



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**MAESTRÍA EN ESTUDIOS MÉXICO-ESTADOS UNIDOS**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ACATLÁN**

**ESTRATEGIA EMPRESARIAL PARA IMPULSAR EL TURISMO MÉDICO EN  
MÉXICO Y CAPTAR PACIENTES DE ESTADOS UNIDOS, CON BASE EN EL  
MODELO DE ECONOMÍA SOCIAL DE MERCADO (2013-2016)**

**T E S I S**  
**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE**  
**MAESTRA EN ESTUDIOS MÉXICO-ESTADOS UNIDOS**

**PRESENTA:**  
**MARÍA ISABEL MELCHOR SÁNCHEZ**

**TUTOR:**  
**EDUARDO ALFONSO ROSALES HERRERA**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ACATLÁN**  
**CIUDAD DE MÉXICO, DICIEMBRE 2017**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

**Dedicatoria**

***A mi familia,***

***Pilar fundamental en mi vida, sin cuyo apoyo no habría sido***

***posible culminar esta tesis y los estudios de Maestría:***

***a mis hijas Diana Marisol y Ximena Karina,***

***gracias por dar luz a cada uno de mis días.***

***A mis padres y mis hermanas,***

***gracias por su apoyo y ayuda de toda la vida.***

***A Raymundo, compañero de vida,***

***Gracias a todos porque me motivan a ser una mejor persona cada día.***

## **Agradecimientos**

**A la Universidad Nacional Autónoma de México, por darme el privilegio de recibir una formación humanista y altamente competitiva que me ha permitido desarrollarme a lo largo de mi vida profesional.**

**A mi querido tutor, Dr. Eduardo Alfonso Rosales Herrera. Gracias por su guía, su paciencia, tiempo, consejos y recomendaciones, que contribuyeron a mejorar notablemente este trabajo.**

**A mis lectores: Dra. Martha Alicia Márquez, Dra. Verónica Mondragón, Dra. Rocío Arroyo y Dra. Valeria Marina Valle, por sus observaciones, comentarios y sugerencias que contribuyeron a enriquecer notablemente el contenido de este trabajo.**

**A la Maestra Lilia González, por su guía y apoyo desde el primer esbozo de este trabajo. Gracias por sus comentarios de cada clase, que me condujeron a lograr lo que parecía inalcanzable.**

**A los entrañables profesores de la Maestría en Estudios México-Estados Unidos, todos de gran excelencia. Cada clase fue un privilegio.**

**A la Confederación Patronal de la República Mexicana, por hacer realidad el espíritu humanista y subsidiario de esa noble institución, que pone a las personas en el centro de toda su acción. En especial, gracias al presidente del periodo 2016-2018, Gustavo de Hoyos Walther, y al director, Francisco López Díaz, por darme la oportunidad de acudir a la Universidad a tomar clases y por las facilidades para poder lograr esta meta profesional, que me enriquece y hace mejor profesionista y mejor ser humano.**

**A María Isabel Medina Ruiz, mi compañera de la Maestría, por compartir juntas esta etapa maravillosa de formación.**

**A todas las personas que me impulsaron para estudiar la Maestría y hacer realidad este trabajo, gracias.**

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>1. MODELOS DE DESARROLLO Y SECTORES ECONÓMICOS.....</b>	<b>14</b>
1.1. Fundamentos del modelo neoliberal globalizador.....	14
1.1.1. Antecedentes y contexto histórico.....	14
1.1.2. Fortalezas y debilidades del modelo.....	19
1.2. Fundamentos de la Economía Social de Mercado.....	26
1.2.1. Antecedentes y contexto histórico.....	26
1.2.2. Fortalezas y debilidades del modelo.....	34
1.3. Los sectores económicos en México.....	36
1.3.1. Sector primario.....	36
1.3.2. Sector secundario.....	37
1.3.3. Sector terciario.....	40
1.4. El sector turismo como actividad económica.....	42
1.4.1. Principales tipos de turismo.....	46
1.4.2. Turismo médico.....	48
1.4.3. Casos de éxito de turismo médico en el mundo.....	52
1.4.3.1. América Latina: Costa Rica y Cuba.....	52
1.4.3.2. Asia: India y Tailandia.....	52
1.4.3.3. Europa: España y Hungría.....	53
Conclusiones.....	54
<b>2. EL SISTEMA DE SALUD EN ESTADOS UNIDOS.....</b>	<b>57</b>
2.1. Antecedentes del sistema de salud en Estados Unidos.....	57
2.2. Seguros privados.....	60
2.3. Programas de salud del gobierno.....	65
2.3.1. <i>Medicare</i> .....	65
2.3.2. <i>Medicaid</i> .....	67

2.4. Ley del Cuidado de Salud Asequible de Estados Unidos ( <i>Obamacare</i> ).....	69
2.5. Problemática de cobertura, demografía y costos.....	73
2.6. Propuesta de cambios en la Administración de Donald Trump.....	76
Conclusiones.....	79
<b>3. EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO.....</b>	<b>81</b>
3.1. Antecedentes de sistemas de salud en países capitalistas.....	81
3.2. Antecedentes del sistema de salud en México .....	82
3.3. Antecedentes del sistema de salud privado en México.....	86
3.4. Oferta hospitalaria de salud privada en la región centro.....	88
3.4.1. Grupo Médica Sur.....	88
3.4.2. Grupo Empresarial Ángeles Servicios de Salud.....	91
3.4.3. Grupo Star Médica.....	93
3.5. Oferta hospitalaria en la región de la frontera México-EU.....	98
3.6. Oferta hospitalaria en el Bajío y Centro Occidente.....	102
3.7. Oferta hospitalaria de la Península de Yucatán y el Caribe.....	105
Conclusiones.....	105
<b>4. ESTRATEGIA DE TURISMO MÉDICO PARA CAPTAR PACIENTES DE ESTADOS UNIDOS, CON BASE EN LOS PRINCIPIOS DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE MERCADO.....</b>	<b>109</b>
4.1. Potencial para el desarrollo del Turismo Médico en México.....	109
4.2. Iniciativas gubernamentales.....	118
4.2.1. Iniciativas del gobierno federal.....	118
4.2.2. Iniciativas de gobiernos estatales.....	122
4.3. Iniciativas del sector privado.....	126
4.4. Estrategias de turismo médico en México para captar pacientes de Estados Unidos con base en el Modelo de Economía Social de Mercado.....	129
Conclusiones.....	137

<b>5. CONCLUSIONES GENERALES.....</b>	<b>140</b>
---------------------------------------	------------

<b>6. FUENTES DE CONSULTA.....</b>	<b>147</b>
------------------------------------	------------

Bibliografía impresa.....	147
---------------------------	-----

Bibliografía digital.....	149
---------------------------	-----

Hemerografía.....	150
-------------------	-----

Hemerografía digital.....	151
---------------------------	-----

<i>Cibergrafía</i> .....	151
--------------------------	-----

Videografía.....	151
------------------	-----

### **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Mapa. <i>Clusters</i> de turismo médico en México.....	99
--	----

Figura 2. Ciudades hermanas México-Estados Unidos.....	119
--	-----

Figura 3. Principales municipios y condados fronterizos México-EU.....	127
--	-----

### **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1.Regionalismos siglo XXI .....	21
---------------------------------------	----

Tabla 2.Principios económicos de la Economía Social de Mercado.....	32
---	----

Tabla 3. Principales destinos de exportaciones automotrices de México.....	40
--	----

Tabla 4. Clasificación de productos e industrias turísticas.....	43
--	----

Tabla 5. Contribución del turismo a la economía mundial, 2015.....	44
--	----

Tabla 6. Países líderes en turismo mundial.....	46
---	----

Tabla 7. Tiempos de traslado y ahorro en destinos de turismo médico.....	51
--	----

Tabla 8. Países desarrollados. Gasto <i>per cápita</i> en cuidado de la salud.....	57
--	----

Tabla 9. Cobertura de salud en los Estados Unidos de América.....	60
---	----

Tabla 10. Cobertura de salud en México.....	84
---	----

Tabla 11. Unidades de servicio y recursos Grupo Médica Sur.....	90
---	----

Tabla 12. Comparativo de costos de procedimientos médicos.....	111
--	-----

Tabla 13. Comparativo de costos procedimientos médicos México-EU.....	112
Tabla 14. Hospitales mexicanos con acreditación internacional.....	114

## **ÍNDICE DE GRÁFICAS**

Gráfica 1. Composición del Producto Interno Bruto de México.....	36
Gráfica 2. Peso de la industria automotriz en el PIB.....	39
Gráfica 3. Importancia del turismo en la creación de empleos en México.....	42
Gráfica 4. Mayores regiones receptoras de turismo.....	45
Gráfica 5. Población de 18 a 64 años residente de California según status migratorio.....	116
Gráfica 6. Cadena de valor del turismo médico.....	135

## INTRODUCCIÓN

El turismo adquiere cada día gran relevancia en el ámbito de la economía mundial, en especial tras el impacto de la crisis global de 2008-2009 y los cambios tecnológicos que se han traducido en la caída de la actividad industrial y pérdida de puestos de trabajo en las diversas regiones, lo que ha motivado a las economías a buscar más opciones de desarrollo e ingresos.

Los países que tienen al turismo como uno de sus principales motores económicos y algunas economías emergentes han optado por la especialización en segmentos con alto valor agregado. En este proceso destaca el turismo médico, por dos razones principales:

- 1) Por su alta rentabilidad dado que el turista médico gasta hasta 13 veces más que un visitante tradicional<sup>1</sup> y,
- 2) Por la tendencia cada vez mayor de ciudadanos de algunos países de renta alta que no son atendidos con oportunidad en sus naciones por las características de su sistema de salud y/o los altos costos para recibir tratamiento, por lo que buscan alternativas más accesibles fuera de sus lugares de residencia. Ello genera una demanda creciente por servicios médicos.

El turismo médico es una actividad que se ha transformado profundamente en las últimas décadas. Ha pasado de ser una actividad de los sectores de mayores ingresos de la población en países menos desarrollados que buscaban atenderse en el extranjero en países con gran desarrollo médico, a una práctica en la que los cambios demográficos y los altos costos en los países de renta alta generan una tendencia cada vez mayor en la que las personas buscan ahorrar en procedimientos y atención médica.

Uno de los países que genera alta demanda en turismo médico es Estados Unidos, debido a que su sistema de salud presenta grandes problemas de cobertura y altos costos. En ese contexto las aseguradoras estadounidenses, con el fin de buscar ahorros, empiezan a buscar opciones fuera de su territorio para que los pacientes puedan acudir a realizarse procedimientos médicos y quirúrgicos a costos menores que en los hospitales locales; los principales destinos a los que se dirigen estos pacientes se ubican en Asia y Europa.

En ese marco, precisamente en México el turismo es uno de los sectores dinámicos de la economía al mantener una tendencia positiva con crecimiento tres veces por arriba del Producto Interno Bruto en su conjunto: contribuye con el 8.5% del PIB y la generación de casi nueve millones de empleos, lo que significa que provee más

---

<sup>1</sup> Sector, SS,SE, Proméxico. *Turismo de salud*. Folleto de la Secretaría de Turismo, Secretaría de Salud, Secretaría de Economía y Proméxico, México, 2013.

puestos de trabajo que la educación, la banca, la fabricación de automóviles y los servicios financieros juntos.<sup>2</sup>

A pesar de que es un sector dinámico de la economía mexicana y su gran contribución y potencial para atraer divisas, el turismo no ha estado presente entre las prioridades estratégicas de las administraciones federales de México tras la implementación del Tratado de Libre Comercio de América del Norte. Ello se explica porque se apostó a la exportación de manufacturas como el principal motor de la economía.

Por otra parte, lejos de que la integración de México al Tratado de Libre Comercio de América del Norte se convirtiera en un factor que ayudara a reducir las asimetrías en la región, en realidad en las dos últimas décadas se observa un acelerado proceso de pérdida de poder adquisitivo y casi la mitad de la población vive en pobreza; además crece la desigualdad, al grado de que al considerar el coeficiente de Gini somos el segundo país más desigual de la OCDE.

En ese contexto, el objetivo de este trabajo es explorar alternativas al desarrollo del turismo médico en México como una actividad de alto valor agregado que puede detonar desarrollo en el sector de servicios y generar empleos de alta remuneración en más regiones de México adicionales a la frontera con Estados Unidos, donde se genera la mayor actividad en este segmento.

Actualmente, a pesar de la cercanía geográfica, el 90% de los turistas estadounidenses que viajan a México se quedan en destinos de playa, por tanto es muy baja la participación mexicana en la oferta de servicios médico-hospitalarios para pacientes de Estados Unidos que salen de su lugar de residencia para realizarse tratamientos médicos y procedimientos quirúrgicos.

Con base en el enfoque de la Economía Social de Mercado, que combina los principios de la libertad de mercado con la búsqueda de mayor bienestar y equidad social, en la presente investigación se busca aportar propuestas bajo la óptica de la búsqueda del bien común y del bienestar de las personas, donde el Estado puede tener un rol subsidiario para propiciar mejores condiciones de vida para la población.

En este trabajo se analiza la creciente necesidad de residentes de Estados Unidos que buscan alternativas para hacer frente a la problemática de su sistema de salud. Se describen los cambios introducidos con la reforma de salud de 2010 conocida popularmente como *Obamacare*, en particular los problemas de cobertura y altos costos. Asimismo se identifican las fortalezas de México para ofrecer servicios de turismo médico y atender la demanda de las personas que carecen de cobertura de un seguro y no pueden costearse los servicios médicos que requieren.

---

<sup>2</sup> World & Travel Tourism Council. *Travel and tourism economic impact 2017*, Mexico. Londres, Reino Unido, p. 5. en: <https://www.wttc.org/-/media/files/reports/economic-impact-research/countries-2017/mexico2017.pdf>, consultado en octubre de 2017.

Como límites teóricos se analizan los conceptos, categorías y fundamentos del modelo neoliberal globalizador, analizando sus antecedentes, sus fortalezas y debilidades. Asimismo se examina el contexto histórico de la corriente de la Economía Social de Mercado surgida en Alemania en la posguerra, donde teóricos como Walther Eucken, Alfred Müller-Armack, Ludwig Erhard y Konrad Adenauer<sup>3</sup> impulsaron un movimiento denominado humanismo económico y social, como una alternativa frente a la economía planificada y como una opción social a la economía neoliberal.

Asimismo se aborda la importancia del turismo como sector económico y se identifican sus diferentes nichos, en especial el turismo médico. Se detalla la experiencia de diversas ciudades y países donde se ha desarrollado esa actividad; en Europa, Asia y América Latina, asimismo se analizan las iniciativas lanzadas en México desde el sector gubernamental y por parte de las empresas privadas para desarrollar el turismo médico.

La investigación abarca a la región de América del Norte, específicamente Estados Unidos como un país que enfrenta problemas para atender a una parte de su población que carece de cobertura de seguro médico o cuenta con pólizas limitadas. Por otra parte se analiza a México como el país que busca abrir la oferta de servicios de turismo médico para atender a esa población estadounidense.

En este trabajo se abarca el lapso 2013-2016, debido a que en el primero año citado se lanzaron iniciativas desde el gobierno federal y gobiernos locales, así como del sector privado para crear infraestructura hospitalaria y generar una estrategia de posicionamiento para captar pacientes de Estados Unidos. Se considera hasta el cierre de 2016 con el fin de dar un corte de los cambios introducidos por el *Obamacare* y su impacto en México. Asimismo se analizan los intentos de derogación y los cambios a esa reforma de salud perfilados por la administración de Donald Trump.

La pregunta de investigación principal que se plantea en este trabajo es: ¿Puede México aprovechar la creciente demanda de turismo médico de pacientes de Estados Unidos, los mayores demandantes de estos servicios en el mundo, que viajan hasta 22 horas para atenderse en países asiáticos, y detonar un nuevo modelo de desarrollo en las regiones con potencial para generar proyectos de ese segmento? Para responder, se plantea la hipótesis de que es posible implementar un nuevo tipo de desarrollo en el sector del turismo médico en México con base en los principios de la Economía Social de Mercado en las regiones con vocación y potencial para impulsar esa actividad, a través de modelos de emprendimiento social.

El objetivo general de la investigación es presentar una iniciativa empresarial con base en el Modelo de la Economía Social de Mercado, para desarrollar un modelo

---

<sup>3</sup> Véase *infra*, p. 19.

de turismo médico en México, con el fin de convertirlo en un destino altamente competitivo en servicios médicos y de salud para atender pacientes de Estados Unidos, que permita detonar el crecimiento, el desarrollo y la generación de riqueza en México en la regiones con potencial en esos ámbitos, con base en los postulados de la Economía Social de Mercado, la cual combina los principios de la libertad de mercado con la búsqueda de mayor desarrollo, bienestar y equidad social.

El trabajo se presenta en cuatro capítulos. El primero, dedicado a la revisión de los modelos de desarrollo y la descripción de los sectores económicos, inicia con los fundamentos del modelo neoliberal globalizador; se analizan sus antecedentes y contexto histórico, así como sus fortalezas y debilidades. Se describen los fundamentos del sistema de la Economía Social de Mercado, sus antecedentes y el contexto histórico en que surgió, así como sus fortalezas y debilidades.

En ese mismo apartado se describen los sectores económicos en México, primario, secundario y terciario donde se enmarcan los servicios turísticos y se profundiza en el análisis de esta actividad económica en sus principales tipos. Se revisa el marco referencial del turismo médico y se describen algunos casos de éxito de turismo médico en el mundo en diferentes regiones; en Asia se presentan las estrategias de India y Tailandia; en Europa a los países líderes España y Hungría, en América Latina se detallan las experiencias de Cuba y Costa Rica.

En el mismo primer capítulo, al ubicar frente a frente las características de los dos modelos de libre mercado vigentes: el globalizador y el de economía social de mercado, así como analizar la creciente importancia del turismo en la economía mexicana se plantea la pregunta de si puede el turismo convertirse en el principal motor del crecimiento interno del país y la primera fuente de divisas de México con base en un cambio del modelo de desarrollo de segmentos altamente rentables como el turismo médico, si se tiene la capacidad de intervenir en el reacomodo de la estructura económica de México y se incorporan algunos principios operativos de la Economía Social de Mercado.

En el segundo capítulo se presentan los antecedentes del sistema de salud de los Estados Unidos y se analiza el rol de los seguros privados así como los programas de salud del gobierno *Medicare* y *Medicaid*. Se revisa el cambio impulsado en 2010 en ese país, a raíz de la promulgación de la Ley de Cuidado de la Salud Asequible conocida popularmente como *Obamacare*, asimismo se describen los problemas de cobertura, demografía y costos que se observan en años recientes y se revisan las propuestas de cambios perfilados en la administración de Donald Trump.

Se plantea la pregunta de si los desequilibrios del sistema de salud de los Estados Unidos, marcados por costos crecientes de la cobertura de seguros, abre una ventana de oportunidad para proveedores de servicios médicos de México y para la cadena de valor del turismo médico de México. Se analiza si hay margen para ampliar la demanda de proveedores mexicanos por parte de algunas grandes

aseguradoras de Estados Unidos que ya contemplan en sus pólizas la posibilidad de contratar algunos segmentos de *Medicare* y *Medicaid* en México.

En el tercer apartado se describen los modelos de salud en países capitalistas, con el fin de entender el sistema de salud de México y se profundiza en el sistema de salud privado en México. Se detalla la oferta hospitalaria de salud de empresas privadas en las diferentes regiones; en el centro, los grupos Médica Sur, Ángeles de Servicios de Salud y Star Médica. Se revisa la oferta hospitalaria en la región de la frontera México-Estados Unidos; de la región centro-occidente y El Bajío donde destaca el clúster de Jalisco y se describe la estrategia de elevar la oferta hospitalaria de El Caribe Mexicano y en la región de la Península de Yucatán.

Se plantea la pregunta de si el gran desarrollo de grandes consorcios privados de turismo médico, que forman parte de grupos empresariales nacionales como Grupo Carso, Grupo Ángeles, Médica Sur y regionales como Grupo Christus Muguerza, los dejará como los grandes ganadores si se fortalece la demanda de proveedores mexicanos de servicios de salud permitidos por las aseguradoras estadounidenses a través de algunos tramos de *Medicare* y *Medicaid*, y si es posible intervenir desde los principios operacionales de la Economía Social de Mercado para hacer posible la generación de emprendimientos sociales que puedan insertarse a la cadena de valor del turismo médico y tengan la capacidad de generar nuevas opciones de empleo y desarrollo para atender la demanda esperada por parte residentes de Estados Unidos que necesitan servicios médicos a precios accesibles.

En el cuarto capítulo se describen las propuestas e iniciativas gubernamentales y del sector privado para impulsar el turismo médico y se presentan algunos elementos para una estrategia de posible desarrollo de turismo médico en México con base en el Modelo de Economía Social de Mercado considerando la figura de emprendimiento social.

En este capítulo se plantea la pregunta de si México representa una opción viable para la estrategia de las aseguradoras estadounidenses de bajar costos, como ya lo hacen a través de programas piloto algunas de las grandes firmas de ese país y si es posible generar estrategias para desarrollar proyectos de emprendimiento social para proveer servicios de turismo médico que puedan insertarse en la cadena de valor de esta industria.

En función de lo expuesto anteriormente, la importancia de la presente investigación es documentar el potencial de crecimiento del turismo médico, una actividad llamada a jugar un papel central como motor de desarrollo, el cual requiere de políticas públicas para que el crecimiento y desarrollo de esta actividad que han logrado algunas ciudades fronterizas pueda extenderse a más regiones de México.

Ante la caída de los ingresos petroleros, principal fuente de ingresos de México a lo largo de las últimas décadas, el turismo se perfila como la actividad económica que puede convertirse en el motor del crecimiento interno del país y la principal fuente

de divisas, si se tiene la capacidad de intervenir en el reacomodo de la estructura económica de México.

Desde la perspectiva de la Economía Social de Mercado, una posible estrategia para lograr ese desarrollo puede orientarse a la capacitación especializada para el sector turístico mediante una alianza público-privada especialmente en los segmentos de mayor valor agregado que requieren alta especialización, como el turismo médico.

La participación de organismos empresariales con presencia nacional permitiría impulsar un modelo de enseñanza acorde a lo que demandan las empresas relacionadas con el turismo médico que incluso puede ser tomado como modelo para la creación de política pública.

Con base en lo expuesto, en este trabajo se propone un análisis novedoso a la luz de la Economía Social de Mercado explorando la posibilidad de que el crecimiento del turismo y de los servicios de turismo médico en México pueda darse con algunos elementos de esa corriente de pensamiento, buscando el bien común y no solo el beneficio de grandes grupos empresariales que están construyendo una gran infraestructura hospitalaria y abarcan cada vez más regiones de México.

Desde la perspectiva de la Economía Social de Mercado, el turismo médico puede convertirse en un nuevo motor de desarrollo para el beneficio de las empresas, los trabajadores y la sociedad a través de nuevos emprendimientos innovadores, con oportunidades para más personas que necesitan encontrar proyectos incluyentes con opciones reales de educación, trabajo y mejora social.

## 1. MODELOS DE DESARROLLO Y SECTORES ECONÓMICOS

### 1.1. Fundamentos del modelo neoliberal globalizador

Este capítulo tiene como propósito exponer el marco teórico-conceptual que sirve de fundamento al presente trabajo, para lo cual se parte en primera instancia de analizar los dos modelos de desarrollo de libre mercado surgidos en la posguerra: el neoliberal globalizador y la Economía Social de Mercado.

Más adelante se describe la importancia del turismo como actividad económica y se detallan los diferentes tipos de esta actividad, en particular el denominado turismo médico, que es el área de interés del presente trabajo.

Además, se revisan algunos casos de éxito de turismo médico en ciudades de Asia, Europa y América Latina, que pueden ser tomados como referencia para la propuesta que se plantea.

Tras poner frente a frente las características de los dos modelos de libre mercado vigentes: el neoliberal globalizador y el de economía social de mercado, así como analizar la creciente importancia del turismo en la economía mexicana, se plantea la pregunta de si puede el turismo convertirse en el principal motor del crecimiento interno del país y la primera fuente de divisas de México con base en un cambio del modelo de desarrollo de segmentos altamente rentables como el turismo médico, si se tiene la capacidad de intervenir en el reacomodo de la estructura económica de México y se incorporan algunos principios operativos de la Economía Social de Mercado.

#### 1.1.1. Antecedentes y contexto histórico

El bienestar económico, político y social de las personas, independientemente de la región en que habitan, se ve afectado por los retos que trae consigo la globalización; en algunos casos este fenómeno ha acentuado las debilidades estructurales que muchos países arrastran desde antaño.

Antes de definir el modelo neoliberal globalizador debemos partir de revisar la definición de Economía, una ciencia social cuyo campo de estudio es el comportamiento de los individuos en relación con la asignación de recursos y la satisfacción de sus necesidades.

Aquí una definición más precisa: “Economía es la ciencia que estudia el aspecto de la actividad humana dirigida a la consecución de bienes útiles y escasos”.<sup>4</sup>

En la historia moderna se ha observado el surgimiento de dos modelos económicos contrastantes: por un lado el modelo económico neoliberal globalizador y por otro el

---

<sup>4</sup>Resico, Marcelo. *Introducción a la Economía Social de Mercado*. Fundación Konrad Adenauer. Río de Janeiro. 2011, p. 112

de la Economía Social de Mercado, que en diferentes variantes se conoce también como Economía del Bienestar.

El término de liberalismo proviene de la raíz latina *liberalis*, que significa libertad, y es usado desde el siglo XIX para designar las tendencias económicas basadas en la individualidad y libertad de cada persona. Con su obra *La riqueza de las naciones* Adam Smith marcó un punto de referencia sobre esta tendencia teórica en el siglo XIX.

Aquí debemos señalar que precisamente en ese siglo surgió el Capitalismo, entendido como un tipo de organización económica en el que las relaciones que se dan entre los seres humanos y la producción, intercambio y consumo de bienes y servicios y con la distribución de la renta derivada de las mismas, se realiza por medio del mercado.

El mercado puede definirse como “La institución a través de la cual los productores y los consumidores de un determinado bien, servicio o factor, entran en estrecha relación comercial a fin de realizar abundantes transacciones y bajo estas condiciones establecer el precio de dicho bien o servicio”.<sup>5</sup>

La crisis del capitalismo en la primera década del siglo XX y las dos guerras mundiales generaron la revisión de los fundamentos del liberalismo. En la posguerra surgen dos grandes modelos de desarrollo, el neoliberal y el keynesiano, de orientación social, que en Alemania devino en la Economía Social de Mercado que analizaremos más adelante.

El modelo neoliberal postula los valores de la libertad económica, la propiedad privada y la libre competencia. Desconfía de las políticas o instituciones desarrolladas para impulsar la justicia y la equidad social por considerar que limitan el principio de la libertad. Propone un rol mínimo del Estado en la economía, tanto en sus funciones reguladoras como en las funciones sociales.<sup>6</sup>

Este modelo tuvo un gran auge en los años sesenta, con Milton Friedman de la Escuela de Chicago como uno de los principales teóricos de esa corriente. Su postulado básico es que el bienestar de la sociedad se logra con base en el ejercicio de la libertad de los individuos y que el gobierno debe asegurar la libertad individual.

De acuerdo con Friedman las fuerzas del mercado colocan el precio y la cantidad de la producción en un punto de equilibrio y la sociedad en su conjunto sale beneficiada.

El mismo autor sostiene que las diferencias entre las distintas clases sociales son la principal fuerza del desarrollo, ya que los individuos buscan mejorar sus

---

<sup>5</sup> Hidalgo Capitán, Antonio Luis. *Economía Política Global. Globalización, gobernanza y crisis*. Editorial Académica Española, Saarbrücken, Alemania. 2011, p. 37

<sup>6</sup> Resico, Marcelo. *Op. cit.* 2011, p. 113

condiciones dentro de la sociedad. “El papel del gobierno debe reducirse a permitir que esa competencia se lleve a cabo sin afectar la libertad de otros”.<sup>7</sup>

Según el modelo neoliberal el Estado debe intervenir lo menos posible en servicios sociales como salud o educación, debido a que ello genera un lastre para las finanzas públicas, dado que dicha inversión “es desproporcionada a los ingresos por la vía de impuestos y da lugar a una carga tributaria inequitativa para los diferentes individuos”.<sup>8</sup>

Por tanto, el modelo neoliberal considera que los servicios sociales y la educación deben privatizarse.

Por otra parte, los países compiten en una economía internacional abierta, sometida al proceso denominado globalización, en la que el capital, el trabajo, los bienes y servicios circulan libremente más allá de las fronteras nacionales.

En el proceso de la globalización económica, los mercados de capitales, bienes, servicios y trabajo integran y funcionan cada vez más como un solo sistema. Las economías nacionales se van interrelacionando a través del comercio, la inversión extranjera directa, los flujos de capitales, la migración y la difusión de la tecnología y las nuevas formas de organización.

Antes de que el proceso de globalización permitiera la conformación del sistema económico mundial capitalista, la economía era el resultado de la interacción de diferentes sistemas económicos nacionales capitalistas después de la Segunda Guerra Mundial, en los cuales la ideología dominante era el Keynesianismo y, por otro lado, economías socialistas o centralmente planificadas.<sup>9</sup>

Bajo este modelo, los sistemas económicos capitalistas siguieron trayectorias evolutivas semejantes desde la posguerra hasta la década de los setenta, en los que prevaleció la prosperidad, a grandes rasgos.

El Keynesianismo comprendía una serie de ideas y valores concernientes a la regulación de los sistemas capitalistas locales derivados de los postulados de John Keynes, en los que destaca la intervención del Estado en la economía para corregir los fallos del mercado por medio de instrumentos como las políticas monetaria y fiscal, a lo que se suman controles por instituciones reguladoras nacionales.

Entre los principales instituciones reguladoras derivadas del keynesianismo destacan el denominado Estado de Bienestar, entendido como una serie de normas y pautas de comportamiento encaminadas a proporcionar bienestar a los ciudadanos, a través de servicios de salud, educación, pensiones y vivienda.

---

<sup>7</sup> Friedman, Milton. *Capitalism and freedom*. The University of Chicago Press. Chicago. 1962, p. 27

<sup>8</sup> *Ídem*

<sup>9</sup> Hidalgo Capitán, Antonio. *Op. cit.* p. 43

En los años setenta y ochenta surgió una serie de perturbaciones en el sistema capitalista, expresadas en el fenómeno denominado por los economistas como estanflación, una combinación de estancamiento económico, desempleo e inflación. Esa falla estructural derivó en la crisis del sistema monetario internacional, del mercado petrolero mundial, de los sistemas fiscales y una crisis de la deuda externa en la mayoría de los países capitalistas.

Agotado el modelo Keynesiano, que no pudo dar salida a esa crisis en el marco institucional vigente hasta entonces, se abrió paso a un cambio de modelo capitalista mundial, con la llegada al poder de líderes políticos conservadores asesorados por economistas neoliberales, principalmente Margaret Thatcher en Reino Unido en 1979 y Ronald Reagan en Estados Unidos, en 1981.

Dada la influencia de Estados Unidos y Reino Unido, la mayoría de agentes reguladores de los diferentes países capitalistas comenzaron a desarrollar un marco institucional neoliberal mientras que paralelamente los organismos internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional se alineaban también a la misma corriente.

“En la década de los 80 el neoliberalismo se impuso como ideología dominante por su capacidad para sacar a los sistemas económicos capitalistas nacionales de la crisis. Y sus postulados, impulsados por los nuevos organismos rectores mundiales como el Grupo de los 7 (G-7),<sup>10</sup> el FMI, el Banco Mundial y la OCDE, comenzaron a aplicarse incluso en los países que dejaron atrás los sistemas socialistas”.<sup>11</sup>

Algunos autores consideran que la manera más sencilla de definir el neoliberalismo económico es enlistando el grupo de políticas económicas que forman parte del denominado “Consenso de Washington”<sup>12</sup>, entre las cuales sobresalen:

- Disciplina fiscal: reorientación del gasto público hacia áreas que ofrezcan mayor rentabilidad económica y potencial para mejorar la distribución del ingreso, así como servicios básicos de salud, educación primaria e infraestructura.
- Privatización de las empresas estatales y paraestatales
- Reforma fiscal
- Liberalización de las tasas de interés

---

<sup>10</sup> El Grupo de los Siete fue creado en 1975 por los siete países capitalistas –autodenominados democracias industrializadas– más poderosos: Estados Unidos, Reino Unido, Francia, Alemania, Italia, Canadá y Japón. Se convirtió en G-8 con la incorporación de Rusia en 1989, tras la caída del Muro de Berlín, retornando a G-7 en 2014, tras la expulsión de los rusos como represalia por la invasión a Crimea, territorio de Ucrania que la Federación Rusa se anexó en marzo de ese mismo año 2014.

<sup>11</sup> Hidalgo Capitán, Antonio. *Op. cit.* p. 50

<sup>12</sup> Se refiere al concepto que define una serie de políticas con un común denominador dirigido por las instituciones multilaterales con sede en Washington, el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), aplicadas a partir de los años ochenta especialmente en la mayoría de los países de América Latina.

- Tipos de cambio competitivos
- Liberalización del comercio
- Liberalización de la inversión extranjera
- Desregulación de los derechos de propiedad<sup>13</sup>

Puede situarse la consolidación de este modelo en los años ochenta y noventa, ante la convergencia de una serie de factores que influyeron directamente en las agendas económicas, políticas y de seguridad de los estados, principalmente la ola de transiciones a la democracia tras el fin de la *Guerra Fría*, el acelerado proceso de globalización y el ascenso de los regionalismos.<sup>14</sup>

La agenda del Consenso de Washington fue diseñada para aliviar los problemas económicos en los que la región de América Latina se encontraba sumida; si bien sólo se trataba de recomendaciones por parte de los organismos internacionales y sus grupos de expertos.

Si bien nunca se obligó a los países a implementar este tipo de políticas, es importante tomar en cuenta que muchas de esas medidas de política económica conforman el listado de condiciones que los organismos internacionales exigen para acceder a los préstamos y rescates financieros.

Al mismo tiempo que los diferentes países abrazaban el neoliberalismo, comenzaron a integrarse de forma acelerada en un nuevo sistema económico capitalista-casi mundial de carácter neoliberal. Paralelamente, surgían nuevos organismos reguladores de este sistema como la Organización Mundial del Comercio y el Foro Económico Mundial, en el cual se reúnen cada año en Davos, Suiza, los presidentes de cerca de mil empresas con el mayor poder económico e influencia en el mundo, donde discuten con los jefes de Estado y de Gobierno los problemas de la economía mundial y las estrategias a seguir.

En este contexto la globalización puede definirse como “...un proceso de interacción de los sucesos regionales y locales en una gran red interrelacionada por medio de la cual el mundo va generando una sociedad unificada y que funciona de acuerdo a pautas similares. Es un proceso que combina factores económicos, tecnológicos, socioculturales y sociopolíticos”.<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> Unda, Mónica. “Potencial Normativo de la Economía Social de Mercado para el Caso Mexicano: Algunas Interrogantes”. En: Ortiz Sara y Flores Manuel (Coordinadores). *Economía de mercado con responsabilidad social: caso México*. Fundación Konrad Adenauer. México, 2004, p. 57

<sup>14</sup> El regionalismo puede ser conceptualizado como una forma de cooperación internacional intermedia que se establece por medio de la creación de alianzas y de la cooperación interregional entre países que por lo general comparten *in situ* un espacio regional determinado, aunque no siempre es así el caso. Véase: Rodríguez Suárez, Pedro Manuel. *Tendencias hacia la regionalización mundial en el ámbito del siglo XXI: América, Asia, África, Europa, Eurasia y Medio Oriente*. UPAEP, Puebla, 2013, p.9

<sup>15</sup> Resico, Marcelo. *Op. cit.* 2011. p. 316

El proceso de globalización cobra mayor fuerza en los años ochenta, cuando la consolidación del neoliberalismo como ideología dominante permitió la apertura comercial y financiera de los sistemas económicos capitalistas nacionales permitiendo que los flujos de mercancías, servicios y capitales circularan con mayor libertad entre los diversos países.

A ello se sumó la revolución tecnológica basada en las tecnologías de la informática y las telecomunicaciones, que permite prescindir de la simultaneidad espacio-temporal para muchas relaciones económicas, trasladando las mismas a una dimensión virtual.<sup>16</sup>

Este proceso se observa junto con una creciente integración comercial. Se estima que entre el 50% y 60% del comercio mundial circula entre los países que han establecido acuerdos de integración económica. De acuerdo con la Organización Mundial del Comercio (OMC) existen más de cien acuerdos regionales alrededor del mundo y conforme se profundice la globalización, se espera que las integraciones regionales se incrementarán aún más.<sup>17</sup>

### **1.1.2. Fortalezas y debilidades del modelo**

El modelo neoliberal puede definirse como aquél que postula los valores de la libertad individual y la responsabilidad personal, la propiedad privada, el empresariado libre y la competencia; en este modelo se da una mínima intervención del Estado y la máxima libertad de los agentes que intervienen en los mercados<sup>18</sup>.

Entre las fortalezas de este modelo podemos citar la conformación de bloques de integración regional dentro del nuevo sistema económico mundial, fenómeno que algunos estudiosos de las relaciones internacionales denominan regionalismos. Además de conceptualizarse como una forma de cooperación internacional intermedia que se establece por medio de alianzas y de la cooperación interregional entre países que por lo general comparten un espacio regional determinado, el regionalismo puede ser entendido como una acción del Estado, e inclusive de la sociedad civil, así como de otros actores de las relaciones internacionales, cuya finalidad es la de promover la cooperación intrarregional que busca a corto o largo plazo alcanzar objetivos determinados”.<sup>19</sup>

Rodríguez Suárez destaca que algunos de los regionalismos han sido exitosos:

Si bien el regionalismo no es un fenómeno nuevo y sus orígenes provienen desde antes de la historia del capitalismo, después de la Guerra Fría han proliferado por todo el mundo y algunos han sido notablemente exitosos, como

---

<sup>16</sup> Hidalgo Capitán, Antonio. 2011. *Op. cit.* pp. 56-57

<sup>17</sup> Rodríguez Suárez, Pedro Manuel. *Op. cit.*, p. 68

<sup>18</sup> Resico, Marcelo. *Op. cit.* 2011. p. 113

<sup>19</sup> Rodríguez Suarez, Pedro, 2013, *Op. cit.* p. 58

la Unión Europea, a través de mecanismos institucionales de cooperación, que ha contribuido a modernizar y desarrollar países que anteriormente se caracterizaban por ser economías primarias o agrícolas como España, Grecia, Irlanda y Portugal. Asimismo, los países de Europa del Este que ingresaron a la Unión Europea en 2007 y 2009 han experimentado cambios sustanciales impulsados por los Fondos Estructurales y Fondos de Cohesión, que les han permitido modernizar sus economías<sup>20</sup>.

Las economías nacionales se interrelacionan a través del comercio, la inversión extranjera directa, los flujos de capitales, la migración, la tecnología y las nuevas formas de organización.

Una parte fundamental de la globalización es la revolución de las tecnologías de la información y las telecomunicaciones, que permiten la movilidad de los capitales financieros de un país a otro tan solo pulsando la tecla de una computadora. Así, la aparición del comercio electrónico permite comprar y vender bienes y servicios por Internet, pagados mediante transferencias transfronterizas por medios electrónicos.

En este sentido, “la globalización se puede caracterizar por cuatro aspectos diferentes interrelacionados entre sí: interdependencia mundial de los mercados financieros; internacionalización de la producción por la acción de las empresas multinacionales; elevado grado de apertura de los mercados de bienes y servicios y una creciente migración internacional”.<sup>21</sup>

Uno de los aspectos más importantes de la globalización es el económico, debido a que en este proceso los mercados de capitales, bienes, servicios y trabajo se van integrando y funcionan cada vez más como un solo sistema.

En este contexto, los regionalismos económicos en la era de la globalización “juegan un papel fundamental en el siglo XXI y pueden constituir una opción positiva para los países emergentes, debido a que en algunos casos fomentan el desarrollo, profundizan las relaciones de cooperación e incrementan el peso político de la región en el escenario internacional, así como su competitividad”.<sup>22</sup>

Cerca del inicio de la segunda década del siglo XXI, prácticamente la gran mayoría de las regiones del mundo se encuentran integradas con diferentes modalidades de integración regional que pueden identificarse en la tabla 1.

---

<sup>20</sup> *Ibidem*, p. 64

<sup>21</sup> Hidalgo Capitán, Antonio, *op. cit.* p. 124

<sup>22</sup> Rodríguez Suárez, Pedro. *op. cit.* p. 72

**Tabla 1**  
**Regionalismos siglo XXI**

<b>Región</b>	<b>Regionalismos</b>
<b>África</b>	Unión Africana, Unión del Magreb Árabe, Comunidad Económica Africana, Comunidad Económica de los Estados del África Occidental, Comunidad Económica de los Estados del África del Oeste, Comunidad de África Oriental, Comunidad para el Desarrollo del África Meridional, Comunidad de los Estados del África Central y Mercado Común de África Oriental y Meridional.
América	Tratado de Libre Comercio de América del Norte, Comunidad del Caribe, Comunidad Andina, Asociación Latinoamericana de Integración, Sistema de Integración Centroamericana (SICA), Comunidad del Caribe (CARICOM) y Mercado Común del Sur (MERCOSUR).
<b>Asia</b>	Asociación de Naciones del Sudeste Asiático Australia, Nueva Zelanda y Estados Unidos (ANZUS), Asociación Asia del Sur para la Cooperación Regional, Foro de Cooperación Económica Asia-Pacífico.
<b>Europa Occidental</b>	Unión Europea, Asociación Europea de Libre Comercio, Grupo de Visegrád, Triángulo de Weimar, Consejo de Estados del Mar Báltico.
<b>Europa Oriental</b>	Comunidad de Estados Independientes
<b>Medio Oriente</b>	Consejo de Cooperación del Golfo Liga Árabe
<b>Oceanía</b>	Australia y Oceanía: Asociación para la Cooperación Económica (ZLC), Acuerdo Regional de Cooperación Comercial y Económica en el Pacífico Sur. Repúblicas Insulares/Colonias del Pacífico.

Fuente: Rodríguez Suárez, Pedro Manuel. *Tendencias hacia la regionalización mundial en el ámbito del siglo XXI: América, Asia, África, Europa, Eurasia y Medio Oriente*. UPAEP, Puebla, 2013, pp. 70-71

Es preciso señalar que han surgido regionalismos como el Tratado de Asociación Transpacífico (TPP), integrado por 12 países de Norteamérica, Sudamérica, Oceanía y Asia, por lo que la cercanía geográfica no es un factor preponderante. Los miembros originales que empezaron las negociaciones fueron Brunei, Chile, Nueva Zelanda y Singapur; en 2008 Estados Unidos anunció su interés por sumarse<sup>23</sup> y posteriormente se integraron Canadá, México, Perú, Australia, Vietnam y Malasia.<sup>24</sup>

Entre las debilidades de este modelo globalizador podemos señalar que había venido siguiendo una trayectoria evolutiva de aparente solidez hasta el año de 2008, cuando una serie de perturbaciones desencadenaron su primera crisis estructural.

En ese contexto, los procesos de apertura y globalización han dejado ganadores y perdedores incluso al interior de las economías de los países industrializados.

Los teóricos explican que una parte de esas perturbaciones consiste en un proceso de “endogeneización del subdesarrollo”<sup>25</sup> en los países industrializados. Ello se explica porque durante la época previa a la globalización, el crecimiento de la brecha entre ganadores y perdedores era principalmente un problema para los sistemas económicos menos desarrollados, pero bajo la globalización, la profundización de la brecha pasa a ser un problema del sistema económico mundial, proceso que genera un desequilibrio en las condiciones de vida de los seres humanos que se profundiza cada vez más y que afecta a amplios sectores sociales tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados.

Este fenómeno se explica porque los mecanismos comerciales expresados en el intercambio desigual, y financieros tales como la repatriación de beneficios de las empresas transnacionales a los países matriz, especulación financiera y deuda externa, facilitan a los agentes de los países más desarrollados apropiarse de la mayor parte del excedente económico generado en los sistemas subdesarrollados, contribuyendo a la concentración de la riqueza.

Por otro lado, la ideología neoliberal contribuye a que el sistema económico mundial adquiera las características de un “apartheid global” en el que la mayoría de los seres humanos (el 83.5% de la población mundial) queda recluida en sistemas económicos subdesarrollados (*ghettos*), mientras que una selecta minoría (16.5% de la población mundial) disfruta de un alto nivel de vida en los países más desarrollados.<sup>26</sup>

---

<sup>23</sup> El primer día de su mandato, el presidente Donald Trump anunció su salida del TPP, que había sido pensada como una estrategia económica y geopolítica que Estados Unidos tenía para la primera mitad de siglo XXI.

<sup>24</sup> Secretaría de Economía, *Ficha informativa del TPP*, en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/164096/Factsheet\\_Bloque-TPP.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/164096/Factsheet_Bloque-TPP.pdf) Consulta en octubre de 2017.

<sup>25</sup> Hidalgo Capitán, Antonio. *Op.cit.* p 124

<sup>26</sup> *Ibidem*, p. 125

El mantenimiento de este modelo neoliberal globalizador depende en gran medida de que la mayoría de la población en los países menos desarrollados permanezca recluida en los *ghettos*; sin embargo ha dado lugar a un dramático aumento de los flujos migratorios desde los países pobres.

