos en algunos puntos concretos. Barcelona, se ha situado como una de las pioneras en turismo sanitario con la creación de un clúster especialmente destinado a la promoción de este tipo de turismo, Barcelona Centre Mèdic (BCM) la cuál aglutina 20 clínicas barcelonesas privadas como Barraquer, Quirón o Teknon. (Cámara de comercio de Málaga, 2010); (Página web Barcelona Centre Mèdic).

Al observar la página web del consorcio de Barcelona nos encontramos a que aparece en 3 idiomas: español, inglés y ruso (lo que nos da una idea acerca del mercado al que se quiere orientar el producto).

Además en la pestaña especialidades podemos consultar el tratamiento a realizar en una lista muy completa y se nos dirige a los centros especializados en dicho tratamiento y su situación en un mapa de Barcelona.

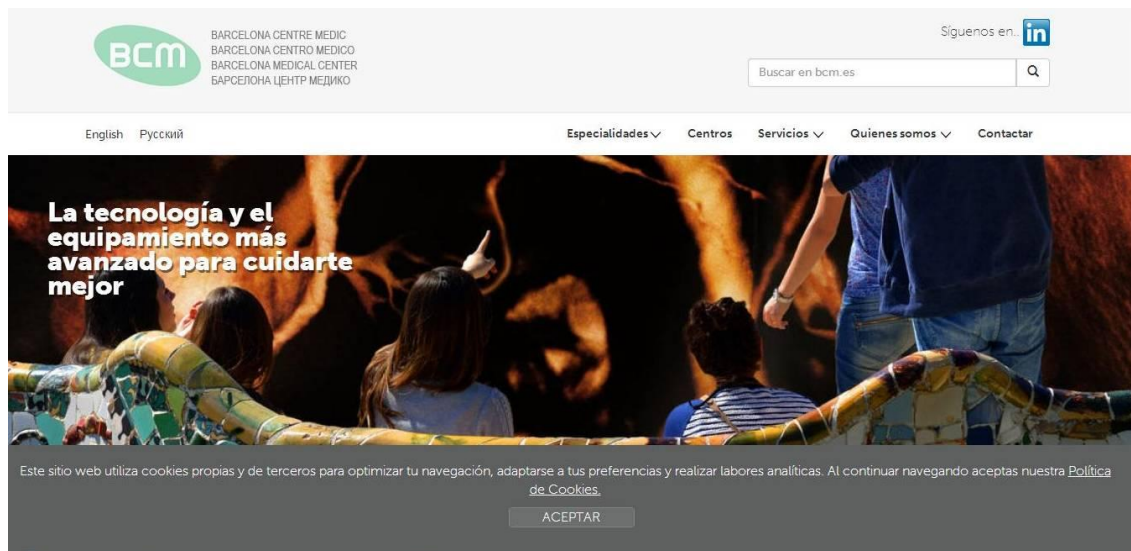
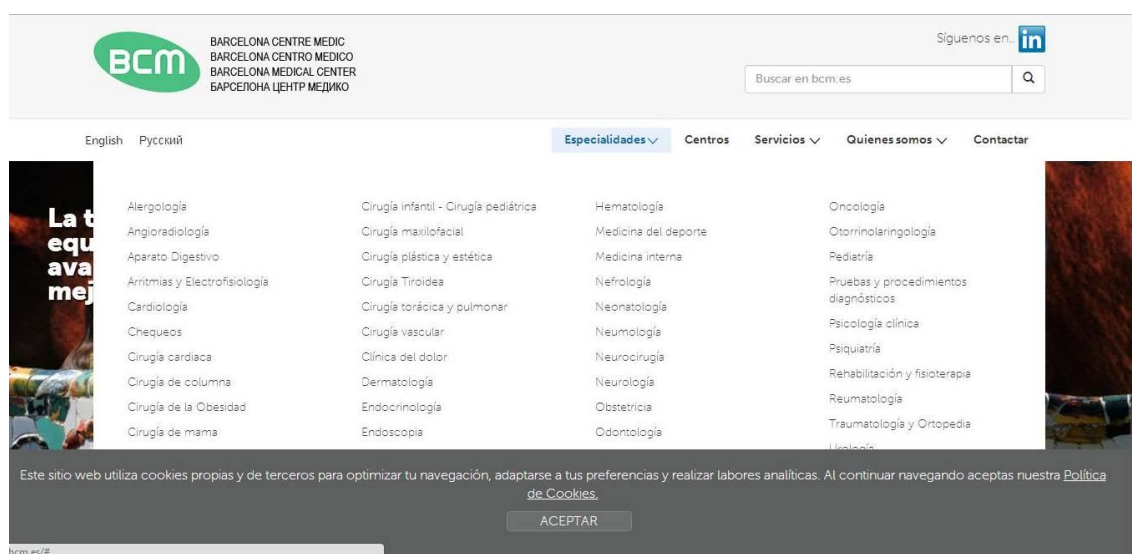


Figura 10: www.bcm.es

Figura 11: www.bcm.es

En Madrid encontramos la asociación Madrid Centro Médico la cuál trata de posicionar a la capital como punto de excelencia en Europa.