Los procesos de apertura a la globalización han sido liderados por aquellos grupos que anticipan que estarán entre los ganadores, principalmente las grandes empresas transnacionales, las principales beneficiarias de la transnacionalización de las cadenas de valor. En el presente trabajo se explica cómo se ha dado este proceso en el segmento del turismo médico con la decisión de las grandes aseguradoras multinacionales de buscar menores costos mediante contratos con cláusulas que autorizan e incentivan a los asegurados a recibir tratamientos quirúrgicos fuera de Estados Unidos, incluso en México.<sup>27</sup>

Por otra parte, fenómenos como el *Brexit* —referéndum realizado el 23 de junio de 2016 por el que los ciudadanos de Reino Unido decidieron abandonar la Unión Europea— o el triunfo del candidato republicano Donald Trump en las elecciones de los Estados Unidos en 2016, cuya promesa central de campaña fue abandonar el libre comercio y revertir la salida de cadenas de valor y empresas de Estados Unidos, con el fin de recuperar empleos para sus ciudadanos— parecen demostrar que este modelo está afectando también a las clases trabajadoras de los países desarrollados.

“Las transformaciones económicas en América Latina durante la década de los 90 no dieron los resultados esperados. A pesar de las reformas, la brecha entre ricos y pobres aumentó (...) Hoy en día solamente entre 9 y 15% de los ingresos totales en la región van al 40% de los hogares más pobres”.<sup>28</sup>

Persisten las brechas salariales; la radicalización de la política antiinmigrante en Estados Unidos y la estrecha integración sólo en unas ramas de la economía como la industria automotriz.

El modelo neoliberal globalizador genera cada vez mayor pobreza y desigualdad; se hace cada día más evidente el deterioro de la calidad de vida de millones de personas. En 2006 más de mil 200 millones de seres humanos, alrededor del 21% de la población mundial, vivía por debajo de la línea de pobreza, es decir con menos de un dólar al día.<sup>29</sup>

Hacia 2016, de acuerdo con cifras de la Organización de las Naciones Unidas, una de cada tres personas aún vive en contextos de desarrollo bajo, tendencia a la que

---

<sup>27</sup> Véase *supra*, capítulo 2, pp. 67-68.

<sup>28</sup> Domínguez, Roberto. *La regionalización de América del Norte*, en Salas-Porras Alejandra y Uscanga, Carlos (coordinadores). *Desarrollo regional. Estrategias y oportunidades*. UNAM, FCPyS-Gernika, 2008, México. p. 110

<sup>29</sup> UNCTAD. *Informe Sobre el Desarrollo Humano 2016*, Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo, Ginebra, Suiza.

no escapan los habitantes de países desarrollados, donde más de 300 millones de ciudadanos y ciudadanas viven en pobreza relativa.<sup>30</sup>

Ese modelo neoliberal globalizador que ha prevalecido en México siguiendo los postulados del Consenso de Washington ha dejado secuelas que podemos resumir en un bajo crecimiento económico, de 2.3% en promedio anual desde 1982.<sup>31</sup> Si bien esto es una secuela de la crisis global de 2008-2009, a pesar de las llamadas reformas estructurales implementadas a partir de 2012<sup>32</sup> el crecimiento de la economía permanece estancado.

Por otra parte México es el país con los salarios mínimos más bajos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE) e incluso también figura entre los tres más bajos de América Latina, sólo por encima de Cuba y Venezuela. El Salario Mínimo General en 2017 es de 130.5 dólares –considerando un tipo de cambio de 18.66 pesos por dólar--; en comparación el promedio de esa percepción mínima en América Latina es de 301.7 dólares mensuales y existen países como Argentina donde el salario mínimo es 4.6 veces más que el mexicano o Chile, donde el salario mínimo es el triple de lo que se paga en México.<sup>33</sup>

En México de acuerdo con la última medición del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), la pobreza se incrementó en dos millones de personas de 2010 a 2014 para pasar de 53.3 a 55.3 millones de personas. El 46% de los mexicanos vive en esa condición y si se considera la pobreza laboral, el 42% de la población no puede adquirir una canasta básica con su salario.<sup>34</sup>

La principal causa del aumento de la pobreza fue la caída de los ingresos de los hogares. De acuerdo con los datos del INEGI, en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) en 2014, el ingreso corriente total promedio trimestral por hogar se redujo en términos reales en 3.5% entre 2012 y 2014.

No hay datos más recientes sobre la evolución de la pobreza dado que se dejó de realizar la medición por discrepancias metodológicas entre INEGI y el Coneval, debido a que el Instituto de Estadística y Geografía modificó unilateralmente el

---

<sup>30</sup> *Ídem*

<sup>31</sup> V. Banco Mundial Indicadores PIB global, disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=MX> consulta en octubre de 2017.

<sup>32</sup> Comprende las reformas energética, educativa, en telecomunicaciones, laboral, fiscal, financiera y político-electoral realizadas entre 2011 y 2013 con el argumento de modernizar la economía.

<sup>33</sup> COPARMEX, Confederación Patronal de la República Mexicana. Video Señal Coparmex “Acuerdo Nacional por una Nueva Cultura Salarial”, Ciudad de México, 26 junio 2017. En: <http://coparmex.org.mx/acuerdo-nacional-por-una-nueva-cultura-salarial/> consultado en septiembre de 2017.

<sup>34</sup> CONEVAL. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, “Resultados de pobreza en México 2014 a nivel nacional y por entidades federativas”. México. En: [www.coneval.org.mx](http://www.coneval.org.mx), consultado en abril de 2017.

Módulo de Condiciones Socioeconómicas 2015 sin llevar a cabo una consulta con el Coneval. Con ese cambio de parámetros el número de población considerada en estado de pobreza se reduce de 53 millones a 48 millones de 2012 a 2014.<sup>35</sup>

México es un país con alta concentración del ingreso, el 43.6% de la población vive en la pobreza y también prevalecen altos niveles de desigualdad, la cual puede definirse como la diferencia en cómo se distribuyen los activos, el bienestar o los ingresos entre la población. No debe confundirse a la desigualdad con la pobreza. La desigualdad hace referencia a la variación de los estándares de vida de la población, independientemente de si dicha población está o no en pobreza.

El coeficiente de Gini es la medida más común de desigualdad, el cual mide el nivel de concentración que existe en la distribución de los ingresos en la población a partir de valores entre 0 y 1.

Un Gini de 1 se refiere a una población en la que todos los ingresos los concentra una sola persona. Un Gini de 0 se refiere a una población en la que los ingresos son totalmente iguales entre todos sus miembros. Con datos de la OCDE, México con un coeficiente de Gini de 0.482 es el segundo país más desigual de la OCDE, sólo debajo de Chile, que reporta un Gini de 0.503.<sup>36</sup>

Si ampliamos el panorama, México figura entre los 10 países más desiguales del mundo, como se aprecia en un informe del Banco Mundial, que ubica a Sudáfrica como el país con más desigualdad del mundo, seguido de Haití, donde el índice Gini excede de 60. Otra nación del África Sub Sahariana, Rwanda, y siete países de América Latina y El Caribe (Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Honduras, México y Panamá) conforman la lista de los 10 países más desiguales del mundo, con un coeficiente de Gini cercano al 5.<sup>37</sup>

México enfrenta además una acentuada debilidad de las instituciones, expresada en el alto costo de la corrupción que de acuerdo con el Banco Mundial alcanza el 9% del Producto Interno Bruto.<sup>38</sup> La precariedad institucional se aprecia también en los resultados de encuestas nacionales e internacionales que revelan las tres mayores preocupaciones de los mexicanos: la inseguridad, la corrupción y la

---

<sup>35</sup> PUGA, Tláloc. "Enfrenta medición de pobreza a INEGI y Coneval". *El Universal*, Ciudad de México. En: <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/cartera/economia/2016/07/16/enfrenta-medicion-de-pobreza-inegi-y-coneval>, consulta en abril 2017.

<sup>36</sup> OCDE, 2016. OCDE DATA México, Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, París. En: <https://data.oecd.org/inequality/income-inequality.htm>, consulta en abril 2017.

<sup>37</sup> Banco Mundial. Informe *La pobreza y prosperidad compartida*. Washington, 2016. p. 84 En: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/25078/9781464809583.pdf#page=121> consulta en mayo de 2017.

<sup>38</sup> Casar María Amparo. *México: Anatomía de la corrupción*, Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) e Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO), México, 2015, p. 42.

impunidad, fenómenos que generan mayor incertidumbre que el aumento de precios, el desempleo y el alza del dólar.<sup>39</sup>

Por otra parte existe una gran desconfianza en las instituciones de justicia, como se aprecia con la cifra negra de 93.6% de los delitos que no son denunciados por los ciudadanos.<sup>40</sup>

Como se observa, el modelo neoliberal globalizador adoptado por México ha sido ineficaz para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. Es hora de buscar alternativas que ofrezcan posibilidades de lograr una mayor equidad social, con viabilidad económica, quizá puede analizarse qué opciones ofrece la Economía Social de Mercado.

## **1.2. Fundamentos de la Economía Social de Mercado**

### **1.2.1. Antecedentes y contexto histórico**

La idea de la Economía Social de Mercado surgió en Alemania en la posguerra, como un proyecto para recuperar la paz interna, para reconstruir la economía devastada por las dos guerras mundiales.

Se asocia con una forma y evolución específicas adoptadas por el sistema económico, que sirvió de pauta para encauzar la política económica, para el mejor ordenamiento posible en economía. Por ello implica principios económicos, instituciones, condiciones sociales y consideraciones éticas.

El centro intelectual de ese nuevo orden económico emergente fue la Universidad de Friburgo, en la que se conformó la Escuela del mismo nombre, la cual se integró por un grupo de economistas y funcionarios que habían luchado contra el régimen nacionalsocialista. Buscaban respuestas para enfrentar la destrucción de Alemania.

“La configuración teórica de la Economía Social de Mercado se relaciona ante todo con los nombres de Walter Eucken (1891-1950) y Alfred Müller-Armack (1901-1978); la instrumentación política de este modelo se liga con Ludwig Erhard (1897-

---

<sup>39</sup> V. Banxico, Banco de México. *Encuesta sobre las Expectativas de los Especialistas en Economía del Sector Privado*, Ciudad de México. Octubre de 2017. En: <http://www.banxico.org.mx/informacion-para-la-prensa/comunicados/resultados-de-encuestas/expectativas-de-los-especialistas/%7B1CD44B37-5B4A-B284-2046-E858B62F978A%7D.pdf> consultado en noviembre de 2017.

<sup>40</sup> INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2017*, Ciudad de México, 26 septiembre 2017. En: [http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/enchogares/regulares/envipe/2017/doc/envipe2017\\_presentacion\\_nacional.pdf](http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/enchogares/regulares/envipe/2017/doc/envipe2017_presentacion_nacional.pdf) consultado en octubre de 2017.

1977), durante años ministro de Economía de la época de Konrad Adenauer<sup>41</sup>; éste último fue el primer canciller de Alemania en la posguerra, de 1949 a 1963.

Todos ellos coincidían en la búsqueda del mejor ordenamiento posible de la economía. Se plantearon la pregunta sobre qué modelo económico-social asumiría Alemania una vez terminada la terrible pesadilla de la guerra. Erhard fue quizá el que mayor mérito tuvo en la aplicación del modelo, puesto que enfrentó a la clase política que defendía la corriente del estatismo y la planificación central de la economía.

Desde su cargo de Ministro de Economía, la influencia de Erhard fue decisiva en la concepción de la reforma económica y monetaria alemana de 1948, que liberó el racionamiento de guerra y creó una nueva moneda, constituyendo la base de la implementación de la Economía Social de Mercado en la República Federal de Alemania. Esta política económica contrastaba abiertamente con el sistema adoptado entonces por la República Democrática de Alemania, una variante del sistema centralizado de la Unión Soviética.

Algunos autores destacan que este modelo económico fue parte integral del proyecto político de la democracia cristiana de Alemania, liderada por Konrad Adenauer (1876-1997), quien fue el primer Canciller de la República Federal de Alemania y cuyo proyecto de paz tanto interna (social) como externa (proyecto de la Unión Europea) llevado a cabo junto con líderes del mismo movimiento en otros países, inspiró los sistemas políticos de la posguerra en el Viejo Continente.<sup>42</sup>

El sistema de Economía Social de Mercado acepta la propiedad privada y la economía de mercado pero pone el acento en los principios de justicia y de seguridad social, lo que conlleva a una amplia participación del Estado en materia de regulación y corrección de los procesos de mercado.

El concepto de Economía Social de Mercado se apoya en tres principios: libertad, solidaridad y justicia social e interrelaciona así política económica con política social. Bajo esta forma se integra el dinamismo productivo del mercado con medidas compensatorias que sin interferir sobre los mecanismos de la competencia tienden a lograr una mayor justicia social<sup>43</sup>.

El atributo “social” en este modelo expresa tres principios básicos:

- Que la economía de mercado tiene carácter social ya sólo en virtud de su capacidad de rendimiento económico, de creación de presupuestos económicos, de “bienestar para todos” y de garantía de los derechos de libertad económica, cuyos límites se sitúan en los derechos de terceros.

---

<sup>41</sup> Schaeffler Klaus. “Economía Social de Mercado ¿Una Opción para los Países en Transición y en Desarrollo?”. En: Ortiz Sara y Flores Manuel (Coordinadores). Economía de mercado con responsabilidad social: caso México. Fundación Konrad Adenauer, México. 2004, p. 18

<sup>42</sup> Resico Marcelo. *Op. cit.*, 2011 p. 119

<sup>43</sup> Schaeffler Klaus. *Op. cit.* p. 20

- Que debe limitarse la libertad de mercado, por razones sociales, donde quiera que surja el peligro de que se produzcan resultados indeseables para la sociedad.
- Que deben corregirse los resultados de un proceso económico libre si no están socialmente a la altura de los conceptos de valor de la sociedad.

La Economía Social de Mercado surge como “el intento consciente de sinterizar todas las ventajas del sistema económico de mercado: fomento a la iniciativa individual, productividad, eficiencia, tendencia a la auto-regulación, con los aportes fundamentales de la tradición social cristiana de solidaridad y cooperación, que se basan necesariamente en la equidad y la justicia en una sociedad dada”.<sup>44</sup>

Los tres pilares citados de la Economía Social de Mercado —libertad, solidaridad y justicia social— integran la base del dinamismo productivo del mercado con medidas compensatorias que, sin interferir sobre los mecanismos de la competencia, buscan lograr mayor justicia social.<sup>45</sup>

Estas medidas compensatorias deben ser consistentes con un sistema de intercambio eficiente, no fomentar el desarrollo de una cultura de dependencia, de ahí que la compensación en favor de los grupos más débiles de la sociedad se realiza con medidas acordes con la naturaleza del mercado, para salvaguardar la justicia social, sin distorsionar el principio de la competencia. Es decir, el Estado interviene lo menos posible en los procesos; se limita a corregir los resultados no deseados.

Este modelo supone la existencia de un Estado fuerte e independiente de los intereses sectoriales. Su tarea principal es establecer un sistema de reglas claras en los mercados y la vigencia de los principios de la competencia.

En la Economía Social de Mercado “un Estado fuerte no es uno grande y sobredimensionado ni mucho menos clientelista; es aquel capaz de establecer reglas y hacerlas cumplir”.<sup>46</sup>

El objetivo del Estado es velar por el buen funcionamiento del mercado. Por ello compromete al propio Estado a intervenir de manera activa en el mercado, cada vez que se configuren constelaciones de poder, inobjetables en lo formal, que afecten seriamente la competencia.

El modelo de la Economía Social de Mercado considera que ni siquiera un mercado altamente eficiente satisface todas las necesidades de una sociedad, por ello no sólo se le atribuye al Estado el derecho sino incluso la tarea de intervenir donde quiera que se produzca un menoscabo de intereses sociales legítimos. “Esta obligación de intervenir abarca tres aspectos: la restricción de una libertad ilimitada

---

<sup>44</sup> Resico, Marcelo. *Op. cit.* 2011. p. 117

<sup>45</sup> Schaeffler, Klaus, *Op. cit.* p. 22

<sup>46</sup> *Ibidem* p. 23

de mercado, la compensación de fallas del mercado y la corrección de resultados generados por el mercado”.<sup>47</sup>

De acuerdo con algunos autores, quizá la aportación más destacada que hicieron los fundadores de la Economía Social de Mercado al pensamiento político-económico, consiste “en la clara delimitación que marcaron entre la economía de mercado como un conjunto de instrumentos organizativos, por un lado, y el objetivo de una sociedad ‘justa’, concebido de manera independiente de aquel, por otro.”<sup>48</sup>

Los economistas alemanes que crearon la Economía Social de Mercado veían con profundo escepticismo el libre juego de las fuerzas del mercado. De modo expreso, señalaron que no debía dejarse por entero a cargo de los mecanismos del mercado la distribución del bienestar social:

“Mientras el mercado siempre tiene la razón cuando se trata de la asignación de recursos, incluyendo el factor de producción-trabajo, esto no es por igual válido con respecto a la asignación definitiva de derechos de consumo. Si el mercado concede un ingreso muy por debajo del promedio a determinados actores, la concepción de la Economía Social de Mercado no se da por satisfecha con estas circunstancias sino que las considera motivo para una corrección estatal”.<sup>49</sup>

Al explicar las bases teóricas y el proyecto político-económico puesto en marcha en Alemania después de 1949, el autor Marcelo Resico considera que más que un rígido modelo económico, la Economía Social de Mercado

“Refleja un conjunto de principios del Estado que concilia la libertad económica con amplios márgenes de justicia social ‘consensuada’ o de ‘pacto económico social’, al considerar la configuración de la sociedad, la economía y la tecnología, y otorgar al mercado el rol de mejor asignador de recursos para garantizar la movilidad eficiente de las fuerzas productivas de la sociedad en el marco de la productividad, la competitividad y el compromiso de competir de igual a igual con enormes conglomerados multinacionales en nichos de mercado internacional.”<sup>50</sup>

El autor señala que al grupo de intelectuales y políticos que dieron origen a la Economía Social de Mercado se les asoció a una corriente de pensamiento denominado ordoliberalismo, la combinación del liberalismo con el concepto de orden. Implicaba la intención del grupo de realizar una síntesis entre los aspectos valiosos de la tradición económica y política del liberalismo, con la firme base de desarrollar un sistema político y económico centrado en la dignidad y los derechos de la persona, que resultara una respuesta y prevención permanente frente al doble desafío de tendencias totalitarias como el nazismo y el comunismo.

---

<sup>47</sup> *Ídem*

<sup>48</sup> *Ídem*

<sup>49</sup> Schaeffler, Klaus. *Op. cit.* p. 25

<sup>50</sup> *Ibidem*, pp. 21-22

Los ordoliberalistas promueven una economía de libre mercado con la estricta regulación del Estado para evitar distorsiones que pudieran provocar quienes ejercen poderío económico. Según ellos, no puede existir el libre mercado si hay grupos de poder que lo distorsionen a través de acciones que alteren la competencia, como la desinformación del consumidor, la utilización privada de la información del Estado, o la imposición de precios por medio de monopolios, entre otros.

Para Resico, los ordoliberalistas fueron un grupo de economistas que buscaron responder al desafío de cómo estructurar una economía libre y humana. El modelo económico que impulsaban consideraba al ciudadano como un ser que se manifiesta con independencia y sentido de responsabilidad. Como tal, debía tener la posibilidad de desarrollar su capacidad creativa dentro de un marco regulatorio fijado por el Estado.

Esos teóricos impulsaron su propuesta a la que denominaron “humanismo económico y social “como una alternativa liberal frente a la economía planificada y como una alternativa social a la economía de mercado al estilo clásico”.<sup>51</sup>

Resico explica que la dinámica de la Economía Social de Mercado exige necesariamente una apertura frente al cambio social. Ello implica la búsqueda en el plano económico de la igualdad de oportunidades para el despliegue de los propios talentos y se basa en la solidaridad del resto de los ciudadanos: todos los miembros de la sociedad deben participar en el bienestar así como en la creación, multiplicación y conservación de la riqueza.

El concepto de Economía Social de Mercado se refiere al orden económico vigente en Alemania. De hecho, el Tratado sobre la Unión Monetaria, Económica y Social de la República Federal de Alemania y la República Democrática de Alemania celebrado el 8 de mayo de 1990, tras la caída del Muro de Berlín, reconoce a este modelo económico como el vigente en todo el país.

En dicho Tratado se establece que la Economía Social de Mercado es un orden que se caracteriza por “la propiedad privada, la competencia, la libre formación de precios y la libre circulación de trabajo, capital y servicios”, de acuerdo con el (Art. 1 párrafo 3 del Tratado).<sup>52</sup>

Ahora bien, este modelo trata de combinar las necesidades de libertad económica con la justicia social. Considera que no es posible inclinar la balanza en forma permanente en beneficio de alguno de los dos términos de esta ecuación; ambos se complementan.

La libertad económica implica la ausencia de coerción que va contra los derechos de la persona. Desde el punto de vista estrictamente económico, implica la

---

<sup>51</sup> *Ibidem* p. 117

<sup>52</sup> *Ídem*

liberación de la iniciativa de cada individuo, el espíritu de libre empresa, y la innovación constante, que de acuerdo con las teorías económicas actuales constituyen las fuentes más importantes de la productividad y el crecimiento económico.

El otro componente de este modelo es la justicia social, que en los hechos busca asegurar la igualdad de oportunidades para todas las personas, con base en la solidaridad con el resto de los ciudadanos. Todos los miembros de la sociedad deben participar en el bienestar, así como en la creación, multiplicación y conservación de la riqueza.

El modelo de la Economía Social de Mercado funciona con base en cuatro principios socio-políticos:

*Responsabilidad personal*, que se refiere a la autonomía de cada persona, en las relaciones con instituciones como la familia, la escuela, el trabajo. Esta idea proviene de la visión cristiana del ser humano, es decir, lleva al modelo económico “los condicionamientos éticos de la iglesia luterana y en los principios de la doctrina social de la iglesia católica, con sus pilares que son la responsabilidad individual y el máximo desarrollo de la persona individual”.<sup>53</sup>

*Solidaridad*, basada en una interrelación de responsabilidad mutua, éticamente fundada, entre los integrantes de grupos sociales (familia, comunidad). Ello conlleva una serie de derivaciones económicas como la mejora de la convivencia, estabilidad institucional, cooperación y trabajo en equipo, fundamental para el éxito de cualquier empresa. De acuerdo con este principio, la convergencia de intereses constituye la base de la ayuda mutua. Cada miembro de la sociedad debe contribuir según su capacidad, para que los demás se desarrollen. En este caso, el Estado se constituye como el último garante en el ámbito de la prevención y provisión social.

*Subsidiariedad*, definida como un principio fundamental del gobierno y de la sociedad, que señala que el centro de las decisiones sociales o económicas debe estar situado en la autoridad más cercana a la persona concreta. Busca rechazar el paternalismo, dado que otorga prioridad a la autoayuda frente a la asistencia del Estado, pero en un arreglo en el que las autoridades superiores ayuden a las entidades inferiores para que éstas puedan cumplir sus funciones.

El principio de la subsidiariedad se refiere a la realización institucional de la personalidad y la solidaridad y nos dice que “lo que puede hacer el individuo o la sociedad más pequeña, que no lo haga la sociedad más grande en el sentido de que la entidad superior sólo actúa si la inferior no puede solucionar algo con sus propios recursos”.<sup>54</sup>

---

<sup>53</sup> Schaeffler, Klaus. *Op. cit.* p.31

<sup>54</sup> *Ibidem* p. 33

Este principio marca una gran diferencia con el modelo neoliberal, puesto que parte de que no todos los seres humanos tienen los mismos dones ni las mismas condiciones de inicio por su educación, salud o riqueza de sus familias, por ello son esenciales la protección y la promoción de los individuos “más débiles” de la sociedad.

Las tareas se delegan al nivel social más bajo capaz de encargarse de ellas. En los niveles superiores sólo se plantean aquellas que no pueden ser resueltas en los inferiores. En términos coloquiales, la subsidiariedad puede explicarse con la expresión de “no dar pescado a quien lo necesita, sino enseñarlo a pescar”.

Este compromiso de la subsidiariedad se expresa en el modelo de la Economía Social de Mercado en el sistema de la seguridad social, en el de educación y el sistema tributario.

*Consenso.* El funcionamiento adecuado de la Economía Social de Mercado requiere que exista un consenso que lleve a un clima cooperativo con la política económica. En una economía dada puede existir cooperación o conflicto de intereses (por ejemplo diferencias en cuanto al salario por una determinada prestación). En este caso, nunca se cuestiona la razón de ser del contrincante sino sólo la dimensión de sus intereses. Además, se mantiene el principio de que no pueden prevalecer los intereses propios, por lo que se busca una disposición a buscar y aceptar consensos.<sup>55</sup>

Desde el ámbito económico, la Economía Social de Mercado se basa en una serie de principios estructurales propuestos por el economista Walter Eucken, uno de los líderes de la Escuela de Friburgo, quien los separó en dos: principios estructurales, dedicados a garantizar el ámbito de la libertad económica, y principios reguladores, que buscan prevenir los posibles abusos de esa libertad y garantizan que los beneficios generados en el mercado se difundan de manera socialmente justa.

**Tabla 2**

**Principios económicos de la Economía Social de Mercado<sup>56</sup>**

<b>Estructurales</b>	<b>Reguladores</b>
Propiedad privada	Intervención del Estado
Mercados abiertos y competitivos	Control y reducción del poder monopólico
Libertad de establecer contratos	Política anticíclica integral
Políticas económicas estables y predecibles, transparencia	Política social

Fuente: Resico, Marcelo. *Introducción a la Economía Social de Mercado*, Fundación Konrad Adenauer. Río de Janeiro, 2011, p. 127

<sup>55</sup> *Ibidem* p. 121-125

<sup>56</sup> Resico, Marcelo. *Op, Cit.*, 2011, p. 127

Entre los principios estructurales destacan la propiedad privada de los medios de producción, la existencia de mercados abiertos y competitivos, la libertad de establecer contratos, transparencia en todas las operaciones y la necesidad de políticas económicas predecibles y estables<sup>57</sup>.

Ahora bien, entre los principios reguladores de la Economía Social de Mercado que tienen que ver con el marco institucional y la política económica a cargo del Estado, podemos mencionar la intervención del Estado en el control y reducción del poder monopólico, en el sentido de una política de defensa de la competencia, una política que busque compensar los ciclos de auge y recesión del ciclo económico y una política social que garantice la igualdad de oportunidades.<sup>58</sup>

Todos esos principios se desprenden de las fallas de mercado, que dan lugar al rol del Estado en la Economía Social de Mercado.

Un elemento importante para entender el enfoque de la política económica dentro de una economía social de mercado tiene que ver con tres posibles estrategias:

1ª. *Laissez-faire*, dejar hacer dejar pasar, es decir no hacer nada puesto que el mercado se autorregula; esta estrategia puede conllevar un alto costo social.

2ª *El control coactivo*, que interrumpe el proceso económico del sistema de precios y, por lo tanto, conduce en el corto o mediano plazo a desequilibrios económicos.

3ª *La Economía Social de Mercado*, que contempla la intervención cooperativa con el fin de acelerar el proceso de ajuste moderando sus consecuencias sociales y humanas y apoya permanentemente de manera especial a los grupos más débiles.<sup>59</sup>

La Economía Social de Mercado propone un Estado fuerte pero limitado, cuyo núcleo radica en limitar al mismo tiempo la concentración del poder político y poder económico. Debe ser fuerte para defenderse de los monopolios y grupos de presión y así salvaguardar la constitución económica, entendida ésta como el conjunto de tareas que el Estado debe realizar para garantizar un sistema de mercado al servicio del conjunto de los ciudadanos.

Ahora bien, estas tareas implican el uso de medios conformes con la libertad de mercado y al mismo tiempo derivan en una doble tarea: en primer lugar, garantizar la independencia de aquellos a quienes se les ha delegado el gobierno y la función legislativa, para posibilitar así la búsqueda del bien común frente al interés sectorial de los grupos de presión y, por otra parte, proveer una sofisticada combinación de

---

<sup>57</sup> *Ibidem.* p. 126

<sup>58</sup> *Ibidem* p. 127

<sup>59</sup> *Ibidem* p. 129

controles y balances para prevenir y limitar el uso arbitrario del poder coercitivo político.<sup>60</sup>

### **1.2.2. Fortalezas y debilidades del modelo**

Una de las fortalezas del modelo de Economía Social de Mercado es la delimitación entre un conjunto de instrumentos organizativos y el objetivo de una sociedad justa.

Es decir, no se deja por entero la distribución del bienestar social a los mecanismos del mercado sino que se aplica la vigilancia en forma permanente y, en su caso, se aplican efectos distributivos del mercado con la intención de alcanzar mejor el objetivo distributivo, que es independiente de éste.

En el caso de Alemania, el Estado creó un sistema completo de ayuda y seguros sociales y con ello se ha preservado la paz social. Existe una extensa red de seguridad social para proteger al ciudadano. La integran medidas de los más diversos sectores como el seguro de los trabajadores en caso de enfermedad, invalidez o desempleo; construcción de viviendas sociales, la creación de la pensión dinámica, cogestión de los trabajadores en la empresa, promoción del ahorro, entre otras.

El deseo explícito de corregir distorsiones por medio de una política estatal activa es lo que diferencia la Economía Social de Mercado del modelo neoliberal. Sin embargo, la intervención estatal debe ser dosificada con sumo cuidado para evitar que se produzcan distorsiones mayores a las que se busca corregir.

Lo que le confiere a la economía social de mercado su carácter netamente social son: 1) el empeño por asegurar la igualdad de oportunidades para todos los actores económicos con el fin de que puedan desarrollar con libertad sus capacidades y, 2) el esfuerzo por garantizar el bienestar de todos los individuos.

Cabe mencionar que en Alemania la dimensión geográfica ha sido importante en la redistribución. La Constitución obliga al Estado a velar que los niveles de vida sean iguales en toda la república, lo cual implica distribuir las inversiones de infraestructura de modo igualitario, que no favorezca las zonas centrales y, en particular, que asegure a todos los ciudadanos donde quiera que habiten igual acceso a la formación escolar y universitaria.<sup>61</sup>

Una de las debilidades del modelo es que, si bien fue pensado por sus creadores como una respuesta a las circunstancias de la Posguerra en Alemania, en diversas épocas históricas ha tratado de aplicarse a situaciones distintas, argumentando los

---

<sup>60</sup> *Ibidem* p. 131

<sup>61</sup> Schaefflefr Klaus. *Op. cit.* pp.37-39

principios de libertad individual y eficiencia del mercado, no siempre con buenos resultados.

Un ejemplo de ello se observa en el programa de gobierno del ex presidente de México Felipe Calderón Hinojosa, del Partido Acción Nacional, en el que estableció que “la economía social de mercado es una opción viable y es nuestra opción”.<sup>62</sup>

Algo similar se observa entre los organismos empresariales, particularmente la Confederación Patronal de la República Mexicana (COPARMEX), que sin mencionar por su nombre al Modelo de Economía Social de Mercado, incluye en su declaración de principios los elementos sustanciales de dicho modelo, como solidaridad, subsidiariedad y libertad individual.<sup>63</sup>

La Economía Social de Mercado es un sistema defendido por varios actores políticos e incluso por los empresarios, pero en realidad poco comprendido porque se ha quedado en la esfera conceptual pero la estructura económica y social del país permanece sin ser modificada.

La Economía Social de Mercado nació en el contexto histórico de ascenso del nazismo como una propuesta humanista para transformar una economía destruida por la guerra en un modelo orientado a la reconstrucción bajo una lógica orientada al bien común y con base en los principios de libertad, solidaridad y subsidiariedad.

El reto para tratar de adoptar los principios de la Economía Social de Mercado en una economía como la mexicana, sujeta al proceso de liberalización y la apertura casi total a la inversión extranjera, con un crecimiento raquítico en las últimas dos décadas, es enorme.

Se requiere por ejemplo generar políticas macroeconómicas a favor del empleo, con una nueva política industrial que permita fortalecer a las micro, pequeñas y medianas empresas, un nuevo marco laboral que propicie la recuperación de los salarios y con ello el fortalecimiento del mercado interno.

Lograr esos objetivos requiere un análisis sobre la estructura actual del sistema económico prevaleciente en México en el pasado reciente y en la actualidad.

Requiere además examinar los principales conceptos del turismo como un sector de la economía y sus diferentes modalidades, en especial el turismo médico, que es el tema central de la presente investigación.

---

<sup>62</sup> Román Morales, Luis Ignacio. “La Economía Social de Mercado en México: Usos Discursivos y Problemas de Aplicabilidad”. En: Resico Marcelo, Velázquez Iván, Varas Pablo *et. al.* *Economía Social de Mercado en América Latina*. Fundación Konrad Adenauer. Chile. 2014, p. 67

<sup>63</sup> *Ídem.*

### 1.3. Los sectores económicos en México

#### 1.3.1. Sector primario

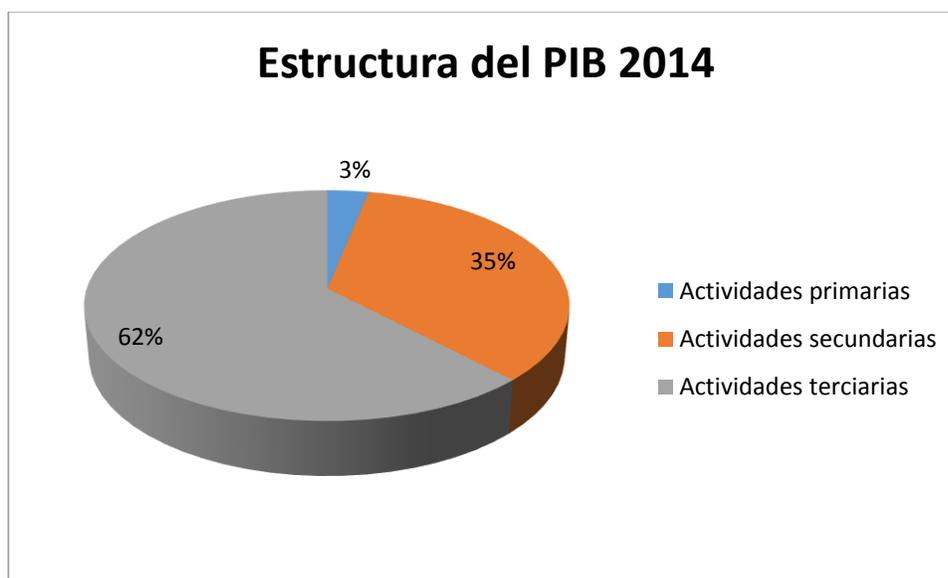
El Producto Interno Bruto Producto (PIB) es la suma de todos los bienes y servicios finales que produce un país o una economía, tanto si han sido elaborados por empresas nacionales o extranjeras dentro del territorio nacional, que se registran generalmente en un año. De acuerdo con cifras del Banco Mundial el valor del PIB mexicano al cierre de 2015 fue de 1.2 billones de dólares.<sup>64</sup>

Las empresas ofrecen bienes y servicios finales que las personas necesitan. A su vez, las familias utilizan los ingresos que obtienen para comprar dichos bienes y servicios. El PIB se mide generalmente de acuerdo con la actividad de los diferentes sectores que integran la economía de un país.

En la siguiente gráfica se representa la contribución de los sectores al producto en la economía mexicana:

**Gráfica 1**

#### Composición del Producto Interno Bruto de México



Fuente: Elaboración propia con cifras del INEGI. [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx) consultado en diciembre de 2016.

El sector primario en México conforma el 35% del PIB y está compuesto por la agricultura, cría y exportación de animales, aprovechamiento forestal, pesca y caza.

<sup>64</sup> Banco Mundial, <http://datos.bancomundial.org/pais/mexico> consultado el 18 de enero de 2017.

En éste están incluidas todas las actividades donde los recursos naturales se aprovechan tal como se obtienen de la naturaleza, ya sea para alimento o para generar materias primas.

Ello incluye la agricultura, actividad que consiste en el cultivo de diferentes plantas, semillas y frutos, para proveer de alimentos al ser humano o al ganado y de materias primas a la industria.

Los principales productos son caña de azúcar, maíz, sorgo, naranja, trigo, plátano, jitomate, chile verde, limón, mango, papa, café cereza, aguacate, frijol, manzana, cebada, uva, arroz, fresa, durazno y soya.

Las principales exportaciones de México son: trigo, sandías, pepinos y pepinillos, frescos o refrigerados, limón "sin semilla", aguacates, cebollas, maíz blanco (harinero), mangos, chile "bell", espárragos, brócolis, coliflores y plátanos.<sup>65</sup>

En el sector primario se incluye la producción ganadera, lechera y de productos como la miel, de la cual el país es el sexto productor mundial. También incluye la producción forestal y la pesca; en esta última actividad México tiene 11 mil 122 kilómetros de litorales, que significan un gran potencial de recursos pesqueros; sin embargo, la actividad pesquera no está lo suficientemente desarrollada.

La minería también es considerada una actividad económica primaria, pues los minerales se toman directamente de la naturaleza y se refiere a la exploración, explotación y aprovechamiento de los recursos.

México ocupa el segundo lugar mundial en la producción de plata, bismuto y fluorita; destaca en la producción de arsénico, plomo, cadmio, antimonio, zinc, barita, grafito y yeso, entre otros<sup>66</sup>.

Entre las principales exportaciones de México figura la plata, que se envía a Estados Unidos; metales industriales como el zinc, plomo y manganeso que se exportan también a los Estados Unidos; plomo y hierro que se envían a Brasil y Hong Kong; y minerales no metálicos como fluorita, yeso y barita<sup>67</sup>.

### **1.3.2. Sector secundario**

Éste se caracteriza por el uso predominante de maquinaria y de procesos cada vez más automatizados para transformar las materias primas que se obtienen del sector primario. Incluye las fábricas, talleres y laboratorios de todos los tipos de industrias.

---

<sup>65</sup> Fuente: INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx), en: <http://cuentame.inegi.org.mx/economia/primarias/agri/default.aspx?tema=E>, consultado en enero de 2017

<sup>66</sup> *Ídem*

<sup>67</sup> *Ídem*

De acuerdo a lo que producen, sus grandes divisiones son construcción, industria manufacturera y electricidad, gas y agua.

Dentro de las actividades secundarias la industrias manufactureras aportan el 49.8% al PIB secundario, la construcción 21.7% y la minería el 21.7%.

Dentro de la industria de la construcción existen cerca de 19 mil empresas que dan empleo a casi 800 mil personas. El 46% se dedican a la construcción de vivienda, 25% a la construcción de infraestructura relacionada con el transporte y el resto a construcción relacionada con petróleo, electricidad, obras de agua, riego y saneamiento.

La industria manufacturera también forma parte del sector secundario. Es la actividad económica que transforma una gran diversidad de materias primas en diferentes artículos para el consumo y la que más se ha desarrollado en el país tras la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte. Está compuesta por 10 tipos de actividad:

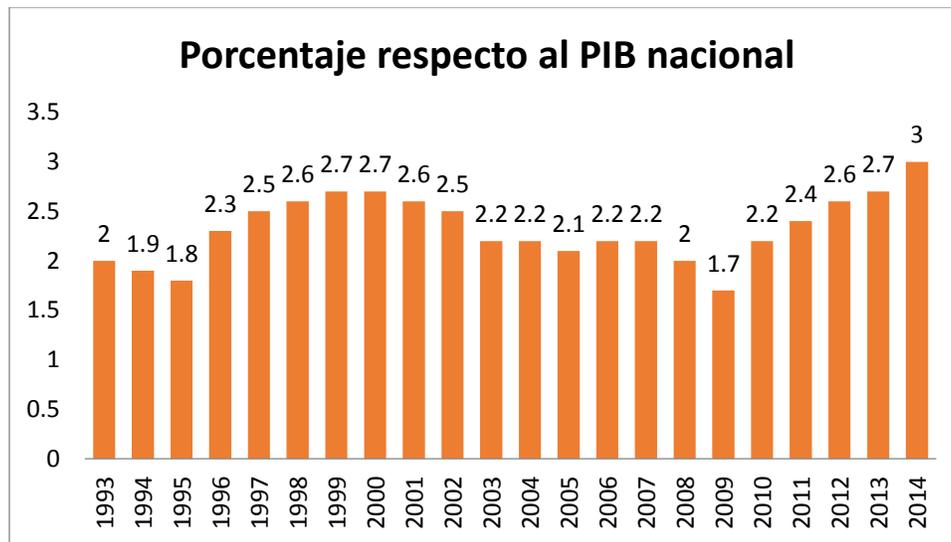
- Productos alimentarios, bebidas y tabaco.
- Fabricación de maquinaria y equipo para las actividades agropecuarias, la construcción, la industria extractiva, para las industrias manufactureras, para el comercio y los servicios.
- Derivados del petróleo y del carbón, industrias químicas del plástico y de hule.
- Industrias metálicas. Fundición de hierro bruto; fabricación de acero y productos de hierro y acero; fundición, afinación, refinación y laminación de metales no ferrosos, y al moldeo por fundición de piezas metálicas
- Fabricación de productos con base en arcillas y minerales refractarios; de vidrio y productos de vidrio.
- Industrias textiles, prendas de vestir e industrias del cuero.
- Papel, impresión e industrias relacionadas.
- Otras industrias manufactureras. Fabricación de equipo y aparatos no electrónicos para uso médico, dental y para laboratorio, material desechable de uso médico y de artículos oftálmicos y otras manufacturas no clasificadas en otra parte.
- Industria de la madera.
- Fabricación de muebles y productos relacionados.

Otras industrias manufactureras que se han visto impulsadas por el TLCAN son la fabricación de equipo y aparatos no electrónicos para uso médico, dental y para laboratorio, material desechable de uso médico y de artículos oftálmicos y otras manufacturas no clasificadas en otra parte.

Es importante destacar que dentro de la producción manufacturera, la industria automotriz ha ido en incremento como se ve en la gráfica 2.

## Gráfica 2

### Peso de la industria automotriz en el PIB



Fuente: Asociación Mexicana de la Industria Automotriz.  
[www.amia.com.mx](http://www.amia.com.mx), consultado en noviembre de 2016

En 1994, cuando entró en vigor el TLCAN la producción automotriz aportaba el 1.9% del Producto Interno Bruto, hasta alcanzar el 3% del PIB al cierre de 2014, como se aprecia en la gráfica señalada.

La producción automotriz es sensible a la demanda internacional como se aprecia en la misma gráfica, con la caída observada en 2009, a consecuencia de la crisis financiera del 2008.

El principal destino de exportaciones de automóviles de México es Estados Unidos con el 77% de la producción automotriz. Conviene señalar que al cierre de este trabajo seguía en proceso la renegociación del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, en la cual figuraba la propuesta de Estados Unidos de subir al 85% el contenido regional para el sector automotriz, con respecto del 62.5% actual, y fijar un nivel de 50% de insumos estadounidenses.

De prosperar tal propuesta, los vehículos fabricados en México y Canadá recibirían un trato discriminatorio y tendrían que pagar aranceles al ingresar al mercado estadounidense.

A ello se suma la pretendida cláusula de revisión del TLCAN cada cinco años, que rompería la lógica de planeación de inversiones en el sector automotriz y en otros renglones, a largo plazo. En segundo lugar de las exportaciones mexicanas de la industria automotriz se encuentra Canadá con 9.1% y en tercero Alemania con 2.9%, como se aprecia en la tabla tres:

**Tabla 3****Principales destinos de exportaciones automotrices de México**

Ranking 2015	Ranking 2016	PAIS	Participación 2016
1	1	Estados Unidos	77.0%
2	2	Canadá	9.1%
3	3	Alemania	2.9%
5	4 ↑	Colombia	1.6%
4	5 ↓	Brasil	1.6%
7	6 ↑	Argentina	1.4%
8	7 ↑	Chile	0.7%
6	8 ↓	China	0.5%
14	9 ↑	Puerto rico	0.4%
9	10 ↓	Perú	0.3%
		Otros países	4.4%
		<b>Total</b>	100.0%

Fuente: AMIA cifras a octubre de 2016. [www.amia.com.mx](http://www.amia.com.mx), consultado en noviembre de 2016.

Otra parte importante de la industria manufacturera está formada por las maquiladoras de exportación, las cuales son fábricas donde se producen partes o son ensamblados una gran variedad de productos (como equipos electrónicos o autopartes) que se venden al extranjero.

### 1.3.3. Sector terciario

En el sector terciario de la economía no se producen bienes materiales; se reciben los productos elaborados en el sector secundario para su venta; también nos ofrece la oportunidad de aprovechar algún recurso sin llegar a ser dueños de él, como es el caso de los servicios. Asimismo, el sector terciario incluye el turismo, que es la materia que nos ocupa, así como las comunicaciones y los transportes.