Las áreas sanitarias que se pretenden potenciar según el país de origen son la infertilidad (Italia, Alemania y Francia), cardiología (Rusia), cataratas y oncología (Inglaterra) y la oftalmología y estética (países árabes).

Ya forman parte del proyecto 12 establecimientos sanitarios “de primer nivel” y otros proveedores de distintos sectores, contando con el apoyo de las administraciones públicas (Comunidad de Madrid y Ayuntamiento) y de diferentes patrocinadores.

Figura 12: www.madridcentromédico.es

Otro ejemplo lo podemos encontrar en la clínica Vistahermosa de Alicante, propiedad de la compañía ASISA, la cual ha firmado acuerdos con Portugal, Gran Bretaña u Holanda entre otros (Casabona Marínez et al, 2005).

3.1.1. Situación del turismo de salud en la Costa del Sol

Centrándonos en nuestro ámbito de estudio, podemos afirmar que la Costa del Sol fue pionera en este segmento, con el Hotel Byblos y la Clínica Incosol como exponentes internacionales de este producto, sin embargo, estos dos establecimientos cesaron sus actividad, el hotel Byblos en 2010 y la clínica Incosol en 2011. Hasta ahora no se ha puesto en alza el importante desarrollo económico que traería para la provincia de Málaga la consolidación de un producto turístico-médico en la Costa del Sol y la aparición de los dos Spin-off (Málaga Health y Turismo, Salud y Bienestar lo confirman. Estas dos asociaciones se encuentran en un proceso de clúster turístico en los cuales el objetivo fundamental a perseguir es forjar alianzas entre empresas de diferentes sectores, clínicas privadas, hoteles, tour-operadores, etc...

Según el estudio de la Cámara de Comercio de Málaga los tratamientos que guardan más potencialidades en la Costa del Sol serán los tratamientos de cirugía láser refractiva y cirugía de cataratas y las cirugías estéticas. En la siguiente tabla se muestran los tratamientos generales administrados en clínicas privadas de Málaga según la encuesta elaborada por la Cámara de Comercio en el año 2010.

Tratamientos para clínicas de salud privadas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje sobre las Clínicas Privadas
Oftalmología	8	3,74%	80,00%
Cirugía Oral y Maxilofacial	7	3,27%	70,00%
Cirugía Ortopédica y Traumatología	7	3,27%	70,00%
Dermatología / Venerología	7	3,27%	70,00%
Fisioterapia y rehabilitación	7	3,27%	70,00%
Otorrinolaringología	7	3,27%	70,00%
Alergología	6	2,80%	60,00%
Anestesia y reanimación	6	2,80%	60,00%
Cardiología	6	2,80%	60,00%
Ginecología y obstetricia	6	2,80%	60,00%
Medicina Interna	6	2,80%	60,00%
Análisis clínico	5	2,34%	50,00%
Anestesiología y Reanimación	5	2,34%	50,00%
Aparato Digestivo	5	2,34%	50,00%
Cirugía general digestivo y gastroenterología	5	2,34%	50,00%
Cirugía General y del Aparato Digestivo	5	2,34%	50,00%
Cirugía Pediátrica	5	2,34%	50,00%

Tratamientos para clínicas de salud privadas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje sobre las Clínicas Privadas
Dermatología Médico-Quirúrgica y Venerología	5	2,34%	50,00%
Diagnóstico por imagen	5	2,34%	50,00%
Digestivo	5	2,34%	50,00%
Neurología y Neurofisiología	5	2,34%	50,00%
Psiquiatría	5	2,34%	50,00%
Urgencias	5	2,34%	50,00%
Urgencias y Cuidados Críticos	5	2,34%	50,00%
Urología	5	2,34%	50,00%
Anatomía patológica	4	1,87%	40,00%
Cirugía plástica	4	1,87%	40,00%
Cirugía plástica, Estética y Reparadora	4	1,87%	40,00%
Endocrinología y Nutrición	4	1,87%	40,00%
Gastroenterología	4	1,87%	40,00%
Hematología	4	1,87%	40,00%
Laboratorio	4	1,87%	40,00%
Pediatría	4	1,87%	40,00%
Cirugía Cardiovascular	3	1,40%	30,00%
Diagnóstico y tratamiento del dolor	3	1,40%	30,00%
Farmacología	3	1,40%	30,00%
Hemoterapia	3	1,40%	30,00%
Medicina Intensiva	3	1,40%	30,00%
Nefrología	3	1,40%	30,00%
Nefrología y diálisis	3	1,40%	30,00%
Neumología	3	1,40%	30,00%
Oncología Médica y Quimioterapia	3	1,40%	30,00%
Reumatología	3	1,40%	30,00%
Otro	3	1,40%	30,00%
Cirugía maxilofacial	2	0,93%	20,00%
Odontología	2	0,93%	20,00%
Unidad de patología torácica	2	0,93%	20,00%
Medicina hiperbárica	1	0,47%	10,00%
Total	214	100%	

Figura 13: Tratamientos generales administrados por el establecimiento al que pertenece el encuestado (Cámara de comercio de Málaga, 2010)

En cuanto a los tratamientos que más se ofertan entre las clínicas privadas en las cuales trabajan los encuestados por el informe de la Cámara de Comercio, el tratamiento más ofertado es el de oftalmología (80%), seguido por tratamientos de cirugía oral y maxilofacial, cirugía ortopédica y traumatología, dermatología/venerología, fisioterapia y rehabilitación y otorrinolaringología (todos 70 %). El tratamiento menos ofrecido es el de medicina hiperbárica (tan solo el 10% de las clínicas privadas lo ofrecen).

Ordenación	Tratamientos para clínicas de salud privadas	Frecuencia Absoluta
1	Oftalmología	8
2	Cirugía Oral y Maxilofacial	7
3	Cirugía Ortopédica y Traumatología	7
4	Dermatología / Venerología	7
5	Fisioterapia y rehabilitación	7
6	Otorrinolaringología	7
7	Alergología	6
8	Anestesia y reanimación	6
9	Cardiología	6
10	Ginecología y obstetricia	6
11	Medicina Interna	6
12	Análisis clínico	5
13	Anestesiología y Reanimación	5
14	Aparato Digestivo	5
15	Cirugía general digestivo y gastroenterología	5
16	Cirugía General y del Aparato Digestivo	5
17	Cirugía Pediátrica	5
18	Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología	5
19	Diagnóstico por imagen	5
20	Digestivo	5
21	Neurología y Neurofisiología	5
22	Psiquiatría	5
23	Urgencias	5
24	Urgencias y Cuidados Críticos	5
25	Urología	5
26	Anatomía patológica	4
27	Cirugía plástica	4
28	Cirugía plástica, Estética y Reparadora	4

Ordenación	Tratamientos para clínicas de salud privadas	Frecuencia Absoluta
29	Endocrinología y Nutrición	4
30	Gastroenterología	4
31	Hematología	4
32	Laboratorio	4
33	Pediatría	4
34	Cirugía Cardiovascular	3
35	Diagnóstico y tratamiento del dolor	3
36	Farmacología	3
37	Hemoterapia	3
38	Medicina intensiva	3
39	Nefrología	3
40	Nefrología y diálisis	3
41	Neumología	3
42	Oncología Médica y Quimioterapia	3
43	Reumatología	3
44	Otro	3
45	Cirugía maxilofacial	2
46	Odontología	2
47	Unidad de patología torácica	2
48	Medicina hiperbárica	1
Total		214

Figura 14: Tratamientos ofertados por clínicas privadas de la Costa del Sol (Cámara de comercio de Málaga, 2010)

Málaga, dentro de Andalucía, es la provincia donde se localiza una gran parte del total de la oferta de turismo de salud de Andalucía, (el 38% en 2009), pero concretamente, en el ámbito de nuestro estudio, en cuanto a turismo sanitario se refiere, concentra casi el total de clínicas privadas y centros sanitarios de Andalucía según un informe del Instituto de Turismo de España (Instituto de Turismo de España, 2009).



Figura 15: Mapa de la oferta de turismo de salud en Andalucía (Instituto de Turismo de España, 2009)

3.1.2. Análisis DAFO de las potencialidades de la implantación de un producto de turismo sanitario en la Costa del Sol

Teniendo en cuenta las potencialidades de las que dispone la provincia de Málaga y, concretamente, la Costa del Sol para la implantación de un producto especializado de turismo sanitario, a continuación se resume en un análisis DAFO; los puntos fuertes y débiles que lleva consigo la consecución de este tipo de turismo en nuestra región (Instituto de Turismo de España, 2009).

- Puntos fuertes.

1. Importante crecimiento de la oferta de turismo de salud y sanitario en los últimos años en España.
2. Oferta atractiva de instalaciones y con un importante potencial de crecimiento en el mercado internacional.
3. Adaptación de muchos establecimientos tradicionales de sol y playa de la costa al turismo sanitario. Importantes inversiones y creación de instalaciones de salud como oferta complementaria de valor añadido para completar la propuesta de valor tradicional de los establecimientos.
4. Alta calidad en alojamiento hotelero de la Costa del Sol. Ofertas de alta gama (4 ó 5 estrellas)
5. Clima privilegiado como gran ventaja competitiva frente a otros destinos competidores.
6. Personal médico especializado con muy buena formación.

7. Creciente sensibilización de los empresarios turísticos y del personal empleado en el sector turístico, por la importancia de ofrecer un producto turístico de salud competitivo.
8. Oferta turística complementaria muy amplia, especialmente en las principales zonas turísticas de sol y playa de la costa.
9. Buenas comunicaciones en avión con respecto a mercados emisores muy importantes.
10. Infraestructuras de acceso claramente mejoradas en los últimos años.

- Oportunidades

1. Crecimiento importante de la demanda de turismo de salud en los últimos años en la gran mayoría de los mercados emisores prioritarios de España. A medida que aumentan los ingresos disponibles, las personas se muestran más dispuestas a gastar su dinero en sí mismas.
2. El envejecimiento progresivo de la población y la prolongación de la esperanza de vida implican una demanda potencial crecimiento por parte de un sector de la población con alta probabilidad de sufrir enfermedades derivadas de la edad.
3. Creciente interés de los gobiernos nacionales por recortar el gasto médico. Tanto los sistemas de seguridad social como los seguros privados reconocen el hecho de que la prevención tiene un menor coste económico que la curación de las enfermedades. La demanda por tratamientos medicinales alternativos crece con el aumento de la responsabilidad propia de la persona para su salud.
4. Creación de una cátedra de turismo de salud en la Universidad de Málaga para especializar a personal en un segmento que está en auge.