Una de las actividades más importantes en este sector es el comercio, el cual tiene el mayor número de establecimientos en el país y donde trabajan 6.1 millones de personas. El 49% de los establecimientos comerciales se dedican a vender alimentos, bebidas y tabaco; el 13% artículos de papelería, esparcimiento y otros;

el 12% artículos textiles, prendas de vestir y calzado; en estas tres actividades se concentra el 74% de los establecimientos.<sup>68</sup>

También aquí se incluyen los servicios que agrupan una serie de actividades que proporcionan comodidad o bienestar a las personas, por ejemplo: la consulta médica que ofrece un doctor, las clases que dan los maestros, el espectáculo de un circo, los servicios bancarios y los que proporciona el gobierno, entre otros.

En el país existen casi 1.4 millones de establecimientos que proporcionan ese tipo de servicios y dan empleo a 7.3 millones de personas<sup>69</sup>. En el sector terciario también participan las empresas dedicadas al transporte de personas y mercancías.

Dentro de este sector el comercio es el que más aporta al PIB comercial con 25.5%, le siguen en importancia los servicios inmobiliarios y de alquiler de bienes muebles e intangibles que representan el 19.6% y en tercer lugar el transporte, correos y almacenamiento representa el 9.6%.

El turismo se ubica dentro del sector terciario de la economía, es decir, donde se proveen servicios para satisfacer las necesidades de la población. Los bienes y servicios consumidos por los turistas comprenden: transporte, alojamiento, alimentación y entretenimiento, según el motivo del viaje en el destino, así como otros bienes y servicios secundarios que muchas veces no son producidos para el turista sino para los residentes.

La actividad turística es de alta relevancia para algunos países por la elevada aportación al Producto Interno Bruto. La gran importancia del turismo en México puede apreciarse en la gráfica 3, en la que se detalla la contribución del empleo en los tres sectores de la economía.

En esa imagen puede apreciarse claramente que el sector turismo en México emplea directamente a más trabajadores que la educación, la banca, la fabricación de automóviles y los servicios financieros, como puede apreciarse en la gráfica 3.

De hecho, el renglón de viajes y turismo provee tres veces más empleos que el sector de servicios financieros y cuatro veces más que el bancario.

La importancia económica y social de la actividad turística significa una oportunidad para impulsar el desarrollo de las regiones que tienen potencial para emprender proyectos en esta actividad, así como para mejorar los ya existentes.

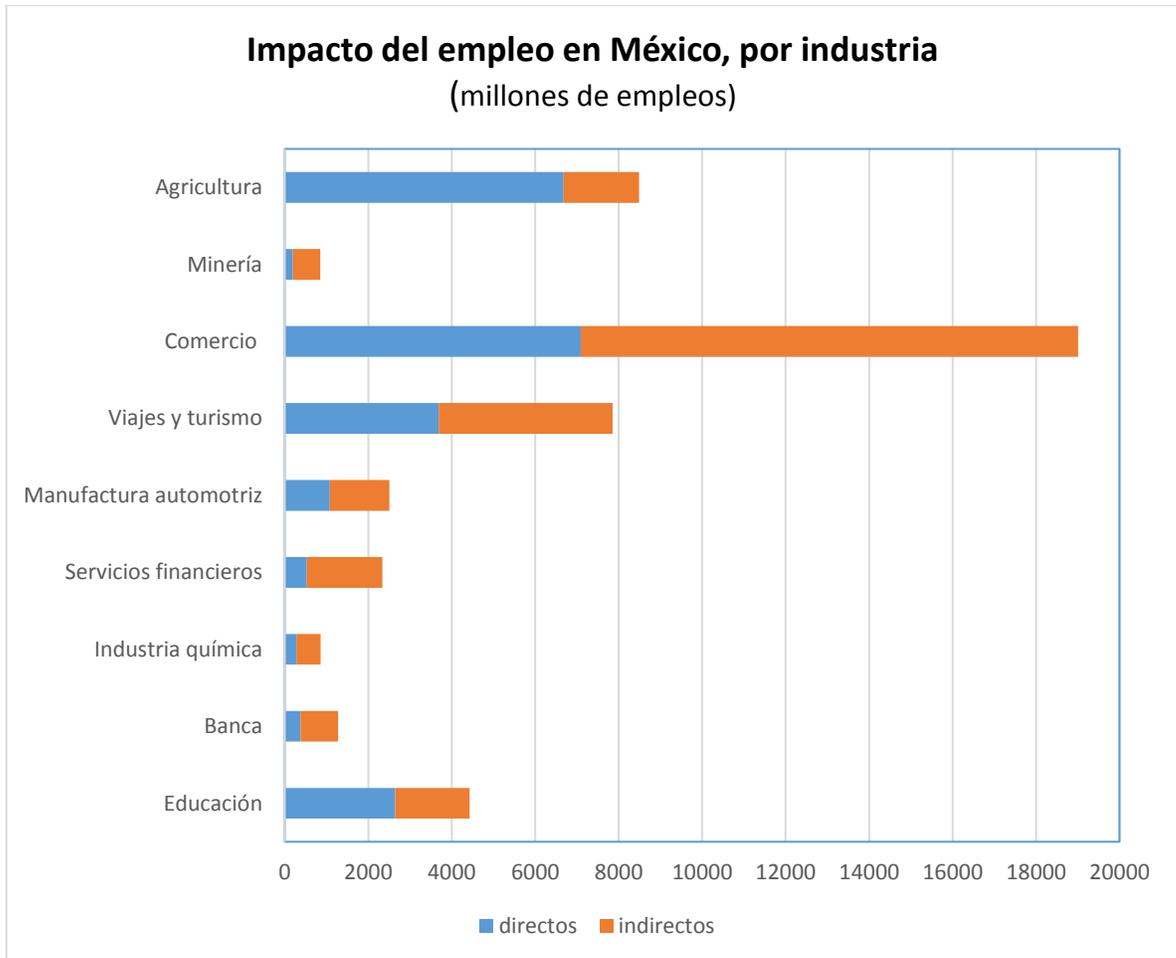
---

<sup>68</sup> *Ídem*

<sup>69</sup> *Ídem*

**Gráfica 3**

**Importancia del turismo en la creación de empleos en México**



Fuente: ProMéxico, con cifras de *World & Travel Tourism Council*. *Turismo de Salud*, Secretaría de Turismo. Secretaría de Salud, Secretaría de Economía y ProMéxico. México, 2013, en: [http://embamex.sre.gob.mx/canada/images/2013/turismo\\_de\\_salud\\_esp.pdf](http://embamex.sre.gob.mx/canada/images/2013/turismo_de_salud_esp.pdf), consultado en noviembre de 2016.

El aumento del turismo influye sobre las variables macroeconómicas de las regiones receptoras y ello se refleja en la balanza de pagos, al generar entrada y salida de divisas por el gasto turístico, repercutiendo en un mayor nivel de actividad por el mayor ingreso de recursos a los destinos.

**1.4. El sector turismo como actividad económica**

Como se ha dicho, el turismo se ubica como una actividad terciaria, de servicios. El principal aporte de esta actividad a la economía es la generación de divisas, el crecimiento del Producto Interno Bruto y la creación de puestos de trabajo.

La Organización Mundial del Turismo establece la clasificación de productos e industrias turísticas derivadas de éstos, los cuales se presentan resumidas en la Tabla que se presenta a continuación:

**Tabla 4**  
**Clasificación de productos e industrias turísticas**

<b>Productos</b>	<b>Industrias</b>
Servicios de alojamiento para visitantes	Alojamiento para visitantes
Servicios de provisión de alimentos y bebidas	Actividades de provisión de alimentos y bebidas
Servicios de transporte de pasajeros por ferrocarril	Transporte de pasajeros por ferrocarril
Servicios de transporte de pasajeros por carretera	Transporte de pasajeros por carretera
Servicios de transporte de pasajeros por agua	Transporte de pasajeros por agua
Servicios de transporte aéreo de pasajeros	Transporte aéreo de pasajeros
Servicios de alquiler de equipos de transporte	Alquiler de equipos de transporte
Agencias de viajes y otros servicios de reservas	Actividades de agencias de viajes y de otros servicios de reservas
Servicios culturales Servicios deportivos y recreativos	Actividades culturales    Actividades deportivas y recreativas
Bienes característicos del turismo, específicos de cada país	Comercio al por menor de bienes característicos del turismo, específicos de cada país
Servicios característicos del turismo, específicos de cada país	Otras actividades características del turismo, específicas de cada país

Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Mundial de Turismo. [www.unwto.org](http://www.unwto.org)

De acuerdo con la Organización Mundial de Turismo (OMT), el turismo se define como “un fenómeno cultural, social y económico relacionado con el movimiento de personas a lugares que se encuentran fuera de su lugar habitual por motivos personales, de negocios o profesionales”<sup>70</sup>

<sup>70</sup> OMT. Organización Mundial del Turismo. *Glosario básico de turismo*. Washington, en: <http://media.unwto.org/es/content/entender-el-turismo-glosario-basico>, consultado en enero de 2017.

El gasto turístico en el producto debería representar una parte importante de la oferta del producto en la economía (condición de la proporción que corresponde a la oferta). Este criterio supone que la oferta de un producto característico del turismo se reduciría considerablemente si no hubiera visitantes.

La Organización de las Naciones Unidas para la Cooperación y el Desarrollo (UNCTAD) considera que la contribución del turismo en la balanza de pagos de los países en desarrollo es, quizá, el más notable de los beneficios positivos de ese sector.

La actividad turística ha sido el motor principal de desarrollo de diversos países, por su alta contribución al Producto Interno Bruto, como se aprecia en la tabla 4:

**Tabla 5**  
**Contribución del turismo a la economía mundial, 2015**

<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>
Empleos	284 millones
Valor mercado mundial	1.2 billones de dólares
Valor servicios de transportación	221 mil mdd
Valor exportaciones totales	4 mil mdd diarios

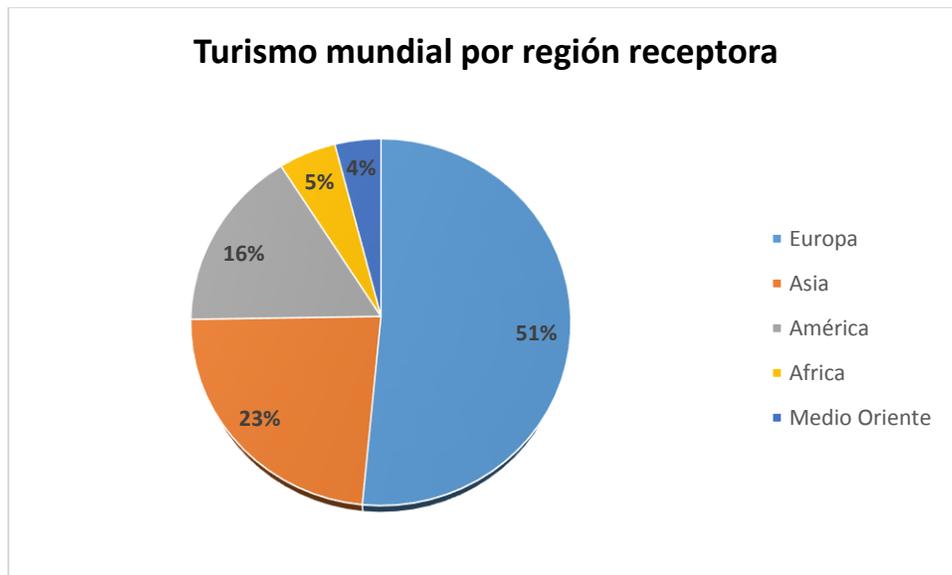
Fuente: Elaboración propia con datos de la OMT. *Barómetro OMT del Turismo Mundial*. Organización Mundial del Turismo, Washington, 2015.

Es importante señalar que la inversión en turismo representa un factor importante para el desarrollo del sector y de la propia economía de cada país. En tanto la economía global no ha logrado superar la crisis de 2006-2007, reportando en 2015 un crecimiento promedio de 3.1% de acuerdo con estimaciones del Fondo Monetario Internacional (FMI), el turismo creció en promedio 4.4% anual ese mismo año, de acuerdo con cifras del Barómetro OMT del Turismo Mundial.

La OMT reportó que las llegadas de turistas internacionales aumentaron en cerca de 50 millones, hasta alcanzar un total de 1,184 millones de personas que salieron de su país para pernoctar en un destino más allá de sus fronteras. Con ello, se acumulan seis años consecutivos de crecimiento en el flujo de turistas internacionales, en contraste con el estancamiento de la economía de los países. Europa es la región líder en recepción de turistas, como se aprecia en la Gráfica 4

## Gráfica 4

### Mayores regiones receptoras de turismo



Fuente: OMT. *Barómetro OMT del Turismo Mundial*. Organización Mundial del Turismo, Washington, 2015. [www.unwto.org](http://www.unwto.org).

Europa, con un crecimiento del 5%, lideró el crecimiento del turismo mundial en términos absolutos y relativos, gracias en parte a la debilidad del euro frente al dólar estadounidense y otras divisas importantes.

La OMT estima que este continente recibió 609 millones de turistas en 2015, es decir 29 millones más que el año previo.

Por otra parte la región de Asia y el Pacífico reportó un crecimiento de 5% y registró 13 millones más de llegadas de turistas internacionales en 2015, hasta alcanzar los 277 millones.

Las llegadas de turistas internacionales en América reportaron un crecimiento del 5%, que representó 9 millones de turistas más que el año previo, hasta alcanzar los 191 millones.

La apreciación del dólar estimuló el turismo emisor de los Estados Unidos, lo cual benefició sobre todo al Caribe y a América Central, que registraron ambas un crecimiento del 7 por ciento.

Para muchos países, el turismo es la principal actividad económica. Los tres países líderes en recepción de turismo mundial son Francia, Estados Unidos y España, como puede apreciarse en la tabla 6, donde puede apreciarse además que México está incluido en la lista de los 10 países que más turistas reciben en el mundo.

**Tabla 6**

**Países líderes en turismo mundial**

Posición mundial	País	millones de visitantes
1	Francia	84.5
2	Estados Unidos	75
3	España	68.2
4	China	56.9
5	Italia	50.7
6	Turquía	39.8
7	Alemania	35
8	Reino Unido	32.6
9	<b>México</b>	<b>32.1</b>
10	Rusia	31.3

Fuente: OMT. *Barómetro OMT del Turismo Mundial*. Organización Mundial del Turismo. Washington, 2015.

Algunas naciones como España tienen al turismo como el principal motor de crecimiento, lo que ha resultado vital para hacer frente a la crisis económica que ha afectado a la región europea en los años recientes.

#### **1.4.1. Principales tipos de turismo**

De acuerdo con la Organización Mundial del Turismo, “un destino se define como el país, ciudad o región a la que se dirigen los visitantes, teniéndolo como su principal objetivo y es el destino turístico donde tiene que desplazarse la demanda para consumir el producto turístico”.<sup>71</sup>

Ahora bien, el producto turístico se encuentra conformado por el conjunto de bienes y servicios que se ofrecen al mercado, para un confort material o espiritual, en forma individual o en una gama muy amplia de combinaciones resultante de las necesidades, requerimientos o deseos del consumidor al que llamamos turista.

Con base en el tipo de actividad turística que se lleva a cabo en los diferentes destinos, de acuerdo con la Secretaría de Turismo los principales tipos de esta actividad son:

*Turismo de sol y playa.*- Es el más demandado de todos, especialmente en aquellas zonas de litorales que gozan de un clima favorable. Este segmento suele asociarse

---

<sup>71</sup> OMT. *Glosario básico de turismo*. Organización Mundial del Turismo. 2014. Washington. En: [www.unwto.org](http://www.unwto.org)., consultado en diciembre de 2016.

con el ocio, así como con los términos descanso, diversión y entretenimiento, conocidos como las tres “S” (en Inglés): *sand, sea, sun*. Además, este segmento se ha caracterizado desde siempre por ser el producto estrella dentro del destino turístico; generalmente está asociado a otros, pero puede subsistir por sí mismo, como se confirma año tras año en los informes con el resumen de las llegadas internacionales a los diferentes destinos.

Esta categoría se integra por todos aquellos viajes que tienen como objetivo el descanso y la recreación combinado con diversas actividades deportivas, culturales y de entretenimiento.

*Turismo cultural.*- Se define como viaje turístico motivado por conocer, comprender y disfrutar el conjunto de rasgos y elementos distintivos, espirituales, materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o grupo social de un destino específico.

Comprende la visita a sitios catalogados como patrimonio mundial, zonas arqueológicas, gastronomía, museos, galerías de arte y turismo religioso. Cabe señalar que el turismo cultural no solo se refiere a sitios o monumentos, si no que se encuentra estrechamente relacionado con el concepto de cultura.

Los turistas con interés especial en la cultura, corresponden al segmento del Turismo Cultural, es decir, su tamaño y valor son directamente imputables a los valores culturales del país que motivan a los turistas a realizar un viaje.

El turismo cultural conlleva, además de la concepción tradicional de visitar sitios y monumentos, el ejercicio del estilo de vida de los sitios visitantes, lo que implica diferentes experiencias gastronómicas, vivenciales y de diversos tipos, que comprende el consumo de la oferta cultural del destino visitado.

*Turismo de negocios.* Integrado por una serie de corrientes turísticas cuyo motivo de viaje está relacionado con actividades laborales y profesionales llevadas a cabo en reuniones de negocios con diferentes propósitos y magnitudes. Puede ser individual o grupal.

Las actividades primarias de turismo de negocios incluyen: reuniones, conferencias asistidas y exposiciones, principalmente. En este segmento se ubican las actividades de individuos y de organizaciones no gubernamentales o sin fines de lucro que realizan eventos en lugares específicos fuera de su lugar de residencia, aun cuando no se trate específicamente de negocios.

El turismo de negocios atiende diferentes variantes como convenciones, congresos, ferias en recintos especializados, exposiciones y viajes de incentivos. Los países más competitivos en este segmento son europeos, destacando Reino Unido, Francia y España.

Sin embargo, los desplazamientos de turismo de negocios se han visto afectados por la crisis económica desde el 2008-2009, dado que la actividad económica no ha logrado retomar los niveles de crecimiento previos a esos años.

*Turismo deportivo.* Comprende programas y acciones orientados a productos turísticos específicos como torneos de golf, triatlón, maratón, carreras deportivas, Fórmula 1, torneos de pesca, buceo y marinas deportivas, entre otros. Este es uno de los sectores con mayor crecimiento dentro de la industria mundial de los viajes, cada año se gasta más de 600 millones de dólares en este tipo de actividades, de acuerdo con la OMT.

Existen empresas especializadas en la promoción de turismo en Juegos Olímpicos, Mundiales de Fútbol, torneos de golf, regatas y otras actividades que realizan consumidores de alto poder adquisitivo.

*Turismo de naturaleza.* - Aquí se incluyen viajes que tienen como propósito principal la interacción, conocimiento y contemplación de la naturaleza y la participación en su conservación. Suele incluir prácticas de entendimiento y sensibilización sobre los destinos y la oferta comprende productos especiales vinculados con la naturaleza, como la observación de las ballenas, santuario de la mariposa monarca, comprende turismo de aventura, ecoturismo, ecoparques, biodiversidad y turismo rural.

La importancia de este segmento radica en que los viajeros dejan, además de una derrama económica en los destinos que visitan, recursos para la protección y sustentabilidad del medio ambiente. Las personas se interesan no sólo en actividades recreativas, sino que quieren aprender del entorno natural, lo que redundará en la protección de ecosistemas y hábitat naturales de diversas especies animales, flora y fauna.

Finalmente, tenemos el turismo médico, que es precisamente el tema de la presente investigación.

#### **1.4.2. Turismo médico**

Si nos atenemos a la definición de que el turismo es un fenómeno cultural, social y económico relacionado con el movimiento de personas a lugares que se encuentran fuera de su lugar habitual por motivos personales, de negocios o profesionales, como lo señala la OMT, una de las motivaciones de los turistas puede ser la salud.

Más específicamente, el turismo de salud puede definirse como la serie de actividades que realiza una persona al desplazarse de su localidad a otra por más de un día y menos de un año, hospedándose y teniendo como motivación principal recibir un servicio de salud.

El turismo de salud presenta un crecimiento sin precedentes. De acuerdo con diversas estimaciones el mercado mundial de este segmento se estima al año en

cerca de 100 mil millones de dólares anuales, de acuerdo con cifras de la Organización de Cooperación para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE).<sup>72</sup>

Turismo médico es el término que se utiliza para describir la práctica de las personas de viajar a un destino diferente a su país de residencia con el fin de obtener algún tipo de tratamiento médico o quirúrgico, a la vez que se visita el destino y se realizan actividades más propias de un turista

La industria global de los servicios de salud ha crecido aceleradamente en los últimos años, pero esta práctica se remonta al siglo XIX, especialmente en Europa, región en la que los habitantes más ricos tenían la costumbre de viajar a balnearios a recibir tratamientos con aguas termales, masajes y servicios de belleza.

Por otra parte, en los países menos desarrollados, a lo largo del Siglo XX se observó la práctica de las personas de clases sociales altas de viajar a países ricos para atenderse con mejores médicos y hospitales con tecnología más avanzada que las de sus países de origen.<sup>73</sup>

Desde principios del Siglo XXI, y a raíz de la crisis de la economía global, se ha detonado un movimiento global de pacientes de países ricos que buscan obtener servicios de salud en lugares fuera de su país de residencia.<sup>74</sup>

Como resultado de la globalización y el acceso a la información cada vez es más común que pacientes con necesidades de servicios de salud se trasladen a otros países para realizarse procedimientos no disponibles en sus países de origen o servicios de calidad a menores costos. Estos servicios de salud incluyen intervenciones quirúrgicas, tratamientos preventivos, diagnósticos, rehabilitación, terapias, entre otros.

Debido al aumento de la esperanza de vida, entre 0.7% y 2.6% del PIB global se destina a costear la pensión universal para los mayores de 60 años, de estos pensionados, más del 46% vive con discapacidades y más de 250 millones de personas mayores presentan casos de discapacidad moderada a severa, ésta población demanda servicios de salud.<sup>75</sup>

De acuerdo con la OCDE el turismo médico se considera como una industria internacional con las siguientes características:

- El gran número de personas que viajan fuera de su lugar de residencia para recibir tratamiento médico.

---

<sup>72</sup> OCDE. *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review*. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico. París, 2014. p. 2.

<sup>73</sup> *Ibidem* p. 6

<sup>74</sup> *Ídem*

<sup>75</sup> Sector, SS, SE, ProMéxico. *Estrategia de Impulso al Turismo Médico*. Folleto de la Secretaría de Turismo, Secretaría de Salud, Secretaría de Economía y ProMéxico. México. 2013, en: [http://embamex.sre.gob.mx/canada/images/2013/turismo\\_de\\_salud\\_esp.pdf](http://embamex.sre.gob.mx/canada/images/2013/turismo_de_salud_esp.pdf), consulta noviembre 2016.

- La tendencia cada vez mayor en los países ricos de que los pacientes viajen a países menos desarrollados para recibir tratamientos médicos debido a los precios más bajos de servicios médicos que en sus lugares de origen y la amplia oferta de vuelos a bajo costo.
- La habilitación de nueva infraestructura médica, más cómoda y accesible.
- La amplia oferta de servicios médicos disponible en Internet.
- El acelerado desarrollo de la industria de turismo médico tanto por parte de empresas privadas como del sector gubernamental, al considerar esta actividad como una importante fuente de ingreso de divisas.

De acuerdo con las tendencias de la movilidad de los pacientes, la OCDE señala que no se considera turismo médico el hecho de que algunas personas salen temporalmente de su país para atenderse en otro debido a una enfermedad repentina o un accidente; tampoco, los jubilados o pensionados que viajan temporadas largas buscando un buen clima para vivir en residencias con servicios médicos.

En esta industria participan intermediarios, proveedores de servicios médicos, aseguradoras e incluso medios de comunicación.

Parecería que la cercanía geográfica es un factor importante para las personas que deciden salir de su país a recibir tratamiento médico, sin embargo no siempre sucede así. Ello se explica porque no se trata sólo del servicio médico sino de disfrutar la oferta turística del país seleccionado.<sup>76</sup>

Ello genera una gran competencia entre los distintos países receptores de pacientes, para promocionar su infraestructura médica pero también su cultura y oferta de sitios turísticos y de recreación.

La OCDE ha identificado, además, algunos factores culturales y sociales en la elección del destino al que deciden viajar las personas para recibir tratamientos médicos. Por ejemplo, los estadounidenses de origen coreano prefieren ir a su país de origen, lo mismo que los mexicanos que residen en Estados Unidos.

Por otra parte, al analizar las tendencias de origen y destino de los viajeros que optan por el turismo médico la OCDE destaca que hay países como Estados Unidos y Reino Unido que tienen una alta reputación para brindar ese servicio. Los complejos hospitalarios de Harley Street en Londres y las clínicas Mayo en diversas ciudades de los Estados Unidos son los destinos de más alta demanda por personas de alto poder adquisitivo entre la población de altos ingresos de otros países.

Sin embargo, como se explica más adelante en este trabajo para algunos países como Estados Unidos el costo financiero es un factor muy importante en esta tendencia, como se observa en la siguiente tabla:

---

<sup>76</sup> *Ídem*

**Tabla 7**

**Tiempos de traslado y ahorro en destinos de turismo médico**

Pacientes de EU hacia país destino	Ahorro vs costos locales	Horas de	viaje
		Mínimo	máximo
Colombia	55%-92%	5:00	8:40
Costa Rica	44%-89%	4:00	6:45
India	<b>50%-97%</b>	14:10	19:40
Israel	19%-86%	11:50	16:40
Jordania	14%-91	12:00	18:10
Tailandia	<b>30%-93%</b>	19:40	21:40
México	<b>36%-89%</b>	2:40	5:20

Fuente: Elaboración propia con datos de ProMéxico. *Turismo de Salud*, Secretaría de Turismo. Secretaría de Salud, Secretaría de Economía y ProMéxico. México, ProMéxico 2013, consulta en diciembre de 2016.

En Estados Unidos las aseguradoras están adoptando nuevas prácticas comerciales en lo que puede llamarse un modelo de mercado irruptivo. Las cuatro mayores aseguradoras de Estados Unidos United Health, Well Point, Aetna y Humana establecieron en 2015 programas piloto de turismo médico en destinos como India, Tailandia e incluso entre sus destinos incluyeron a hospitales mexicanos.<sup>77</sup>

<sup>77</sup> V. *supra*, capítulo 4, p. 107.

### **1.4.3. Casos de éxito de turismo médico en el mundo**

#### **1.4.3.1. América Latina: Costa Rica y Cuba**

La OCDE identifica a las principales regiones que han desarrollado estos servicios: América Latina (Costa Rica, Cuba y México); Asia (India, Tailandia) y Europa (centro y el Mediterráneo).

En América Latina destaca el caso de Costa Rica, que se ha posicionado como el líder de turismo médico en Centroamérica, recibe turistas estancias promedio de 11 a 15 días, con la participación de 600 empresas privadas.

Cuenta con el Consejo Internacional de Promoción Turística de Costa Rica, responsable de la certificación de empresas prestadoras de servicios turísticos. Además de los servicios médicos, la oferta promueve 35 rutas turísticas en el país.

En América Latina uno de los casos más exitosos es el de Cuba, que tiene una gran tradición en turismo de salud. Cuenta con un organismo público, Servimed, que promueve más de 100 tratamientos, desde tratamientos para el cáncer hasta la recuperación de adicciones y pérdida de la visión.

Cuba se distingue por su gran tradición de investigación médica y tratamientos experimentales.

El modelo cubano reinvierte los recursos obtenidos por los turistas extranjeros para mejorar la infraestructura y el staff para atender a los pacientes locales.

El gobierno de Cuba promueve activamente sus servicios de turismo médico a través de acuerdos bilaterales con diferentes gobiernos de América Latina. A través de Servimed se facilita el ingreso de los turistas extranjeros a la isla.

#### **1.4.3.2. Asia: India y Tailandia.**

Aquí debe subrayarse el acelerado proceso de especialización que se ha observado en los países como Tailandia e India, que se han dedicado a perfeccionar los procedimientos quirúrgicos de ortopedia y cirugías de corazón.

En la India se ha desarrollado el turismo médico en ciudades como Nueva Delhi, Mumbai y Bangalore. En 1988, el gobierno municipal de Delhi estableció un acuerdo con el grupo Apollo Hospital para desarrollar un centro médico multiespecialidades.

Apollo Hospital tiene su sede en India, pero también tiene hospitales en Sri Lanka, Ghana, Nigeria, Qatar y Kuwait.

El gobierno aportó los terrenos y una parte del capital. El acuerdo estableció que la tercera parte del hospital se ofrecería a pacientes pobres a costos bajos. Sin

embargo no funcionó esta última parte del acuerdo y el complejo hospitalario atiende principalmente a turistas extranjeros.

Una de las ventajas competitivas de este destino es que tiene el Inglés como idioma oficial, lo que atrae a turistas de Estados Unidos. De acuerdo con algunas estimaciones, posee una oferta de 8 mil camas en grandes cadenas de hospitales<sup>78</sup>.

India ha introducido una visa con categoría especial, “M”, para atender la demanda. Además, ofrece incentivos fiscales a las empresas proveedoras de servicios médicos, mediante esquemas de depreciación de equipos, así como subsidios para la adquisición de terrenos.

En Tailandia se ha desarrollado el turismo médico para compensar la crisis de 1996-97. Inicialmente, la oferta fue creada para compensar la caída de los servicios privados puesto que la mayoría de la población buscaba atenderse en el sistema público.

En este mercado se atiende a pacientes de Japón, Estados Unidos, Reino Unido y Medio Oriente. Se estima que en 2013 atendió a casi 1.5 millones de turistas extranjeros. Su modelo médico consta de torres hospitalarias con conjuntos de departamentos, en la ciudad de Bangkok, para albergar a los pacientes y sus familiares, además cuenta con 500 médicos estadounidenses certificados.

De acuerdo con algunos reportes, tan sólo en 2003 el hospital más importante para el turismo médico en Bangkok, el Bumrugarnd Hospital, atendió a cerca de 5 mil pacientes, cifra que se incrementó a 93 mil pacientes para 2005.<sup>79</sup> En la actualidad, de acuerdo con la información de su página de internet, atiende a 450 mil pacientes extranjeros cada año. Tiene un ala especial para pacientes de Medio Oriente y otra ala para pacientes de Occidente.

#### **1.4.3.3. Europa: España y Hungría**

En el continente Europeo se da una situación *sui géneris* dado que muchos ciudadanos de la región pueden hacer uso de su derecho a recibir tratamiento médico en cualquier país europeo, bajo un mecanismo en que el sistema de salud de su país de origen cubre el costo de ese tratamiento. Esos derechos están supervisados por la Corte Europea de Justicia.

Por otra parte, de la misma manera que en Asia, en diversos países de Europa se produjo una combinación de esfuerzos públicos y privados para desarrollar

---

<sup>78</sup> Cohen, I. Glenn. *Patients with Passports. Medical tourism, Law and Ethics*. Oxford University Press. New York, 2015, p. 14

<sup>79</sup> *Ídem*

infraestructura y especialistas para atender la demanda de turistas que buscan servicios médicos y procedimientos cosméticos.

El principal destino en este continente es España. De acuerdo con el Ministerio de Industria y Turismo de este país la oferta abarca principalmente tratamientos para la reproducción, cirugía plástica, oncología, oftalmología y odontología.

En España se identifican una serie de *hubs* o áreas geográficas en las que se concentra la oferta de turismo de salud. Los polos del turismo de Salud en este país se caracterizan por zonas consolidadas de turismo, en los que la demanda internacional ha generado una masa crítica de centros de asistencia sanitaria: Mallorca, Alicante y Costa del Sol.

En las grandes urbes los destinos más importantes se ubican en Madrid y Barcelona; por otra parte existen centros especializados en determinados tratamientos, como Navarra y Asturias.

El otro destino importante es Hungría, donde se ha desarrollado una oferta de empresas privadas. Los servicios son ofrecidos por empresas de capital privado con participación del gobierno, que buscan convertir a este país como la capital dental del mundo, con procedimientos de vanguardia en cirugías dentales.

## **Conclusiones**

En el análisis de los modelos económicos basados en el libre mercado surgidos tras la crisis del capitalismo en la primera década del siglo XX y las dos guerras mundiales se observan dos tendencias de desarrollo contrastantes, una neoliberal y otra de orientación social que en Alemania devino en la Economía Social de Mercado.

La llegada al poder de líderes políticos conservadores asesorados por economistas neoliberales, principalmente Margaret Thatcher en Reino Unido en 1979 y Ronald Reagan en Estados Unidos en 1981, marcó el ascenso del neoliberalismo económico que impulsó un grupo de políticas económicas que forman parte del denominado Consenso de Washington, entre las cuales sobresalen la disciplina fiscal; la reorientación del gasto público hacia áreas que ofrezcan mayor rentabilidad económica, la privatización de las empresas estatales y paraestatales; reforma fiscal; liberalización de las tasas de interés, del comercio y la inversión extranjera y tipos de cambio competitivos.

Paralelamente, surgieron nuevos organismos reguladores de este sistema como la Organización Mundial del Comercio y el Foro Económico Mundial. En este contexto la consolidación del neoliberalismo como ideología dominante permitió la apertura comercial y financiera de los sistemas económicos capitalistas nacionales

permitiendo que los flujos de mercancías, servicios y capitales circularan con mayor libertad entre los diversos países.

Entre los aspectos positivos de este modelo es posible mencionar la conformación de regionalismos, una forma de cooperación internacional intermedia que se establece por medio de alianzas y de la cooperación interregional entre países que por lo general comparten un espacio regional determinado, aunque el surgimiento del Acuerdo de Asociación Transpacífico (TPP por sus siglas en Inglés) revela que éste no es un factor preponderante.

Sin embargo, hechos como el *Brexit*—referéndum realizado el 23 de junio de 2016 por el que los ciudadanos de Reino Unido decidieron abandonar la Unión Europea— o el triunfo del candidato republicano Donald Trump en las elecciones de los Estados Unidos en 2016, con la promesa central de campaña fue abandonar el libre comercio y revertir la salida de cadenas de valor y empresas de Estados Unidos, con el fin de recuperar empleos para sus ciudadanos, revelan una de las debilidades del modelo neoliberal globalizador, el proceso de empobrecimiento de las clases medias y de los trabajadores de los países de renta alta.

El modelo neoliberal globalizador que ha prevalecido en México y que ha seguido los postulados del Consenso de Washington ha dejado secuelas que podemos resumir en un bajo crecimiento económico, de 2.3% en promedio anual desde 1982. Si bien esto es producto de la crisis global de 2008-2009, a pesar de las llamadas reformas estructurales implementadas a partir de 2012, el crecimiento de la economía permanece estancado.

Por otra parte, México es el país con los salarios mínimos más bajos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE) e incluso también figura entre los tres más bajos de América Latina, sólo por encima de Cuba y Venezuela. De acuerdo con estimaciones de la Confederación Patronal de la República Mexicana el Salario Mínimo General al tercer trimestre de 2017 es de 130.5 dólares—considerando un tipo de cambio de 18.66 pesos por dólar--; en comparación el promedio de esa percepción mínima en América Latina es de 301.7 dólares mensuales y existen países como Argentina donde el salario mínimo es 4.6 veces más que el mexicano o Chile, donde el salario mínimo es el triple de lo que se paga en México.

México es un país con alta concentración del ingreso, el 43.6% de la población vive en la pobreza y también prevalecen altos niveles de desigualdad.

En contraposición al modelo neoliberal globalizador, existe la opción adoptada por Alemania a finales de los años 40, la Economía Social de Mercado, como una alternativa a la economía centralizada y al liberalismo y que combina el libre mercado con la equidad social a fin de buscar el bienestar social. Este sistema, constituye una lección interesante para buscar nuevas opciones de desarrollo.

Es claro que no se puede transferir completamente este modelo a ningún otro país, sin embargo se pueden adoptar algunas de los preceptos básicos que han guiado a la Economía Social del Mercado desde su puesta en marcha y hasta la actualidad.

Existen sectores de la economía donde puede intentarse una nueva política de desarrollo basada en los principios de la Economía Social de Mercado, uno de ellos es el turismo, que presenta un gran potencial de crecimiento para México, por lo que puede llegar a constituirse como uno de los principales motores del crecimiento de la economía.

Dentro de esta actividad, el turismo médico representa una oportunidad para el desarrollo en México, en las regiones que tienen infraestructura y potencial para captar pacientes, especialmente de Estados Unidos, donde se estima que hay 28.6 millones de ciudadanos que carecen de cobertura de servicio médico, además de alrededor de 100 millones de personas que tienen seguro pero con cobertura muy limitada.

Una parte de esta población tiene la capacidad económica para atenderse en otros países y realizarse procedimientos médicos y quirúrgicos; los principales destinos a los que se dirigen se ubican en Asia y Europa.

México cuenta con magníficos médicos y excelentes hospitales así como una industria turística consolidada, pero enfocada principalmente y por tradición a destinos tradicionales de recreación, como sol y playa.

El turismo médico se define como la práctica de las personas de viajar a un destino diferente a su país de residencia con el fin de obtener algún tipo de tratamiento médico y/o procedimiento quirúrgico, a la vez que se visita el destino y se realizan actividades más propias de un turista.

Algunos de los grandes grupos empresariales de México son los que reciben los beneficios de esta actividad y están invirtiendo grandes recursos, se espera que sea uno de los segmentos de turismo más dinámicos. En este sentido, es posible crear un modelo inspirado en las características de la Economía Social de Mercado, buscando un mayor beneficio social para las regiones que tienen potencial para desarrollar el turismo médico.

Ello significaría crear emprendimientos sociales que den prioridad al beneficio social para México, a través de la formación de especialistas y personal capacitado para brindar esos servicios considerando empleos de calidad, salarios competitivos y apertura empresarial a una economía basada en el bien común, no en la ganancia privada.

## 2. EL SISTEMA DE SALUD EN ESTADOS UNIDOS

### 2.1. Antecedentes del sistema de salud en Estados Unidos

El sistema de salud de los Estados Unidos enfrenta una gran paradoja ya que a pesar de ser uno de los países que más recursos destina a ese sector, no satisface las necesidades de los ciudadanos, no garantiza el derecho universal a los servicios médicos como lo hacen otras economías de países de renta alta y genera grandes problemas financieros al gobierno.

A lo largo de la historia, los dos grandes retos del sistema de salud estadounidense han sido la gran cantidad de población no asegurada y la espiral alcista en el costo de los servicios. Estados Unidos es uno de los países que destina el mayor gasto en salud per cápita en el mundo, con un promedio que se incrementó de 7 mil 687 dólares per cápita en 2009, a 9 mil 451 dólares en 2015, lo que significa un incremento de 11.9% en los últimos seis años, de acuerdo con datos de la OCDE.<sup>80</sup> Si se considera el gasto total destinado a la salud como porcentaje del Producto Interno Bruto, en la siguiente tabla puede observarse que Estados Unidos destina recursos muy por arriba de naciones como Noruega, Suiza, Canadá y Gran Bretaña.

**Tabla 8**

#### **Países desarrollados. Gasto per cápita en cuidado de la salud\***

País	Población**	2010	2011	2012	2013	2014	2015
EEUU	318.8	16.4	16.4	16.4	16.4	16.6	16.9
Alemania	80.8	11.0	10.7	10.8	10.9	11.0	11.1
Suiza	7.8	10.5	10.6	11	11.2	11.4	11.5
Noruega	5.1	8.9	8.8	8.8	8.9	9.3	9.9
Canadá	35.5	10.6	10.3	10.3	10.2	10	10.1
Gran Bretaña	63.6	8.5	8.4	8.5	9.9	9.9	9.8
España	46.4	9.0	9.1	9.1	9.0	9.1	9.0
Corea del Sur	50.4	6.4	6.5	6.6	6.8	7.1	7.2
México	119.7	6.0	5.8	5.9	6.0	5.7	5.8

Fuente: OCDE. *Health Data Statistics*, Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico. Consulta en enero de 2017. (\*Gasto total como porcentaje del PIB \*\*Millones de habitantes, cifras a 2014.)

<sup>80</sup> Numerof, Rita E. y Abrams, Michael N. *Bringing Value to Healthcare. Practical steps for getting a market-based model*, CRC Press, Boca Raton, Florida. 2016, p. 18.

Para otorgar servicios de salud a la población existen responsabilidades de carácter estatal y otras que corresponden al ámbito federal. El gobierno federal asigna el presupuesto para salud a los estados y fija las políticas para el uso de esos recursos.

De esta manera, los servicios de atención de salud en los Estados Unidos de América se dividen entre los sectores público y privado y entre el gobierno federal y los estados. El país no tiene un sistema único, nacional de asistencia a la salud.

En Estados Unidos las empresas privadas proveen los servicios de salud en todos los ámbitos relacionados a esta actividad: hospitales, médicos, dentistas, hogares para convalecientes, organismos de asistencia domiciliaria, compañías aseguradoras, empresas de suministros médicos y fabricantes de productos farmacéuticos y por lo general reciben el pago de sus servicios a través de las aseguradoras o del gobierno, mediante programas sociales específicos.<sup>81</sup>

El Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS por sus siglas en Inglés) es el encargado de proporcionar los recursos para contratar los servicios de esos proveedores. Forma parte del Poder Ejecutivo y el Congreso determina su presupuesto anualmente.

El presupuesto del HHS incluye alimentos y medicamentos para la población pobre, la prevención del maltrato a niños y de la violencia doméstica, así como servicios de salud a los ancianos. Este departamento funciona bajo un esquema de compra de servicios de salud a través de dos grandes programas públicos, *Medicare* y *Medicaid*, creados en 1966 por el presidente Lyndon B. Johnson, que se explican a detalle más adelante, los cuales pagan a las aseguradoras para que éstas a su vez contraten los servicios para los beneficiarios.

Ambos programas son administrados por los Centros de Servicios para *Medicare* y *Medicaid* (CMS, por sus siglas en Inglés), los cuales dependen directamente del Departamento de Salud y Servicios Sociales.

Desde la década de los 70, la mayor parte de los servicios de salud en Estados Unidos han sido brindados por los planes de seguros ofrecidos por los empleadores y los programas públicos *Medicare* y *Medicaid*.

Sin embargo en diferentes épocas se han introducido reformas para tratar de reducir los costos de ambos programas, en ocasiones creando restricciones para el acceso de la población a éstos.

---

<sup>81</sup> OPS, OMS. *Perfil de los sistemas y servicios de salud en los Estados Unidos de América*. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, Washington, 2002. En: [www.paho.org](http://www.paho.org). Consulta en febrero de 2017.

Una de dichas reformas fue la denominada Ley de Ingresos para el Retiro (ERISA, por sus siglas en Inglés) promulgada en 1974, con la que se buscaba regular los fondos de pensiones pero que también reglamentó a nivel estatal los planes de salud de los trabajadores.

Esta ley incentivó el traslado de los planes de seguros de los empleadores al autoseguro, es decir que los propios trabajadores contrataban y pagaban su seguro médico; de este modo los patrones evitaban pagar los costos de los beneficios estipulados por el Estado y podían reducir los beneficios.<sup>82</sup>

El efecto de esa ley fue visible hacia la década de los 80, cuando se empezó a desacelerar el crecimiento de la cobertura, al tiempo que aumentaba la población sin seguro. Las minorías raciales y étnicas y los más pobres comprendían la mayor parte de los no asegurados en los Estados Unidos.

En los años noventa la situación se tornó más compleja, a causa de la crisis económica de 1990-91, lo que llevó a una serie de propuestas de reformas, sin que se alcanzara un acuerdo entre los legisladores del Congreso.

Aproximadamente hacia el año 2000, el 65% de la población estaba cubierta por un seguro de salud privado. Se estima que 39 millones de personas carecían de seguro médico y 53 millones estaban sub-aseguradas, es decir, sin una cobertura para hacer frente a enfermedades. Ello a pesar de que se destinaban cerca de 2 mil dólares por habitante (11.8% del PIB) en un sistema que no garantizaba servicios a todos los habitantes.<sup>83</sup>

La población que carecía de seguro de salud estaba conformada principalmente por las minorías raciales, especialmente la población negra, así como los inmigrantes que carecen de documentos de residencia legal. Los dos grandes retos del sistema de salud estadounidense han sido el alto porcentaje de personas no aseguradas y el alto costo de los servicios.

Desde el año 2000, las primas de los seguros para la cobertura de gastos médicos aumentaron 72%, con las consiguientes repercusiones económicas para empleadores y trabajadores; los gastos en efectivo aumentaron 44% desde 2000 a 2008 (128 mil 129). Se calcula que la atención a las personas que sufrían enfermedades crónicas representaba 75% del total de gastos en salud en 2010.<sup>84</sup>

Esta tendencia hizo altamente dependientes a los trabajadores de su patrón para tener seguro de salud.<sup>85</sup>

---

<sup>82</sup> *Ibidem*, p. 25

<sup>83</sup> *Ibidem*, p. 29

<sup>84</sup> *ídem*

<sup>85</sup> Bernard, Elaine. *Las políticas del sistema de salud de Canadá. Comparativo con el sistema de los Estados Unidos de América*. Harvard Trade Union Programe, Cambridge, Massachussets. 2001, p. 2

Un problema que ha estado presente en el sistema de salud de los Estados Unidos es el creciente número de personas que tienen historiales médicos con males crónicos –catalogados por las aseguradoras como pacientes con “condiciones preexistentes”—, y que en un amplio porcentaje son prácticamente “inasegurables”.