- Puntos débiles

1. Falta de personal cualificado para trabajar en la oferta de turismo de salud/sanitario en la Costa del Sol. Poco personal realmente especializado y formado.
2. Personal médico especializado o de asistencia que no habla idiomas.
3. Falta de ofertas complementarias interesantes para completar la experiencia de salud en el destino, por ejemplo a través de una oferta amplia de actividades deportivas, actividades relacionadas

con el bienestar y la salud mental, una red de senderos o rutas en bicicleta, restaurantes con ofertas especializadas para el turista de salud.

4. Oferta turística complementaria menor que en otros destinos españoles de sol y playa como Barcelona.

5. Todavía muy poca demanda internacional de turistas sanitarios hacia España, teniendo en cuenta el mercado potencial en Europa.

6. Imagen de España como “destino de sol y playa” masivo.

7. Inexistencia de un portal global de turismo sanitario a nivel nacional en España, dirigido al consumidor actual y potencial en origen.

8. Presencia en los canales de promoción y/o comercialización online insuficiente, tanto en cantidad como en calidad.

9. Inexistencia de más asociaciones de turismo sanitario a nivel nacional.

- Amenazas

1. Crecimiento de la oferta en los países competidores con precios inferiores a los de España (Malasia, Singapur, Tailandia, India, Costa Rica, etc....)

3.1.3. Fundaciones de turismo sanitario en la Costa del Sol: el caso de Málaga Health y Tourism & Health Spain

La provincia de Málaga dispone de casi 4.500 camas hospitalarias privadas (un 45% de la totalidad de Andalucía) (Escalera, Málaga sale en busca del turista sanitario, 2012). Es decir, casi la mitad del número de camas en establecimientos hospitalarios privados de Andalucía se concentran en la provincia de Málaga. Este factor, unido al Aeropuerto de Málaga y las buenas comunicaciones que ofrece la región, sitúan a La Costa del Sol como punto fundamental en la comunidad autónoma para desarrollar el turismo sanitario

Los cinco fundadores de Málaga Health son el jefe del servicio de cirugía cardiovascular del Hospital Clínico, Miguel Such; el director de la unidad de gestión clínica del corazón del Clínico, Juan José Gómez Doblas; el jefe del servicio de oncología del Clínico, Emilio Alba; el decano del Colegio de Abogados de Málaga, Manuel Camas, y el ingeniero de caminos, canales y

puertos José Alba. Such es el presidente de la fundación; Gómez Doblas, el vicepresidente y Camas, el secretario-tesorero.

La Fundación Málaga Health tiene un patronato, cuyos integrantes deben contar con el visto bueno de los cinco fundadores. Para formar parte de la fundación, que tendrá un máximo de treinta patronos, es requisito ineludible demostrar la excelencia. Cada patrono debe aportar una cuota de 10.000 euros al año. Además, está la categoría de centro asociado, con un importe mensual que oscila entre 300 y 800 euros en función de la cartera de servicios.

En la fundación participan los hospitales Xanit Internacional de Benalmádena y Parque San Antonio de Málaga, las clínicas Premium de Marbella y Estepona, el Instituto Médico Miramar y City Travel, empresa especializada en viajes de negocios, reuniones y eventos. La fundación va a firmar un convenio con la Universidad de Málaga, ya que quiere participar en el campus de excelencia Andalucía Tech para fomentar la investigación en el campo del turismo sanitario.

Por su parte, Tourism & Health Spain es una plataforma tecnológica y del conocimiento que dará soporte y una mayor coordinación a todos los componentes de la agrupación de empresas que buscan captar turistas sanitarios. Para el desarrollo de esta iniciativa hacen falta 700.000 euros, de los que 200.000 los aportará la Agencia Idea y los 500.000 restantes los pondrán las empresas asociadas.

Los hospitales que están detrás de Tourism & Health Spain son el Centro Hospitalario Integral Privado (CHIP) de Málaga, Xanit Hospital de Benalmádena, Clínica Santa Elena de Torremolinos, Clínica Ochoa de Marbella, centro oftalmológico Fernández-Baca (Málaga) y la clínica de cirugía maxilofacial Salinas (Málaga). Los hoteles que han firmado un documento de confidencialidad para sumarse a esta idea son Villapadierna Benahavís y Villapadierna de Carratraca, Vincci, El Fuerte (siete establecimientos hoteleros), La Cala Mijas Hotel Resort-SPA. Del plan estratégico del proyecto se encarga la consultora Deloitte (Escalera, 2012).

Una de las prioridades para ambas fundaciones, si se quiere conseguir que Málaga sea un referente en lo que a turismo sanitario se refiere es financiar páginas web y portales en múltiples idiomas que acerquen el producto a un público internacional, contratar publicidad en revistas de compañías aéreas o de prestigio internacional. Además se puede buscar promoción realizando reportajes especializados que resalten las mejores prestaciones de los centros privados de la provincia malagueña. Por último, y no por ello más importante, otra labor fundamental a realizar es la realización de congresos internacionales de turismo médico.