Muchas empresas buscan no incluir en los beneficios de sus trabajadores del seguro de salud a pacientes con esa condición, o bien tratan de cargar ese costo a los trabajadores. *Medicare*, el programa para atender a la población de edad avanzada, cubre sólo el 40% de los costos en estos casos.

El censo de población de los Estados Unidos de 2010 estimaba que cerca de 50 millones de residentes carecían de seguro médico. En la tabla 9 se muestra la cobertura de servicios de salud por los diferentes sectores:

**Tabla 9**

**Cobertura de salud en los Estados Unidos de América**

Sector público	15.9% <i>Medicaid</i>	14.5% <i>Medicare</i>
Seguridad social y seguro privado	55.3% Seguro de salud basado en el empleo	
Sin cobertura	16.3%	

Fuente: OPS, Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Salud de las Américas*. Consulta en noviembre de 2016.

En 2008, en promedio, el gasto de bolsillo del consumidor para sufragar los gastos en salud ascendió a 3,484 dólares, cantidad que equivalía a 48.6% del gasto total en salud per cápita (7,164) dólares). Las presiones para el sistema de salud de Estados Unidos se han profundizado. Los gastos en salud sobrepasaron los 2.3 billones en 2008, 73% más en comparación a los 1.4 billones gastados en 2000.<sup>86</sup>

**2.2. Seguros privados**

La industria aseguradora juega un papel central en el sistema de salud de los Estados Unidos, ya que sólo tienen acceso a los servicios las personas que cuentan con una póliza.

<sup>86</sup> OPS. *Salud de las Américas*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, 2012. En: [www.paho.org](http://www.paho.org), consultado en noviembre de 2016.

Los servicios de salud son prestados principalmente por el sector privado: aproximadamente seis de cada 10 ciudadanos están cubiertos por un seguro particular.<sup>87</sup>

Una póliza de seguro de salud se define como un contrato entre la emisora (aseguradora) y un tenedor de la póliza, con la que se cubre el total o una parte del costo de los servicios de salud, sea preventiva o para un tratamiento o procedimiento quirúrgico en caso de enfermedad o accidente. El principal propósito de la póliza de seguros es hacer frente a los altos costos de la atención médica y hospitalaria.

En los Estados Unidos, como en todo el mundo, el sector asegurador figura entre los más grandes del país y empezó a crecer prácticamente desde principios del siglo XX.

La historia de las aseguradoras se remonta hacia 1850, cuando la Compañía Aseguradora Franklin de Massachusetts inició la venta de seguros para accidentes no fatales. Casi 10 años después, la Compañía de Seguros de Viajeros de Hartford lanzó al mercado un plan prácticamente similar al de los seguros de salud actuales; muchas otras compañías empezaron a ofrecer planes similares. En 1911, Montgomery Ward and Company ofrecieron los beneficios a todos los empleados enfermos o heridos; este fue prácticamente el primer plan de seguros de grupo.<sup>88</sup> Estos planes comerciales de seguros eran pagados sólo en el caso de que los titulares de la póliza se enfermaran o sufrieran heridas.

En opinión de algunos autores el sistema en el que las aseguradoras juegan un papel central como intermediarios para que la población reciba atención médica es un gran problema que encarece al sistema de salud estadounidense. El origen de este problema estructural se remonta a la Segunda Guerra Mundial, cuando los empleadores empezaron a ofrecer a los trabajadores pólizas de seguros de salud, utilizando esto como incentivo para retener talentos y atraer nuevos trabajadores.

En 1954 el Congreso aprobó una ley para hacer deducibles de impuestos esas pólizas de seguros, sin que los trabajadores pagaran impuestos por ese beneficio. Esa exención de impuestos —aparentemente inocua— no sólo incentivó los seguros de catástrofes sino que también hizo crecer desmesuradamente el uso de los seguros de salud para todos los gastos. Eso generó una gran presión para las finanzas del gobierno federal, que ganó un nuevo *momentum* cuando los programas *Medicare* y *Medicaid* adoptaron el modelo de seguro médico como base para los pagos.<sup>89</sup>

---

<sup>87</sup> *Ídem*

<sup>88</sup> Fordney, Marilyn T. *Insurance handbook for the Medical Office*, The Curtis Center, Philadelphia, Pennsylvania. 2002, p. 22

<sup>89</sup> Numerof, Rita E. y Abrams, Michael N. 2016. *Op. cit.* p. 14

Hacia la década de los 60 la mayoría de aseguradoras privadas vendían pólizas que incluían servicios de hospital, cuotas de cirugía y servicios de terapia física. Actualmente, la mayoría de planes incluyen además cobertura de salud catastrófica, cuidados preventivos, seguro dental, cobertura en caso de discapacidad y seguros de enfermedades crónicas.

Aunque la administración de los servicios de salud empezó en la década de los treinta cuando Kaiser Industries empezó a proveer servicios de salud a sus empleados, como se explicó anteriormente, fue hasta los años ochenta que surgieron planes en todo el país buscando controlar los costos de los servicios médicos y ayudar a las personas que no podían costearse un seguro.

Hacia finales de los años noventa los costos de los seguros crecían sin control obligando a las compañías aseguradoras a reducir las formas de cobertura y al gobierno federal a adoptar políticas de contención de costos para los programas *Medicare*, *Medicaid* y *Tricare*, éste último, un programa de salud creado para los militares.<sup>90</sup>

La industria de los seguros es tan sofisticada que existen diferentes tipos de pólizas, con diferentes beneficios. Las personas pueden contratar coberturas de diferentes maneras: privadas o de programas federales o estatales.

El seguro de salud es un importante factor que determina si las personas podrán o no tener acceso a los servicios de salud. En el periodo 2007–2009, 61% de la población adulta de menos de 65 años de edad tenía seguro de salud privado; entre los menores de 18 años, 54% tenía un seguro de salud privado y 40%, un seguro público administrado por los gobiernos federal y estatal.<sup>91</sup>

La cobertura de salud es el método de pago más común para que la población reciba servicios médicos y hospitalarios. Si una persona carece de seguro de salud o de fondos para pagar por dichos servicios, prácticamente no recibe atención.

No existe un sistema único de seguro de salud en todo el país, pero el gobierno federal patrocina los programas *Medicare* y *Medicaid*, como lo señalamos previamente.

La mayoría de las personas está cubierta por seguros de salud privados, obtenido principalmente a través de los empleadores, como fue explicado en el apartado precedente.

La ley no exige que se otorgue un seguro de salud a los empleados, pero dadas las características del sistema, a finales de la década de los 90 existían alrededor de 3

---

<sup>90</sup> Tricare es un programa que atiende a los miembros en servicio del Ejército, reservistas y retirados. En: <http://www.military.com/benefits/tricare>, consulta noviembre 2016.

<sup>91</sup> Numerof, Rita E. y Abrams, Michael N, 2016. *Op. cit.* p. 17.

mil aseguradoras en los Estados Unidos, las cuales eran reguladas por la Asociación de Seguro de Salud de América (HIAA, sus siglas en Inglés).<sup>92</sup>

En 2003, la HIAA se fusionó con la Asociación Americana de Planes de Salud para formar el grupo de Planes de Seguros de América (AHIP), la cual trabaja como una asociación de empresas aseguradoras y asociadas y funciona como una asamblea de organizaciones dedicadas al cuidado de la salud.

Como se explicó anteriormente, la mayoría de la cobertura para los servicios de salud en hospitales, consultorios médicos, dentistas, hogares para convalecientes, organismos de asistencia domiciliaria y otros se brindan a través de seguros médicos, principalmente otorgado por los empleadores.

La obtención del seguro de salud mediante el empleo exige que una parte de la prima sea cubierta por el asegurado y que el empleador pague la parte restante. El mecanismo consiste en que las aseguradoras realizan el pago de los servicios directamente a los proveedores señalados.

Ahora bien, la ley no exige que se brinden seguros, pero existe una política de incentivos fiscales que ofrece alivio tributario ilimitado a los empleadores para la contratación de seguros de salud, siempre y cuando los trabajadores contraten los planes que los patrones ofrecen.

Algunos empleadores adquieren las pólizas de las aseguradoras, en tanto que otros prefieren los denominados “autoseguros”.

Los planes varían, ya que las grandes empresas ofrecen coberturas más amplias, mientras que las pequeñas y medianas empresas ofrecen opciones limitadas. El esquema de servicios es muy complejo y comprende un abanico que incluye a las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO's, por sus siglas en Inglés, (*Health Maintenance Organizations*) reguladas tanto por autoridades federales como estatales, y la Asociación de Proveedores Preferentes, *Preferent Providers Asociation*, (PPO's, sus siglas en Inglés), que son las que cubren la mayor parte del mercado.<sup>93</sup>

El modelo tradicional de las HMO's se limita a pagar a los proveedores el reembolso sólo del plan contratado. En tanto, las PPO's funcionan con base en una red de proveedores y aplican deducibles y copagos a los pacientes que se atienden fuera de dicha red.

---

<sup>92</sup> Asociación de Aseguradoras de Salud de América, en: [www.hiaa.org](http://www.hiaa.org), consulta diciembre de 2016

<sup>93</sup> Cohen, I. Glenn. 2015. *Op. cit.*, p. 141

Las HMO's prestan toda la variedad de servicios de salud, incluidas visitas a médicos, atención a urgencias, cirugías, análisis de laboratorio, radiografías y terapia, a cambio de una suma global denominada "capitación".<sup>94</sup>

Estas organizaciones ofrecen la atención directamente en sus consultorios propios, o a través de otros profesionales con los que mantienen contratos. A su vez, los médicos y hospitales también son pagados per cápita y no por la modalidad de honorarios por servicios prestados que utilizan otras organizaciones de atención regulada. El objetivo de las HMO's es controlar el gasto y reducir los procedimientos innecesarios y costosos.

Las PPO's son similares a las HMO's en cuanto a su carácter de organización de atención a la salud administrada, pero aquí se da una combinación de pago por honorarios por servicios prestados y algunas características similares. Los pacientes tienen un número limitado de médicos y hospitales para elegir. Si utilizan a los proveedores específicos, las facturas están cubiertas, pero tienen la opción de seleccionar otros médicos u hospitales y recibir una cobertura parcial, pagando la diferencia.

Los ciudadanos que no optan por ninguno de estos dos esquemas contratan su seguro de salud en forma independiente, pero pagan cuotas de primas más altas, lo que explica que muchos desempleados carezcan de recursos para cubrir esos precios elevados y por tanto que no puedan costearse un seguro de salud.

El sistema de salud de los Estados Unidos, al girar alrededor de las aseguradoras, ha provocado que la mayoría de la población recurra a comprar pólizas de seguro para todo tipo de servicio de salud, incluidos los exámenes básicos de rutina, a causa de la percepción de que cualquier servicio es demasiado caro para pagarlo sin seguro.

Esta situación ha provocado una espiral de alza de costos de los servicios de salud, por lo que uno de los mayores retos a los que se enfrenta el sistema es alinear los costos de los servicios y pagos de los consumidores.<sup>95</sup>

El predominio de las aseguradoras en el modelo de salud de Estados Unidos es tal que prácticamente en los debates de salud no hay distinción entre decir que una persona no tiene servicio de salud o que no tiene seguro de salud.

Se ha llegado a un punto en el que el método de financiamiento de la salud se ha convertido en sinónimo de servicios de salud en sí mismos.

---

<sup>94</sup> Derivado del vocablo latino *capitatio*, que significa "repartimiento de tributos y reparticiones por cabezas", Real Academia de la Lengua, en: [www.rae.es](http://www.rae.es), consulta noviembre 2016

<sup>95</sup> Numerof, Rita E. y Abrams, Michael N. 2016. *Op. cit.* p. 15.

La necesidad del seguro de salud es obvia. Significa una protección de gastos excesivos en caso de una emergencia, sin embargo eso no significa que se requiera el seguro para gastos *standard* tales como un chequeo de rutina o para atenderse una infección.

Si, por ejemplo, los seguros automotrices funcionaran de la misma manera, los usuarios pagarían con su seguro el cambio de aceite de su vehículo, o los propietarios de una casa pagarían con su seguro el cambio de muebles de baño. Y si las cosas fueran así en el mercado, las pólizas de seguro de auto y de casa seguramente serían más caras.<sup>96</sup>

Esa es la razón de que las pólizas de seguros se han incrementado en exceso, al igual que el monto desembolsado por los usuarios de los servicios de salud que deben pagar sumas exorbitantes por concepto de deducibles.

## **2.3. Programas de Salud del gobierno**

### **2.3.1. Medicare**

*Medicare* es el programa más grande del gobierno federal de los Estados Unidos de seguro de salud. Como se ha dicho, fue creado el 30 de julio de 1966 por el Presidente Lyndon B. Johnson.

*Medicare* proporciona seguro médico a todos los habitantes de más de 65 años, así como a las personas que sufren de insuficiencia renal permanente y ciertas discapacidades; se estima que atiende a 47 millones de personas. Los centros para los servicios de Medicare (y también de *Medicaid*) son administrados por el Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS), como se ha explicado, a través de los Centros de Servicio para *Medicare* y *Medicaid* (CMS).

*Medicare* recibe financiamiento del gobierno federal con recursos que provienen de una combinación de impuestos a la nómina de sueldos, ingresos generales y primas que pagan los beneficiarios.<sup>97</sup>

*Medicare* consta de tres partes: A) seguro para servicios de hospital, B) servicios médicos complementarios y C) una tercera parte que permite que las partes A y B sean cubiertas por planes de salud privados.<sup>98</sup>

La Agencia para el Cuidado y Administración Financiera de la Salud (HCFA) es la encargada de proveer la información y de aprobar las solicitudes de las personas que buscan recibir los beneficios de *Medicare*.

---

<sup>96</sup> *Ibidem* p. 57

<sup>97</sup> OPS, 2002. *Op. cit.* p. 6

<sup>98</sup> *Ídem*

Las personas que pueden aplicar para el programa deben tener 65 años cumplidos para recibir los beneficios de los planes de retiro y las partes A y B de *Medicare*.

Las personas atendidas por este programa deben cubrir los siguientes requisitos:

- Tener 65 años o más y estar retirados por seguridad social
- Tener 65 años o más retirados del servicio civil o industria ferroviaria
- Invidentes
- Discapacitados en diferentes categorías, como trabajadores de cualquier rango de edad que sufran algún tipo de invalidez; viudas de trabajadores discapacitados, así como niños y adultos con enfermedades renales crónicas.

Las personas enlistadas son elegibles para recibir la parte A de *Medicare*, aquellos que califican pueden recibir también la porción B de servicios médicos complementarios; los que no califican tienen la posibilidad de pagar por su cuenta esta parte.

Las personas aprobadas reciben una tarjeta en la que se les asigna un número para realizar las reclamaciones de pago; generalmente es el número de seguridad social del trabajador, más un sufijo. En la tarjeta se indica la parte A o B de hospital y servicio médico que el paciente puede solicitar, así como su estatus, por lo que el color del plástico varía de acuerdo con el estatus asignado.<sup>99</sup>

Los costos de *Medicare* llegaron a 469 mil millones de dólares en 2008. A medida que aumenta la población de adultos mayores en Estados Unidos, los costos de la atención de las personas de edad avanzada representan una creciente carga para los individuos y el sector público. *Medicare* financió 65 mil millones en prestaciones de servicios de cuidados domiciliarios para 3.3 millones de personas en 2008.<sup>100</sup>

Sin embargo, las prestaciones de atención domiciliaria en *Medicare* son por tiempo limitado y los criterios de admisibilidad para otorgar el servicio están sumamente ligados a problemas médicos. *Medicare* no abarca el servicio a largo plazo y las prestaciones de apoyo (también llamadas atención a largo plazo) a las personas con necesidades permanentes de asistencia funcional en las actividades cotidianas.

Dado el enorme tamaño del programa *Medicare*, todos los cambios de política tienen una profunda influencia en las prácticas del sector asegurador, incluyendo el sistema de pagos.

A lo largo de la historia, ha habido esfuerzos para generar controles. En la década de los 80, fue creado el Sistema de Pagos Prospectivos (PPS), que tenía el objetivo de controlar los costos crecientes en los hospitales. Bajo los cambios, los hospitales

---

<sup>99</sup> Fordney, Marilyn T. *Op. cit.* pp. 353-355

<sup>100</sup> OPS, 2002 Organización Panamericana de la Salud, *Op.cit.* p. 7

recibían reembolsos por una cantidad predeterminada por cada Grupo de Diagnóstico Relacionado (DRG, sus siglas en inglés).

Con este sistema se buscaba presionar a las organizaciones para incrementar su eficiencia y minimizar los gastos innecesarios, de manera que sólo se reembolsaría una cantidad predeterminada de cada caso.

### **2.3.2. Medicaid**

*Medicaid*, creado también en 1965 por el presidente Lyndon B. Johnson mediante el Título XIX de la Ley de Seguridad Social, es un programa de salud financiado conjuntamente por el gobierno federal de los Estados Unidos y los gobiernos estatales; se dedica a atender a la población de bajos ingresos y a los necesitados.

Los antecedentes de este programa en específico se remontan a los años treinta cuando surgió la participación federal en la provisión de cuidado médico a las personas necesitadas; la entonces Administración Federal de Alivio de Emergencias creó fondos para pagar los gastos médicos de las personas que habían perdido su empleo.

El Acta de Seguridad Social de 1935 creó los programas de asistencia pública y aunque no se crearon provisiones especiales para esa asistencia, el gobierno federal pagaba una parte de montos mensuales a los beneficiarios, quienes podían destinar esos recursos a la atención médica.

En los años 50, el Congreso aprobó una ley en la que se mandaba a todos los estados establecer un programa de asistencia a la salud, lo que significa que todos los gobiernos estatales tenían que cubrir un mínimo de requerimientos.

Como resultado de este mandato, los estados crearon sus programas locales. El Congreso autorizó pagos a vendedores de seguros para cuidados médicos. Es decir, pagos de las agencias sociales directamente a instituciones de salud, terapeutas, médicos, hospitales y otros proveedores de servicios médicos. Hacia la década de los 60, el 80% de los estados habían hecho sus provisiones para los pagos a los proveedores.<sup>101</sup>

Posteriormente fue creada una nueva categoría de destinatarios de la asistencia médica para personas de la tercera edad. Los ingresos de estos individuos eran demasiado altos para calificar y recibir pagos en efectivo, pero sí necesitaban ayuda para hacer frente a los altos costos de atención médica, razón por la que el gobierno federal debía brindarles soporte financiero mínimo, y los estados poner otra parte más allá de ese nivel básico. Esta parte se denomina participación del Estado.

---

<sup>101</sup> Fordney, Marilyn T. *Op. cit.* p. 388

En 1965, el Título XIX del Acta de Seguridad Social se convirtió en ley, por lo que legalmente empezó a funcionar *Medicaid*. Este programa fue muy importante en ese momento, tras un largo periodo de casi 30 años de intentos para proveer cuidados médicos a la población más necesitada.<sup>102</sup>

Por una parte, *Medicaid* fue considerado como un intento del gobierno para ofrecer atención a la salud de las personas que no tenían recursos para acceder a los servicios. Sin embargo, los críticos del programa consideran que éste es un mero mecanismo de pago cuyo propósito es utilizar un modo eficiente y económico para lograrlo.

A escala nacional en los Estados Unidos, *Medicaid* es administrado por los gobiernos de los estados, con una participación del gobierno federal. La cobertura y beneficios varían ampliamente en cada estado, aunque hay un mínimo requerido a nivel federal, bajo el control de la Administración de Financiamiento para el Cuidado de la Salud (HCFA, sus siglas en inglés).

Cubre aproximadamente a 68 millones de personas, incluidos niños, discapacitados, invidentes y otras personas que reúnen los requisitos para recibir mantenimiento de ingresos del gobierno federal.<sup>103</sup>

Su figura jurídica es la de una empresa cooperativa integrada por el gobierno federal y los gobiernos estatales, con la finalidad de proveer atención médica a las personas necesitadas que cubran los requisitos para ello.

El programa *Medicaid* varía de un estado a otro, incluso dentro de un mismo estado puede haber pequeñas variantes, pero el gobierno fija cierto número de servicios básicos a todas las personas inscritas. Los costos de *Medicaid* ascendieron a 362 mil millones en 2008.<sup>104</sup>

Al interior de *Medicaid* existen programas específicos, como el Programa de Salud para madres e hijos (56 programas) operados por los estados así como por otras jurisdicciones, incluyendo el Distrito de Columbia, que proporciona los siguientes servicios:<sup>105</sup>

- Atención prenatal en el parto y en el postparto a mujeres embarazadas de bajos ingresos, además provee acceso a servicios de salud a las madres de sectores pobres y sus hijos.
- Busca reducir la mortalidad infantil y la incidencia de enfermedades prevenibles, así como tomar medidas para contrarrestar posibles riesgos de incapacidad en los niños.

---

<sup>102</sup> *Ídem*

<sup>103</sup> Swirsky, Lisa, *Cubriendo temas de salud*, Alianza para la reforma de salud. En: [www.allhealth.org](http://www.allhealth.org).

<sup>104</sup> OPS. 2012. Organización Panamericana de la Salud. *Op. cit.* p. 68

<sup>105</sup> Fordney, Marilyn. *Op. cit.* p. 366

- Otros de sus objetivos es aumentar el número de niños vacunados, brindar servicios de rehabilitación a personas invidentes y a niños menores de 16 años con discapacidad.

Desde los años 80 la tendencia en muchos estados ha sido ampliar los requisitos de elegibilidad para las personas que ingresan al programa.

*Medicaid* se subdivide en programas específicos, agrupados bajo el paraguas de esa marca, pero cada estado le da rasgos particulares, por ejemplo en California se llama Medi-Cal.<sup>106</sup>

Arizona era el único estado de la Unión Americana que no tenía programa *Medicaid*, el cual fue aceptado por el Congreso del estado hasta octubre de 1982<sup>107</sup>. Este estado ha recibido fondos bajo la modalidad de un programa de prepago para la atención médica, enfocado a las personas de ingresos mínimos, bajo el programa denominado *Arizona Health Care Cost Containment System* (Sistema de contención de costos del cuidado a la salud de Arizona).<sup>108</sup>

#### **2.4. Ley de Cuidado de la Salud Asequible de los Estados Unidos (*Obamacare*)**

A finales de los años noventa y principios del nuevo milenio se hicieron varios intentos de reforma a la atención a la salud en Estados Unidos con el fin de enfrentar los dos grandes retos de las últimas décadas: el alto número de personas sin cobertura de seguro y los altos costos de los servicios.

A partir de 2008 Estados Unidos experimentó la más grave crisis económica desde la Gran Depresión de los años 30: los precios de las viviendas cayeron enormemente y los niveles de desempleo subieron más de 9%. Si bien en todos los niveles económicos disminuyó la riqueza de las familias, se ensancharon las desigualdades entre los más adinerados y la clase media.<sup>109</sup>

Los difíciles momentos económicos han generado un debate socioeconómico y político, complicado por la necesidad de saber cómo abordar equitativamente los problemas de la salud, junto con la educación, la seguridad y la condición de los ciudadanos en una población que está envejeciendo y cuya diversidad étnica es más compleja.

A consecuencia de la crisis económica el número de personas sin seguro de salud aumentó extraordinariamente: mientras que en 2008, 46.3 millones de personas (15.4% de la población) no tenían seguro de salud, en 2009 el número se había

---

<sup>106</sup> *Ídem*

<sup>107</sup> Asociación de Aseguradoras de Arizona, en: <https://www.healthinsurance.org/arizona-medicaid/> consulta noviembre de 2016

<sup>108</sup> Fordney, Marilyn T. *Op. cit.*, p. 366

<sup>109</sup> OPS. *Salud de las Américas*. Organización Panamericana de la Salud. 2012. En: [www.paho.org](http://www.paho.org). Consulta noviembre 2016.

elevado a 50.7 millones (16.7% de la población). Una encuesta realizada en el período 2007–2009 reveló que de las personas sin seguro de salud, 11% eran blancos, 17%, asiáticos, 20%, afro estadounidenses y 32%, hispanos.<sup>110</sup>

Los objetivos principales de las leyes y políticas sanitarias propuestas entre 2006 y 2010 eran:

- Reducir los costos sanitarios,
- Aumentar el número de personas con seguro de salud,
- Incrementar el personal de atención de salud,
- Complementar los programas nutricionales,
- Facilitar la obtención de los medicamentos de venta con receta,
- Desarrollar tecnología e investigaciones relacionadas con la salud,
- Construir infraestructura y ayudar a los veteranos militares a adaptarse a la vida civil.

El 23 de marzo de 2010 el ex Presidente Barack Obama firmó la *Affordable Care Act* (ACA), Ley de Cuidado de Salud Asequible (conocida popularmente como *Obamacare*), una iniciativa de 2 mil 700 páginas que prometía sanar el sistema de salud.

Tras un largo proceso por el que los legisladores del Partido Republicano trataron de derogarla, la ley fue ratificada por la Suprema Corte el 28 de junio de 2012, con el principal objetivo de dar cobertura de salud accesible y de calidad a 32 millones de estadounidenses que carecían de ese servicio. Esta reforma trajo como primer efecto un aumento en la cobertura.

La reforma buscaba también reducir el crecimiento del gasto en salud. Entre otras disposiciones, establece:

- Que las personas con trastornos médicos preexistentes no pueden ser excluidas de la cobertura del seguro de salud,
- Facilita la obtención de los medicamentos de venta con receta,
- Apoya las mejoras de la calidad y eficiencia de la atención de salud.
- Proporciona un sustancial financiamiento para extender a más personas la cobertura del seguro de salud y exige que todas las personas tengan seguro de salud.
- Se dispuso la aplicación paulatina de la reforma; algunas partes de la ley entrarán en vigor entre 2017 y 2018.<sup>111</sup>

---

<sup>110</sup> *Ídem*

<sup>111</sup> La administración del presidente Donald Trump frenó la implementación, y anunció el objetivo de introducir una nueva reforma.

Cada ciudadano estadounidense tendría la promesa de recibir servicios de salud de calidad, oferta que habían hecho diversos presidentes desde Nixon hasta Clinton, sin poder cumplirla.

Entre las disposiciones que entraron en vigor el 1 de enero de 2014 destaca el mandato de que cada ciudadano en los Estados Unidos cuente con una cobertura mínima esencial, sin especificar exactamente qué servicios debe incluir el seguro contratado. Se trata de lo que se conoce como “mandato individual” para todo ciudadano, so pena de pagar una multa en caso de no contratar la cobertura de salud.

Con esta reforma se lograron resultados en los dos mayores problemas que históricamente afectan al sector de la salud en Estados Unidos, los costos y la cobertura. En cinco años se logró dar servicios de salud a 16.4 millones de estadounidenses que previamente carecían de cobertura de salud, en tanto que los precios de las primas de seguros crecieron a su menor nivel en 50 años.<sup>112</sup> Sin embargo, aún existen grandes retos para que la reforma empiece a ofrecer resultados.

Uno de los propósitos centrales de la reforma era que las personas que carecían de seguro médico pudiendo pagarlo, lo adquirieran. Sin embargo, el esfuerzo de la reforma para bajar los costos de los seguros, irónicamente funcionó en sentido contrario, observándose un incremento de las pólizas de seguros, además generó un aumento de la burocracia.

Como era de esperarse, la Ley de Cuidado de Salud Asequible inyectó un auge en el mercado de seguros, debido a la obligación de contratar una cobertura, pero la situación es diferente en cada estado, debido a que la regulación de los seguros de vida ha sido históricamente dejada a los gobiernos estatales.

La manera en que usualmente los estados han regulado es mediante la aprobación de mandatos. En 1999 había 1,260 mandatos incluyendo requerimientos de que los seguros cubran beneficios particulares como fertilización *in vitro*, renovación de pólizas y exclusión de condiciones preexistentes, así como mandatos para autorizar reembolsos de proveedores no médicos, como quiroprácticos.<sup>113</sup>

Esta situación ha generado una oportunidad de negocios para el turismo médico. Mientras que la mayoría de los estados han regulado indirectamente la incorporación de turismo médico en los seguros privados, dos estados han creado normas específicas, pero de maneras diametralmente opuestas.

---

<sup>112</sup> *The White House*, en: [www.whitehouse.gov](http://www.whitehouse.gov). Consulta enero 2017. Este material fue eliminado por la Administración de Donald Trump; se reservó copia disponible en anexo del presente trabajo

<sup>113</sup> Cohen, I. Glenn. *Op. cit.* p. 143

Texas ha restringido los planes de seguros que consideran al turismo médico, mediante una provisión que establece que los beneficios de las pólizas de seguros no pueden ofrecer planes que requieran servicios de salud particulares en un país extranjero.

California, en contraste, ha autorizado en forma limitada a las aseguradoras proveer servicios de salud en México. Gracias a ello firmas como *HealthNet*, *Blue Shield* y *SIMNSA* ofrecen ese tipo de planes con bajos precios y deducibles hasta 50% por debajo de los planes que utilicen exclusivamente servicios de salud en los Estados Unidos.

Estas aseguradoras han podido estructurar dichos planes bajo el esquema HMO, incorporando proveedores de México en su red médica. Si alguna aseguradora quiere ofrecer uno de estos planes se imponen algunas condiciones, entre otras requiere que éstas consientan la jurisdicción del sistema legal de los Estados Unidos en este tipo de seguros, así como la revisión constante de la calidad de los proveedores mexicanos.

Las leyes de California establecen que en este tipo de seguros transfronterizos los servicios de emergencia y urgencias deben ser atendidos en California, pero las cirugías programadas y otros servicios pueden ser otorgados en México. La Ley de Cuidado de Salud Asequible realmente conlleva incentivos para el turismo médico en los planes de las aseguradoras, dado que no había obstáculos en la regulación para contratar proveedores de servicios de salud fuera de los Estados Unidos.

Uno de los factores más críticos para el éxito de la reforma será lograr la alineación del pago con resultados, es decir, proveer incentivos correctos para los proveedores y para lograr el comportamiento de los consumidores, con el fin de alcanzar metas medibles y alcanzables, para mejorar la salud. En pocas palabras, se necesita un nuevo modelo de mercado en la industria.<sup>114</sup>

Otro elemento a considerar es el gran número de fraudes con los seguros de salud. En 2008 el senador Charles Grassley denunció que las pérdidas por abusos, fraudes y desperdicios ascendía a 60 mil millones de dólares anuales, de un presupuesto de 460 mil millones de dólares, es decir, el 13 por ciento.<sup>115</sup>

Para poner estas cifras en perspectiva, podría recordarse que el célebre defraudador de inversiones Bernie Madoff realizó un esquema financiero de pirámide con el que cometió un fraude por 50 mil millones de dólares, pero ese delito fue una sola vez, en tanto que los fraudes y abusos en los seguros de salud alcanzan los 60 mil millones de dólares anuales.<sup>116</sup>

---

<sup>114</sup> Numerof, Rita E. y Abrams, Michael N. *Op. cit.* p. 15

<sup>115</sup> *Ídem*

<sup>116</sup> *Ídem*

## 2.5. Problemáticas de cobertura, demografía y costos

Parte del debate nacional sobre la reforma al sistema de salud de Obama estuvo centrado en si era posible costearlo o no. El gran reto planteado se resume en la necesidad de asegurar cobertura para más población, sin incrementar costos, sin subir impuestos y sin incurrir en endeudamiento público.

La problemática de la cobertura de los servicios de salud abrió algunos nichos de mercado a empresas comerciales como Wal-Mart, Walgreens y CVs, que abrieron pequeños espacios para ofrecer orientación médica. Estas opciones se suman a alrededor de 10 mil pequeñas clínicas de servicios de urgencias.<sup>117</sup>

Un reporte del Grupo Unidos por la Salud, del Centro para la Modernización y Reforma del Sector Salud, estimaba que “el gobierno federal podría ahorrar 540 mil millones de dólares en el curso de los próximos 10 años si se aplican más ampliamente programas y técnicas existentes y probadas que han ayudado a mejorar la calidad de los servicios de salud y reducido el ritmo de crecimiento del gasto en el sector”.<sup>118</sup>

Entre los problemas identificados cabe mencionar los errores de medicación, que se estiman en 5 mil 600 millones de dólares anuales por hospital; si se considera que existen 5 mil hospitales en Estados Unidos, las pérdidas alcanzarían 28 mil millones de dólares anuales, de acuerdo con la Asociación Americana de Hospitales.

La reducción de estancias innecesarias en hospitales permitiría ahorrar 420 mil millones de dólares anuales, 75 millones por hospital. Por otra parte, eliminar servicios que se otorgan en hospitales y que son clínicamente innecesarios permitiría ahorrar 100 mil millones de dólares, tan sólo eliminando el 15% de esos servicios innecesarios.

Los Estados Unidos gastan más que cualquier país desarrollado en salud, si se considera el criterio de gasto *per cápita*. El problema, por tanto, no es que se gaste en forma suficiente, el problema es que se gasta inapropiadamente.

La clave está en redirigir esos recursos por 500 mil millones de dólares y ello, antes de lidiar con los abusos y los fraudes en el sistema. La reforma de los servicios de salud realizada por Obama incluyó muchas formas novedosas como nuevos métodos de pago, nuevos mecanismos de mercado que podrían alterar profundamente la dinámica de los mercados para brindar servicios de salud a la población.

---

<sup>117</sup> *Ibidem*, p. 59

<sup>118</sup> *Ibidem*, p. 37

Las regulaciones federales y estatales empezaron a moverse hacia la transparencia, basados en la premisa de que los consumidores deberían ser capaces de evaluar la calidad de los servicios, como parte de su decisión de optar por determinados proveedores.

Los nuevos métodos de pago también contemplaban la posibilidad de vincular los pagos a medidas de calidad más completas, para que pudieran ser percibidas por los usuarios de los servicios.

De una población de Estados Unidos estimada en 320 millones de habitantes, antes de la entrada en vigor del *Obamacare* la población sin cobertura médica o con cobertura médica limitada ascendía a 100 millones de personas. Considerando las personas sin seguro médico, la cifra se redujo de 48.6 millones en 2010 a 28.6 millones al cierre de 2015 de personas con recursos económico limitados, si bien algunos de estos individuos eran inmigrantes indocumentados.<sup>119</sup>

La nación afronta importantes decisiones políticas sobre cómo manejar los costos crecientes de la atención de salud y qué funciones deberán desempeñar el gobierno y el sector privado.

Estas decisiones se complican debido a cuestiones de equidad: unos 50 millones de personas no cuentan con seguro de salud y era cinco veces más probable que quienes vivían por debajo del umbral de pobreza señalaran que su salud era regular o mala, en comparación con las personas con ingresos familiares al menos cuatro veces superiores al umbral de pobreza.

Las cuestiones de equidad también se relacionan con la distribución de los fondos disponibles para los programas de *Medicaid* y *Medicare*, y para satisfacer las necesidades especiales de los más de 20 millones de veteranos de las fuerzas armadas, en particular los que vuelven desde Iraq y Afganistán y tienen lesiones graves y problemas de salud mental.

Uno de los principales propósitos del *Obamacare* era controlar los costos, por lo que en la legislación fue introducido el concepto de *Accountability for care* (ACO), (Responsabilidad por el cuidado), un modelo desarrollado como una manera de repartir la responsabilidad en la interacción de los proveedores y profesionales del sistema de salud, a través de incentivos para reducir costos y mejorar la calidad de los servicios.

La intención era eliminar la duplicidad de servicios, recursos e infraestructura, con el fin de lograr ahorros en beneficio de todos los actores. Uno de los propósitos de la reforma de Obama era crear programas con indicadores de que efectivamente se lograban ahorros, a través de incentivos en los reembolsos.<sup>120</sup>

---

<sup>119</sup> Jopson, Barney y Weaver, Courtney. "Programa de salud de Obama muestra débiles signos vitales". *The Financial Times*, 30 agosto 2016. En: *MILENIO*, 30 agosto 2016.

<sup>120</sup> Numerof, Rita E. y Abrams, Michael N. *Op. cit.* p. 244

En la legislación del *Obamacare* se describen los ACO's como grupos de proveedores que aceptan la responsabilidad por el costo y calidad de los servicios para grupos y poblaciones específicas, con clínicas participantes. El objetivo era dar incentivos para que esos grupos invirtieran en infraestructura y rediseño de servicios para elevar la calidad y eficiencia.

En los grupos ACO's podían participar diferentes proveedores como doctores individuales y hospitales, mediante la coordinación de sus servicios. Las organizaciones elegibles debían dar servicios de salud primarios, tener al menos 5 mil beneficiarios de *Medicare* y contratar servicios adicionales que pudieran requerir sus pacientes. Un requisito importante era lograr metas medibles y específicas para demostrar la mejora de la calidad de los servicios.

En suma, los grupos ACO's eran una organización virtual, integrada por hospitales proveedores cubriendo grupos específicos de pacientes. En 2012 se lanzó un programa piloto con 32 organizaciones, los cuales habían logrado algunos progresos para edificar infraestructura, bajar costos y un mejor manejo de riesgos. Sin embargo, nueve de las 32 empresas salieron del sistema un año después y cuatro más hicieron lo propio al segundo año.<sup>121</sup>

A pesar del éxodo de casi el tercio de los participantes originales en este esquema hubo logros: ahorros de 87.6 millones de dólares el primer año y 96 millones el segundo año. La mayoría de los participantes lograron objetivos de mejora de calidad.

El problema que adujeron los hospitales que dejaron el esquema fue la manera en que la CMS medía los avances, atándolos a penalizaciones y recompensas. Uno de los hospitales, el Presbiteriano de Nuevo México, hizo notar el gran problema de esa forma de medir: localizado en un área geográfica donde predominan los bajos costos y la baja utilización, no hay mucho donde recortar.

La evaluación de esa mejora estaba a cargo del Departamento de Salud y Servicios Sociales, incluyendo áreas de procesos clínicos, experiencia de los pacientes y la cantidad y precios de los servicios. El criterio era medir el gasto de esos grupos de ACO, en comparación a los costos de poblaciones similares.

Sin embargo, en los hechos los incentivos fueron para las empresas de mayor tamaño, dado que los profesionistas independientes y los hospitales pequeños estaban en desventaja o bien fueron absorbidos por grandes hospitales que sí recibieron los estímulos para ampliar infraestructura.

En realidad, no incentivó la competencia, dado que las empresas más pequeñas vieron reducidos sus márgenes. Algunos autores consideran que esta iniciativa recuerda la década de los 90, cuando los hospitales se embarcaron en afiliaciones masivas y compras compulsivas, dando lugar a un proceso de consolidación. Existe

---

<sup>121</sup> *Ídem*

la posibilidad de que se repita el fenómeno de los años noventa de fusiones y adquisiciones.

Sin embargo, se abrió la posibilidad de que entraran al mercado de la salud empresas disruptivas, como se aprecia en las aseguradoras que ofrecen servicios fuera de Estados Unidos, así como el hecho de que supermercados como Wal-Mart y otras cadenas comerciales entraran al negocio de los servicios de salud, ofreciendo consultas médicas y medicamentos genéricos a bajo precio.<sup>122</sup>

Estos nuevos jugadores se mueven a gran velocidad. Sin embargo, las grandes aseguradoras están adquiriendo hospitales, lo que genera preocupación por la concentración de poder en unas cuantas grandes empresas.

## **2.6. Propuesta de cambios en la administración de Donald Trump**

A lo largo de su campaña electoral, el presidente Donald Trump prometió que dismantlaría el *Obamacare* y la advertencia fue cumplida con el nombramiento del congresista republicano Tom Price, un opositor a la reforma de Obama, como secretario de Salud y Servicios Humanos.

Apenas tomó posesión de la presidencia, la primera acción de Trump en la Casa Blanca fue simbólica: dar una estocada al *Obamacare* a través de una orden ejecutiva con la solicitud a las agencias gubernamentales de "... minimizar la carga fiscal del Acta de Cuidado de Salud Asequible.<sup>123</sup>

La orden no especificaba qué aspectos de la ley quería cambiar. Sin embargo, el Congreso tiene que votar para derogar la ley en cuanto tenga otra legislación lista para reemplazarla.

Con la revocación pendiente, es imperativo que la rama ejecutiva se asegure de que la ley se está implementando de manera efectiva y se tomen todas las acciones para minimizar las cargas económicas y regulatorias del acta, y se preparen para ceder a cada estado mayor flexibilidad para un mercado abierto de salud.

Con el uso de la frase "hasta el máximo permitido por la ley", el documento manda a las agencias a implementar cambios de manera inmediata. Además, ordena empezar la creación de un sistema que permita la venta de seguros de salud entre estados, una base de la propuesta de los republicanos contra la Ley de Cuidado de Salud Asequible.

Como se ha explicado, la reforma de Obama obliga a la mayoría de los estadounidenses adultos a contratar seguro médico, ya sea del Gobierno o privado, o arriesgarse a una multa. Además, ofrece subsidios a los ciudadanos que ganen

---

<sup>122</sup> *Ídem*

<sup>123</sup> Hirschfeld, July y Pear, Robert, "Actúa Trump primero contra el *Obamacare*". *The New York Times*. 21 enero 2017, en: *Reforma*, 21 enero 2017.

menos de cuatro veces el sueldo correspondiente al umbral de pobreza, obliga a las compañías de seguros a tomar en cuentas condiciones preexistentes, y otorga cobertura a jóvenes adultos.

Sin embargo, algunos aspectos de la ley han encontrado oposición de conservadores, quienes alegan que la ley encarece los servicios médicos y representa un enorme gasto público.

Los legisladores demócratas que defienden la reforma aprobada en la administración de Obama han alertado que su revocación dejaría a más de 18 millones de personas sin seguro médico. Se trata de personas que ya gozan de porciones de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, como el derecho a que las aseguradoras cubran condiciones preexistentes y la opción de mantener a los hijos en el plan de salud de sus padres hasta que cumplan 26 años.

Esta reforma de salud del 2010 no es, técnicamente, un programa social a pesar de que tiene algunas características de ese tipo de programas. Las personas tienen que pagar por obligación individual, so pena de pagar una multa, para tener derecho a recibir servicios médicos. Es decir, no es un beneficio que el gobierno les da de forma gratuita, si bien destina recursos públicos a través de los programas *Medicaid* y *Medicare*.

El problema de revocar el *Obamacare* radica en que los Republicanos deben presentar una ley de reemplazo. En el proceso de realizar un cambio real en el sistema de salud, se necesita tener claridad sobre qué es lo que se va a cambiar y por qué. Si se introducen cambios pero no se dirigen las causas subyacentes de la ineficiencia, duplicación y errores, no se podrá resolver el problema estructural.

Ello requiere la participación de todos los actores, dado que una propuesta aislada no va a resolver el problema estructural del sector de la salud que enfrenta Estados Unidos; se necesita un nuevo modelo de negocios, que permita alinear mecanismos de financiamiento de la industria con las metas de prevención, mejoría de la calidad y reducción de costos. El principal cambio es una mayor competencia entre las aseguradoras, ahí está la clave, hay suficiente dinero en el sistema para dar cobertura a todos los americanos, sin necesidad de aumentar impuestos o endeudarse.

El sector salud de los Estados Unidos, como muchos otros sectores en transición, enfrenta factores de presión: ente éstos modificaciones significativas en la regulación; un entorno muy complicado para los prestadores de servicios, así como cambios tecnológicos y cambios en las expectativas de los consumidores.

Muchos estadounidenses consideran que garantizar un servicio básico de salud para todos los que lo necesitan es signo de una buena sociedad. En otros países el gobierno provee un nivel básico de salud para todos los habitantes, con la

participación de seguros privados para escalar mejores opciones para quienes así lo quieran.

En muchas ciudades los grandes hospitales son los mayores empleadores, las personas dependen de ellos no sólo para tener un trabajo sino para recibir servicios de salud, por lo que no es bien visto que se les presione por parte del gobierno. En realidad, hay una élite de directivos de estas empresas que perciben ingresos desproporcionadamente altos y se benefician de los subsidios gubernamentales.

El economista Paul Krugman advertía que los republicanos, so pretexto de recortar gasto público irían por la finalización de la Ley de Servicio Médico Asequible, la privatización del *Medicare* e incluso la reducción drástica de los vales de comida, así como el aumento de la edad de jubilación.<sup>124</sup>

Si se dejan las libres fuerzas de mercado, como lo sostienen los republicanos, no habrá servicios de salud para los enfermos que más lo necesitan, a menos que puedan pagarlos de su bolsillo.

Las aseguradoras no tendrán interés en dar cobertura de salud a personas de las que se sospecha están enfermas. Así que liberar el mercado significa en realidad que sólo las personas que tienen capacidad de pagar su seguro y los que están sanos, son los que tendrán cobertura para servicios de salud.

Krugman considera que en las primeras semanas de la nueva administración se ha generado un completo caos en el frente de la reforma al sistema de salud estadounidense.

La promesa de dar cobertura a todo mundo parece imposible de cumplir dado que la Oficina Presupuestaria del Congreso advirtió que revocar la Ley de Servicio Médico Asequible llevaría a una inmensa penuria para decenas de millones de personas.

Krugman considera que la lógica de la reforma de Obama es lo más claro que se ha visto en décadas de discusión de política en el ámbito de la salud, toda vez que “proveer servicio médico a aquellos a los que se les había negado anteriormente necesariamente debe considerarse como una cuestión de redistribución de los afortunados a los desafortunados”.<sup>125</sup>

La eventual derogación de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, advierten diversas voces, significará dejar a sus propios medios a los enfermos, a menos que puedan pagar su seguro médico.