3.2. CONCLUSIÓN

El turismo de sol y playa y de golf en la Costa del Sol se encuentran en fase de estancamiento. Ambos ya han llegado a su máximo. Es por ello por lo que el turismo de salud y concretamente el turismo sanitario, aparecen como iniciativas fundamentales para crear y fomentar un nuevo producto turístico que traiga consigo la desestacionalización en la provincia. Aprovechando la calidad del sector sanitario privado de Málaga, provincia que concentra la mayoría de Andalucía, ahora se plantea crear un producto aunando esfuerzos entre administraciones públicas y privadas (hospitales, empresas, tour-operadores, etc.) que traiga consigo un crecimiento económico importante para la provincia. El nivel de ingresos es difícil de calcular ya que se carecen de estadísticas fidedignas si los pacientes son residentes o foráneos. Pero, sin duda, se trata de una actividad con estabilidad a largo plazo y gran valor añadido.

Lo más complicado está hecho: que son las infraestructuras de alto nivel y equipos médicos de prestigio. Ahora lo que falta por impulsar es la promoción de este producto turístico-médico y esto sólo se puede llevar a cabo fomentando acuerdos entre instituciones públicas y privadas para impulsar algo que ya es una realidad, que es el turismo sanitario. Para ello, este turismo médico debe tenerse en cuenta como actividad global ya que no sólo engloba el objetivo principal del tratamiento sanitario, sino además actividades de ocio, diversión y relajación que constituyen un producto turístico conjunto sanitario (Heung, 2010). El perfil del turista sanitario responde a una persona de alto poder adquisitivo que rara vez viaja solo. El viaje acompañado de familiares junto a una mayor duración de la estancia propician que este turista por motivación médica gaste más del doble que un turista convencional.

Para desarrollar este producto, es necesaria la labor de los facilitadores de turismo sanitario, Málaga Health y Turismo, Salud y Bienestar S.L debido a que los turistas médicos suelen buscar ayuda de estos para encontrar proveedores del servicio de confianza, asegurarse de evitar problemas en el viaje o tener información completa acerca de todo el proceso, incluidas el pre y post operativo. En resumidas cuentas, la labor fundamental de los facilitadores de turismo sanitario es integrar y facilitar un viaje combinado que englobe todos los servicios médicos, turísticos y de viaje (Jagyasi, 2010) y planificar y coordinar estratégicamente el papel de cada agente; es decir, de hospitales, agencias de viajes especializadas en turismo médico, hoteles y los propios turistas sanitarios (Heung, 2010). Esto se torna como tarea indispensable para ambas fundaciones.

Por último, los tratamientos que guardan más potencialidades en la Costa del Sol son los tratamientos de cirugía láser refractiva/cirugía de cataratas y las cirugías estéticas, por tanto, cabe desarrollar estrategias que lleven a impulsar la promoción de este tipo de tratamientos en el extranjero (Cámara de comercio de Málaga, 2010).

En resumidas cuentas, se trata de posicionar a La Costa del Sol en el mundo como destino mundial de la salud aprovechando las potencialidades que la

provincia de Málaga ofrece y con unos beneficios a medio y largo paso muy optimistas. Aún queda mucho que recorrer en este aspecto, pero la colaboración de Málaga Health y Tourism and Health Spain se torna fundamental para el desarrollo de esta industria.

Bibliografía

Ackerman, S. (2010). Plastic paradise: transforming bodies and selves in Costa Rica's cosmetic surgery tourism industry. *Medical Anthropology*, 29 , 403-423.

Alsharif, M. L. (2010). Patients beyond borders: a study of medical tourists in four countries. *Global Social Policy* , 315-335.

Anon, (2010). Patient survey - Bumrungrad international. *Medical Tourism Magazine* .

Arunanondchai J, F. C. (2006). Trade in health services in the ASEAN region. *Health Promotion International*; 21 (Suppl. 1) , 59-66.

Bagheri, A. (2010). Global health regulations should distinguish between medical tourism and transplant tourism. *Global Social Policy*, 10 , 295 - 297.

Barr, M. (2008). Singapore: The limits of a technocratic approach to health care. *Journal of Contemporary Asia* 38 , 395-416.

Bell, D. H. (2011). Bikinis and bandages: an itinerary for cosmetic surgery tourism. *Tourist Studies*, 11 , 139 - 155.

Bergmark, R. B. (2008). Mexican immigrants in the US living far from the border may return to Mexico for health services. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12 (4) , 610 - 614.

Bies, W., & Zacharia, L. (2007). Medical tourism: outsourcing surgery. *Mathematical and Computer Modelling*, 46, 1144-59 .

Bookman, M. &. (2007). *Medical tourism in developing countries*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Bovier, P. (2008). Explosion du tourisme médical: des voyageurs d'un nouveau type? *Rev Med Suisse*, 4 , 1196-201.

Brown, H. (2008). Do Mexican immigrants substitute health care in Mexico for health insurance in the United States? The role of distance. *Social Science and Medicine*, 67 , 2036-2042.

Burkett, L. (2007). Medical tourism. Concerns, benefits, and the American legal perspective. *Journal of Legal Medicine*; 28 (2) , 223-45.

Buzinde, C. &. (2012). Therapeutic landscapes and postcolonial theory: a theoretical approach to medical tourism. *Social Science and Medicine*, 74 , 783 - 787.

Cámara de comercio de Málaga. (2010). *Turismo de Belleza y Salud en la Provincia de Málaga*.

Carrera, P. &. (2010). A European perspective on medical tourism: the need for a knowledge base. *International Journal of Health Services*, 40 , 469 - 784.

Casabona Marínez, I., Lillo Crespo, M., Mora Antón, M. D., & Galao Malo, R. (2005). El nuevo fenómeno europeo del turismo de salud: estado de la cuestión. *Cultura de los Cuidados Año IX Nº18* , 38.

Chanda, R. (2002). Trade in health services. *Bulletin of the World Health Organization*; 80(2) , 158-63.

Chatterjee, A. (2007). The art, science and commerce of medical tourism. *Journal of the Indian Medical Association*; 105(11) , 619-20.

Cheung IK, W. A. (2007). Arthroplasty tourism. *Medical Journal of Australia*; 187 (11-12) , 666-7.

Chinai R, G. R. (2007). Medical visas mark growth of Indian medical tourism. *Bulletin of the World Health Organization*; 85 (3) , 164 - 165.

City resident opts for hip surgery overseas. (2008). *Burnaby Now* , 5.

Cohen, E. (2008). *Medical tourism in Thailand*, In E. Cohen (Ed.). Explorations in Thai tourism.

Collins-Dogrul, J. (2006). Managing US-Mexico "border health": an organizational field approach. *Social Science & Medicine*, 63 , 3199 - 3211.

Commision of the European Communities. (2008). *Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare*. Brussels.

Connell, J. (2012). Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Management* .

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

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

Connell, J. (2008). Tummy tucks and the Taj Mahal? Medical tourism and the globalization of health care. In: Woodside AG, Martin D, editors. *Tourism Management*. CAB International , 232-44.

Crone, R. (2008). Flat Medicine? Exploring Trends in the Globalization of Health Care. *Acad. Med*: 83 , 117-121.

Crooks, V. A. (2011). Promoting medical tourism to India: messages, images, and the marketing of international patient travel. *Social Science Media*, 72 , 726 - 732.

Dan Cormany, S. B. (2011). Medical travel facilitator websites: An exploratory study of web pages contents and services offered to the prospective medical tourist. *Tourism Management* , 709-711.

Deloitte Center for Health Solutions. (2008). *Medical Tourism: Consumers in Search of Value*. Retrieved 05 13, 2013, from www.deloitte.com/dtt/article

Deloitte Center for Health Solutions. (2009). *Medical Tourism: The Asian Chapter*. Retrieved 05 13, 2013, from www.deloitte.com/dtt/article

Dunn, P. (2007). Medical tourism taker fight. *Hospitals and Health Networks*; 81(11) , 40-2, 44.

Eggertson, L. (2006). Wait-list weary Canadians seek treatment abroad. *CMAJ* , 174:1247.

Epstein, M. (2009). Sociological and ethical issues in transplant commercialism. *Current Opinion in Organ Transplantation*, 17 , 134 - 139.

Erbe, B. (2011). "Maternity tourism" in San Gabriel. *Korea Times*, 2 April.

Escalera, Á. (2012, 10 01). Málaga Destino de pacientes de alto nivel. *Diario Sur* .

Escalera, Á. (2012, 10 21). Málaga sale en busca del turista sanitario. *Diario Sur* .

Garud, A. (2005). Medical tourism and its impact on our healthcare. *National Medical Journal of India*;18(6) , 318-9.

Gill, H. &. (2011). Exploring the factors that affect the choice of destination for medical tourism. *Journal of Service Science and Management*, 4, , 315-324.

Globalisation and Health Care. (2008). Operating Profit. *Economist* , 388.

Guendelman, S. (1991). Health care users residing on the Mexican border: what factors determine choice of the United States or Mexican health system. *Medical Care*, 29 (5) , 419 - 429.

Hall, C. M. (2011). Medical tourism: emerging biosecurity and nosocomial issues. *Tourism Review*, 66 , 118 - 126.

Hansen, F. (2008). A revolution in healthcare: medicine meets the market place. *Public Affairs Reviews*, 59 , 43 - 45.

Helble, M. (2011). The movement of patients across borders: challenges and opportunities for public health. *Bull World Health Organ*; 89 , 68-72.

Heung, V. K. (2010). A conceptual model of medical tourism: implications for future research. *Journal of Travel and Tourism Marketing*, 27 , 236-251.

Heung, V. K. (2011). Medical tourism development in Hong Kong: an assessment of the barriers. *Tourism Management*, 32, , 995-1005.

Higginbotham, G. (2011). Assisted-suicide tourism: is it tourism? *Tourismos: An International Multidisciplinary Journal of Tourism*, 6 , 177 - 185.

Horowitz, M. &. (2008). Medical tourism vs. traditional international medical travel: a tale of two models. *International Medical Travel Journal*, 3 , 30-33.

Horton, S. &. (2011). Medical returns: seeking health care in Mexico. *Social Science and Medicine*, 72 , 1846 - 1852.

http://www.qcin.org/nabh/hospitat_accr/accruited.php. (n.d.).