---

<sup>124</sup> Krugman, Paul, “Un estímulo fiscal incierto”, *The New York Times*, 10 enero 2017. New York. En: <http://krugman.blogs.nytimes.com>

<sup>125</sup> Krugman Paul, “La lógica de la reforma de salud”. *The New York Times*. 30 enero 2017. En: *El Financiero*, 30 enero 2017.

Garantizar el servicio médico tiene un costo, así que habría que pensar qué pasará si eliminan incluso los programas *Medicaid* y *Medicare*, como lo han propuesto algunos republicanos.

Las compañías aseguradoras seguirán aplicando criterios de cobro sobre la base de historial médico pero eso significa que cobrarán primas más altas a los sanos, lo cual a su vez creará un incentivo para que la gente no contrate un seguro a menos que se enferme, lo que elevará aún más las primas.

## **Conclusiones**

El modelo de salud de Estados Unidos, basado en el libre mercado, históricamente ha considerado este concepto como un bien individual. La protección a la salud no está considerada en forma expresa ni en la Constitución Federal ni en la de los gobiernos estatales.

Estados Unidos es el país que más gasta en este rubro. En 2015 destinaba el mayor gasto en salud *per cápita* en el mundo, por arriba de países como Suiza, Alemania y Canadá.

La industria aseguradora juega un papel central en el sistema de salud de los Estados Unidos, ya que sólo tienen acceso a los servicios las personas que cuentan con una póliza. El esquema de servicios es muy complejo y comprende un abanico que incluye diversos proveedores.

El sistema de salud de los Estados Unidos, al girar alrededor de las aseguradoras, ha provocado que la mayoría de la población recurra a comprar pólizas de seguro para todo tipo de servicio de salud, incluidos los exámenes básicos de rutina, a causa de la percepción de que cualquier servicio es demasiado caro para pagarlo sin seguro.

A partir de 2008, Estados Unidos experimentó la más grave crisis económica desde la Gran Depresión de los años 30, por ello el número de personas sin seguro de salud aumentó: en 2008, 46.3 millones de personas (15.4% de la población) no tenían seguro de salud, en 2009 el número se había elevado a 50.7 millones (16.7% de la población).

El 23 de marzo de 2010 el ex Presidente Barack Obama firmó la *Affordable Care Act* (ACA), Ley de Cuidado de Salud Asequible (conocida popularmente como *Obamacare*), que entró en vigor el 1 de enero de 2014. En esta ley destaca el mandato de que cada ciudadano en los Estados Unidos cuente con una cobertura mínima esencial, sin especificar exactamente qué servicios debe incluir el seguro, so pena de pagar una multa en caso de no contratarla. Hizo obligatorio para las empresas con más de 50 trabajadores ofrecer seguro médico, con lo que se buscaba expandir la cobertura de salud para los más necesitados a través de *Medicaid*.

De una población de Estados Unidos estimada en 320 millones de habitantes, antes de la entrada en vigor del *Obamacare* la población sin cobertura médica o limitada ascendía a 100 millones de personas. Considerando las personas sin seguro médico, la cifra se redujo de 48.6 millones en 2010 a 28.6 millones al cierre de 2015<sup>126</sup>, los que quedan desprotegidos son personas con recursos económicos limitados, incluidos los inmigrantes indocumentados.

El *Obamacare* trajo auge al mercado de seguros, debido a la obligación de contratar una cobertura. Esta situación ha generado una oportunidad de negocios para el turismo médico mediante normas específicas, donde han surgido dos opciones diametralmente opuestas. Por un lado, Texas ha restringido los planes de seguros que consideran turismo médico mediante una provisión que establece que los beneficiarios de salud no pueden ofrecer planes que requieran servicios de salud particulares en un país extranjero.

California, en contraste, ha autorizado en forma limitada a los seguros proveer servicios de salud en México bajo un esquema en el que los servicios de emergencia y urgencias deben ser atendidos en California, pero las cirugías programadas y otros servicios pueden ser otorgados en México.

La paradoja es que tal como se previó en esa reforma, para que el sistema pueda funcionar eficazmente es necesario que las personas contraten seguro por mandato, pero en la medida en que algunos no puedan pagar cobertura mínima se necesitarán subsidios, los cuales deben ser cubiertos con impuestos.

El sistema de salud de los Estados Unidos enfrenta un gran desafío ya que a los costos crecientes y las distorsiones en el mercado creados por el papel de las aseguradoras parecen tener en un callejón sin salida a la administración de Donald Trump, que busca eliminar la Ley del Cuidado de Salud Asequible.

En esta complicada situación, se abre una ventana de oportunidad para el turismo médico. Algunas aseguradoras han encontrado la manera de contratar servicios médicos en México, como en el caso de California.

El futuro de este mercado potencial dependerá de la nueva legislación y de la reforma al sistema de salud que eventualmente implemente la administración Trump.

---

<sup>126</sup> Jopson, Barney y Waver, Courtney, *op.cit.* V. *infra* inciso 2.5 del presente trabajo, pag. 71

### 3. EL SISTEMA DE SALUD DE MÉXICO

#### 3.1. Antecedentes de sistemas de salud en países capitalistas

Antes de explicar la estructura del sistema mexicano y entender su composición, es conveniente señalar a v grandes rasgos los modelos de los sistemas de salud vigentes en los países capitalistas, los cuales se dividen en tres grandes modalidades.

- En primer lugar el modelo alemán fundado en 1883 por Otto Bismarck bajo el concepto de seguro social financiado por patrones y trabajadores; considera a la salud como un derecho asociado con el estatus laboral. La ley Sobre el Seguro Obrero de Enfermedad se financiaba con dos tercios de los aportes de los trabajadores y un tercio de los empresarios. El seguro cubría tratamiento médico gratuito, fármacos y subsidio por enfermedad y los servicios de salud son proveídos por una red de empresas privadas.<sup>127</sup>
- En segundo lugar se ubica el sistema británico surgido a iniciativa de Sir William Beveridge, que mediante el Plan que llevó su nombre propuso los lineamientos de un amplio sistema nacional con cobertura para toda la población en todos los niveles de atención. El 5 de julio de 1948 los laboristas a pesar de las presiones de las corporaciones médicas crearon el Servicio Nacional de Salud, financiado con recursos públicos y manejado por el gobierno; en este caso el derecho a la salud es considerado constitucional, por lo cual todos los habitantes tienen derecho a la salud. El gobierno brinda este servicio a la población en general.<sup>128</sup>
- En tercer término, el modelo de Estados Unidos, basado en el libre mercado y en el que históricamente ha predominado el concepto de salud como un bien individual. Dentro de las obligaciones del Estado, la protección a la salud no está considerada en forma expresa ni en la Constitución Federal ni de los gobiernos estatales.<sup>129</sup>

En Estados Unidos, en general los hospitales eran talleres médicos privados y cobraban honorarios particulares por sus servicios a los enfermos. La existencia de consultorios privados de los especialistas creó la base de la Clínica Médica de Grupo, este fenómeno empezó con los hermanos Mayo, en Minnesota en 1887.<sup>130</sup>

---

<sup>127</sup> Preker S. Alexander, Xingzhu Liu, Velenyi Edit V. y Baris EnisPublic Ends. *Private means. Strategic purchasing of health services*. The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank, New York. 2007, p. 76

<sup>128</sup> *Ídem*

<sup>129</sup> López, Susan. *Sistemas de Salud comparados*. Facultad de Trabajo Social, Universidad de la Plata, Argentina. 2005.

<sup>130</sup> *Ídem*

La legislación sobre seguridad social se introdujo en los Estados Unidos mucho después que en Europa. El impacto de la Gran Depresión de 1929-1933 hizo ver la necesidad de que el Estado interviniera para reducir el desempleo y ayudar a quienes habían sido adversamente afectados por el desplome de la economía. Entre los programas del *New Deal*, en 1935 el presidente Franklin D. Roosevelt promulgó el Acta de Seguridad Social que creó el seguro de vejez y de desempleo.

Los esquemas de salud vigentes en los diferentes países son variantes de esos tres sistemas básicos. En México el sistema está inspirado en el modelo alemán, con un modelo de financiamiento tripartito y el derecho a la salud ligado al estatus laboral, si bien contempla el derecho a la salud de los no asalariados a través de servicios públicos. Sobre estos rasgos abundaremos más adelante.

### **3.2. Antecedentes del sistema de salud en México**

Las primeras instituciones de salud en el México posrevolucionario se remontan a la publicación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el 5 de febrero de 1917 del artículo 73, que creó el Departamento de Salubridad y el Consejo de Salubridad General.<sup>131</sup>

El sistema de salud actual de México fue creado mediante decreto del 18 de octubre de 1943 por el presidente Manuel Ávila Camacho, que creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud) en la cual fueron fusionados la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad.<sup>132</sup>

El fundador de la Secretaría de Salubridad y Asistencia fue Gustavo Baz Prada, quien estuvo al frente de ese cargo de 1943 a 1946, lapso en el que echó a andar un ambicioso plan de construcción de hospitales. En esta primera etapa la Secretaría de Salud se responsabilizó de la salud de los grupos campesinos y urbanos que no eran derechohabientes del IMSS ni trabajadores al servicio del Estado o de gobiernos estatales.

El Instituto Mexicano del Seguro Social fue creado el 19 de enero de 1943, al igual que el Hospital Infantil de México, considerado el primero de los Institutos Nacionales de Salud.<sup>133</sup>

Más tarde nacieron el Instituto Nacional de Cardiología, en 1944; el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, en 1946; el Instituto Nacional de Cancerología, en 1950; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del

---

<sup>131</sup> DOF. "Manual de Organización de la Secretaría de Salud". *Diario Oficial de la Federación*. Ciudad de México, 17 agosto 2002, en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5264646&fecha](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5264646&fecha), consulta en marzo de 2017.

<sup>132</sup> *Ídem*

<sup>133</sup> SS. *El sistema de salud mexicano, una historia de casi 60 años*. Gaceta de la Secretaría de Salud México. 2002. [www.gob.mx/salud](http://www.gob.mx/salud). Consulta en marzo de 2017.

Estado (ISSSTE) fue creado el 7 de diciembre de 1959, y el Instituto Nacional de Neurología, en 1964.<sup>134</sup>

En 1984 se realizó una reforma al sector de la salud mediante la expedición de la Ley General de Salud y el cambio de nombre a Secretaría de Salud, bajo la responsabilidad del entonces secretario Guillermo Soberón Acevedo.<sup>135</sup>

El sistema de salud de México está inspirado en el modelo alemán, en el cual el derecho a la salud está vinculado al empleo formal a través del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para los trabajadores de empresas privadas, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para trabajadores del sector público así como de institutos estatales de salud para los empleados de gobiernos subregionales.

A grandes rasgos, el sistema mexicano de salud tiene tres grupos de prestadores de servicios. El primero incluye a las instituciones que atienden a la población no asegurada, que es de alrededor de 40 por ciento de los mexicanos, en su mayoría pobres de zonas rurales y urbanas.<sup>136</sup>

El segundo componente es la seguridad social, que da atención a los trabajadores del sector formal de la economía, está integrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que atiende a los empleados del gobierno federal en todo el país. Se suman también los institutos de salud de las 32 entidades, los sistemas de salud del Ejército, de la Marina y de antiguas empresas paraestatales como Pemex, que actualmente está en proceso de cambio de régimen y es considerada una “empresa productiva del Estado”.

El tercer componente del sistema de salud mexicano es el sector privado, al cual puede acudir cualquier persona con capacidad de pago.

En el año 2000 se realizó un cambio muy importante en el sistema de salud de México, con la creación del Seguro Popular para atender a la población no derechohabiente de IMSS, ISSSTE u otra institución.

Esa fue una iniciativa de Julio José Frenk Mora, titular de la Secretaría de Salud del primer gobierno de un partido de oposición, el Partido Acción Nacional; también creó la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).<sup>137</sup>

---

<sup>134</sup> *Ídem*

<sup>135</sup> SS. Secretaría de Salud. *El Legado de los secretarios de Salud*, Secretaría de Salud, México. [www.gob.mx/salud](http://www.gob.mx/salud), en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/el-legado-de-los-secretarios-de-salud-de-mexico?idiome>, consulta en marzo de 2017.

<sup>136</sup> SS. *El sistema de salud mexicano, una historia de casi 60 años*. Gaceta de la Secretaría de Salud México. 2002. [www.gob.mx/salud](http://www.gob.mx/salud), en: [http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta\\_010702/hoja7.html](http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta_010702/hoja7.html) Consulta en marzo de 2017.

<sup>137</sup> *Ídem*

En resumen, actualmente en México coexisten más de 40 sistemas de salud, un instituto estatal en cada una de las 32 entidades federativas, más el IMSS, el ISSSTE, los sistemas de salud del Ejército, de la Marina y de antiguas empresas paraestatales como Pemex.

En la tabla 9 se resume la cobertura de salud en México, con base en el esquema descrito:

**Tabla 10**  
**Cobertura de salud en México**

Sector Público	25.5% Seguro Popular
Seguridad social. Financiado por empleadores y trabajadores	45.3% IMSS, ISSSTE, Pemex, Defensa, Marina. Institutos estatales de salud
Privado	3%
Sin cobertura	26.2%

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Washington.  
[www.paho.org](http://www.paho.org), consulta en noviembre de 2016.<sup>138</sup>

De una población económicamente activa ocupada de 52.1 millones de trabajadores<sup>139</sup>, solamente 18.9 millones de trabajadores tienen un empleo formal y están afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Considerando a los familiares de esos trabajadores afiliados se estima que existen 64.5 millones de derechohabientes, vinculados al IMSS, ISSSTE, Petróleos Mexicanos, la Secretaría de la Defensa Nacional, y la Secretaría de Marina.

Al tener un modelo basado en la seguridad social vinculada al estatus laboral, una de las grandes dificultades del sistema de salud mexicano es el alto porcentaje de trabajadores informales que carecen de seguridad social, a menos que los interesados paguen su propia cuota para recibir servicio médico.

El número de afiliados al Seguro Popular pasó de 15.7 millones en 2006 a 40 millones en 2010, el cual es operado a través de las secretarías de salud federal y estatales, y el programa "IMSS Oportunidades", que en el sexenio iniciado en 2012 cambió su nombre a "IMSS Prospera".

<sup>138</sup> OPS. *Salud de las Américas*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, 2012.  
[www.paho.org](http://www.paho.org),  
consulta en febrero de 2017.

<sup>139</sup> INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017) "Cuadro resumen de ocupación y empleo", [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx) Consulta en febrero de 2017.

El Seguro Popular cuenta con 275 intervenciones incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud, las cuales cubren casi 1,500 enfermedades que en 2010 representaban 100% de la atención primaria, es decir, consulta con médicos generales; 95% del segundo nivel, conformado por médicos especialistas y hospitales generales, y 60% de los padecimientos atendidos en el tercer nivel, es decir en hospitales de alta especialidad y que entrañan procedimientos quirúrgicos; en este rubro se incluyen 57 intervenciones de alto costo a través del Fondo para Gastos Catastróficos. La cobertura sanitaria se complementa con el Seguro Médico para una Nueva Generación, el cual desde su creación en 2006 protege a casi 5 millones de niños desde su nacimiento.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, los programas federales "Oportunidades" (1997) y de "Apoyo Alimentario" (2010), ambos a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social, entregan sumas en efectivo, alimentos, becas y paquetes gratuitos de salud a 5.8 millones de hogares pobres. Sus familias beneficiarias tienen que acudir al menos una vez por semestre a la unidad de salud más cercana a su lugar de residencia para recibir los servicios de salud de acuerdo a lo establecido en su cartilla nacional.

En 2010 fue creado el Consejo Nacional para las Enfermedades Crónicas, con la participación de las secretarías de Hacienda, Agricultura, Pesca y Alimentación (SAGARPA), Educación, Trabajo y Previsión Social y Economía, además del sector privado.

El gran problema del sistema de salud mexicano –al igual que ocurre en otros sectores– es la abultada estructura burocrática, con base en esquemas del gobierno federal y gobiernos estatales que mezclan en un mismo organismo la regulación, la prestación de servicios médico-hospitalarios y el financiamiento de los mismos.

La falta de transparencia y deficiencias en el uso de los recursos dedicados a la salud genera problemas como desabasto de medicamentos, retraso en la atención médica y el rezago en infraestructura hospitalaria del país. Muchos de los principales hospitales han rebasado ya su vida útil, de acuerdo con un diagnóstico realizado por empresarios de la Confederación Patronal de la República Mexicana.<sup>140</sup>

También deben señalarse la carencia de infraestructura y de profesionales de la medicina. En México hay 2.5 médicos por cada mil habitantes, mientras que el promedio de la OCDE es de 3.2. Tenemos en promedio una cama de hospital por cada mil habitantes, lo que se compara desfavorablemente con otros países; en Corea existen 11 y en Japón, 13.3.

De acuerdo con cifras recientes del Secretario de Salud, José Narro, a febrero de 2017 existen en el territorio nacional casi 23 mil unidades de consulta externa, cerca

---

<sup>140</sup> COPARMEX, Conferencia "Criterios Fundamentales de la Reforma de Salud y Seguridad Social". Confederación Patronal de la República Mexicana. Ciudad de México, 18 septiembre 2015.

de mil 400 hospitales con 90 mil camas censables y más de medio millón de trabajadores de la salud entre médicos y enfermeras<sup>141</sup>.

Diariamente se atiende a un millón de pacientes en el sistema de salud, se registran cuatro mil 500 nacimientos, 100 mil urgencias, 890 mil consultas, 10 mil cirugías y cerca de 16 mil hospitalizaciones<sup>142</sup>.

El mayor desafío que enfrenta México son las enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente la obesidad y la diabetes, esta última causante de la muerte de más de un millón 100 mil mexicanos en los últimos tres lustros.<sup>143</sup>

Las enfermedades infecciosas dejaron de ser la principal causa de enfermedad y muerte, para ser reemplazadas por las crónico-degenerativas como hipertensión, diabetes y obesidad, que solo pueden ser resueltas con programas de prevención y educación. El mayor número de pacientes crónico degenerativos se encuentra en el grupo de edad mayor a 60 años, población que genera el 75% de las consultas en el IMSS.

Estas carencias señalan la urgencia de emprender cambios en el modelo de atención a la salud; han surgido iniciativas para crear un sistema universal que marcaría un giro al modelo británico. El 7 de abril de 2016 se dio un primer paso, con la firma de un Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud firmado por los directores generales del IMSS, el ISSSTE, los gobernadores de las entidades federativas y los secretarios de la Defensa Nacional y Marina.<sup>144</sup>

### **3.3. Antecedentes del sistema de salud privado en México**

En términos de oferta de servicios hospitalarios en México, todavía existe un rezago importante. De acuerdo a la Organización Panamericana de Salud (PAHO, por sus siglas en inglés), en México, en el sistema de salud privado solamente hay 1.5 camas hospitalarias por cada 1,000 habitantes, comparadas con 2.5 en Uruguay, 2.3 en Brasil, 2.2 en Chile y 1.5 en Ecuador.<sup>145</sup>

De las camas hospitalarias ubicadas en México, el 72% se encuentra en hospitales públicos y solamente el 28% está disponible en hospitales privados.<sup>146</sup>

---

<sup>141</sup> Narro Robles, José, Conferencia dictada en el Foro 18' Think Tank, "Salud, Productividad y Desarrollo", organizado por COPARMEX, con la participación del Secretario de Salud. Ciudad de México, 15 febrero 2017.

<sup>142</sup> *Ídem*

<sup>143</sup> *Ídem*

<sup>144</sup> *La Jornada*, "En marcha, que servicios de salud sean universales", Ciudad de México, 8 abril 2016.

<sup>145</sup> OPS. *Salud de las Américas*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, 2012. En: [www.paho.org](http://www.paho.org). Consulta marzo 2017.

<sup>146</sup> INEGI. Estadísticas de salud en establecimientos particulares, Instituto Nacional de Geografía y Estadística. En: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825001069>,

Cabe destacar que del universo de hospitales privados en México, el 92.0% son unidades con menos de 25 camas censables cada uno; el 4.8% son unidades con entre 25 y 50 camas y solamente el 3.1% de los hospitales privados en México tienen más de 50 camas.

El sistema de salud privado en México ha sido uno de los más activos para atraer pacientes de Estados Unidos, especialmente los hispanos. El desarrollo de estas empresas privadas que proveen servicios de salud tomó fuerza en los años ochenta, cuando fue creado el Grupo Médica Sur en la Ciudad de México, el cual se detalla más adelante.

Una de las fuentes más relevantes de los ingresos totales de los grupos privados son los gastos relacionados a los Seguros de Gastos Médicos Mayores, que es un segmento dentro del área de seguros que ha crecido de manera importante en los últimos años, siguiendo la misma tendencia del crecimiento en el gasto privado total en salud en México.

Como perspectiva, en el año 2000 apenas 2.8 millones de personas en México contaba con una póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores, lo que representaba el 2.8% de la población total; mientras que para el año 2014 el número de personas con esa cobertura se triplicó a 9.2 millones<sup>147</sup>, por lo que el potencial de crecimiento de este tipo de seguros aún es muy alto.

Esto es especialmente importante si se considera que solamente un 7% del gasto privado en salud en México es cubierto por los Seguros de Gastos Médicos Mayores, siendo el restante 93% un desembolso de los propios consumidores. Esta situación contrasta con el sistema de salud de Estados Unidos, en el cual la mayor parte de los servicios de salud se presta con el pago de aseguradoras.

En México se han desarrollado *clusters* de servicios médicos privados. En este proceso, los gobiernos estatales han jugado un rol importante al alinear políticas públicas para incentivar la inversión.

En 2003 el Gobierno del Distrito Federal, a través de la Secretaría de Turismo elaboró un estudio en colaboración con una consultoría especializada en temas de salud y mercadotecnia, con el fin de generar un plan estratégico para posicionar a la Ciudad de México como principal destino de turismo médico nacional e internacional. Este estudio permitió identificar los mercados prioritarios, las especialidades médicas con potencial de mercado y las líneas de acción a seguir.

Las Secretarías de Salud y Turismo y el Fondo Mixto de Promoción Turística del Distrito Federal trabajan de manera conjunta desde febrero de 2009, con los

---

consulta en febrero de 2017.

<sup>147</sup> AMIS. *Informe Anual 2015*. Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros. En:

[www.AMIS.org.mx](http://www.AMIS.org.mx)

Consulta en febrero de 2017.

principales grupos hospitalarios, laboratorios, intermediarios turísticos, la Asociación de Hoteles de la Ciudad de México y la Cámara de Comercio del Distrito Federal, a fin de consensuar dicho plan estratégico.

Los principales puntos a considerar en este Plan son: Norteamérica como mercado prioritario; la integración de paquetes que incluyan tratamientos o cirugías, transporte, hotel y amenidades turísticas y la generación de alianzas entre los sectores turístico y médico.

En julio de 2009 se propuso la creación del Consejo Consultivo de Turismo en Salud de la Ciudad de México con el fin de dar paso a una organización más formal del grupo de trabajo y dado el antecedente en otras ciudades o regiones del país, como en Monterrey la Ciudad de la Salud y el Clúster del Turismo de la Salud de Sonora.

El Consejo, fue pensado como un órgano de consulta, opinión y apoyo en la toma de decisiones consensuadas en materia de turismo en salud de la Ciudad de México, a fin de garantizar una oferta médica y turística integrada de calidad internacional.

En complemento a estas acciones, el Gobierno del Distrito Federal trabaja en el desarrollo de una campaña de promoción en medios y de relaciones públicas dirigidas a los diferentes segmentos del mercado prioritario a fin de posicionar a la Ciudad de México como destino de turismo médico de excelencia.

El Consejo Consultivo tiene previsto realizar una serie de conferencias de prensa en las principales ciudades de Estados Unidos con el apoyo de la *Medical Tourism Association* (MTA) y los consulados de México en ese país, mediante las gestiones de la empresa *International Healthcare and Wellness*, a fin de dar a conocer a las aseguradoras, grandes empleadores y medios de comunicación en ese país la oferta médica de México y sus principales ciudades, entre ellas la Ciudad de México.

A continuación se revisan los grupos empresariales de salud privada más grandes del país.

### **3.4. Oferta hospitalaria de salud privada en la región centro**

#### **3.4.1. Grupo Médica Sur**

Un grupo mexicano de médicos y trabajadores de la salud fundó Médica Sur en 1966, con el fin de crear un centro privado de alta especialidad con estándares de eficiencia internacionales y que además resultara económica y financieramente sustentable. El presidente del grupo es el Dr. Misael Uribe y en 2015 obtuvo ingresos por 2,278.8 millones de pesos, de acuerdo con su reporte anual enviado a la Bolsa Mexicana de Valores.<sup>148</sup>

---

<sup>148</sup> BMV. Bolsa Mexicana de Valores. Informe anual de Grupo Médica Sur, que cotiza con la clave MEDICA. En: [https://www.bmv.com.mx/docs-pub/infoanua/infoanua\\_689732\\_2015\\_1.pdf](https://www.bmv.com.mx/docs-pub/infoanua/infoanua_689732_2015_1.pdf). Consulta en febrero de 2017.

La empresa entró a cotizar a la Bolsa Mexicana de Valores el 10 de marzo de 1994 para financiar sus planes de expansión. Médica Sur es un operador de hospitales y un proveedor integrado de servicios del cuidado de la salud y servicios relacionados. Provee estos servicios a través de hospitales y laboratorios.

Desde su origen, Médica Sur fue concebido como un hospital académico que desarrolla actividades de investigación, en línea con el modelo de negocio de algunos de los más importantes y prestigiados hospitales en el mundo, como la Clínica Mayo y la Clínica Cleveland.

En septiembre 2015 Médica Sur y la Mayo Clinic Care Network inauguraron el Centro de Educación al Paciente (CEAP), con el objetivo de ofrecer la mejor atención médica y contribuir a educar al paciente en la comprensión de padecimientos con información veraz y profesional sobre la salud.

La empresa señala en su informe anual de 2015 enviado a la Bolsa Mexicana de Valores que se ha concentrado en lograr la combinación de servicios hospitalarios de excelencia, infraestructura de vanguardia, docencia e investigación en un mismo lugar para obtener importantes sinergias que se traduzcan en un alto nivel de calidad en la atención a los pacientes.

Actualmente el Grupo Médica Sur está integrado por el complejo hospitalario Médica Sur Tlalpan ubicado al sur de la Ciudad de México, el complejo hospitalario Médica Sur Lomas en el poniente de la misma ciudad, y por 34 sucursales de diagnóstico básico, ubicados en la Ciudad de México, el Estado de México y en la ciudad de Cuernavaca, Morelos.

En las instalaciones, se ofrecen servicios de diagnóstico básico, atención médica de primer, segundo y tercer nivel<sup>149</sup>, además de llevar a cabo actividades de investigación clínica, docencia y asistencia social.

Al 31 de diciembre de 2015, las unidades de servicio, los recursos físicos, los recursos humanos, la infraestructura y las actividades docentes de Médica Sur se integran como se explica a continuación en la Tabla 11:

**Tabla 11**

**Unidades de Servicio y recursos del Grupo Médica Sur**

Número de unidades	Concepto
2	Hospital Médica Sur Tlalpan, alta especialidad)

<sup>149</sup> La atención médica de primer nivel es de consulta general; de segundo nivel se relaciona con especialidades y el tercer nivel involucra procedimientos quirúrgicos y hospitalización.

	Hospital Médica Sur Lomas, especializado en gineco-obstetricia.
34	Sucursales de diagnóstico básico
223	Camas censables
21	Quirófanos
527	Consultorios
2,189	Empleados
1,465	Miembros de la Sociedad de Médicos de Médica Sur.

**Fuente:** BMV Bolsa Mexicana de Valores. Informe anual de Grupo Médica Sur 2015, p. 6

Durante 2015, los ingresos de Médica Sur se generaron principalmente en Médica Sur Tlalpan, siendo los servicios hospitalarios la actividad más relevante.

Médica Sur Tlalpan se ubica al sur de la Ciudad de México, en las inmediaciones de los principales Institutos de Salud en México. Médica Sur Tlalpan es uno de los hospitales privados más grandes en México en términos de número de Camas Censables, con 190 camas, y estimamos uno de los más importantes del país en términos de ingresos. Cuenta con 190 habitaciones hospitalarias, 16 quirófanos, 15 cubículos de cuidados críticos y 14 cubículos de urgencias. Asimismo cuenta con espacios para consultorios en la Torre I y la Torre II que, en conjunto con un anexo de 19 consultorios en la Torre III, comprenden un total de 527 consultorios.

Además, opera mediante el esquema de franquicia un Hotel Holiday Inn con 53 habitaciones. Cuenta también con dos restaurantes, tres cafeterías y dos farmacias de venta al público, y arrienda los inmuebles en los que se ubican dos sucursales bancarias dentro del complejo hospitalario. Al 31 de diciembre de 2015 trabajaban 2,020 empleados en Médica Sur Tlalpan.

Durante 2015 fueron atendidos casi 390,000 pacientes en Médica Sur Tlalpan, de los cuales 12,713 fueron pacientes hospitalizados, 62,023 pacientes fueron atendidos en clínicas y 311,719 en servicios de diagnóstico. Adicionalmente, se realizaron 9,242 cirugías y fueron atendidos 17,910 pacientes de urgencias. La estancia promedio de los pacientes en Médica Sur Tlalpan durante el 2015 fue de 3.0 días, y la ocupación anual fue del 62.3%<sup>150</sup>.

Médica Sur enfrenta competencia directa de diversos proveedores de servicios del cuidado de la salud y servicios relacionados. La empresa reconoce que podría competir con nuevos proveedores de servicios médicos que pudieran establecerse en el futuro en las regiones geográficas en las que presta sus servicios.

Una parte significativa de los ingresos se ha concentrado en la Ciudad de México y especialmente en Médica Sur Tlalpan, y cualquier acontecimiento respecto a dicha

---

<sup>150</sup> *Ídem*

ciudad o dicho campus podría impactar negativamente en nuestra situación financiera y resultados de operación.

Salvo por algunos de los laboratorios localizados en los Estados de México y de Morelos, la totalidad de las operaciones se concentran en el Distrito Federal. En consecuencia, los resultados de operación dependen de las condiciones económicas que imperen en la Ciudad de México, incluyendo entre otros, el nivel de poder adquisitivo, nivel de desempleo, condiciones políticas, entre otros, no obstante que la Ciudad de México representa la zona económica más fuerte del país y con el más alto poder adquisitivo, de acuerdo con cifras del INEGI.

Asimismo, una parte significativa de los ingresos totales deriva de Médica Sur Tlalpan ubicado en la zona sur de la Ciudad de México. Debido a la concentración de los ingresos y de la dependencia en Médica Sur Tlalpan, cualquier evento que pudiere afectar a esa unidad, incluyendo obras viales que afecten los accesos al mismo, entre otros, podría causar fluctuaciones materiales o disminuciones en los ingresos y podría tener un efecto material adverso en la situación financiera, resultados de operación y planes de negocio.

Para hacer frente a ese riesgo Médica Sur abrió su división de turismo médico con el objetivo de atraer pacientes internacionales.<sup>151</sup> En su informe a la Bolsa Mexicana de Valores no detalla el número de pacientes extranjeros atendidos ni el monto de ingresos por ese concepto.

### **3.4.2. Grupo Empresarial Ángeles Servicios de Salud**

Propiedad de Olegario Vázquez Raña, la empresa forma parte del Grupo Empresarial Ángeles, de capital 100% mexicano, fundado en 1989 como corporativo, que actualmente está integrado por empresas en los sectores de la salud, turismo, finanzas y comunicación.

Su primera empresa fue el Hospital Humana, adquirido en 1986 por Olegario Vázquez Raña; ésta fue la semilla de los que hoy es El Grupo Ángeles Servicios de Salud, uno de los mayores jugadores del sector salud en México.

En el 2000 el grupo Ángeles aprovechó la privatización de empresas que habían quedado en poder del gobierno mexicano a raíz de la crisis de deuda de 1995-96, las cuales habían sido rescatadas y eran operadas con recursos públicos. Adquirió el Grupo Real Turismo, operadora de la cadena de hoteles Camino Real; en 2011 agregó a sus negocios de turismo la cadena Quinta Real y en 2011 la cadena Real Inn orientada al sector de viajeros de negocios.

---

<sup>151</sup> Grupo Médica Sur. En: [http://www.medicasur.com.mx/es/ms/ms turismo de salud](http://www.medicasur.com.mx/es/ms/ms_turismo_de_salud) consulta en febrero de 2017.

En 2003 Olegario Vázquez Raña adquirió Grupo Imagen, su primera empresa de medios de comunicación y en 2006 compró el periódico Excélsior.

En el mismo 2006 Vázquez Raña adquirió el Grupo Financiero Multiva, integrado por la casa de bolsa, la operadora de fondos de inversión y la arrendadora, además de que concreta la compra de la Peninsular de Seguros. Ese mismo año las autoridades financieras otorgan a Banco Multiva la autorización para constituirse y operar.

Sus principales empresas son Televisora Grupo Imagen Cadena 3 y el periódico *Excélsior*; la operadora de la cadena de hoteles Camino Real, Hoteles Quinta Real, el Grupo Ángeles Servicios de Salud y el Grupo Financiero Multiva. Su más reciente adquisición fue el club de fútbol Querétaro.

Este grupo tiene una gran sinergia al combinar su oferta hotelera de la Cadena Camino Real y Hospitales Ángeles. El Grupo Ángeles Servicios de Salud cuenta con una cadena de 22 hospitales en todo el país, con una oferta de 11 mil especialistas, cifras al cierre de 2015.<sup>152</sup> En 2016 emprendió nuevos proyectos de inversión y construyó seis unidades más, para alcanzar los 28 hospitales.

El grupo Ángeles afirma haber atendido a más de 6 mil turistas de Estados Unidos y Canadá entre 2012 y 2015, en especialidades como atención al sobrepeso y obesidad, cirugías ortopédicas, cardiología, dental y servicios de trasplante de órganos.

Hospital Ángeles Tijuana, con una inversión de 60 millones de dólares, es uno de los principales del grupo, con una oferta de 122 camas.

En poco más de dos décadas, Grupo Ángeles transformó radicalmente su división de medicina privada en México. Para atender el nicho de turismo médico creó la división Ángeles Health International, para atender pacientes provenientes de otros países.

En 2015 el Grupo inició un ambicioso proceso de expansión al anunciar seis proyectos de inversión por un monto total de cuatro mil millones de pesos, de los cuales una parte importante se ejercerá durante el 2015 y otra en el transcurso de 2016. Dicho monto representa un crecimiento de 80 por ciento, en comparación con la de 2 mil 200 millones de pesos que se ejerció durante 2014, según estimaciones del propio grupo.<sup>153</sup>

Cabe aclarar que de los seis proyectos que iniciará este grupo, tres consisten en la construcción de un Hospital Ángeles en Querétaro, otro en Guadalajara y uno más en la Ciudad de México; y los otros tres en la expansión de los Hospitales Ángeles

---

<sup>152</sup> Cohen, I. Glenn. 2015. *Op. cit.* p. 20

<sup>153</sup> Ramos, Jorge. "Grupo Empresarial Ángeles ratifica confianza en México con inversiones durante 2015". En: <http://www.dineroenimagen.com/2015-06-12/47520#imagen-2>, consulta en febrero de 2017.

de León, Clínica Londres de la Ciudad de México, y Valle Oriente de Monterrey, a los que se les incorporará Torres Médicas.

Las tres nuevas torres de consultorios y especialidades médicas que serán anexadas a los centros hospitalarios estarán equipadas con laboratorios, áreas de diagnóstico, quirúrgicas y otros servicios que no requieren del internamiento del paciente en un hospital.

Según datos proporcionados por el propio grupo, actualmente Grupo Ángeles Servicios de Salud tiene 28 Hospitales Ángeles en la República Mexicana (12 unidades médicas en la Ciudad de México y 16 en las diferentes entidades federativas las cuales, en conjunto cuentan con más de dos mil 500 camas, más de 200 quirófanos y más de tres mil 600 consultorios. En esta división participan más de 15 mil médicos de diferentes especialidades.

Con la construcción de los tres nuevos hospitales en Querétaro, Guadalajara y Ciudad de México, el número de centros hospitalarios crecería a 31 en todo el país, la oferta de camas aumentaría en 350 adicionales a las que ya existen, y también se incrementaría significativamente el número de empleos generados por Grupo Ángeles Servicios de Salud y la cobertura de los servicios que ofrece a pacientes mexicanos y extranjeros.

Al momento de concluir este trabajo, Grupo Ángeles Servicios de Salud también contaba con una compañía de Laboratorios Biomédicos en la Ciudad de México y otra denominada Centro de Diagnóstico Ángeles, que está integrada por unidades de hemodiálisis con presencia en varias ciudades del territorio nacional, genera más de 17 mil empleos directos y más de 90 mil indirectos. En sus 28 hospitales se realizan tres millones de consultas y 140 mil internamientos cada año.

### **3.4.3. Grupo Star Médica**

Grupo Star Médica es una cadena de hospitales privados que al igual que Grupo Ángeles mantiene un agresivo plan de expansión en las diferentes regiones de México y busca sinergias entre su red hospitalaria y cadenas de hoteles. Entre sus principales accionistas figuran Carlos Slim Helú, uno de los hombres más ricos del mundo, de acuerdo con la lista de *Forbes*.<sup>154</sup>

El Grupo Star Médica nació en 2002 en la Ciudad de Morelia. En 2007, Carlos Slim compró a la familia Martín del Campo el 49 por ciento de las acciones del grupo, integrado en ese entonces por nueve hospitales. Fue sumando nuevas adquisiciones, que se detallan más adelante, a la par de una estrategia de compra de reservas territoriales en diferentes partes del país para construir nuevos hospitales.

---

<sup>154</sup> *Forbes*, *The World's Billionaires*. En: [www.Forbes.com](http://www.Forbes.com) consulta en febrero de 2017.

Las inversiones de la Familia Slim en Grupo Star Médica se realizan a través de su empresa Inmuebles Carso, S.A.B. de C.V., que cotiza en la Bolsa Mexicana de Valores con la clave INCARSO. La empresa es presidida por Carlos Slim Domit, hijo de Slim Helú y nació al ser escindida de Grupo Carso el 4 de noviembre de 2010.

INCARSO por conducto de sus subsidiarias se dedica principalmente a la adquisición, venta, desarrollo, arrendamiento de bienes inmuebles utilizados como oficinas, establecimientos comerciales y de servicios así como la operación de éstos, entre los que se incluyen tiendas departamentales, hoteles, universidades, hospitales, desarrollos inmobiliarios, turísticos y residenciales, centros culturales y de entretenimiento y clubes campestres y/o de golf.

La empresa inmobiliaria del Grupo Carso actualmente aún tiene en operación 25 tiendas Sears, dos tiendas departamentales Sak's Fifth Avenue y un centro de distribución, pero como se explica más adelante está cediendo la administración y operación de sus establecimientos comerciales a Grupo Sanborns, que en el futuro será la operadora de todas las tiendas Sears. Asimismo, INCARSO cuenta con diferentes participaciones en la operación de cinco centros comerciales conocidos como Plaza Universidad, Plaza Satélite, Pabellón Polanco, Plaza Insurgentes, y Plaza Imagen<sup>155</sup>.

Plaza Carso, ubicada en la zona de Polanco en la Ciudad de México, es actualmente uno de los complejos comerciales más grandes de América Latina, con una inversión de más de 800 millones de dólares, en un espacio de 78 mil metros cuadrados de terreno y 860 mil metros cuadrados construidos. Cuenta con espacios corporativos, habitacionales, comerciales, de servicios, un complejo cultural y grandes espacios de áreas verdes, así como el Acuario Inbursa, Museos Soumaya y Jumex y el Teatro Telcel.<sup>156</sup>

Cabe Señalar que Grupo Sanborns fue adquirido por Grupo Carso en 1985 y agrupa en una sola sociedad a Sanborns Hermanos, Sears, Sanborns Café, la cadena departamental de lujo Sak's Fifth Avenue, la cadena regional de cosméticos y perfumes DAX, así como Tiendas Mixup e Ishop. Cotiza en la Bolsa Mexicana de Valores con la clave GSANBOR.<sup>157</sup>

Al 31 de diciembre de 2015 Grupo Sanborns operaba en todo el país 170 tiendas y restaurantes; 87 tiendas Sears, 112 tiendas bajo los formatos Ishop y Mixup, 25

---

<sup>155</sup> BMV. Bolsa Mexicana de Valores. Informe anual 2014 de Grupo Inmuebles Carso, S.A.,B. de C.V., que cotiza con la clave INCARSO. En: [http://www.bmv.com.mx/docspub/infoanua/infoanua\\_605894\\_2014\\_1.pdf](http://www.bmv.com.mx/docspub/infoanua/infoanua_605894_2014_1.pdf)

Consulta en marzo de 2017.

<sup>156</sup> *Ídem*

<sup>157</sup> BMV. Bolsa Mexicana de Valores, Informe anual 2015 de Grupo Sanborns S.A.B. de C.V. que cotiza con la clave GSANBORN. En; [https://www.bmv.com.mx/docspub/infoanua/infoanua\\_685358\\_2015\\_1.pdf](https://www.bmv.com.mx/docspub/infoanua/infoanua_685358_2015_1.pdf)

tiendas DAX en el noreste de México y dos tiendas Sak's Fifth Avenue en la Ciudad de México.

A través de Grupo Ostar, la Compañía opera y administra inmuebles tanto propios como de terceros, cuya finalidad es la prestación de servicios de hotelería, mismos que se ostentan comercialmente bajo la marca Ostar Grupo Hotelero, dentro de la cual se incluyen los siguientes hoteles: Hotel Geneve en la Ciudad de México; Hotel Veracruz Centro Histórico; Hotel Francia en Aguascalientes; Hotel Racquet Cuernavaca; Hotel Calinda Beach Acapulco; y Hotel Ramada Orlando Kissimmee. En 2014 Grupo Ostar inició la operación del nuevo hotel desarrollado por Inmobiliaria Aluminio en proyecto inmobiliario "Nuevo Veracruz" en el estado de Veracruz.

Inmobiliaria para el Desarrollo de Proyectos (IDP) es una empresa dedicada al arrendamiento de inmuebles y a través de sus subsidiarias Proyectos Educativos realiza inversiones en educación, actualmente opera 21 inmuebles de la UNITEC la Universidad del Valle de México y la UVM.

La otra subsidiaria, Asociación Pediátrica, realiza las inversiones en la división salud. El 24 de octubre de 2012 IDP adquirió el 100% de las acciones del Hospital Santa Fe en la cantidad de \$196 Millones de Pesos. Además de las compras directas, el mecanismo utilizado por Inmuebles Carso se resume así: IDP construye, equipa y desarrolla los hospitales operados por Grupo Star Médica bajo un esquema de arrendamiento a largo plazo.<sup>158</sup>

En su Informe Anual 2015, INCARSO reporta ser propietaria de ocho hospitales en operación y de cuatro predios destinados para hospitales en proyecto o en proceso de construcción, los cuales son o serán operados por Grupo Star Médica, uno de los grupos hospitalarios de mayor crecimiento en México, que atiende a un gran número de clientes del sector económico medio a medio alto.<sup>159</sup>

El informe detalla que en 2013 inició operaciones el hospital Star Medica en Querétaro y que estaban en desarrollo y próximos a concluir 2 hospitales más, uno en Veracruz y otro en Chihuahua, que se estimaba iniciarían operaciones en el segundo y tercer trimestres de 2015, respectivamente.

Actualmente la empresa tiene hospitales en Morelia, Aguascalientes, Mérida, Ciudad Juárez, Chihuahua, San Luis Potosí, Querétaro y Veracruz; en el Estado de México con las unidades Lomas Verdes y Luna Parc; y en la Ciudad de México, donde opera el Hospital Star Médica Santa Fe y el Hospital Infantil Privado, actualmente llamado Star Medica HIP, de alta especialidad pediátrica, el cual fue sometido a una reconstrucción prácticamente total de las instalaciones, para obtener un nosocomio con capacidad de albergar a 120 consultorios, cinco

---

<sup>158</sup> *Ibidem*, p. 35

<sup>159</sup> *Ibidem*, p. 36

quirófanos, 30 subespecialidades pediátricas, además de instalaciones para el servicio de vacunas, urgencias y neumología, entre otros.

También pertenece a este grupo la marca Vive, dirigida a zonas de clase media baja como Ciudad Nezahualcóyotl, en el Jardín Bicentenario, y Parador Azteca, Ecatepec, en el Estado de México; en esta última entidad invirtió 1,400 millones de pesos entre 2015 y 2016, en dos unidades Star Médica en Lomas Verdes, Naucalpan, Cuautitlán Izcalli, y dos de Vivo en Ciudad Nezahualcóyotl y Ecatepec.<sup>160</sup>

Star Medica tiene presencia en la región fronteriza, en el estado de Chihuahua, donde inauguró en el primer trimestre de 2017 un hospital en la capital del estado, un desarrollo sin precedentes en la región, y otro en Ciudad Juárez.

Las inversiones destinadas para la construcción de hospitales por el Grupo INCARSO ascendieron a 123.6 millones de pesos en 2012, lo que representó el 4.75% del total de 2 mil 630 millones de pesos invertidos ese año. En 2013 ese monto se duplicó a 253.6 millones de pesos, representando el 9.6% del total invertido ese año; en 2014 la inversión alcanzó los 292.5 millones de pesos, equivalente al 12.3% del total invertido ese año.<sup>161</sup> Cabe señalar que los consultorios son vendidos o arrendados a largo plazo a Grupo Star Medica o a los médicos.

Inmuebles Carso obtiene la mayor parte de sus ingresos (el 49%) por concepto de sus centros comerciales, el 21% de Plaza Carso; 11% por concepto de renta de inmuebles y el 5% por sus negocios de salud; el 7% por turismo y un porcentaje similar por educación.

Grupo Star Médica tiene planes de construir 15 nuevos hospitales en los próximos años, con el objetivo de atraer pacientes de los Estados Unidos.<sup>162</sup>

En marzo de 2017 el grupo contaba con 14 hospitales y anunció nuevos proyectos en Tijuana, Tlalnepantla y León, Guanajuato, así como su proyecto de El Gran Hospital para la Ciudad de México.

En este punto es importante comparar la infraestructura de los tres grandes grupos empresariales del centro de México con la oferta de los complejos hospitalarios de los Estados Unidos.

De hecho, miles de pacientes internacionales viajan a los Estados Unidos para recibir atención médica a pesar de que en algunos casos es más costosa que en su

---

<sup>160</sup> ISLAS, Laura, "Carlos Slim: 4 inversiones millonarias en el Edomex" *El Universal*, Ciudad de México. En: <http://movil.eluniversaledomex.mx/otros/nota14078.html>. Consulta en febrero de 2017.

<sup>161</sup> BMV. Bolsa Mexicana de Valores. Informe anual 2014 de Grupo Inmuebles Carso, S.A.,B. de C.V., que cotiza con la clave INCARSO.En: [http://www.bmv.com.mx/docs-pub/infoanua/infoanua\\_605894\\_2014\\_1.pdf](http://www.bmv.com.mx/docs-pub/infoanua/infoanua_605894_2014_1.pdf)

<sup>162</sup> Cohen, I. Glenn. 2015. *Op. cit.*, p. 20

lugar de origen, debido a que ofrece tratamientos que no se efectúan en sus países, especialmente en casos de cáncer.<sup>163</sup>

Las ciudades de Houston, San Diego, Miami, Nueva York y Boston son los destinos más visitados por pacientes mexicanos con cobertura de gastos médicos internacionales.

En esas ciudades las grandes empresas del sector médico realizan estrategias de posicionamiento global de marca de sus hospitales.

Una empresa de gran relevancia en el turismo médico es Mayo Clinic, que brinda tratamiento médico con especialidad en cualquier tipo de cáncer y cirugías de corazón en sus tres ubicaciones: Minnesota, Florida y Arizona. Anualmente recibe más de medio millón de pacientes provenientes de 150 países y el centro ubicado en Arizona, está particularmente orientado hacia los mexicanos, al punto que se puede solicitar hablar en español para facilitar los trámites<sup>164</sup>.

Para hacer un comparativo con los jugadores mexicanos, Mayo Clinic tiene 3 mil 300 médicos, investigadores y en su campus de Scottsdale, Arizona, cuenta con un edificio médico con 240 consultorios, laboratorios, quirófanos, farmacia, biblioteca, área comercial, una sala audiovisual con la historia, actividades actuales y visión de futuro del grupo, así como áreas naturales para caminar.

En contraste, los grupos mexicanos han optado por un modelo de hospitales que integran algunos servicios, como el caso de Grupo Ángeles, con hospedaje en hoteles cercanos pertenecientes a sus dos cadenas, Camino Real y Quinta Inn.

El Grupo Star Médica, con el brazo inmobiliario del Grupo Carso es quizá la empresa que más se acerca al concepto estadounidense de grandes complejos hospitalarios rodeados de hoteles, centros de cultura y entretenimiento y zonas comerciales.

### **3.5. Oferta hospitalaria en la región de la frontera México-EU**

La frontera México-Estados Unidos es una de las más grandes y transitadas del mundo. Del lado mexicano se ubican seis estados y 81 municipios en los que viven cerca de 17 millones de ciudadanos que aportan casi 24% del PIB nacional.<sup>165</sup>

De acuerdo con estimaciones de la Secretaría de Turismo, México tiene una ventaja competitiva para atraer pacientes de los Estados Unidos, dado que cuatro de cada

---

<sup>163</sup> Turismo médico en Estados Unidos. En: <http://ustraveler.com.mx/2016/09/09/turismo-medico-estados-unidos/>, Consulta en marzo de 2017.

<sup>164</sup> *Idem*

<sup>165</sup> COPARMEX. "La oportunidad de la frontera". Confederación Patronal de la República Mexicana. Videoteca COPARMEX. En: [https://www.youtube.com/watch?v=D\\_b8i-pJgOw](https://www.youtube.com/watch?v=D_b8i-pJgOw), consulta en marzo 2017.

10 turistas médicos en el mundo son estadounidenses y hasta antes de la Reforma de la Ley de Cuidado Asequible de 2010, casi 51 millones de ciudadanos de ese país carecían de seguro médico.<sup>166</sup>

Como se ha explicado, en Estados Unidos el sistema de atención sanitaria se caracteriza por un modelo basado en la demanda y la atención de salud se ofrece por medio de un sistema de pago de honorarios por servicios prestados. Los servicios de salud son brindados principalmente por instituciones sin fines de lucro y entidades privadas.

En el período 2008–2009, la cobertura mediante seguros privados de salud varió desde 44% en Nuevo México a 53% en California. El seguro público de salud, como *Medicare* (para una persona de más de 65 años de edad que ha sido ciudadano de Estados Unidos o residente legal permanente en el país durante 5 años) cubrió a entre 9% y 12% de la población, mientras que *Medicaid* (para ciudadanos estadounidenses o residentes legales permanentes de bajos ingresos y discapacitados) cubrió a entre 15% y 19%.<sup>167</sup>

La población no asegurada en los estados fronterizos fue más numerosa que en la nación en su totalidad, de 19% en California a 26% en Texas, en comparación con 17% a nivel nacional. El porcentaje de personas no aseguradas en los tres condados fronterizos más populosos de Texas fue de 33 por ciento.<sup>168</sup>

El Centro Deloitte para Soluciones de Salud estima que en 2007 alrededor de 750 mil habitantes de los Estados Unidos cruzaron hacia México para realizarse algún procedimiento, estudio o a consulta médica. El mismo centro proyectaba que para 2010 ese número crecería entre ocho y nueve veces.<sup>169</sup>

Una parte importante de esa población que acude a atenderse a territorio mexicano es de origen mexicano. De acuerdo con el INEGI, a 2012 el número de mexicanos en Estados Unidos ascendía a 11.9 millones, pero incluyendo a los descendientes de inmigrantes, esa cifra alcanzaba los 33.7 millones de mexicanos.<sup>170</sup>

El turismo médico se ha detonado en la frontera. En la siguiente figura se observan las principales ciudades con desarrollos hospitalarios estructurados:

---

<sup>166</sup> Sectur,SS, SE. Secretaría de Turismo, Secretaría de Turismo, Secretaría de Salud y Secretaria de Economía. *Estrategia de Impulso al Turismo Médico*. Publicación intersecretarial. México, 2014.

<sup>167</sup> OPS. *Frontera de los Estados Unidos y México*, Organización Panamericana de la Salud. En: <http://www.paho.org/salud-en-las-americas> 2012/index.php?option=com\_content&view=article&id=63&Itemid=173&lang=es, consulta en marzo de 2017.

<sup>168</sup> *Ídem*.

<sup>169</sup> Cohen, I. Glenn. *Op. cit.* p. 15

<sup>170</sup> Segob, Conapo. *Migración y salud. Inmigrantes mexicanos en los Estados Unidos*. Secretaría de Gobernación y Consejo Nacional de Población. México, 2013, p. 11

Figura 1

## Clusters de Turismo Médico en México



California y Texas son los estados donde se concentra la mayoría de esa población de origen mexicano (37% y 22%, respectivamente).

Si se considera sólo a los inmigrantes, en nueve estados los mexicanos representan más del 40% de la población inmigrante; aquí destaca la población de Arizona (62%), Nuevo México (59%) y Texas (57 por ciento).<sup>171</sup>

El 61% de esa población mexicana carece de seguro médico y los que llegan a conseguir esa protección (27%) lo hacen a través de un seguro médico privado. Sólo 17% reciben beneficios de programas *Medicare* o *Medicaid*, dado que al ser financiados con recursos públicos, uno de los requisitos para ser elegible son residir legalmente en el país al menos por los últimos cinco años.<sup>172</sup>

De acuerdo con la Secretaría de Salud, Baja California es la entidad en la que más se ha detonado el turismo médico y es un modelo que puede ser replicado en otras entidades fronterizas. El titular de la Sectur, Enrique de la Madrid, estimó la derrama

<sup>171</sup> *Ibidem*, p. 13

<sup>172</sup> *Ibidem*, p. 31

económica por turismo médico en Baja California en alrededor de 673 millones de dólares en 2016; a lo largo de 2015, estimó, el total de cruces fronterizo para hacer turismo médico en esa entidad ascendió a 4.7 millones de visitantes.<sup>173</sup> Esa cifra parece hacer realidad el pronóstico de Deloitte para soluciones de salud.

Baja California se ha convertido en un nuevo motor de desarrollo del turismo médico en los municipios de Tijuana, Rosarito, Ensenada, Tecate y Mexicali, donde turistas nacionales e internacionales acuden a consultas, tratamientos, servicios dentales, compra de medicamentos, operaciones y terapias en instalaciones de primer nivel.

Una de las regiones más dinámicas en este contexto es el área de Tijuana-San Diego; cuatro de cada 10 residentes de California que acuden a México con ese propósito, se regresan el mismo día.<sup>174</sup>

El Grupo Empresarial Ángeles, ha sido uno de los más agresivos en esta región. Como se explicó en el capítulo II, creó su división internacional en 2007, y empezó a captar pacientes de Estados Unidos y Canadá.

Tijuana fue la sede del primer hospital transfronterizo de Grupo Empresarial Ángeles Health International, ofreciendo cobertura regional para Los Ángeles y San Diego, procedimientos pequeños, consultas y medicamentos. Muchos de sus clientes son pacientes latinos.<sup>175</sup>

El municipio de Mexicali inició en 2012 una estrategia para el desarrollo de turismo médico considerado por la Sectur como un caso de éxito para replicar, el cual constó de cuatro acciones y dos proyectos prioritarios de gran impacto.<sup>176</sup>

Las cuatro acciones realizadas por Mexicali son:

- 1.- Una Guía Médica municipal impresa con más de 150 participantes, distribuida en Las Vegas, Phoenix, Yuma, Long Beach y el Valle de Coachella.
- 2.- Participación en exposiciones en el extranjero promoviéndose como destino de turismo médico internacional.

---

<sup>173</sup> Sectur, Secretaría de Turismo. "Baja California, ejemplo para detonar el turismo médico". [www.gob.mx/sectur](http://www.gob.mx/sectur)

En: <https://www.gob.mx/sectur/prensa/baja-california-ejemplo-para-detonar-el-turismo-medico-en-mexico-emc>, consulta en marzo de 2017

<sup>174</sup> Vargas Hernández, José. *Intercambio trasfronterizo de servicios de salud y medicinas en la región de Tijuana y San Diego*. Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas Universidad de Guadalajara, México, 2005.

<sup>175</sup> Zavala Ruiz, Carlos. "Oportunidades de integración y sinergias para las empresas del sector turismo y el sector salud". Panel en el Primer Foro de Turismo Médico COPARMEX, *Angeles Health International*, con la participación del director operativo. Ciudad de México, 10 septiembre 2014.

<sup>176</sup> Sectur, Secretaría de Turismo. *Repositorio de casos de éxito de turismo en México. Plan integral de Turismo Médico, municipio de Mexicali*, B.C. México. [www.sectur.gob.mx](http://www.sectur.gob.mx)  
En: [http://ictur.sectur.gob.mx/pdf/casosdeexito/turismoydesarrollo/Ficha\\_Tecnica\\_Turismo\\_Medico\\_Mexicali.pdf](http://ictur.sectur.gob.mx/pdf/casosdeexito/turismoydesarrollo/Ficha_Tecnica_Turismo_Medico_Mexicali.pdf), consulta en abril de 2017.

3.- Creación de transporte médico municipal que transporta turistas médicos de ciudades en el extranjero.

4.- Creación de un cuerpo de policía turística encargada de vigilar las rutas de acceso y el distrito médico.

Se pusieron en marcha 2 proyectos estratégicos:

- Un carril médico para facilitar el retorno de pacientes a Estados Unidos, el cual entró en operación el 30 de abril de 2012.
- Un proyecto de imagen urbana para el Distrito Médico, con rehabilitación de cruceros y ordenamiento de la movilidad urbana en el área donde se encuentra el 70% de la oferta médica de la ciudad.

El clúster *Mexicali Health Care* cuenta con una plataforma digital bilingüe con la oferta de servicios y se ha especializado en tratamientos bariátricos y estéticos.

En la región fronteriza destaca además el Grupo Christus Health, basado en Texas que se asoció con el Grupo Muguerza de Monterrey, para establecer el grupo Christus Muguerza, con una cadena de ocho hospitales, cuyo objetivo es ampliar su negocio de turismo médico.<sup>177</sup>

El Hospital Alta Especialidad de Monterrey, perteneciente al Grupo Christus Muguerza, ofrece servicios con tecnología sofisticada, como CyberKnife, procedimiento de radiocirugía robótica que permite tratar tumores y lesiones benignas diagnosticadas como inoperables o de alto riesgo. Es el único Hospital privado en México en ofrecer este servicio.<sup>178</sup>

En Nuevo León destaca además el Hospital Cima Monterrey, que cuenta también con certificación internacional de la *Joint Commisión*, así como el Consorcio Mexicano de Hospitales, que agrupa a 40 nosocomios de las especialidades más demandadas por los visitantes extranjeros.

Grupo Ángeles Servicios de Salud firmó una alianza con el Grupo Cima en Monterrey, Chihuahua y Hermosillo, para captar turismo médico. En Ciudad Juárez el Grupo Ángeles cuenta también con un hospital, para atender a un mercado que recibe pacientes a través de siete cruces fronterizos.

En la frontera de Sonora y Arizona también existe una fuerte conectividad de comercio entre zonas urbanas como Tucson, Nogales y Hermosillo, que también genera un flujo de pacientes que se trasladan desde Estados Unidos. La Asociación de Gobiernos locales de Arizona y la Asociación de Alcaldes de Sonora firmaron en 2014 un memorándum de entendimiento para desarrollar la mega-región “AriSon”,

---

<sup>177</sup> Cohen, I. Glenn, *Op, cit.*, p. 15

<sup>178</sup> Clúster Monterrey Ciudad de la Salud, en: <http://www.clusterdesalud.com/hospital-christus-muguerza>, consulta en abril de 2017.

concepto basado en la región “CaliBaja”, la cual busca desarrollar actividades económicas para reforzar la cooperación entre las ciudades de la región fronteriza, dentro de las cuales se ubican los servicios de salud.

En Tamaulipas opera la oficina *Mexico Medical Services* del Centro Empresarial de COPARMEX en Matamoros, con una estrecha coordinación entre toda la cadena de valor y con la participación de empresas hoteleras, hospitales, servicios médicos, transporte, entre otros, para atender al mercado de Brownsville, Texas.

Las empresas que integran ese clúster han logrado operar con éxito, a pesar de la percepción de inseguridad y los problemas causados por grupos delictivos, debido a su modelo de negocios que incluye el diseño de una ruta segura, con vigilancia policial permanente.<sup>179</sup>

Para 2010 la Secretaría de Turismo fijó la meta de captar 450 mil turistas que se internen a México a realizarse procedimientos médicos y 650 mil turistas para 2020.

### **3.6. Oferta hospitalaria en el Bajío y Centro Occidente**

En 2014 un grupo de hospitales privados de Jalisco lanzó su iniciativa de crear un Clúster Médico en esta entidad, con la participación de 12 empresas cuyo referente y base era la Asociación de Hospitales Particulares de Jalisco A.C., la cual fue constituida en 1967.

El clúster quedó conformado por 14 Hospitales Privados del Estado de Jalisco, certificados ante el Consejo de Salubridad General, un hospital acreditado ante la Joint Commission International, y otras certificaciones para 10 hospitales.<sup>180</sup>

El clúster nació con el objetivo de integrar a proveedores profesionales de servicios turísticos, instituciones educativas, asesoría legal, comercial y apoyo de Gobierno para favorecer su desarrollo en Jalisco, atendiendo a los pacientes extranjeros, connacionales y nacionales.

Los objetivos eran ubicar a Jalisco para el 2015 dentro de los diez primeros destinos de turismo médico a nivel mundial e incrementar en un 20% el flujo de turistas de este segmento en el Estado de Jalisco para el 2012.

El clúster de turismo médico de Jalisco fue conformado inicialmente por hospitales, sin embargo se vio la necesidad de incluir a hoteles, agencias de turismo y organismos de promoción. Además se propuso el objetivo de atraer la mayor cantidad de pacientes en los segmentos de mercado en los cuales operan y penetrar

---

<sup>179</sup> COPARMEX. Conferencia de prensa, para anunciar el Tercer Foro de Turismo Médico. Confederación Patronal de la República Mexicana, Ciudad de México, 12 octubre 2015.

<sup>180</sup> Clúster médico de Jalisco, [www.visitmexico.com](http://www.visitmexico.com), en: [http://www.visitmexico.com/work/models/Turismo\\_Medico/doc/alejandrogil.pdf](http://www.visitmexico.com/work/models/Turismo_Medico/doc/alejandrogil.pdf) consulta en marzo de 2017.

nuevos mercados de servicio en turismo médico. La oferta de los hospitales que conformaron el clúster comprendía 657 camas censables y 97 quirófanos.<sup>181</sup>

Los clústers surten de complementariedades descubiertas o fomentadas, a iniciativa de las empresas, que promueven acciones colectivas para aprovechar las oportunidades de negocios.

Así, el clúster médico de Jalisco se propuso una serie de acciones entre las cuales destacan la definición como destino de turismo médico Jalisco, a través de la vinculación con las Secretarías de Salud, Turismo y Promoción Económica del Estado de Jalisco. A ello fueron sumándose la Asociación de Hoteles de Jalisco, la Oficina de Visitantes y Convenciones de Guadalajara, un enlace con el Instituto de Fomento del Comercio Exterior de Jalisco y convenios con aceleradoras de negocios con el Gobierno de Canadá.

Un elemento importante a considerar es la vinculación del Consejo Estatal de Ciencia y Tecnología de Jalisco en el clúster de turismo médico, que promueve la investigación con aplicación en sectores específicos.<sup>182</sup>

Otro aspecto interesante en esta región es la vinculación lograda entre los centros de investigación en biotecnología y ciencias de la salud para integrarse al clúster. Cuba es el mejor ejemplo de cómo la investigación en ciencia y tecnología se traduce en conocimiento científico y tecnológico, en este caso, es fundamental la cadena de proveedores de equipo médico así como de biotecnología e industria farmacéutica, para lograr sinergias que permitan impulsar el crecimiento del clúster de turismo médico.<sup>183</sup>

Dentro de la oferta de Jalisco, Puerto Vallarta se ha posicionado como un destino importante para los servicios hospitalarios integrales y especializados, algunos con personal médico estadounidense. Además de la oferta de hospitales privados cuenta con infraestructura turística, que incluye un aeropuerto internacional y hoteles de lujo a precios asequibles para los turistas estadounidenses.<sup>184</sup>

Vallarta es uno de los 124 municipios de Jalisco siendo el segundo destino turístico más visitado en la entidad, después de Guadalajara. De acuerdo con datos de la Secretaría de Turismo en 2015 de los casi 8.4 millones de pasajeros estadounidenses que arribaron a México por avión, 723 mil llegaron a Guadalajara y 794 mil a Puerto Vallarta. Además, es uno de los sitios favoritos de los ciudadanos estadounidenses retirados, que optan por vivir por temporadas en territorio mexicano en busca de buen clima. Se estima que de 200 mil a 300 mil retirados

---

<sup>181</sup> *Ídem*

<sup>182</sup> Arechavala Vargas, Ricardo (coordinador). *Procesos de clusterización en Jalisco*, Editorial Universitaria, Libros, Universidad de Guadalajara. 2014,p. 56

<sup>183</sup> *Ídem*

<sup>184</sup> SECTURJAL, "Vive Vallarta". Secretaría de Turismo del Estado de Jalisco. En: [www.visitapuertovallarta.com.mx](http://www.visitapuertovallarta.com.mx), consulta en abril de 2017.

viven en las zonas costeras de México en zonas residenciales exclusivas donde adquieren una segunda casa, y de ellos aproximadamente un tercio prefiere Puerto Vallarta.<sup>185</sup>

En el Bajío otras entidades tratan entrar a este segmento de turismo. Una de éstas es Querétaro, cuyas autoridades buscan fomentar el turismo médico como actividad económica con la cual captaría recursos calculados en 50 millones de dólares al año y de esa manera diversificar la dinámica productiva altamente concentrada en la manufactura.

En Querétaro operan hospitales de las cadenas Grupo Empresarial Ángeles y Star Médica. La Secretaría de Turismo de Querétaro trabaja con operadores turísticos de Estados Unidos para que integren a la entidad en los paquetes de viajes enfocados al turismo médico, mediante una oferta que integra boletos de avión, hospedaje en hotel e incluso se considera ofrecer recorridos por la ciudad.

En esta región también está aumentando la oferta de servicios de turismo médico en los estados de Guanajuato y Aguascalientes, donde los grupos Star Medica y Ángeles cuentan con hospitales.

### **3.7. Oferta hospitalaria de la región de la Península de Yucatán y el Caribe**

La oferta en la región del Caribe Mexicano se concentra en 10 hospitales en Cancún, Mérida y la Riviera Maya, que se enfocan en los pacientes extranjeros.<sup>186</sup>

Cancún cuenta con el Hospital Galenia, que posee una certificación internacional por la Joint Commission. Este es un destino turístico que ha desarrollado infraestructura de primer nivel y que tiene una gran conectividad, pues su aeropuerto internacional es el segundo más concurrido después de la terminal aérea de la Ciudad de México.

Se estima que en 2016 el Aeropuerto Internacional de Cancún movilizó a 20 millones de pasajeros. Esta terminal cuenta con seis vuelos diarios de Vancouver a Cancún, lo cual es muy importante dado que muchos pacientes de Canadá están optando por acudir a ese destino por razones médicas.<sup>187</sup>

---

<sup>185</sup> Guzmán Flores Julieta. *Internacionalización de los servicios de salud. Turismo Médico en México y Jalisco*, UCLA, Universidad de Guadalajara, México, Los Ángeles, California. 2015. p. 105

<sup>186</sup> Cohen, I. Glenn. *Op. cit.* p. 13.

<sup>187</sup> Jurado, Andrés. Conferencia "Oportunidades de integración y sinergias para las empresas del sector turismo y el sector salud" en COPARMEX. Segundo Foro de Turismo Médico. Director General de la empresa *My Medical Vacations*. Ciudad de México. 10 septiembre 2014.

Quintana Roo es una entidad de gran belleza natural y un importante patrimonio histórico, que figura entre los seis estados más competitivos de México; es un destino donde es posible innovar los servicios turísticos, que son la base de la economía, con desarrollos de turismo médico .

Mérida es otra ciudad que está posicionándose en la estrategia de los grupos que ofrecen turismo médico. El Grupo Star Médica cuenta con un hospital, al igual que el Grupo Ángeles Servicios de Salud. Otro actor importante en este estado es la clínica oftalmológica Videre, que está enfocándose a la atención de pacientes extranjeros.

En Mérida existen planes de desarrollar un clúster de turismo médico en una zona exclusiva de la ciudad. En este caso la oferta turística cobra gran relevancia, con los atractivos culturales, arqueológicos y gastronómicos con los que cuenta Yucatán.

## **Conclusiones**

El sistema de salud mexicano actual, que tiene su raíz en el Decreto del 18 de octubre de 1943 del presidente Manuel Ávila Camacho, que creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud), está inspirado en el modelo alemán, en el cual el derecho a la salud está vinculado al empleo formal y actualmente está conformado por más de 40 sistemas de salud: un instituto estatal en cada una de las 32 entidades federativas, más el IMSS, el ISSSTE, los sistemas de salud del Ejército, de la Marina y de antiguas empresas paraestatales como Pemex.

En México por otra parte ha tenido un gran auge la medicina privada. Entre los principales grupos destacan el Grupo Médica Sur, creado por un grupo mexicano de médicos y trabajadores en 1966 y que cotiza en la Bolsa Mexicana de Valores desde marzo de 1994, opera mediante el esquema de franquicia un Hotel Holiday Inn y cuenta con una división de turismo médico internacional.

Otro jugador relevante es el Grupo Empresarial Ángeles Servicios de Salud, propiedad de Olegario Vázquez Raña, el cual forma parte del Grupo Empresarial Ángeles, de capital 100% mexicano, fundado en 1989 como corporativo, que actualmente está integrado por empresas en los sectores de la salud, turismo, finanzas y comunicación. Este grupo logra una gran sinergia al combinar su oferta hotelera de la Cadena Camino Real y Hospitales Ángeles. Al cierre de 2016 el grupo contaba con una cadena de 28 hospitales en todo el país, con una oferta de 11 mil especialistas. Cuenta también con la división *Ángeles Health International* para turismo médico.

Otro actor relevante es el Grupo Star Médica, propiedad de Carlos Slim, uno de los empresarios más ricos del mundo, que a través de su división Inmuebles Carso

(INCARSO) entró al sector salud; tiene hospitales en Morelia, Aguascalientes, Mérida, Ciudad Juárez, Chihuahua, San Luis Potosí, Querétaro y Veracruz; en el Estado de México con las unidades Lomas Verdes y Luna Parc; y en la Ciudad de México, donde opera el Hospital Star Médica Santa Fe y el Hospital Infantil Privado, actualmente llamado Star Medica HIP, de alta especialidad pediátrica. Tiene planes de construir 15 nuevos hospitales en los próximos años, con el objetivo de atraer pacientes de los Estados Unidos, destacando su proyecto El Gran Hospital para la Ciudad de México.

La revisión del sistema de salud de México en las esferas de los sectores público y privado revela que hay un gran desarrollo de infraestructura para atender la demanda de servicios médicos de pacientes de Estados Unidos. A pesar del gran desarrollo de infraestructura médica por parte de los grandes grupos empresariales, el sistema de salud de México está altamente fragmentado, como se ha explicado, dada la duplicidad de estructuras del sistema de salud público, así como de los problemas de saturación de pacientes que se observa en algunas regiones.

Los turistas médicos buscan atenderse en el sistema privado, ya que las aseguradoras estadounidenses deben tener convenios vigentes con los hospitales ubicados en territorio mexicano para que los pacientes tengan derecho a hacer uso de sus seguros.

Una iniciativa importante derivada del TLCAN fue la creación de la Comisión de Salud de la Frontera México-Estados Unidos (BHC, sus siglas en inglés), establecida en julio de 2000 mediante un acuerdo binacional. En su plan de trabajo de 2010 se fijó la meta de incrementar el acceso a la salud de los residentes en la frontera mediante el apoyo de organismos de salud y educación participantes en la Ley de Salud Asequible de 2010 y autoridades de salud a nivel local, estatal y federal, incluyendo el Departamento de Salud y Servicios Sociales, y los Centros para *Medicare* y *Medicaid*.

La frontera México-Estados Unidos ha sido una región natural para el desarrollo del turismo médico, con la participación activa de los grupos privados. Los principales destinos para este segmento están en la frontera norte: Tijuana, Mexicali, Ensenada, Rosarito, Tecate, Ciudad Juárez, Navojoa, Hermosillo, Reynosa, Matamoros y Nuevo Laredo, así como Monterrey. Baja California es la entidad en la que más se ha detonado el turismo médico.

En México, diez entidades federativas cuentan con infraestructura y capital humano para exportar servicios de turismo médico. Los clústers médicos en esas entidades agrupan aproximadamente 60 hospitales, a los que se suman hospitales y clínicas que aunque no están agrupados en conglomerados, proveen de servicios de salud a extranjeros.

En la región de El Bajío y Centro Occidente también se ha dado un desarrollo del turismo médico, allí se cuenta con hospitales certificación internacional. Destaca el

clúster médico de Jalisco, conformado por 14 hospitales privados certificados ante el Consejo de Salubridad General, un hospital acreditado ante la Joint Commission International, y otras certificaciones para 10 hospitales. Dentro de la oferta de Jalisco, Puerto Vallarta se ha posicionado como un destino importante para los servicios hospitalarios integrales y especializados, algunos con personal médico estadounidense. Además de la oferta de hospitales privados cuenta con infraestructura turística, que incluye un aeropuerto internacional y hoteles de lujo a precios asequibles para los turistas estadounidenses.

En el Caribe la oferta se concentra en 10 hospitales en Cancún, Mérida y la Riviera Maya, que se enfocan en los pacientes extranjeros. Cancún cuenta con el Hospital Galenia, que posee una certificación internacional por la *Joint Comission*. Este es un destino turístico que ha desarrollado infraestructura de primer nivel y que tiene una gran conectividad, pues su aeropuerto internacional es el segundo más concurrido después de la terminal aérea de la Ciudad de México.

Una iniciativa de reforma de salud en Estados Unidos presentada el 7 de marzo de 2017 por senadores republicanos con el respaldo del presidente Donald Trump buscaba modificar la Ley del Cuidado de la Salud Asequible, sin embargo no fue aprobada como se esperaba y quedó congelada.

Debe recordarse que la Ley de Cuidado de Salud Asequible hace obligatorio a las empresas con más de 50 trabajadores ofrecer seguro médico y su principal objetivo es expandir la cobertura de salud para los más necesitados a través de *Medicaid*.

Al mantenerse la Ley, se espera un fortalecimiento de la demanda de turismo médico, dado que las principales aseguradoras aceptan algunos proveedores mexicanos participantes en las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO's), y organizaciones de proveedores.

Se estima que existe casi un millón de residentes de origen mexicano en Estados Unidos que cuentan con cobertura de seguro de salud y que tienen la opción de recurrir a servicios y procedimientos médicos en México; ese es un mercado potencial.

Del lado mexicano es necesario trabajar en modelos de negocios que permitan generar nuevas opciones para los habitantes de las regiones donde se está desarrollando la infraestructura de hospitales y hoteles, para atender la creciente demanda que se espera en el corto y mediano plazos.

## **4. ESTRATEGIA DE TURISMO MÉDICO EN MÉXICO PARA CAPTAR PACIENTES DE ESTADOS UNIDOS, CON BASE EN LOS PRINCIPIOS DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE MERCADO**

### **4.1. Potencial para el desarrollo del Turismo Médico en México**

El turismo médico es un área con gran potencial de crecimiento en México, como se aprecia en los planes de expansión de los grandes grupos privados de salud como Grupo Ángeles y Star Médica, los cuales tienen en curso planes de construcción de hospitales en la región fronteriza y en los principales destinos turísticos del centro-occidente del país, El Bajío y El Caribe mexicano.

Entre los factores que han contribuido a elevar el potencial de desarrollo del turismo médico en México destacan la calidad de los servicios médicos, las crecientes mejoras en la infraestructura médica del país, los costos de servicios relativamente bajos, así como la tendencia creciente de los estadounidenses de buscar ahorros en servicios de salud, entre otros.

El Grupo Médica Sur tiene planes de expansión en la Ciudad de México, a pesar de que se ha frenado el proyecto de Ciudad de la Salud, para el cual tiene una reserva de cinco hectáreas. De realizarse, éste será el clúster médico de la capital del país,

a la usanza de los conglomerados de la zona fronteriza del norte y de ciudades como Houston, Texas.

La importancia de generar estrategias para este segmento se aprecia en su alta rentabilidad ya que un turista convencional gasta 1,500 dólares, en tanto que un turista que acude a recibir algún procedimiento médico destina entre 5,000 y 20,000 dólares, según el tratamiento. La estadía promedio de un turista convencional es de tres noches; un turista médico pasa de cinco a 15 noches, según su estado de recuperación.<sup>188</sup>

Por lo regular este tipo de turismo suele viajar en familia, se hospeda en hoteles de prestigio con una estancia mínima de cinco días y esto ayuda a resolver sus problemas de cirugías diversas en hospitales; a su vez disfruta con su familia del sol y la playa, prologando su estancia hasta diez días o más.

El turismo médico tiene un efecto multiplicador, ya que propicia el crecimiento de negocios relacionados a esta actividad como: hospitales, clínicas, laboratorios, farmacias, hoteles, servicios turísticos, de transporte, veterinarias, así como desarrollos inmobiliarios, entre otros.

Además, a pesar de la orientación antimexicana del discurso del presidente Donald Trump, los *babyboomers* de Estados Unidos y Canadá están en la búsqueda de conservar su calidad de vida a mejor precio, lo que incluye servicios médicos a precios más bajos que en Estados Unidos. Actualmente hay casos en los que los ciudadanos estadounidenses que viven en México reportan haber usado porciones del servicio *Medicare* para recibir servicios médicos.<sup>189</sup>

Por otra parte, la posibilidad latente de que se realicen cambios en el sistema de salud de los Estados Unidos, si se revisan algunos aspectos de la Ley del Cuidado de la Salud Asequible de 2010, permiten anticipar un incremento de la demanda de servicios médicos en México por parte de las personas que podrían quedar excluidas de cobertura.

México se ha transformado y pasó de ser un destino de servicios de odontología, oftalmología y cirugía cosmética en las ciudades fronterizas a un concepto más amplio que lo convierte gradualmente en un centro de cuidados de la salud que ofrece una gama completa de especialidades y procedimientos que compiten directamente con los ofrecidos en otros países desarrollados.

Un hecho que llama la atención es que las aseguradoras, al igual que lo han hecho otros sectores, están adoptando nuevas prácticas comerciales en lo que puede llamarse un modelo de mercado irruptivo. Las cuatro mayores aseguradoras de Estados Unidos United Health, Well Point, Aetna y Humana establecieron en 2015

---

<sup>188</sup> Sectur, SS,SE, Proméxico. *Turismo de salud*. Folleto de la Secretaría de Turismo, Secretaría de Salud, Secretaria de Economía y Proméxico, México, 2013.

<sup>189</sup> Guzmán Flores, Julieta. *Op. cit.* p. 124

programas piloto de turismo médico<sup>190</sup> y entre sus destinos incluyeron a hospitales mexicanos. También han tenido convenios con proveedores de México otras aseguradoras más pequeñas entre las que figuran BCBS, Coventry, Kaiser, Unicare y Bupa.<sup>191</sup>

Cada vez es más común que las grandes aseguradoras busquen opciones para bajar costos. Por ejemplo Blue Shield, de Carolina del Norte, suscribió un contrato con un hospital de Bangkok, Tailandia, para la realización de ciertas cirugías. El Grupo de Programas Unidos, un intermediario que administra pólizas de seguros, ha contratado paquetes de cirugías para al menos 40 empresas estadounidenses bajo esta modalidad.

La Ley del Cuidado de Salud Asequible de los Estados Unidos, conocida como *Obamacare*, al hacer obligatoria la contratación de un seguro médico, tuvo un efecto inicial de incentivar el turismo médico con proveedores extranjeros, lo que se explica por los ahorros significativos para las aseguradoras. El tamaño relativo de los ahorros es difícil de estimar, sin embargo ha habido algunos intentos, como se aprecia en la siguiente tabla:

**Tabla 12**

**Comparativo de costos de procedimientos médicos por regiones\***

<b>Procedimiento</b>	<b>Precio a particulares EU</b>	<b>Precio a aseguradoras EU</b>	<b>India</b>	<b>Tailandia</b>	<b>Singapur</b>
Angioplastia	98,618	44,268	11,000	13,000	13,000
Bypass coronario	210,841	94,277	10,000	12,000	20,000
Reemplazo de válvula del corazón	274,395	122,969	9,500	10,500	13,000
Cirugía de cadera	75,399	31,485	9,000	12,000	12,000
Reemplazo de rodilla	69,991	30,358	8,500	10,000	13,000
Bypass gástrico	82,646	47,735	11,000	15,000	15,000
Mastectomía	40,832	16,833	7,500	9,000	12,400

<sup>190</sup> Cohen, I. Glenn. Op. cit. p. 137

<sup>191</sup> *Ídem*

(\*)En dólares. Fuente: Cohen, I. Glenn. *Patients with Passports. Medical tourism, Law and Ethics*. Oxford University Press, New York, 2015. p. 138.

En el comparativo de los costos entre México y Estados Unidos los ahorros son notables, de entre el 36% y el 89%, como se aprecia en la tabla 11.

Puede observarse que un paciente paga en México algunos casos la tercera parte de lo que pagaría en Estados Unidos. Si se considera que las aseguradoras manejan grandes volúmenes de pólizas, incluso pueden negociar precios más baratos con hospitales fuera de Estados Unidos, por ello se entiende por qué el turismo médico puede ser una vía para crear un modelo disruptivo de nuevas empresas, de fácil acceso, tal como lo han hecho empresas de otros sectores como Netflix en materia de entretenimiento o Uber en transporte privado.<sup>192</sup>

El ahorro promedio de la lista de procedimientos médico-quirúrgicos considerados en dicho cuadro alcanza un promedio de 72%, sin embargo en casos como el Bypass cardiaco se aprecia un ahorro de 117 mil dólares, equivalente al 81 por ciento, si se considera que la cirugía cuesta en Estados Unidos aproximadamente 144 mil dólares, en tanto que el mismo procedimiento en México cuesta 27 mil dólares.

**Tabla 13**

**Comparativo de costos en procedimientos médicos México-EU\***

<b>Procedimiento médico</b>	<b>Costo EU</b>	<b>Costo México</b>	<b>Ahorro</b>
Bypass cardiaco	\$144,000	\$27,000	81%
Angioplastia	57,000	12,500	78%
Reemplazo de válvula cardiaca	\$170,000	\$18,000	89%
Reemplazo de cadera	\$50,000	\$13,000	74%
Resurfacing de cadera	\$50,000	\$15,000	70%
Reemplazo de rodilla	\$50,000	\$12,000	76%
Cirugía de columna	\$100,000	\$12,000	88%
Implante dental	\$2,800	\$1,800	36%
Implante de busto	\$10,000	\$3,500	65%
Rinoplastia	\$8,000	\$3,500	56%
Levantamiento facial	\$15,000	\$4,900	67%
Banda gástrica	\$30,000	\$6,500	78%
Manga gástrica	\$28,700	\$9,995	65%
Bypass gástrico	\$32,972	\$10,950	67%

<sup>192</sup> Numerof, Rita E. y Abrams, Michael N. *Op. cit.*, p. 137

Liposucción	\$9,000	\$2,800	69%
Abdominoplastia	\$9,750	\$4,025	59%
Operación láser para ambos ojos	\$4,400	\$1,995	55%
Retina	N/A	\$3,500	N/A
Tratamiento fertilización <i>in vitro</i>	N/A	\$3,950	N/A
Histerectomía	\$15,000	\$5,800	61%

Fuente: Proméxico, Sectur, SS, Secretaría de Turismo, Secretaría de Salud, con datos de *Medical Tourism*. (\*) Cotizaciones en dólares.

Quizá esa es la razón de que si bien no hay registro oficial, se observa un flujo de pacientes particularmente en California y Arizona que viajan de las ciudades vecinas, especialmente, de San Diego, Los Ángeles y Phoenix, quienes suelen viajar entre una y seis horas para cruzar la frontera y visitar sus clínicas preferidas en México, quedarse una o dos noches en un hotel y después regresar, esto con el objetivo de ahorrar cientos o miles de dólares al año en servicios de salud.<sup>193</sup>

Algunas de las especialidades de turismo médico en las que México destaca son: cirugías cardíacas, cirugía plástica, oftalmología, oncología, odontología, cirugías gástricas, biología de la reproducción, traumatología y ginecología, entre las más de mayor demanda.

Gran parte de la oferta de turismo médico en México está formada por hospitales y centros de especialidades médicas. Dichas clínicas tratan a miles de viajeros médicos anualmente, y muchos de sus pacientes regresan cada año para hacerse exámenes generales, limpiezas dentales, exámenes físicos y otros tratamientos que pueden obtener a precios más bajos que en los Estados Unidos, Europa o hasta en algunos países de Asia.<sup>194</sup>

Desde el ámbito de su aportación a la economía, el turismo médico puede catalogarse como servicio de exportación para captar divisas. Se estima que la industria de turismo médico alcanzó un valor de 2,847 millones de dólares en 2013, lo que significó un crecimiento del 10% con respecto del 2012. Se estima que el turismo médico en México habría alcanzado una tasa de crecimiento promedio anual de 7% entre 2014 y 2016.

Como se explicó en el capítulo precedente, actualmente en México existen cerca de 10 entidades federativas que cuentan con infraestructura y capital humano para

<sup>193</sup> Sectur, SS, SE, Proméxico. *Turismo de Salud*. p. 13

<sup>194</sup> *Ídem*.

exportar servicios de turismo médico. Los clústers médicos en esas entidades agrupan aproximadamente 60 hospitales, a los que se suman hospitales y clínicas que aunque no están agrupados en esos conglomerados, proveen de servicios de salud a extranjeros.

De acuerdo con la Secretaria de Turismo y como se explicó en el capítulo III los principales destinos para el turismo médico son en la frontera norte: Tijuana, Mexicali, Ensenada, Rosarito, Tecate, Ciudad Juárez, Navojoa, Hermosillo, Reynosa, Matamoros y Nuevo Laredo, así como Monterrey. En la región centro, la Ciudad de México y Puebla; en el Bajío y centro-occidente, Guadalajara, Puerto Vallarta, San Luis Potosí y Querétaro; la península de Yucatán y Cancún. En estas ciudades las instituciones de salud cuentan con las especialidades de mayor demanda y ahí se ubican los hospitales con certificación internacional.

En 2011, las instituciones de salud privadas en México contaron con casi 13,500 consultorios (62% son de especialidades) y 34,807 camas (18% de Ginecobstetricia, 15% de cirugía y 14% de medicina interna). También se registraron 4,882 quirófanos, 1,344 unidades de cuidados intensivos, 883 laboratorios de análisis clínicos, 225 laboratorios de anatomía y patología, 301 equipos de diálisis y 276 equipos de tomografía axial computarizada.<sup>195</sup>

México cuenta con 10 hospitales acreditados por la Joint Commision Internacional<sup>196</sup>, como se aprecia en la siguiente tabla:

**Tabla 14**  
**Hospitales mexicanos con acreditación internacional**

<b>Hospital</b>	<b>Ubicación</b>	<b>Fecha acreditación</b>
Asisteo Hospital México S.A. de C.V.	Ciudad de México. Programa de cuidados continuos	16 de marzo de 2012.
Clínica Cumbres	Chihuahua, Cuidados ambulatorios	23 abril 2008 Reacreditación: 30 agosto 2011
Hospital CIMA	Chihuahua, Chih.	31 de agosto de 2012
Clínica CIMA	Hospital Hermosillo, Sonora, Hospital	11 diciembre 2008. Expiración: 10 dic 2011

<sup>195</sup> *Ídem*

<sup>196</sup> La acreditación es un proceso diseñado para crear una cultura de seguridad y calidad dentro de la organización que se esfuerza continuamente a mejorar los procesos y resultados del cuidado del paciente. Existen 610 instituciones de salud, distribuidas en 55 países que cuentan con una o más certificaciones. En el mundo suman 19,000.

Hospital CIMA Monterrey	Monterrey, Nuevo León, Hospital	19 diciembre 2008
Hospital Galenia	Cancún, Quintana Roo, Programa Hospital	5 octubre 2012
Hospital México Americano, SC	Guadalajara, Jalisco Programa – Hospital	20 de marzo de 2010
Hospital y Clínica OCA, SA de CV	Monterrey, Nuevo León, Programa - Hospital	Primera acreditación 27 de septiembre de 2008. Reacreditación: 22 de diciembre de 2011.
ABC Medical Center	Ciudad de México, Observatorio Programa Hospital	1ª acreditación 6 diciembre 2008; Reacreditación 10 diciembre 2011
ABC Medical Center	Ciudad de México, Santa Fe, Programa Hospital	1ª acreditación 12 diciembre de 2008 Reacreditación 10 de diciembre de 2011

Fuente: SECTUR, SALUD, SE, Pro México. *Turismo de Salud*. Folleto Secretaria de Turismo, Secretaría de Salud, Pro México, México, 2013. p. 19.

La acreditación certifica que los servicios de esos hospitales están homologados a los estándares internacionales. Uno de los beneficios de esta certificación es la certidumbre que le da al paciente internacional que confía en los criterios de validación de dicho organismo internacional

Además, México cuenta con médicos especialistas y personal médico altamente especializado. El INEGI estima que en hospitales privados laboran 10,211 médicos generales; 57 mil 865 especialistas; 43 mil 104 personal paramédico, de los cuales casi la mitad son enfermeras generales y el 10% enfermeras especializadas.<sup>197</sup>

Según datos de la OCDE, México es el décimo país con más porcentaje de especialistas del total de médicos, con 62.3%. En el continente americano solo es superado por Estados Unidos, con 65%. El país con mayor porcentaje de especialistas es Eslovaquia.<sup>198</sup>

El mercado potencial para los servicios de turismo médico en México es vasto. De los 320 millones de habitantes de los Estados Unidos se estima que 100 millones de personas tienen cobertura médica, cifras que variarán de acuerdo con los eventuales cambios que se realicen al sistema de salud en la administración Trump.