Inhorn, M. (2011). Diasporic dreaming: return reproductive tourism to the Middle East. . *Reproductive Medicine Online*, 23 , 582 - 591.

Instituto de Turismo de España. (2009). *Estudios Productos Turísticos: Turismo de Salud*.

Jagyasi, D. (2010). *Medical Tourism Impact It's More Than Obvious*.

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

Jeju State Government, &. J.-t. (2008). *Research on development of medical tourism industry specialized in Jeju*. Jeju, Korea: Jeju State Government.

Jenner, E. A. (2008). Unsettled borders of care: medical tourism as a new dimension in america's health care crisis. *Care for Major Health Problems and Population Health Concerns: Impacts on Patients, Providers and Policy (Vol. 26)* , 235 - 249.

Jin Yun Yu, T. G. (2011). A cross-cultural study of perceptions of medical tourism among Chinese, Japanese and Korean tourists in Korea. *Tourism Management* .

Johnston, R., A Crooks, V., Jeremy, S., & Kingsbury, P. (2010). What is known about the effects of medical tourism in destination and departure countries? A scoping review. *International Journal for Equity in Health* , 1.

Joint Commission International. (2014). *Joint Commission International*. Retrieved 09 15, 2014, from <http://es.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/>

Jones, M. (2011). Clinics of oblivion: makeover culture and cosmetic surgery tourism, portal. *Journal of Multidisciplinary International Studies*, 8 (2) , 1-17 (online).

Keckley, P. &. (2008). *Medical Tourism: Consumers in Search of Value*. Washington USA: Deloitte Center for Health Solutions.

Khalik, S. (2006, Marzo 29). Foreigners flocking to Singapore hospitals. *The Straits Times* 1-2 .

Korea Health Industry Development Institute. (2009). *A survey report of medical environment in China*. Seoul: KHIDI (Korean version).

Korea Tourism Organization. (2008). *2008 Marketing survey for medical tourism in Korea*. Seoul: KTO (Korean version).

Korea Tourism Organization. (2009). *Marketing survey for medical tourism in Korea*. Seoul: KTO (Korean version).

Landeck, M. &. (2002). Utilization of physician health care services in Mexico by U.S Hispanic border residents. *Health Marketing Quarterly*, 20 (1) , 3 - 16.

Lautier, M. (2008). Eport of health services from developing countries: the case of Tunisia. *Social Science and Medicine*, 67 , 101-110.

Leathy, A. (2008). Medical tourism: the impact of travel to foreign countries for healthcare. *Surgeon*;6(5) , 260-1.

Lee, C. (2007). Just what the doctor ordered: medical tourism. *Monash Bus Rev*; 3 , 10-2.

Lee, J. K. (2010). Seeking affective healthcare: Korean immigrants' use of homeland medical services. *Health and Place*, 16 , 108-115.

Lee, M. H. (2012). Medical tourism - attracting Japanese tourists for medical tourism experience. *Journal of Travel and Tourism Marketing*, 29 , 69-86.

Lefebvre, B. (2008). The Indian corporate hospitals: touching middle class lives. In C. Jaffelot, & P. van de Veer (Eds.). *Patterns of middle class consumption in India and China* , 88-109.

Leng, C. H. (2010). Medical tourism and the state in Malaysia and Singapore. *Global Social Policy* 10(3) , 336-357.

Loose, C. (2007). Operation Vacation; Big Savings Have More Overseas Travelers Mixing Surgery With Sightseeing. *Washington Post* , 1.

López-Fernández, L. A., Martínez Millán, J. I., Fernández Ajuria, A., March Cerdà, J. C., Suess, A., Danet Danet, A., et al. (2012). ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud? *Gac Sanit*; 26(4) , 298-300.

MacReady, N. (2007). Developing countries court medical tourists'. *Lancet*, 369 , 1849 - 1850.

Martin, L. (2009). Reproductive tourism in the age of globalization. *Globalizations*, 6 , 249 - 263.

Mattoo A, R. R. (2006). How health insurance inhibits trade in health care. *Health Affairs*; 25 (2) , 33-41.

Mazzaschi, A. (2011). Surgeon and Safari: producing valuable bodies in Johannesbrug. *Signs*, 36 , 303 - 312.

McKinsey and C.o.I. Industries. (2002). *Healthcare in India: The Road Ahead*.

Medical Tourism Asociation. (2009). First patient surveys on medical tourism. *Medical Tourism* (10) , 34-36.

Medical Tourism Association. (2010). Patient survey - Bumrungrad International. *Medical Tourism* (14) , 22 - 25.

Medical Tourism retail clinics challenge status quo in US. (2008). *PharmacoEconomics Outcomes News* , 559:15.

Moghimehfar, F. &.-E. (2011). Decisive factors in medical tourism destinations choice: a case study of Isfahan, Iran and fertility treatments. *Tourism Management*, 32. , 1431-1434.

Mudur, G. (2004). Hospitals in India woo foreign patients. *BMJ*:328 , 1338.

Musa, G., Thirumoorthi, T., & Doshi, D. (2011, Agosto). Travel behaviour among inbound medical tourists in Kuala Lumpur. *Current Issues in Tourism Vol 15 No 6* .