<sup>197</sup> Sectur, SS, SE, Proméxico. *Turismo de salud*. p.17

<sup>198</sup> *Ídem*.

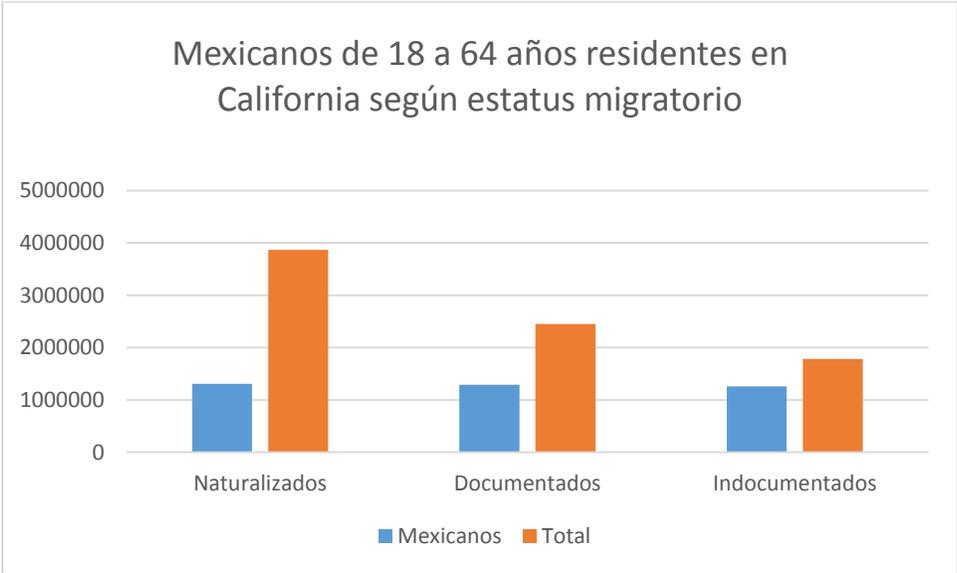
Se estima que en Estados Unidos hay 32 millones de personas dispuestas a viajar para atenderse fuera del país. Proméxico calcula que hay un mercado potencial de 250 mil cirugías y 150 mil consultas.

Por ello una parte importante del mercado mexicano de turismo médico puede enfocarse a atender a los residentes mexicanos que carecen de cobertura de seguro, que no tienen acceso a servicios médicos y están dispuestos a realizarse tratamientos y procedimientos médicos en México.

Vale la pena destacar el caso de California, estado en el que uno de cada tres residentes es inmigrante. Con cifras a 2009, un estudio de CONAPO destaca que de los 23.5 millones de habitantes de California con edades de 18 a 64 años, es decir en edad laboral, 15.39 millones nacieron en Estados Unidos y los restantes 8.03 millones eran inmigrantes, cuyo estatus migratorio se aprecia en el siguiente gráfico:

**Gráfico 5**

**Mexicanos residentes en California según estatus migratorio**



Fuente: SEGOB, CONAPO. *Migración y Salud. Inmigrantes mexicanos en Estados Unidos*. Secretaría de Gobernación Consejo Nacional de Población. México.2013, p. 67

De acuerdo con el mismo estudio, de una población estimada en 2.4 millones de inmigrantes documentados, cerca de 268 mil personas (11.3%) contaba con cobertura de seguro médico de Organismos para el Mantenimiento de salud (HMO) públicos, en tanto que 678 mil (28.6%) cuenta con seguro médico de HMO privada.

De esa población de residentes legales 796 mil personas carecen de seguro médico, en tanto que 446 mil personas cuentan con algún programa de salud privado. De acuerdo con las cifras de CONAPO, 796 mil inmigrantes con documentos carecen de seguro médico.<sup>199</sup>

Según el censo de 2015 la población total de California se estima en 39.1 millones de habitantes, de los cuales 15.2 millones son latinos, es decir, el 39% total de la población; de éste universo aproximadamente el 84% son mexicanos o de origen mexicano, es decir 12.5 millones de personas.<sup>200</sup>

Parte de ese sector de la población tiene la opción de acudir a servicios de salud privados en México, gracias a que se estima que en 2014 la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Asequible (ACA) integró a millones de latinos a la cobertura médica, entre los que se incluyen mexicanos que tienen la opción de acudir a proveedores mexicanos a través de las HMO's.

Como se explicó en el capítulo 2, la figura para contratar servicios médicos en México a través de los seguros de salud son las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organizations, HMO's, por sus siglas en Inglés,) y las Organizaciones de Proveedores Preferentes (PPO's, sus siglas en Inglés), que son las que cubren la mayor parte del mercado en los Estados Unidos.

El modelo tradicional de las HMO's se limita a pagar a los proveedores el reembolso únicamente del plan contratado. Estas organizaciones prestan toda la variedad de servicios de salud, incluidas consultas médicas, atención a urgencias, cirugías, análisis de laboratorio, radiografías y terapia, a cambio de una suma global.

En tanto, las PPO's funcionan con base en una red de proveedores y aplican deducibles y copagos a los pacientes que se atienden fuera de la red de proveedores autorizada.

Estas organizaciones ofrecen la atención directamente en consultorios propios, o a través de otros profesionales con los que mantienen contratos. Por su parte los médicos y hospitales también son pagados per cápita y no por la modalidad de

---

<sup>199</sup> *Ídem*

<sup>200</sup> *Pew Research Center*. Washington. En: <http://www.pewhispanic.org/states/state/ca/> consultado en mayo de 2017

honorarios por servicios prestados que utilizan otras organizaciones de atención regulada.

Las PPO's son similares a las HMO's en cuanto a su carácter de organización de atención a la salud administrada, pero aquí se da una combinación de pago por honorarios por servicios prestados y algunas características similares. Los pacientes tienen un número limitado de médicos y hospitales para elegir. Si utilizan a los proveedores específicos, las facturas están cubiertas, pero tienen la opción de seleccionar otros médicos u hospitales y recibir una cobertura parcial, pagando la diferencia.

Históricamente, la frontera norte ha sido un mercado natural para los servicios de turismo médico, por lo que algunas aseguradoras han firmado convenios con proveedores mexicanos utilizando las prerrogativas establecidas en la regulación para la contratación con HMO's.

Algunos de los requisitos establecidos por las HMO's son compatibles con algunas formas de planes de seguro privados que involucran el turismo médico. Con el avance en la integración de los sistemas de salud, las compañías de seguros, las HMO's y clínicas pueden proveer conjuntamente servicios médicos a consumidores estadounidenses a precios muy bajos.

## **4.2. Iniciativas gubernamentales**

### **4.2.1. Iniciativas del gobierno federal**

Históricamente ha habido un movimiento transfronterizo de consumidores entre Estados Unidos y México y éste ha recibido un impulso con el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), en especial en el sector de servicios médicos y de salud, que ha generado política pública de los gobiernos, incluso en el ámbito federal en ambos lados de la frontera.

Una iniciativa importante derivada del TLCAN fue la creación de la Comisión de Salud de la Frontera México-Estados Unidos (BHC, sus siglas en inglés), establecida en julio de 2000 mediante un acuerdo binacional con el objetivo de llevar adelante esfuerzos en los órdenes local, estatal y federal con el fin de atender las necesidades de salud de los residentes en ambos lados de la frontera y emprender iniciativas efectivas para atender la demanda de servicios.<sup>201</sup>

Los antecedentes de la comisión se remontan al 22 de octubre de 1994, en el que la Ley Pública (PL) §103-400 de 1994 estableció la Sección de la Comisión

---

<sup>201</sup> Velasco, José Luis. *United States-Mexico Border Health Commission (BHC) Initiatives and Activities* Executive Director of the BHC U.S. Section, El Paso, Texas, *Voices of Mexico Issue 98*, 17 febrero 2015, p. 82

Binacional en los Estados Unidos con sede en El Paso, Texas. El 21 de diciembre de 2004, la Comisión fue designada como organización pública internacional por una orden ejecutiva del presidente George W. Bush.

Dicha Comisión Fronteriza Binacional fue establecida para atender las necesidades de salud a lo largo de un tramo de la franja fronteriza de 100 kilómetros, (62 millas), que incluye 44 condados del lado de Estados Unidos en los cuatro estados fronterizos: California, Arizona, Nuevo México y Texas. Del lado mexicano, la sede de la comisión se localiza en Tijuana, Baja California, y el trabajo de ésta se extiende a 80 municipios en los seis estados fronterizos: Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, y Tamaulipas. El plan de trabajo iniciado en 2010 plantea metas a 2020.<sup>202</sup>

Una de las prioridades de la Comisión Fronteriza Binacional en el plan de trabajo de 2010 es incrementar el acceso a la salud de los residentes en la frontera mediante el apoyo de organismos de salud y educación participantes en la Ley de Salud Asequible de 2010 y autoridades de salud a nivel local, estatal y federal, incluyendo el Departamento de Salud y Servicios Sociales (HSS, sus siglas en Inglés) los Centros para los servicios de *Medicare* y *Medicaid*, organismos no gubernamentales de asistencia y promoción de salud y educación y representantes de las comunidades en los cuatro estados fronterizos de los Estados Unidos.<sup>203</sup>

En esta tarea puede ser de gran utilidad el trabajo en equipo que se realiza en las denominadas ciudades hermanas, en materia de atención materno-infantil en las siguientes zonas:

## Figura 2

### Ciudades hermanas México-Estados Unidos<sup>204</sup>

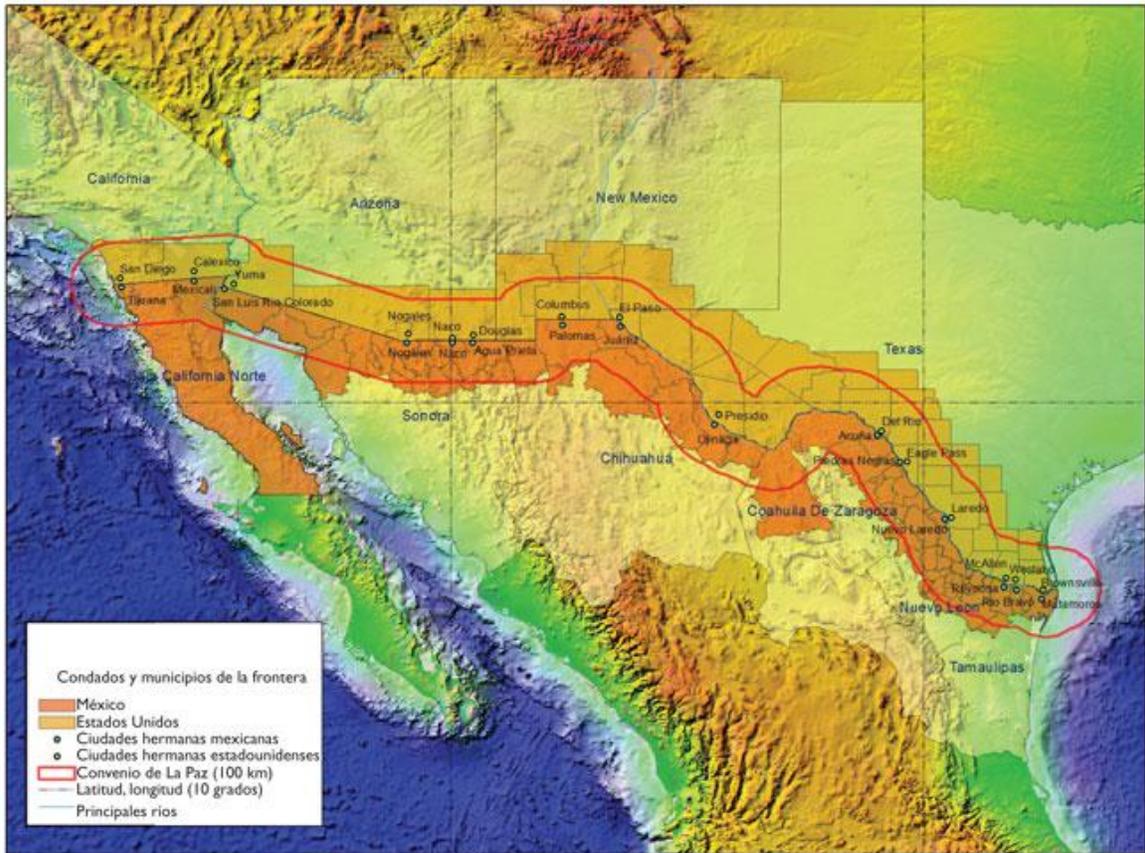
---

<sup>202</sup> Comisión de Salud Frontera México-Estados Unidos. En: <http://www.borderhealth.org/>, consulta marzo 2017.

<sup>203</sup> Velasco, José Luis. *Op. cit.*, p.85

<sup>204</sup> OPS. Organización Panamericana de la Salud, *Frontera de los Estados Unidos y México*. Washington, 2012- En: [http://www.paho.org/salud-en-las-americanas-2012/index.php?option=com\\_content&view=article&id=63&Itemid=173&lang=esOPS](http://www.paho.org/salud-en-las-americanas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=63&Itemid=173&lang=esOPS) Consulta en mayo 2017.

FIGURA I. Zona de la frontera entre Estados Unidos y México



Fuente: Elaborada por la Oficina de la OPS en la Frontera de Estados Unidos y México.

- Brownsville, Texas/Matamoros, Tamaulipas,
- El Paso, Texas/Doña Ana County,
- Nuevo México/Juárez, Chihuahua,
- Nogales, Arizona/Nogales, Sonora y,
- San Diego, California/Tijuana, Baja California.

Los equipos binacionales colaboran para mejorar la infraestructura de la salud, compartir información epidemiológica, capacitación y asistencia técnica entre México y Estados Unidos.

Del lado mexicano para atender el área fronteriza destaca la iniciativa Ventanilla de Salud (*Window on Health*), desarrollado en 2001 como programa piloto por las secretarías de Salud (SS) y de Relaciones Exteriores (SRE) y que se ha extendido hasta ser implementado por la Embajada de México en los Estados Unidos y disponible actualmente en los 50 consulados mexicanos en territorio estadounidense.

En esta iniciativa se brinda información de temas de salud, programas de aseguradoras de salud y referencias a proveedores de servicios de salud en las comunidades para las familias mexicanas y latinas residentes en Estados Unidos.<sup>205</sup>

Además de este trabajo en la región fronteriza que sin duda es la de mayor relevancia para el turismo médico, el gobierno federal de México lanzó una iniciativa para promover el desarrollo y la proveeduría de servicios de turismo médico en otras regiones del centro del país.

Entre 2007 y 2008 el gobierno mexicano a través de las secretarías de Turismo y Economía inició un proyecto para crear *clusters* médicos en México para atender a los mercados de Estados Unidos y Canadá con criterios ciudad/estado/región, participaron hospitales y prestadores de servicios de salud.

En la administración de Enrique Peña Nieto las Secretarías de Turismo y Salud, agencias especializadas como Proméxico y Cofepris, académicos y empresarios de sectores relacionados con el turismo y la salud, empezaron a trabajar en el desarrollo de la marca México para un modelo de turismo médico, un manual operativo y una estrategia internacional de promoción y difusión.

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece dentro de las metas nacionales que México debe aprovechar integralmente el crecimiento del sector turístico a nivel mundial. Se señala que debe mejorar el valor agregado de la oferta de este tipo de productos turísticos.

Asimismo, señala que “México se encuentra bien posicionado en el segmento de sol y playa, pero otros como el turismo cultural, ecoturismo y aventura, de salud, deportivo, de lujo, de negocios y reuniones o de cruceros, ofrecen la oportunidad de generar más derrama económica”.<sup>206</sup>

Por ello fue instalada una mesa de trabajo liderada por el gabinete turístico, con el objetivo de impulsar el turismo médico. La Secretaría de Turismo encabeza los trabajos con la participación de la Secretaría de Salud, ProMéxico, el Instituto Nacional de los Emprendedores (Inadem), el Banco Nacional de Comercio Exterior (Bancomext), la Comisión para la Prevención de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y el Consejo de Promoción Turística de México (CPTM).

El grupo de trabajo se fijó como objetivos:

- Consolidar la propuesta de valor de México en los mercados de turismo médico y de bienestar, en función de las necesidades y preferencias de las personas que buscan este tipo de servicios,

---

<sup>205</sup> SS, SRE. *Ventanilla de salud*. Secretaría de Salud y Secretaría de Relaciones Exteriores. Información sobre servicios de salud, Sección Consular de la Embajada de México en Estados Unidos. En: <http://ventanilladesalud.org/> consulta en abril 2017.

<sup>206</sup> De la Madrid Hurtado, Enrique. *Estrategia de Impulso al Turismo Médico*, Presentación en *power point* ante la COPARMEX. Secretario de Turismo, Ciudad de México, 21-julio-2014

- Posicionar a México como líder en turismo médico.
- Brindar servicios con calidad, seguridad y a precios competitivos
- Mejorar la infraestructura especializada
- Fortalecer encadenamientos de servicios
- Aumentar la demanda e incentivar la inversión para elevar la derrama.<sup>207</sup>

Las líneas de acción fijadas por el grupo intersecretarial se concentraron en promover el encadenamiento de servicios del turismo médico en los estados con viabilidad, mediante el impulso de *clusters* o agrupamientos articulados de la cadena de valor del Turismo Médico.

También se han ocupado de promover la certificación de los hospitales, clínicas y prestadores de servicios médicos ante el Consejo de Salubridad General y de impulsar la acreditación de productos médicos de exportación.

En materia de promoción el grupo intersecretarial se propuso como objetivo fortalecer la imagen de México como proveedor de servicios de turismo médico, así como generar sistemas de información e intercambio de conocimiento, mediante el registro de datos sobre el viajero en formatos de internación al país, el monitoreo en hospitales certificados, para conocer el perfil del consumidor, desarrollo de un protocolo de investigación sobre el comportamiento del Turismo Médico en México. Generar una metodología de evaluación, que permita contar con información relevante, pertinente y oportuna sobre el sector.

Como hemos señalado si bien se observa una fase de expansión de la infraestructura con la construcción de hospitales y la oferta de hoteles que cumplen los estándares internacionales, hace falta un mayor trabajo en la parte de desarrollo del producto, dado que cada actor trabaja por su cuenta.

El gobierno federal realiza promoción sin coordinar esfuerzos con los gobiernos estatales y con los empresarios del sector. Conviene aquí contrastar el caso de España, en el que se alinearon todos los actores, creando su marca y reestructurando su oferta de servicios, para fortalecer la parte de la atención a los turistas médicos.

Es necesario, además, incrementar el número de vuelos y desarrollar oferta complementaria, por ejemplo los centros de rehabilitación y recuperación de pacientes adscritas a hospitales, como lo hace en España la Clínica Montebello adscrita al hospital danés Nordsjaellands (Frederikssund).

A ese centro llegan exclusivamente ciudadanos daneses que han sufrido un problema neurológico o padecen alguna enfermedad que requiere una rehabilitación intensiva. En este sitio no aceptan pacientes particulares ni daneses

---

<sup>207</sup> *Ídem*

que estén de paso por España y requieran atención sanitaria, solo pacientes del hospital danés a los que sus médicos prescriban tres semanas de tratamiento. La experiencia de ese centro es un ejemplo para el sector de acuerdo con el Ministerio de Salud de España, quien tiene como objetivo instalar en la Costa del Sol hospitales del nivel de la Cleveland Clinic o el Mount Sinaí de Nueva York.<sup>208</sup>

#### **4.2.2. Iniciativas de gobiernos estatales**

Baja California es el estado más avanzado en el desarrollo del turismo médico; desde hace varios años se han creado clínicas privadas en Tijuana las cuales cubren parte del mercado de servicios de salud de la ciudad fronteriza de San Diego con base en servicios de alta calidad y precios bajos.

El Consejo de Desarrollo Económico de Tijuana, apoyado por el gobierno de Baja California, coordinó a la asociación de prestadores de servicios médicos y creó un clúster de servicios de salud con funciones de organización y representación de intereses, además de recomendar y promover la certificación de médicos y hospitales para reducir los riesgos a la salud de los pacientes.

En Baja California se creó la primera Asociación de Turismo Médico del país, a partir de la cual se realizaron mesas de trabajo para mejorar los servicios en distintos gremios: hotelero, gastronómico, transporte y comercial, dando como resultado los primeros clústers.

Además se creó la primera dirección y Comisión de Turismo Estatal con la finalidad de dirigir el programa de actividades y de trabajo; la Comisión Consultiva de Turismo de la Salud está integrada por 24 participantes de los diferentes gremios involucrados. A partir de este modelo de negocios el turismo médico en esa entidad se ha desarrollado exitosamente.

Se han creado dos consejos consultivos dentro de la Secretaría de Turismo estatal para apuntalar la promoción del turismo médico y prestar un servicio de primera calidad a pacientes y visitantes.

El titular de la Secretaría de Turismo, Enrique de la Madrid Cordero, considera a Baja California “un claro ejemplo de los destinos que tienen un enorme potencial para desarrollar el turismo médico”.<sup>209</sup>

Existen planes para mejorar la infraestructura relacionada con los turistas que acuden a recibir tratamientos médicos en ese mismo estado. El Gobierno Federal

---

<sup>208</sup> Ministerio de Industria, Turismo y Energía de España, Fundación Eol, *Turismo de Salud en España*, Madrid, España, 2013, p.31.

<sup>209</sup> De la Madrid Cordero, Enrique. Mensaje en gira de trabajo por el Estado de Baja California.

Secretario de Turismo, Tijuana, B.C. (7-03-2016) [www.gob.mx/sectur](http://www.gob.mx/sectur)

En: <https://www.gob.mx/sectur/prensa/baja-california-ejemplo-para-detonar-el-turismo-medico-en-mexico-emc> consulta en marzo 2017.

aportará 37 millones de pesos y el gobierno estatal 55 millones para un proyecto conjunto de mejoramiento de la imagen urbana de Tijuana, Tecate y Playas de Rosarito, para el desarrollo de infraestructura de estos destinos turísticos en Baja California.

El gobierno del estado planea realizar siete proyectos en Tijuana, Playas de Rosarito y Tecate. Por ejemplo, en Tijuana se llevarán a cabo cuatro desarrollos para mejorar la imagen urbana de la zona centro y del corredor internacional, así como una contribución al Programa Estatal de Capacitación Turística en los destinos, entre otros.

Por lo que respecta a la conectividad aérea, en 2015, los aeropuertos de Tijuana y Mexicali recibieron 23, 819 vuelos (23,437 nacionales y 382 internacionales), que representó el arribo de casi 2.77 millones de pasajeros.

El gobierno del estado proyecta construir un nuevo aeropuerto internacional en Ensenada, con el fin de aprovechar que Baja California es el punto más cercano entre América y Asia para impulsar la llegada de turistas a México.

Otro de los estados fronterizos que también realiza esfuerzos para posicionarse en el mercado es Chihuahua, sede del VII Congreso internacional de Turismo de Salud, que incluyó la expo más importante de Iberoamérica, realizado en octubre de 2017.

La entidad cuenta con el clúster Chihuahua Medical City, que recibe pacientes a través de siete cruces fronterizos. El Colegio de Médicos Cirujanos de Ciudad Juárez estima que en promedio anualmente cruzan al estado 750 mil personas provenientes de Estados Unidos para recibir servicios médicos, principalmente cirugías de corrección visual, procedimientos ortopédicos e intervenciones de cirugía estética. Actualmente, Chihuahua cuenta con 74 unidades médicas con 1,636 camas y 3,875 médicos certificados.<sup>210</sup>

El gobierno del estado de Sonora ha realizado también una iniciativa para turismo médico, que incluye el segmento de asistencia en el retiro para ciudadanos y residentes de Estados Unidos. El gobierno estatal busca integrar a las instituciones públicas y privadas de los sectores salud, turismo y economía del estado para ofrecer servicios de calidad para la atención de pacientes extranjeros y nacionales, así como para la asistencia en el retiro de personas de la tercera edad de los Estados Unidos.

La Secretaría de Salud lidera el proyecto para atender 1.8 millones de turistas y 450 mil retirados que buscan buen clima. Estima que hay 30 mil residentes permanentes en Puerto Peñasco, 10 mil en San Carlos y mil en Álamos.<sup>211</sup>

---

<sup>210</sup> Servín, Castillo, Jélica. "Turismo médico, sector en auge". En: [www.mundoejecutivo.com](http://www.mundoejecutivo.com) Consultado en mayo de 2013.

<sup>211</sup> Campillo García, Bernardo. "Modelo Sonora. Turismo de Salud y Asistencia en el Retiro". Presentación en *power point*. Secretario de Salud Pública de Sonora, 2011

Sonora cuenta con un hospital certificado por la *Joint Commission*, el Hospital y Clínica CIMA así como coordinación binacional con Arizona y Nuevo México. En la pasada administración se lanzó la iniciativa Sonora Hospital, dirigida al mercado estadounidense.<sup>212</sup>

En Nuevo León el clúster Monterrey Ciudad de la Salud fue conformado en 2011 con la participación de la Secretaría de Desarrollo Económico, hospitales públicos y privados acreditados por los principales organismos nacionales e internacionales como el Consejo de Salubridad General. La *Joint Commission International* otorgó la acreditación al Hospital y Clínica OCA.

El proyecto, con visión de largo plazo, integró a cuatro universidades donde se forman recursos humanos para la salud y proveedores del sector y cuenta con: comités de Ética; de Certificación y Acreditación a Hospitales, de Promoción así como de Calidad y Seguridad Hospitalaria.

Por su parte, el gobierno de Jalisco ha hecho un trabajo eficaz para conformar su clúster médico. En 2014 un grupo de hospitales privados de Jalisco lanzó su iniciativa de crear el conglomerado de turismo médico, iniciando con 14 hospitales privados, uno de los cuales, el Hospital México-Americano cuenta con acreditación ante la *Joint Commission International*.

El clúster de turismo médico de Jalisco ha incluido a hoteles, agencias de turismo y organismos de promoción, con la meta de ubicar al estado entre los 10 destinos de turismo médico a escala mundial, incluyendo a sus dos principales destinos Guadalajara y Puerto Vallarta; en este último se ha optado por la contratación de personal estadounidense, para generar confianza entre los turistas que provienen de ese país.

A iniciativa de las empresas se logró la vinculación con el gobierno del estado, a través de las secretarías de Salud, Turismo y Promoción Económica, la Oficina de Visitantes y Convenciones de Guadalajara, un enlace con el Instituto de Fomento del Comercio Exterior de Jalisco y convenios con aceleradoras de negocios con el Gobierno de Canadá.

El gobierno de la Ciudad de México, a su vez, busca crear la Ciudad de la Salud, un desarrollo planeado como un clúster médico en la Ciudad de México con una aportación importante de Grupo Médica Sur, que destinará parte de su reserva territorial de cinco hectáreas para poder crecer en el largo plazo.

Como se ha explicado, Médica Sur Tlalpan es uno de los cinco hospitales privados más grandes en México, lo que lo posiciona para aprovechar el potencial crecimiento en demanda futura por servicios hospitalarios de alta calidad en la capital del país, que es precisamente la que más ha captado turismo en los años recientes. De hecho, en 2015 la Ciudad de México fue el segundo destino con la

---

<sup>212</sup> *Ídem*

mayor afluencia de turistas estadounidenses, con 1.2 millones de visitantes de ese país, de acuerdo con cifras de la Secretaría de Turismo.<sup>213</sup>

El proyecto contempla una inversión de seis mil millones de pesos (316 millones de dólares) de la iniciativa privada, principalmente de Médica Sur. En febrero de 2014 la empresa anunció que invertiría 80 millones de pesos (42.5 millones de dólares) para edificar una torre de consultorios y oficinas médicas como parte del proyecto de Ciudad Médica Sur, incorporada al proyecto de Ciudad Salud del gobierno capitalino.

Considera la edificación de un nuevo hospital, una universidad especializada en la industria de la salud, un centro de investigación, dos torres de consultorios, un centro de convenciones, un hotel, edificios de departamentos habitacionales y un área comercial que tendría restaurantes, cines y tiendas.

La Ciudad de la Salud forma parte de diversos proyectos de renovación urbana denominados en forma genérica como Zonas de Desarrollo Económico y Social, también llamadas Zodes.

En el mes de noviembre de 2012, se llevó a cabo la colocación de la primera piedra del proyecto “Ciudad Médica Sur”; en la reserva territorial se alberga a la Unidad Académica de la Fundación. El plazo que la empresa se dio entonces para edificar el complejo era de entre seis y ocho años.

En febrero de 2015 fue colocada la primera piedra del proyecto, sin embargo la Ciudad de la Salud enfrentó una fuerte oposición vecinal, así como problemas políticos derivados de los desacuerdos entre el Partido de la Revolución Democrática que gobierna en la ciudad y la Delegación de Tlalpan, gobernada por otro partido, el Movimiento de Regeneración Nacional (Morena).<sup>214</sup> El proyecto está en un compás de espera ante el cambio de administración en 2018, para ver la factibilidad de que pueda ser retomado.

Recientemente, el estado de Quintana Roo anunció que implementaría una política estatal de turismo médico y así impulsar otra rama de este sector que es el turismo de bienestar. Cancún es el principal destino de los turistas estadounidenses, registrando en 2015 una afluencia de casi 3.5 millones de viajeros de ese país.<sup>215</sup>

### 4.3. Iniciativas del sector privado

---

<sup>213</sup> Sectur, *Análisis integral del Turismo*. Secretaría de Turismo, México, 2015. En: <http://www.datatur.sectur.gob.mx>, consulta en abril de 2017.

<sup>214</sup> Domínguez, Pedro. “Quieren vecinos parar la Ciudad de la Salud”. [www.milenio.com](http://www.milenio.com)  
En: [http://www.milenio.com/df/Quieren\\_vecinos\\_parar\\_Ciudad\\_de\\_la\\_Salud-Medica\\_Sur\\_0\\_381561849.html](http://www.milenio.com/df/Quieren_vecinos_parar_Ciudad_de_la_Salud-Medica_Sur_0_381561849.html), consulta en marzo de 2017.

<sup>215</sup> Sectur, *Análisis integral del Turismo*. Secretaría de Turismo, México, 2015. En: <http://www.datatur.sectur.gob.mx>, consulta en abril de 2017.

Si bien el sector empresarial del sector turístico tiene como representante a la Confederación de Cámaras Nacionales de Comercio, Servicios y Turismo (CONCANACO), en realidad la Confederación Patronal de la República Mexicana (COPARMEX) ha tomado el liderazgo en el desarrollo del turismo médico en México.

La COPARMEX cuenta con grupos de trabajo de empresarios de la salud y el turismo en su red de 65 centros empresariales en todo el país y 28 comisiones nacionales de trabajo, entre las que se cuenta precisamente el Turismo.<sup>216</sup>

La COPARMEX considera que el turismo es una prioridad nacional, fundamental para el desarrollo económico por lo que se requiere darle un enfoque prioritario, con una visión de largo plazo.<sup>217</sup>

El diagnóstico del organismo patronal concluye que México es un destino turístico extraordinario por su rica diversidad natural y cultural y por su posición geográfica, con una frontera con Estados Unidos de 3,152 kilómetros (1,951 millas), que es una de las de mayor tránsito en el mundo.

Cifras de la Secretaría de Relaciones Exteriores revelan que un millón de personas cruzan diariamente la frontera México-Estados Unidos de manera documentada en ambas direcciones. En la frontera de Tijuana, Baja California y San Diego California, se localiza el paso fronterizo El Chaparral-San Ysidro, que es el más transitado en el mundo con más de 30 millones de cruces por año.<sup>218</sup>

En la siguiente figura pueden apreciarse los principales municipios y condados fronterizos:

### **Figura 3**

#### **Principales municipios y condados fronterizos México-EU**

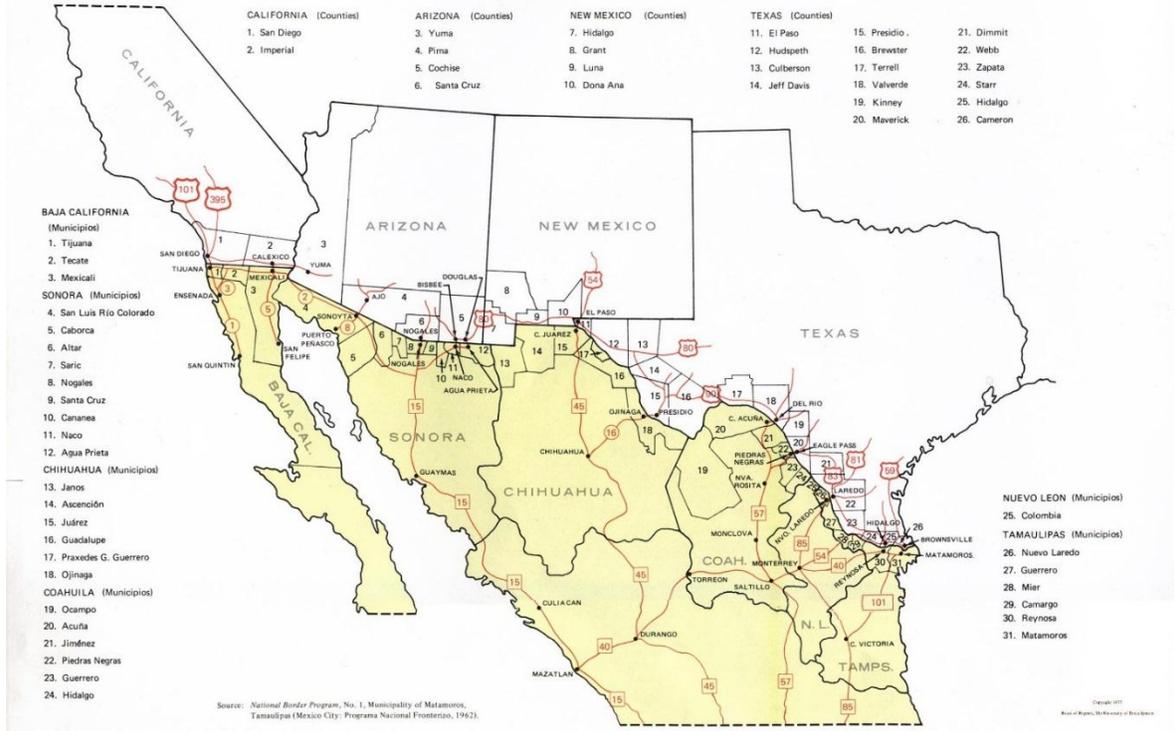
---

<sup>216</sup> En 2016 la Comisión Nacional de Turismo de COPARMEX fue integrada a la Comisión Nacional de Desarrollo Regional.

<sup>217</sup> Castañón, Juan Pablo. Mensaje de inauguración del Primer Foro de Turismo Médico. Presidente de la Confederación Patronal de la República Mexicana, Ciudad de México, 13 noviembre 2013.

<sup>218</sup> SRE. Secretaría de Relaciones Exteriores. *Frontera-México, Estados Unidos*. Presentación en *power point*. En: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/9494/Presentacion\\_Frontera\\_Junio\\_2015\\_pdf.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/9494/Presentacion_Frontera_Junio_2015_pdf.pdf) consulta en mayo de 2015.

## MEXICO—U. S. A. BORDER MUNICIPIOS AND COUNTIES WITH MAJOR HIGHWAY ACCESSES



Fuente: *National Border Programs*. Municipio de Matamoros, Tamaulipas.<sup>219</sup>

Se estima que 300 mil vehículos cruzan diario la frontera, de los cuales 70 mil son camiones de carga. La región genera el 21% del PIB de México. Los 10 estados fronterizos en conjunto representan la cuarta economía mundial.<sup>220</sup>

A pesar de ese importante movimiento de personas, de acuerdo con el diagnóstico de la COPARMEX cerca del 90% de los turistas estadounidenses que vienen a México se quedan en destinos de playa. Apenas se ha explotado a fondo una pequeña parte del potencial turístico del país y hay muchos nichos de negocio pendientes de desarrollar, especialmente para atender al mercado de Estados Unidos y Canadá.

COPARMEX realizó el primer Foro de Turismo Médico en 2013, con el objetivo de que empresarios, funcionarios y los especialistas hicieran propuestas para tender

<sup>219</sup> *National Border Programs*. Municipio de Matamoros, Tamaulipas.

<http://www.mapacartografico.com/gratis-221-mapa-municipios-condados-fronterizos-con-principa.html>

consulta en mayo de 2017.

<sup>220</sup> *Ídem*

puentes para la integración de los empresarios turísticos y de los del ramo de la salud, para lograr el desarrollo de un mercado que posee un gran potencial.<sup>221</sup>

El organismo empresarial se pronunció por crear sinergias entre las empresas de turismo y las de salud para construir la Marca México, bajo la coordinación del gobierno federal y los gobiernos estatales que están promoviendo estos servicios.

Propuso trabajar en desarrollar indicadores del sector que permitan identificar mejores prácticas, así como la definición de nichos de mercados adecuados y la orientación de esfuerzos de comunicación para lograr un mayor posicionamiento.

En el primer Foro de Turismo Médico de COPARMEX se propuso reforzar el trabajo en equipo del sector gubernamental y empresarial, dada su alta interdependencia y se planteó el objetivo de desarrollar un modelo de gestión competitiva para turismo médico y de salud en destinos seleccionados de México, con base en un estudio de mercado y un plan piloto para integrar un modelo de negocios.<sup>222</sup>

Se han realizado tres ediciones del Foro de Turismo Médico, dos en la Ciudad de México y uno en Monterrey.

Con fondos de CONACYT y el apoyo académico de la Universidad Iberoamericana, la COPARMEX coordinó un estudio para desarrollar un modelo de gestión competitiva para turismo médico y de salud en destinos seleccionados de México, con base en el tamaño del mercado norteamericano y los principales servicios solicitados por los segmentos potenciales.

COPARMEX llevó a cabo el Proyecto de Manual de Mejores Prácticas de Turismo Médico para México, en colaboración con la Universidad Iberoamericana.

En febrero de 2017 ha finalizado la primera etapa del proyecto que incluye:

- Estudio de mercado
- Análisis de oferta en México y la demanda en Estados Unidos
- El planteamiento del uso de metodologías cualitativas (técnica Delphi) y cuantitativas (levantamiento de encuestas)
- Un análisis de la dinámica de negocios de clúster en este subsegmento.

Entre las conclusiones del estudio de mercado realizado por COPARMEX, se encontró que los clústers de turismo médico no tienen integrados a la cadena de valor a los servicios turísticos. Quizá el más avanzado es el clúster de Jalisco, que como se ha explicado tiene un modelo en el que se logró la vinculación de empresas con el gobierno del estado, a través de las secretarías estatales de Salud, Turismo y Promoción Económica.<sup>223</sup>

---

<sup>221</sup> Castañón Juan Pablo, *op. cit.*

<sup>222</sup> *Ídem*

<sup>223</sup> COPARMEX, Confederación Patronal de la República Mexicana. Reunión de trabajo de la Comisión de Desarrollo Regional, Ciudad de México, 21 septiembre 2017.

Una de las conclusiones del estudio de mercado fue la necesidad de crear un organismo independiente autónomo como lo hicieron en España a través de la Escuela de Organización Industrial que creó la marca y clúster *Spaincares*, que aglutina a una red de hospitales, hoteles y servicios relacionados al turismo médico.<sup>224</sup> Se trata de una plataforma informativa que reúne a empresas de la cadena de valor del turismo médico agrupadas con base en rigurosos criterios de calidad de los servicios y certificaciones.

El reto es la estructuración de un producto que aproveche la demanda creciente identificada por parte de las aseguradoras estadounidenses, para generar una industria turística que diversifique y complemente la actual. En este punto es muy importante la mercadotecnia, la construcción de una marca y la imagen, el encadenamiento de pequeñas y medianas empresas.

En una segunda fase, la COPARMEX planea realizar un análisis de encadenamientos del sector turístico y médico y busca lanzar una plataforma digital para medir los estándares, modelos de madurez, modelos de procesos y las mejores prácticas profesionales de mayor presencia en el mercado, con una prueba piloto en los clústers de turismo médico de Guadalajara, Tijuana y Puerto Vallarta, en coordinación con los Centros Empresariales COPARMEX en esas ciudades.

#### **4.4. Estrategias de turismo médico en México para captar pacientes de Estados Unidos, con base en el Modelo de Economía Social de Mercado**

Lejos de que el TLCAN se convirtiera en el factor que ayudaría a reducir las asimetrías en la región Norteamericana a través de una mayor integración, con la visión de que ésta sería una especie de “Unión Europea embrionaria”<sup>225</sup>, en realidad en las últimas décadas se observa un acelerado proceso de empobrecimiento en México.

El bajo crecimiento económico observado en México en las últimas tres décadas, de 2.3% en promedio anual, es consecuencia del modelo de desarrollo neoliberal globalizador, que a raíz de la firma del TLCAN se orientó al sector externo. De hecho, México se ha rezagado con respecto de otras economías latinoamericanas en materia de salarios e indicadores de bienestar social.

Los efectos adversos de ese modelo económico pueden apreciarse con la precarización de los ingresos de los trabajadores, dado que el salario mínimo en México asciende a 130 dólares al momento de cerrar este trabajo, muy por debajo

---

<sup>224</sup> Spaincares, Cluster Español de Servicios de Salud, en: <https://spaincares.com/en> consulta en octubre 2017.

<sup>225</sup> Clarkson, Stephen. “¿Existe América del Norte?”, en *Revista Mexicana de Política Exterior* No. 87 “América del Norte”, México, julio-octubre 2009, Ciudad de México.

de los 301 dólares mensuales en promedio de América Latina y se ubica entre los tres más bajos, sólo detrás de Cuba y Venezuela.<sup>226</sup>

La apuesta de México por el Tratado de Libre Comercio de América del Norte generó la desaparición de miles de medianas y pequeñas empresas que no pudieron modernizarse para competir, al tiempo que agudizó la dependencia del país hacia los Estados Unidos, país que es el destino del 80% de las exportaciones mexicanas.

Frente a la concentración del poder económico y la baja generación de empleo, la mayor parte de la población se ha refugiado en la informalidad. Cerca del 60% de la población económicamente activa está en la informalidad, lo que significa que hay millones de trabajadores sin acceso prestaciones y a la seguridad social.

El modelo de desarrollo de México adoptado con el ingreso al TLCAN ha propiciado el debilitamiento del Estado y el fortalecimiento de las grandes empresas, tendencia a la que no ha escapado el turismo, en especial los segmentos de alto valor agregado como el turismo médico.

De acuerdo con el Barómetro de la Organización Mundial de Turismo<sup>227</sup> en 2015 México se posicionó en el noveno lugar mundial con 32 millones de turistas, el mejor lugar observado en el país desde 2007.<sup>228</sup>

Estimaciones preliminares del mismo organismo revelan que en 2016 México reportó máximos históricos con la llegada de 35 millones de turistas extranjeros, con ingresos por 19 mil millones de dólares según datos de la Secretaría de Turismo.

Si se corroboran esas cifras, México subiría un peldaño para colocarse en el octavo lugar como destino más visitado en el mundo y con ello se reafirmaría el hecho de que el Turismo es uno de los principales motores del crecimiento y que los segmentos con alto valor agregado y alto potencial, como el turismo médico, pueden ser clave para la economía mexicana en los próximos años.

En este contexto, cobra relevancia el estudio sobre política turística de México de la OCDE, que recomienda un cambio en el modelo mexicano; sugiere identificar diferentes modelos de desarrollo de destinos, basados en una oferta geográficamente distribuida, y el desarrollo de conglomerados turísticos.

El organismo multilateral propone a México desarrollar una cartera más diversificada y con mayor valor de productos turísticos, con un enfoque de mercado y mayor valor agregado para aprovechar al máximo los diversos activos turísticos del país,

---

<sup>226</sup> V. *infra* cap. 1, p. 22-23.

<sup>227</sup> *Infra* capítulo 1, p. 36.

<sup>228</sup> De la Madrid Cordero, Enrique, SECTUR, Secretaría de Turismo. *Mensaje pronunciado en la inauguración del Tianguis Turístico Acapulco 2017*, 28 de marzo de 2017. En: <https://www.gob.mx/sectur/prensa/mexico-se-ha-posicionado-como-potencia-mundial-en-turismo-de-la-madrid?idiom=es>, consulta en abril 2017.

incluyendo gastronomía, ecología, aventura, reuniones y, por supuesto, el turismo médico.

La actualización del modelo existente debe ofrecer más valor a los consumidores y abrir mayores oportunidades para explorar, encontrar experiencias locales y participar en nuevas actividades: promover iniciativas regionales en nuevos destinos para estimular el desarrollo económico y social a nivel local.

La OCDE sugiere aprovechar la experiencia de Pueblos Mágicos y otras iniciativas existentes, por ejemplo, clústers médicos y de ecoturismo. El nuevo enfoque sugiere revisar y ajustar el papel de la Secretaría de Turismo, FONATUR y el Consejo de Promoción Turística de México para apoyar un nuevo modelo de desarrollo turístico.<sup>229</sup>

En este punto cabe preguntarnos: ¿Qué pasa si en el sector de turismo médico que presenta un gran potencial de desarrollo, se trata de redireccionar el crecimiento a través de un modelo de inversión social alternativo al modelo de acumulación y búsqueda de utilidades de los grandes grupos empresariales que hoy dominan ese mercado?