NaRanong, A. &. (2011). The effects of medical tourism: Thailand's experience. *Bulletin of the World Health ORganisation*, 89 , 336 - 344.

Neelakantan, S. (2003). India's Global Ambitions. *Far East Econ Rev*: 166 , 52-54.

Organization for Economic Cooperation and Development. (2009). *Health at a glance 2009: OECD indicators*. Retrieved 09 15, 2014, from <http://www.oecd.org/health/health-systems/44117530.pdf>

Organization for Economic Cooperation and Development. (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Retrieved 09 15, 2014, from <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

Ormond, M. (2011). Medical tourism, medical refugees: responding to the pursuit of cross-border healthcare in Malaysia. In *Real tourism. practice, care and politics in contemporary travel culture* (pp. 143-161). In C. Minca, & T.Oakes. (Eds.).

Pachanee CA, W. S. (2006). Incoherent policies on universal coverage of health insurance and promotion of international trade in health services in Thailand. *Health Policy and Planning*; 21 (4) , 310-8.

Página web Barcelona Centre Mèdic. (n.d.). Retrieved 09 17, 2014, from <http://www.bcm.es>

Pennings, G. (2002). Reproductive tourism as moral pluralism in motion. *Journal of Medical Ethics*, 28 , 337 - 341.

Pollard, K. (2011). *The medical tourism numbers game. Part 2*. Retrieved Diciembre 30, 2013, from www.imtj.com/articles/2011/blog-medical-toursim-nmbers-game-part-two-401

Prasad, R. (2008). Baby Inc. *The Sun-Herald*, 2 November , 36 - 37.

Prashad, S. (2008). The world is your hospital. *Can Bus*:81 , 62-66.

Ramirez de Arellano, A. (2007). Patients without borders: the emergence of medical tourism. *International Journal Of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 37 , 193 - 198.

Reed, C. (2008). Medical tourism. *Medical Clinics of North America* 92(6) , 1433-46.

Reisman, D. (2010). *Health Tourism: Social Welfare through International Trade*. Cheltenham, UK: Edward Elgar.

Richard Smith, M. M. (2011). Medical tourism: a review of the literature and analysis of a role for bi-lateral trade. *Health Policy* .

RNCOS. (2008). *Asian medical tourism analysis (2008-2012)*. India: RNCOS.

Ron Latas, R. P. (2005). ¿Existe un turismo sanitario "a la carta"? Artículo Doctrinal (A.Social número 21 - Abril 2005 -bib 2005\2734.

Rostam Yama, Z. A. (2012). Beauty Treatment and Spa Design from Islamic Perspective. *Procedia: social and behavioral sciences* .

Runnels, V., & Carrera, P. (2012). Why do patients engage in medical tourism? *Maturitas* 73 , 300-304.

Sarah Horton, S. C. (2011). *Medical returns: Seeking health care in Mexico*. Social Science & Medicine.

Seid, M. C. (2003). Crossing the border for health care: access and primary care characteristics for young children of Latino farm workers along the US-Mexico border. *Ambulatory Pediatrics*, 3 (3) , 121 - 130.

Sen Gupta, A. (2008). Medical tourism in India: winners and losers. *Indian Journal of Medical Ethics*; 5(1) , 4-5.

Sen Gupta, A. (2011). Medical tourism: reverse subsidy for the elite. *Signs*, 36 , 312 - 319.

Smith, M. &. (2009). *Health and wellness tourism*. Oxford: Elsevier.

Solomon, H. (2011). Affective journeys: the emotional structuring of medical tourism in India. *Anthropology and Medicine*, 18 , 105-118.

Turner, L. (2008). Cross-border dental care: "dental tourism" and patient mobility. *British Dental Journal*, 204 , 553 - 554.

Turner, L. (2007). First World Health Care at Third World Prices: globalization, bioethics and medical tourism. *BioSocieties*, 2 , 303-325.

Veerasoontorn, R. B.-Z. (2011). Service quality as a key driver of medical tourism: the case of Bumrungrad International Hospital in Thailand. *International Journal of Leisure and Tourism Marketing*, 2 , 140-158.

Wallace, S. P.-L. (2009). Heading south: why Mexican immigrants in California seek health services in Mexico. *Medical Care*, 47 (6) , 662 - 669.

Wan Normila Mohamad, A. O. (2012). The Moderating Effect of Medical Travel Facilitators in Medical Tourism. *International Congress on Interdisciplinary Business and Social Science 2012* .

Whittaker, A. (2010). Challenges of medical travel to global regulation: a case study of reproductive travel in Asia. *Global Social Policy*, 10 , 396 - 415.

Wibulpolprasert, S., Pachanee, C., Pitayarangsarit, S., & Hemptisut, P. (2004). International service trade and its implications for human resources for health: a case study of Thailand. *Human Res Health*; 2 , 10.

www.jointcommissioninternational.org. (n.d.). Retrieved 09 01, 2014

Ye, B. Q. (2011). Motivations and experiences of Mainland Chinese medical tourists in Hong Kong. *Tourism Management*, 32, , 1125-1127.

Yu, J. &. (2012). A cross-cultural study of the perceptions of medical tourism among Chinese, Japanese and Korean tourists in Korea. *Tourism Management*, 33 , 80-88.