Ese entorno requiere de una intervención con el fin de reanimar a todas las personas excluidas y devolverlas a la sociedad con capacidades para interactuar en un mercado más incluyente y más social.<sup>230</sup>

Es imprescindible buscar un proceso de cambio y transformación en atención a la búsqueda del bien común y del bienestar de las personas, como lo propone el modelo de la Economía Social de Mercado.

Si los recursos son escasos frente a grandes limitaciones y carencias que presentan grandes sectores de la población, nos preguntamos: ¿Es posible una intervención, con base en los principios de la Economía Social de Mercado en el ámbito de la industria del turismo médico?

Para responder esas preguntas conviene recordar que de acuerdo con los principios de la Economía Social de Mercado, el Estado puede tener un rol subsidiario para propiciar mejores condiciones de vida para la población. En este caso el Estado puede adoptar los principios operacionales de la Economía Social de Mercado, los cuales se enlistan a continuación:<sup>231</sup>

- La libertad de competencia, considerándola como un ideal, por lo que puede representar en la asignación nacional de recursos, la renovación, el

---

<sup>229</sup> OCDE. *Estudio de la Política de Turismo en México*. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, Ciudad de México, México, 2017, p. 25

<sup>230</sup> LEÓN Rodríguez, Nora, *et al.* *Op. cit.* p. 24

<sup>231</sup> *Cfr.* León Rodríguez, Nora; Martínez Díaz, Fernando; Méndez Carrillo, Argemiro y Porras Jiménez, Jaime. *Elementos para la interpretación de la Economía Social de Mercado en el contexto de las Organizaciones*, Universidad de Lasalle, Bogotá, 2009, p. 12

dinamismo y la flexibilización, pero limitada por los principios de la solidaridad, la responsabilidad social y la subsidiariedad.

- La responsabilidad individual, como fundamento de la Economía Social de Mercado, pero aceptando su pluralidad y diversidad en condiciones y oportunidades.

En este caso, la adopción de esos principios de la Economía Social de Mercado contribuirían a disminuir los signos de deterioro social que ha traído el modelo neoliberal globalizador que ha predominado en México, pues permitiría mejorar las opciones de empleo revirtiendo la precariedad salarial, generaría opciones de innovación en el sector de turismo médico y contribuiría a articular la oferta educativa orientada a una especialización con las necesidades de una industria con alto potencial de crecimiento como lo es el turismo médico.

Algunos autores sostienen la necesidad de una política de intervención a nivel macro, para ir al fondo de la injusticia estructural y ello significa empoderar a las personas que viven en pobreza a través del fortalecimiento de su capacidad para participar en la economía y en la democracia.<sup>232</sup>

Desde esa perspectiva la intervención a nivel macro puede llevarse a cabo a través de las siguientes líneas de acción:

- Impulsar el acceso de los sectores menos favorecidos a la sociedad basada en el conocimiento.
- Fortalecer la capacidad de los sectores excluidos socialmente, para competir en los mercados.
- Rediseñar la política presupuestaria para entregar recursos públicos a los pobres.
- Reestructurar la política monetaria para dar acceso a los pobres a créditos e instrumentos de ahorro.
- Diseñar instituciones para generar opciones reales de educación, desarrollo y empleo para los sectores de menores ingresos.<sup>233</sup>

Uno de los aspectos más importantes en este ámbito es que más allá de la intervención del Estado, es posible desarrollar acciones colectivas desde la sociedad a través de organizaciones no gubernamentales. El punto es invertir en proyectos que permitan desarrollar la fuerza financiera y organizacional de las personas, para ofrecer servicios en la cadena de valor del turismo médico, pero no sólo para subsistir sino con el fin de desarrollar nuevas habilidades para generar servicios con mayor valor agregado.

---

<sup>232</sup> SOBHAN, Rehman. 2006. "Poverty as injustice: refocusing the policy agenda", en Boyce K., James, Cullenbergh Stephen, Pattanik Prasanta K y Pollin Robert. *Human development in the Era of Globalization*, Edward Edgar Publishing Limited, Massachussets, EU, 2006, p. 329

<sup>233</sup> *Ídem*

Por otra parte podría analizarse la posibilidad de desarrollar esquemas como el de la India donde una parte de la infraestructura médica desarrollada brinda servicios a la población local, a cambio de incentivos fiscales. Con ello se llevarían opciones de servicio a la población que carece de acceso a atención médica especializada.

Esta posibilidad requiere de una intervención en los diferentes ámbitos de la economía, así como el desarrollo de habilidades empresariales y gerenciales, para lo cual se requiere la formación de profesionistas dispuestos a participar en emprendimientos sociales.

Es posible conseguir financiamiento de las agencias internacionales de desarrollo para crear organizaciones comerciales, sustentables, generadores de una oferta de bienes y servicios con mayor valor agregado en el sector del turismo médico, en el que México ha logrado insertarse exitosamente.

En el modelo actual los grandes grupos empresariales con presencia nacional como Star Médica y Ángeles Servicios de Salud, así como otras cadenas regionales como CIMA en la zona norte, son los que más se benefician del crecimiento del turismo médico.

Bajo ese paradigma cabe la posibilidad de buscar políticas públicas para lo cual existen iniciativas de organismo empresariales como COPARMEX, con el fin de ordenar el mercado para potenciar su crecimiento pero con una visión de desarrollo regional con el fin de que los beneficios lleguen también a las personas que viven y trabajan en las localidades donde crece el turismo médico.

Uno de los principales puntos que se enfatizan en este trabajo es la necesidad de impulsar política pública en especial en el ámbito del desarrollo económico, mediante iniciativas que permitan vincular con eficacia el presupuesto público y las inversiones privadas, con el fin de generar nuevas formas de generación de recursos y con ello la posibilidad de mejorar las condiciones de trabajo y elevar los ingresos de los trabajadores del segmento del turismo médico, que está creciendo con gran rapidez.

Desde esa perspectiva, es posible considerar estrategias específicas. En primer lugar crear un programa de capacitación para el sector turístico mediante una alianza público-privada y la academia, especialmente en los segmentos que requieren alta especialización, como el turismo médico. En este punto puede aprenderse mucho del modelo seguido en España con la Escuela de Organización Industrial y el Ministerio de Turismo.<sup>234</sup>

---

<sup>234</sup> EOI. Escuela de Organización Industrial, España. Fue fundada el 12 de julio de 1955 por acuerdo entre los Ministerios de Educación e Industria, es la primera escuela de negocios de España y una de las primeras de Europa. Fue un actor clave en el impulso a la formación a emprendedores y Pymes bajo el apoyo de Fondos Estructurales de la Unión Europea y ha jugado un rol central en la formación de los trabajadores del turismo médico en España. [www.eoi.es](http://www.eoi.es), consulta en octubre de 2017.

La participación de organismos empresariales con presencia nacional como COPARMEX permitiría impulsar un modelo de enseñanza acorde a lo que demandan las empresas relacionadas con el turismo médico que incluso puede adquirir la importancia del modelo de educación dual para la enseñanza media-superior, el cual surgió a iniciativa del sector empresarial y ya fue adoptado como política pública de alcance nacional.<sup>235</sup>

Bajo un modelo de cuádruple hélice<sup>236</sup>, con la participación conjunta de los gobiernos federal y estatales, la academia con instituciones como la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Politécnico Nacional, universidades estatales, el CONALEP e instituciones como las Secretarías de Salud, Turismo y Economía, empresas y asociaciones civiles, es posible conformar un organismo autónomo como el Spaincares, dedicado a la generación de contenidos, planes de estudio y diferentes ofertas para capacitación de las personas de los niveles y perfiles requeridos en los desarrollos de turismo médico, cultural, de aventura de negocios y otros segmentos en los que se perfila un crecimiento de la demanda.

En el segmento turismo médico es posible maximizar la cooperación público-privada para potenciar los clústers que actualmente tienen mayor éxito y localizar regiones con vocación para impulsar nuevos desarrollos, como lo han hecho exitosamente las empresas y el gobierno de Jalisco, que cuenta con el clúster de turismo médico más completo.

Es importante la visión empresarial en el desarrollo de proyectos de turismo médico, como puede apreciarse en las experiencias de éxito nacionales e internacionales de países como España, India y Costa Rica, de cuyos procesos de desarrollo pueden tomarse algunas iniciativas viables para ser implementadas en México.

A la par, es necesario impulsar emprendimientos sociales de turismo médico para generar oportunidades de desarrollo y formación de empresas que puedan insertarse en la cadena de valor del turismo médico, para capacitar a las personas con los perfiles específicos que se necesitan para atender la creciente demanda.

La principal diferencia entre el emprendimiento social y el emprendimiento empresarial es que en este último caso el principal objetivo es maximizar las

---

<sup>235</sup> SEP, Secretaría de Educación Pública. El sistema dual fue creado en Alemania y se basa en la premisa de que la formación académica y la experiencia profesional van de la mano. Este modelo brinda al estudiante la oportunidad de aplicar sus conocimientos directamente en las empresas, con la ventaja de recibir una beca del gobierno federal. Diferentes organismos empresariales como COPARMEX impulsaron este modelo y la Secretaría de Educación Pública, a través del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP) e instituciones de educación media superior técnica ha llevado ese modelo a escala nacional a través de un programa piloto. <https://www.gob.mx/conalep/acciones-y-programas/proyecto-piloto> consulta octubre 2017.

<sup>236</sup> El modelo de desarrollo de triple hélice plantea la colaboración estratégica de la academia, representada por las universidades y centros de investigación, el gobierno y las empresas. El modelo de cuádruple hélice propone incluir a la sociedad.

ganancias o las riquezas de los accionistas, en tanto que para los emprendedores sociales el objetivo es maximizar el impacto social.

En el gráfico seis, elaborado por un grupo de trabajo de España, se puede apreciar la cadena de valor del turismo médico en la que es posible insertar empresas tanto privadas como sociales que pueden ser proveedores dentro de la oferta de actividades que demandan los turistas médicos y sus acompañantes:

**Gráfico 6**  
**Cadena de valor del turismo médico<sup>237</sup>**



Fuente: *Turismo de Salud en España*. Ministerio de Industria, Turismo y Energía de España, Fundación EOI. Madrid, España, 2013, p. 21

Debe darse prioridad a la innovación y el aprovechamiento de las nuevas tecnologías. En México urge impulsar la creación de empresas innovadoras para impulsar el turismo médico, como es el caso de los negocios de facilitadores médicos que existen en otros países, cuya función es poner en contacto al turista médico con los proveedores de servicios médicos haciendo llegar el expediente electrónico, buscar hospedaje y otros servicios como atracciones turísticas para los acompañantes, guiando al paciente y sus familiares en todo el proceso. En este caso es muy importante la figura de un coordinador personal que sirva como compañía, con servicio de traducción disponible las 24 horas del día.

Existen muchos egresados de universidades e instituciones de educación superior que enfrentan desempleo y pueden adquirir las habilidades necesarias a través de los programas de formación que eventualmente podrían formarse. Asimismo pueden insertarse aquí las personas con experiencia laboral, con edades de 40

<sup>237</sup> *Turismo de Salud en España*. Ministerio de Industria, Turismo y Energía de España, Fundación EOI. Madrid, España, 2013, p. 21

años o más que han perdido sus puestos de trabajo por causa de la cuarta revolución industrial y que necesitan reorientar sus carreras.<sup>238</sup>

El potencial turístico de México es muy grande, puede ser el motor del desarrollo interno que tanta falta hace y que se ha dejado en segundo plano ante la prioridad que se ha dado al sector exportador del TLCAN, favoreciendo a los grandes grupos económicos.

Si se logra impulsar un producto con alto valor agregado en el turismo médico, este puede ser el sector que genere oportunidades de desarrollo y empleo a personas que hoy viven en situación de pobreza, sin acceso a educación ni oportunidades de empleo de calidad, bien remunerado.

Desde la perspectiva de la Economía Social de Mercado y con la participación de los gobiernos estatales y el federal, academia, empresas y organizaciones sociales, puede emprenderse una nueva manera de impulsar al turismo médico, donde es factible estimular la creación, fortalecimiento y consolidación de pequeñas y medianas empresas que contribuyan al desarrollo de sus regiones, ello redistribuiría la rentabilidad que actualmente acaparan sólo los grandes grupos empresariales como Médica Sur, Grupo Ángeles y Starmedia.

Esta puede ser una gran apuesta que marque la diferencia para generar un nuevo motor de desarrollo en beneficio de toda la sociedad y no de unas cuantas empresas privadas.

## **Conclusiones**

La revisión del sistema de salud de México, específicamente en la parte del sector privado, revela que en los últimos años se ha producido un importante desarrollo de infraestructura para atender la demanda de servicios médicos de pacientes de Estados Unidos.

En México diez entidades federativas, en su mayor parte de la frontera norte, cuentan con infraestructura y capital humano para exportar servicios de turismo médico. Los principales destinos para el turismo médico son las ciudades de

---

<sup>238</sup> Foro Económico Mundial. “La Cuarta Revolución Industrial”. Davos Suiza, 2016. En: <https://www.youtube.com/watch?v=-OiaE6l8ysgm>, consultado en mayo de 2016. El director del Foro Económico Mundial, Klaus Schwab plantea que la humanidad enfrenta un nuevo paradigma debido a la convergencia de los sistemas digitales, físicos y biológicos que están cambiando la manera en que se produce y se consume en la sociedad. La primera revolución industrial ocurrió con las máquinas de vapor; la segunda fue generada por la electricidad; la tercera fue impulsada por las computadoras y sistemas informáticos, hasta llegar al cambio profundo que se vive en la ciencia y la tecnología que están cambiando la manera en que funcionan las empresas y la economía. Estima que con este cambio se perderán siete millones de puestos de trabajo en todo el mundo, entre 2016 y 2021. Existen áreas como Contaduría y Derecho en las que mediante uso de software se requiere cada vez menos personal.

Tijuana, Mexicali, Ensenada, Rosarito, Tecate, Ciudad Juárez, Navojoa, Hermosillo, Reynosa, Matamoros y Nuevo Laredo, así como Monterrey. En esas entidades se ha desarrollado clústers de turismo médico que agrupan aproximadamente 60 hospitales, a los que se suman hospitales y clínicas que aunque no están agrupados en clústers, proveen de servicios de salud a pacientes extranjeros.

Además de diez hospitales certificados por la Joint Commission, homologados a los estándares internacionales, el país cuenta con médicos especialistas y personal médico altamente especializado.

Baja California, con Tijuana, Mexicali y Ensenada, lidera en proyectos de turismo médico, con la participación de empresas privadas y el gobierno del estado, que impulsaron un clúster de servicios de salud con la certificación de médicos y hospitales. El clúster Mexicali Health Care cuenta con una plataforma digital bilingüe con la oferta de servicios y se ha especializado en tratamientos bariátricos y estéticos. En Tijuana se construye una Ciudad de la Salud.

En la región de El Bajío y Centro Occidente también se ha dado un desarrollo del turismo médico, donde hay hospitales con certificación internacional, con el liderazgo de Jalisco que ha logrado conformar un clúster médico con 14 hospitales privados, uno con la Joint Commission International, una de las ventajas competitivas del estado es la oferta de Puerto Vallarta, que se ha posicionado como un destino importante para los servicios hospitalarios integrales y especializados, algunos con personal médico estadounidense y su infraestructura turística que incluye un aeropuerto internacional y hoteles de lujo a precios asequibles para los turistas estadounidenses.

En el Caribe la oferta se concentra en Cancún, Mérida y la Riviera Maya, que se enfocan en los pacientes extranjeros. Cancún cuenta con el Hospital Galenia, que posee una certificación internacional por la Joint Commission. Este es un destino turístico que ha desarrollado infraestructura de primer nivel y que tiene una gran conectividad, pues su aeropuerto internacional es el segundo más concurrido después de la terminal aérea de la Ciudad de México.

La Ley del Cuidado de Salud Asequible de los Estados Unidos, conocida como *Obamacare*, al hacer obligatoria la contratación de un seguro médico, tuvo un efecto inicial de incentivar el turismo médico con proveedores extranjeros, lo que se explica por los ahorros significativos para las aseguradoras.

Los grandes grupos empresariales de México del sector salud están aprovechando esa oportunidad, lo que ha generado una fase de expansión de infraestructura con la construcción de hospitales que cumplen con estándares internacionales y hoteles de alto turismo. Sin embargo hace falta un mayor trabajo en la parte de desarrollo del producto de Turismo Médico con la marca México dado que cada actor trabaja por su cuenta.

El gobierno federal ha realizado labores de promoción de México como destino de turismo médico pero sin coordinar esfuerzos con los gobiernos estatales y con los empresarios del sector.

Entre 2007 y 2008 el gobierno mexicano a través de las secretarías de Turismo y Economía inició un proyecto para crear *clusters* médicos en México para atender a los mercados de Estados Unidos y Canadá con criterios ciudad/estado/región, participaron hospitales y prestadores de servicios de salud.

Se estableció una mesa de trabajo liderada por el gabinete turístico, con el objetivo de impulsar el turismo médico, con la participación de las Secretarías de Turismo, Salud, Proméxico, el Instituto Nacional de los Emprendedores (Inadem), el Banco Nacional de Comercio Exterior (Bancomext), la Comisión para la Prevención de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y el Consejo de Promoción Turística de México (CPTM). .

Sin embargo, el gobierno federal realiza promoción sin coordinar esfuerzos con los gobiernos estatales y con los empresarios del sector. Conviene aquí contrastar el caso de España, en el que se alinearon todos los actores, creando su marca y reestructurando su oferta de servicios, para fortalecer la parte de la atención a los turistas médicos.

En el ámbito del sector privado, la Confederación Patronal de la República Mexicana (COPARMEX) ha tomado el liderazgo en el desarrollo del turismo médico en México.

En su diagnóstico, el 90% de los turistas estadounidenses se quedan en destinos de playa, por lo que se aprecia la necesidad de integrar a los empresarios de la salud y del turismo, como lo hicieron en España.

Coparmex ha realizado tres foros de turismo médico, con el objetivo de reforzar el trabajo en equipo del sector gubernamental y empresarial, dada su alta interdependencia. Se planteó el objetivo de desarrollar un modelo de gestión competitiva para turismo médico y de salud en destinos seleccionados de México, con base en un estudio de mercado y plan piloto para integrar un modelo de negocios.

Un modelo a seguir es el caso de España, en el que se alinearon todos los actores, para desarrollar la marca país, reestructurando su oferta de servicios, para fortalecer la parte de la atención a los turistas médicos.

En este punto hay que preguntarse si es factible pensar en un acercamiento de los principios de la Economía Social de Mercado específicamente en un sector de la economía como es el turismo médico.

México requiere buscar un proceso de cambio y transformación en atención a la búsqueda del bien común y del bienestar de las personas, como lo propone el modelo de la Economía Social de Mercado, el cual postula que el Estado puede tener un rol subsidiario para propiciar mejores condiciones de vida para la población.

## 5. CONCLUSIONES GENERALES

El bajo crecimiento económico observado en México en las últimas tres décadas, de 2.3% en promedio anual<sup>239</sup> es consecuencia del modelo de desarrollo neoliberal globalizador, que a raíz de la firma del TLCAN se orientó al sector externo. De hecho, México se ha rezagado con respecto de otras economías latinoamericanas en materia de salarios e indicadores de bienestar social.

Los efectos adversos de ese modelo económico pueden apreciarse en la precarización de los ingresos de los trabajadores, dado que de acuerdo con estimaciones realizadas por la Confederación Patronal de la República Mexicana el salario mínimo en México asciende a 130 dólares al tercer trimestre de 2017, muy por debajo de los 301 dólares mensuales en promedio de América Latina y se ubica entre los tres más bajos, sólo detrás de Cuba y Venezuela.

La apuesta de México por el Tratado de Libre Comercio de América del Norte generó la desaparición de miles de medianas y pequeñas empresas que no pudieron modernizarse para competir, al tiempo que agudizó la dependencia del país hacia los Estados Unidos, país que es el destino del 80% de las exportaciones mexicanas.

Frente a la concentración del poder económico y la baja generación de empleo, la mayor parte de la población se ha refugiado en la informalidad, como se aprecia en las cifras del Instituto Nacional de Geografía y Estadística, el INEGI, en su Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo del tercer trimestre de 2017 en la cual estima en 57% la tasa de informalidad laboral, lo que significa que hay 29 millones de trabajadores sin acceso a prestaciones ni a seguridad social.

Ante la debilidad del mercado externo, México necesita fortalecer su mercado interno, lo que requiere reactivar su capacidad productiva y aprovechar sectores como el turismo.

La actividad turística en México crece en forma sostenida en los últimos años y alcanzó niveles récord en 2016, con un crecimiento casi tres veces mayor que el resto de la economía y con captación de divisas por 19 mil 571 millones de dólares, ocupando el tercer lugar después del petróleo y las remesas, por lo que este sector se perfila como uno de los principales motores de la economía mexicana en el mediano y largo plazos, de acuerdo con ProMéxico, el organismo del gobierno federal encargado de coordinar estrategias dirigidas al fortalecimiento de la participación de México en la economía internacional.

---

<sup>239</sup> Román Morales, Luis Ignacio, Nossiff Sepúlveda David y Sandoval Ramírez Carlos. “La Economía Social de Mercado. Una Propuesta para México”, Fundación Konrad Adenauer, México, 2017, p. 8

De acuerdo con el Barómetro de la Organización Mundial de Turismo, en 2015 México se posicionó en el noveno lugar mundial con 32 millones de turistas, el mejor lugar observado en el país desde 2007.

Estimaciones preliminares del mismo organismo revelan que en 2016 México alcanzó máximos históricos con la llegada de 35 millones de turistas extranjeros. Si se corroboran esas cifras, México subiría un peldaño para colocarse en el octavo lugar como destino más visitado en el mundo y con ello se reafirmaría el hecho de que el turismo es uno de los principales motores del crecimiento de nuestra economía.

En este ámbito el turismo médico ha mostrado un alto potencial de crecimiento en todo el mundo en los años recientes, ante una tendencia observada en la cual un alto número de personas residentes en países de renta alta no son atendidas con oportunidad en sus países, por las características de sus sistemas de salud y/o los altos costos para atenderlos, por lo que buscan tratamiento en países menos desarrollados que ofrecen servicios de turismo médico.

Se ha dado una gran competencia entre países como España y Hungría en Europa, Costa Rica y Cuba en América Latina; Tailandia e India en la región de Asia para captar pacientes de Estados Unidos, uno de los países que más demanda estos servicios, como una opción con la que ha hecho frente a la tendencia creciente de costos de los servicios médicos en ese país.

En México se observa un crecimiento importante del turismo médico en los años recientes que le permite competir con los países mencionados, lo que ha sido posible por las nuevas prácticas comerciales de las aseguradoras estadounidenses que buscan bajar costos. Así, está en desarrollo un modelo disruptivo en turismo médico como ha ocurrido en otros mercados, donde se rompen modelos de negocios tradicionales.

Uno de los países que genera alta demanda en turismo médico es Estados Unidos debido a que su sistema de salud presenta grandes problemas con un alto número de pacientes que no son atendidos con oportunidad, por la prevalencia de un sistema basado en seguros privados que genera altos costos para la atención a la salud.

Aún con la reforma de la Ley de Cuidado de la Salud Asequible de 2010 conocida popularmente como *Obamacare* se estima que 28.6 millones de ciudadanos estadounidenses carecen de cobertura de servicio médico y que alrededor de 100 millones de personas cuentan con cobertura muy limitada. Esta situación podría tender a agravarse con los posibles cambios que se perfilan en la administración de Donald Trump, debido a diversos pronósticos que advierten sobre la pérdida de cobertura de salud para un gran número de personas.

Los principales problemas del sistema de salud de los Estados Unidos son en primer lugar la tendencia creciente de los costos y, en segundo término, las distorsiones en el mercado creadas por el papel de las aseguradoras, ya que sólo tienen acceso a los servicios las personas que cuentan con una póliza.

El esquema es muy complejo y comprende un abanico de servicios con proveedores agrupados en diferentes esquemas, donde las aseguradoras se limitan a pagar a los proveedores el reembolso de los planes contratados, con base en una suma global, o bien los pacientes reciben servicios a través de una red de empresas de salud cubriendo sumas deducibles y copagos si se atienden fuera de dicha red.

El modelo de atención a la salud en Estados Unidos al girar alrededor de las aseguradoras ha provocado que la mayoría de la población recurra a comprar pólizas de seguro para todo tipo de servicio de salud, incluidos los exámenes básicos de rutina, a causa de la percepción de que cualquier servicio es demasiado caro para pagarlo sin seguro.

Ese diseño genera una espiral alcista en los precios de los seguros médicos y crecientes presiones financieras en el sistema de salud de Estados Unidos, al grado que hoy por hoy es el país que más gasta en este rubro, por arriba de países como Suiza, Alemania o Canadá.

Las aseguradoras necesitan opciones para bajar costos y México representa una gran posibilidad para lograrlo. En el comparativo de lo que se paga en México y en Estados Unidos arroja ahorros notables de entre el 36% y el 89%, con un ahorro promedio de 72% en una lista de 18 procedimientos entre los que destacan *bypass* cardiaco, con ahorro de 81% y reemplazo de válvula cardiaca, con un costo 89% menor en México.

En un afán de bajar costos las grandes aseguradoras de Estados Unidos tales como United Health, Well Point, Aetna y Humana establecieron en 2015 programas piloto de turismo médico en diversos países, incluyendo entre sus destinos a hospitales mexicanos. Siguiendo la misma tendencia otras aseguradoras más pequeñas entre las que figuran BCBS, Coventry, Kaiser, Unicare y Bupa también han celebrado convenios con proveedores de México.

Esta tendencia representa una oportunidad para el desarrollo de más opciones de turismo médico en México en las regiones que tienen infraestructura y potencial para captar pacientes, especialmente de Estados Unidos. Algunos de los grandes grupos empresariales del país como Ángeles, Star Médica y CIMA en el norte están invirtiendo en este sector, que se espera que sea uno de los más dinámicos en el sector de salud privado

La mayor demanda de turismo médico en México se ha dado en la frontera, donde se estima que existe casi un millón de residentes de origen mexicano en Estados Unidos que cuentan con cobertura de seguro de salud y que tienen la opción de

recurrir a servicios y procedimientos médicos en México; este es un mercado potencial.

En México die entidades federativas cuentan con infraestructura y capital humano para exportar servicios de turismo médico. Los clústers médicos en esas entidades agrupan aproximadamente 60 hospitales, diez con certificación internacional. Los principales destinos para el turismo médico se localizan en la frontera norte: Baja California (Tijuana, Mexicali, Ensenada, Rosarito, Tecate); en Chihuahua, Ciudad Juárez; en Sonora (Navojoa y Hermosillo); en Tamaulipas (Reynosa, Matamoros y Nuevo Laredo), así como Nuevo León (Monterrey).

El trabajo de la Comisión Binacional de Salud, una iniciativa importante derivada del TLCAN y del plan de trabajo 2010 de la Comisión de Salud de la Frontera México-Estados Unidos (BHC, sus siglas en inglés) ha favorecido un incremento en el acceso a la salud de los residentes en la frontera mediante el apoyo de organismos de salud y educación participantes en el *Obamacare*, incluidos los Centros para los programas *Medicare* y *Medicaid*, los cuales son los vehículos por los que las personas de mayores de 65 años en el primero y los de menores ingresos en el segundo, reciben servicios médicos.

En dicha comisión fronteriza participan organismos no gubernamentales de asistencia y promoción de salud y educación, así como representantes de las comunidades en los cuatro estados fronterizos de los Estados Unidos.

Por otra parte existe un alto número de residentes de origen mexicano que no pueden obtener seguro médico debido a su condición de inmigrantes indocumentados, por lo que también requieren opciones de servicios médicos.

Del lado mexicano es necesario trabajar en modelos de negocios que posibiliten generar nuevas opciones para los habitantes de las regiones donde se está desarrollando la infraestructura de hospitales y hoteles, para atender la creciente demanda que se espera en el corto y mediano plazos.

Si se mantienen algunos rasgos del *Obamacare* se fortalecerá la demanda de turismo médico, dado que las principales aseguradoras aceptan algunos proveedores mexicanos participantes en las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO's), y organizaciones de proveedores.

En este contexto existen iniciativas de organismos empresariales como COPARMEX, con el fin de ordenar el mercado para potenciar su crecimiento pero con una visión de desarrollo regional.

En este punto hay que preguntarse si es factible pensar en un acercamiento de los principios de la Economía Social de Mercado específicamente en un sector de la economía como es el turismo médico.

Debemos reconocer que las condiciones históricas de los sistemas políticos y productivos de Alemania y México son radicalmente diferentes. Sin embargo, los principios de la Economía Social de Mercado parten de que el Estado puede tener un rol subsidiario para propiciar mejores condiciones de vida para la población. En este caso es factible adoptar los principios operacionales de la Economía Social de Mercado, los cuales se enlistan a continuación:

1). La libertad de competencia, considerándola como un ideal, por lo que puede representar en la asignación nacional de recursos, la renovación, el dinamismo y la flexibilización, pero limitada por los principios de la solidaridad, la responsabilidad social y la subsidiariedad.

2). La responsabilidad individual, como fundamento de la Economía Social de Mercado, pero aceptando su pluralidad y diversidad en condiciones y oportunidades.

En este caso, la adopción de esos principios de la Economía Social de Mercado contribuirían a disminuir los signos de deterioro social que ha traído el modelo neoliberal globalizador que ha predominado en México, pues permitiría mejorar las opciones de empleo revirtiendo la precariedad salarial, generaría opciones de innovación en el sector de turismo médico y contribuiría a articular la oferta educativa orientada a una especialización con las necesidades de una industria con alto potencial de crecimiento como lo es el turismo médico.

Uno de los principales puntos que se enfatizan en este trabajo es que es posible mejorar las condiciones de trabajo y elevar los ingresos de los trabajadores del segmento del turismo médico, que está creciendo con gran rapidez.

Con esa perspectiva, se propone explorar las siguientes estrategias:

En primer lugar, crear un programa de capacitación para el sector turístico mediante una alianza público-privada en un segmento que demanda una alta especialización, como el turismo médico.

En este punto puede aprenderse mucho del modelo seguido en España con la Escuela de Organización Industrial, conocida como EOI, una institución creada en 1955 por los ministerios de Educación e Industria, que se ha constituido como una escuela de negocios clave para la formación de personal con los mejores perfiles de las diferentes industrias. La EOI lideró un estudio profundo sobre las capacidades de España para el turismo médico que permitió crear la marca Spaincares, que aglutina a las empresas proveedoras de esos servicios.

La participación de organismos empresariales con presencia nacional como COPARMEX permitiría impulsar un modelo de enseñanza y el desarrollo de una marca global acorde a lo que demandan las empresas relacionadas con el turismo médico que incluso puede adquirir la importancia del modelo de educación dual para

la enseñanza media-superior, el cual surgió a iniciativa del sector empresarial y ya fue adoptado como política pública de alcance nacional.

Con la participación conjunta de los gobiernos federal y estatales, la academia con instituciones como la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Politécnico Nacional, universidades estatales, el CONALEP e instituciones como las Secretarías de Salud, Turismo y Economía, empresas y asociaciones civiles, es posible conformar un organismo autónomo como el Spaincares, dedicado a la generación de contenidos, planes de estudio y diferentes ofertas para capacitación de las personas de los niveles y perfiles requeridos en los desarrollos de turismo médico, cultural, de aventura de negocios y otros segmentos en los que se perfila un crecimiento potencial.

La COPARMEX posee una estructura nacional, con 65 centros empresariales en las principales ciudades del país, con un esquema de grupos de trabajo organizados en comisiones locales y comunicación transversal con la oficina nacional. Entre los grupos de trabajo figura el integrado por empresarios del sector turismo, lo que posibilita la vinculación de las empresas socias de COPARMEX y las instituciones académicas.

Bajo un modelo de cuádruple hélice<sup>240</sup>, con la participación conjunta de gobiernos federal y estatales, academia como la UNAM, el IPN, CONALEP, e instituciones como las Secretarías de Salud, Turismo y Economía, empresas y asociaciones civiles, es posible conformar un organismo dedicado a la generación de contenidos, planes de estudio y diferentes ofertas para capacitación de todos los niveles y perfiles requeridos en los desarrollos de turismo médico, cultural, de aventura y otros.

Ello permitiría maximizar la cooperación público-privada para potenciar los clúster de turismo médico y localizar regiones con vocación para impulsar nuevos desarrollos.

Es importante la visión empresarial en el desarrollo de proyectos de turismo médico, como puede apreciarse en las experiencias de éxito nacionales e internacionales de países como España, India y Costa Rica, para tomar algunas partes que pueden ser viables para implementarse en México.

Además, podrían impulsarse emprendimientos sociales de turismo médico para generar oportunidades de desarrollo y formación de trabajadores de empresas que puedan insertarse en la cadena de valor, para capacitarlos y atender la creciente demanda. La principal diferencia entre el emprendimiento social y el emprendimiento empresarial es que en este último caso el principal objetivo es

---

<sup>240</sup> El modelo de cuádruple hélice contempla además de la academias, empresas y gobierno, la participación de las personas y asociaciones de la sociedad.

maximizar las ganancias o las riquezas de los accionistas, en tanto que para los emprendedores sociales el objetivo es maximizar el impacto social.

En materia de innovación, pueden impulsarse las nuevas tecnologías mediante la creación de empresas que ayuden a potenciar el turismo médico, como es el caso de los negocios de facilitadores médicos que existen en otros países, cuya función es poner en contacto al turista médico con los proveedores de servicios médicos haciendo llegar el expediente electrónico, buscar hospedaje y otros servicios como atracciones turísticas a los acompañantes, guiando al paciente y sus familiares en todo el proceso. En este caso es muy importante la figura de un coordinador personal que sirva como compañía, con servicio de traducción disponible las 24 horas del día.

Existen muchos egresados de universidades e instituciones de educación superior que enfrentan desempleo y pueden adquirir las habilidades necesarias en los modelos de formación que eventualmente podrían crearse. Asimismo pueden insertarse aquí las personas con experiencia laboral, con edades de 40 años o más que han perdido sus puestos de trabajo por causa de la cuarta revolución industrial y que necesitan reorientar sus carreras.

Es importante incluir el turismo médico en las campañas de posicionamiento de la marca México como uno de los grandes atractivos del país, como se hizo exitosamente en India.

Uno de los aspectos más importantes es que más allá de la intervención del Estado con una orientación social, es posible desarrollar acciones colectivas desde la sociedad, a través de emprendimientos sociales o bien de organizaciones no gubernamentales.

Lo importante es invertir recursos en proyectos que permitan desarrollar la fuerza financiera para concretar nuevos emprendimientos para ofrecer servicios en la cadena de valor del turismo médico, pero no sólo para subsistir, sino desarrollando nuevas habilidades con mayor valor agregado generando con ello nuevas posibilidades de desarrollo.

Desde la perspectiva de la Economía Social de Mercado y con la participación de los gobiernos estatales y el federal, academia, empresas y organizaciones sociales, puede emprenderse una nueva manera de impulsar al turismo médico. Esta puede ser una gran apuesta que marque la diferencia para generar un nuevo motor de desarrollo en beneficio de toda la sociedad.

## 6. FUENTES DE CONSULTA

### Bibliografía Impresa

Arechavala Vargas, Ricardo (coordinador). *Procesos de clusterización en Jalisco*. Editorial Universitaria, Libros, UDG, Guadalajara, 2014.

Ascanio, Alfredo. *Economía del turismo*. Ediciones de la U, Bogotá, 2011.

Bernard, Elaine. *Las políticas del sistema de salud de Canadá. Comparativo con el sistema de los Estados Unidos de América*. Harvard Trade Union Program, Cambridge, Massachussets. 2001.

Bornstein David y Davis, Susan. *Emprendedores sociales. Lo que todos necesitan saber*. Random House Monditori, México, 2012.

Boyce k., James, Cullenbergh Stephen, Pattanik Prasanta K y Pollin Robert. *Human development in the Era of Globalization*. Edward Edgar Publishing Limited, Massachussets, 2006.

Casar María Amparo. *México: Anatomía de la Corrupción*, Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) e Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO), México, 2015

Castañón, Juan Pablo. Mensaje de inauguración del Primer Foro de Turismo Médico, Presidente de la Confederación Patronal de la República Mexicana (COPARMEX), 13-noviembre-2013.

Cohen, I. Glenn. *Patients with Passports. Medical tourism, Law and Ethics*. Oxford University Press. New York. 2015.

COPARMEX. *Primer Foro Nacional de Turismo Médico*. Confederación Patronal de la República Mexicana. México, 13 noviembre 2013.

\_\_\_\_\_ Segundo Foro Nacional de Turismo Médico. Confederación Patronal de la República Mexicana. México, 10 septiembre 2014.

\_\_\_\_\_ Conferencia “Criterios Fundamentales de la Reforma de Salud y Seguridad Social” Confederación Patronal de la República Mexicana, 18 septiembre 2015, Ciudad de México.

\_\_\_\_\_ Tercer Foro Nacional de Turismo Médico. Confederación Patronal de la República Mexicana. México. Monterrey, 5-6 noviembre 2015.

\_\_\_\_\_ Conferencia de prensa, Confederación Patronal de la República Mexicana, Ciudad de México, 12 octubre 2015.

De la Madrid Cordero, Enrique. *Estrategia de Impulso al Turismo Médico*. Presentación en *power point* ante la Confederación Patronal de la República Mexicana. Secretario de Turismo, Ciudad de México, 21-julio-2014.

Díaz Fernández, Gabriela. *El diseño de productos y servicios turísticos*. Editorial Síntesis, Madrid, 2015

Domínguez, Roberto. *La regionalización de América del Norte*, en Salas-Porras Alejandra y Uscanga, Carlos (coordinadores). *Desarrollo regional. Estrategias y oportunidades*, UNAM, FCPyS-Gernika, México, 2008.

Fordney, Marilyn T. *Insurance handbook for the Medical Office*. The Curtis Center, Philadelphia, Pennsylvania, 2002

Friedman, Milton. *Capitalism and freedom*. The University of Chicago Press, Chicago, 1962.

Hidalgo Capitán, Antonio Luis. *Economía Política Global. Globalización, gobernanza y crisis*. Editorial Académica Española, Saarbrücken, Alemania. 2011.

Jurado, Andrés. “Oportunidades de integración y sinergias para las empresas del sector turismo y el sector salud” Panel en el Segundo Foro de Turismo Médico de COPARMEX, con la participación del Director General de la empresa *My Medical Vacations*. Ciudad de México, 10 septiembre 2014.

León Rodríguez, Nora, Martínez Díaz Fernando, Méndez Carrillo Argemiro y Porras Jiménez, Jaime. *Elementos para la interpretación de la Economía Social de Mercado en el contexto de las Organizaciones*. Universidad de Lasalle, Bogotá, Colombia, 2009.

Narro Robles, José, Conferencia dictada en el Foro 18' Think Tank, “Salud, Productividad y Desarrollo”, organizado por COPARMEX, con la participación del Secretario de Salud. Ciudad de México, 15 febrero 2017.

Numerof, Rita E. y Abrams, Michael N. *Bringing Value to Healthcare. Practical steps for getting a market-based model*. CRC Press, Boca Raton, Florida. 2016.

Ortiz Sara y Flores Manuel (Coordinadores). *Economía de mercado con responsabilidad social: caso México*. Fundación Konrad Adenauer, México, 2004.

Pollin, Robert. “Globalization and the transition to egalitarian development”, en Boyce K., James, Cullenbergh Stephen y Pattanik Prasanta K, *Human development in the Era of Globalization*. Edward Edgar Publishing Limited, Massachussets, EU, 2006.

Preker S. Alexander, Xingzhu Liu, Velenyi Edit V. y Baris Enis. *Public Ends, Private means. Strategic purchasing of health services*. The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank, New York. 2007.

Resico, Marcelo. *Introducción a la Economía Social de Mercado*. Fundación Konrad Adenauer. Río de Janeiro, 2011.

\_\_\_\_\_, Velázquez Iván, Varas Pablo *et al.* *Economía Social de Mercado en América Latina. Realidad y desafíos.* Fundación Konrad Adenauer. Chile, 2014.

Rodríguez Suárez, Pedro Manuel. *Tendencias hacia la regionalización mundial en el ámbito del siglo XXI: América, Asia, África, Europa, Eurasia y Medio Oriente.* UPAEP, Puebla, 2013.

Román Morales, Luis Ignacio. “La Economía Social de Mercado en México: usos discursivos y problemas de aplicabilidad”. En: Resico Marcelo; Varas, Pablo; Velázquez Iván *et al.* *Economía Social de Mercado en América Latina. Realidad y Desafíos.* Fundación Konrad Adenauer. Chile. 2014.

\_\_\_\_\_, Nossiff Sepúlveda David y Sandoval Ramírez Carlos. “La Economía Social de Mercado. Una Propuesta para México”, Fundación Konrad Adenauer, México, 2017.

Schaeffler, Klaus. *Economía Social de Mercado ¿Una opción para los países en transición y en desarrollo?* Fundación Konrad Adenauer, Buenos Aires, 2004.

SEGOB, CONAPO. Secretaría de Gobernación, Consejo Nacional de Población, Migración y salud. *Inmigrantes mexicanos en los Estados Unidos.* México, 2013.

Sobhan, Rehman. “Poverty as injustice: refocusing the policy agenda”, en Boyce K., James, Cullenbergh Stephen, Pattanik Prasanta K y Pollin Robert. *Human development in the Era of Globalization.* Edward Edgar Publishing Limited, Massachussets, 2006. Estados Unidos.

Unda Mónica. “Potencial normativo de la economía social de mercado para el caso mexicano: algunas interrogantes”. En: Ortiz Sara y Flores Manuel (Coordinadores) *Economía de mercado con responsabilidad social: caso México.* Fundación Konrad Adenauer, 2004. México.

Zavala Ruiz, Carlos. “Oportunidades de integración y sinergias para las empresas del sector turismo y el sector salud”, Conferencia en Panel del Primer Foro de Turismo Médico COPARMEX, con la participación del director operativo de Ángeles Health International, Ciudad de México, 10 septiembre 2014.

## **Bibliografía digital**

Campillo García, Bernardo. “Modelo Sonora. Turismo de Salud y Asistencia en el Retiro”. Presentación en *power point.* Secretario de Salud Pública de Sonora, 2011.

FMI. *Perspectivas de la Economía Mundial 2016.* Fondo Monetario Internacional, Washington, 2017. [www.imf.org](http://www.imf.org).

Guzmán Flores Julieta. *Internacionalización de los servicios de salud. Turismo Médico en México y Jalisco*. UCLA, Universidad de Guadalajara, México, Los Ángeles, California, 2015.

OCDE. *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review*. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, Paris, 2014.

\_\_\_\_\_. *Estudio de la Política de Turismo en México*. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, Paris, Francia, 2017.

SECTUR,SS,SE, Secretaría de Turismo, Secretaría de Salud y Secretaria de Economía. (2014). *Estrategia de Impulso al Turismo Médico*. Folleto de la Secretaría de Turismo. México.

*Turismo de Salud en España*. Ministerio de industria, Turismo y Energía de España, Fundación EOI. Madrid, España, 2013.

UNCTAD. *Informe Sobre el Desarrollo Humano 2016*. Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo, Ginebra, Suiza, 2016.

Vargas Hernández, José. *Intercambio trasfronterizo de servicios de salud y medicinas en la región de Tijuana y San Diego*. Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas, Universidad de Guadalajara, México, 2005.

## Hemerografía

Clarckson, Stephen. “¿Existe América del Norte?”, en *Revista Mexicana de Política Exterior* No. 87 “América del Norte”, México, julio-octubre 2009, Ciudad de México.

Hirschfeld, July y Pear, Robert, “Actúa Trump primero contra el *Obamacare*”, *The New York Times*, 21 enero 2017

Jopson Barney y Courtney Weaver. “Programa de salud de Obama muestra débiles signos vitales”. *Financial Times* 30 agosto 2016. Publicado en *El Economista* 30 agosto 2016, p. 34. Ciudad de México.

Krugman Paul, “La lógica de la reforma de salud”, *The New York Times*, 30 enero 2017, en: *El Financiero*, 30 enero 2017 pag. 14

*La Jornada*. “En marcha, que servicios de salud sean universales”. México, 8 abril 2016, p. 35

Steinhauer, Jennifer. “Divide a republicanos reforma sanitaria”. *Reforma*, 8-marzo-2013, p. 16. Ciudad de México.

## **Hemerografía digital**

Domínguez, Pedro. “Quieren vecinos para la Ciudad de la Salud”. [www.milenio.com](http://www.milenio.com) consultado en abril de 2017.

[http://www.milenio.com/df/Quieren\\_vecinos\\_para\\_Ciudad\\_de\\_la\\_Salud-Medica\\_Sur\\_0\\_381561849.html](http://www.milenio.com/df/Quieren_vecinos_para_Ciudad_de_la_Salud-Medica_Sur_0_381561849.html) consultado en abril de 2017

*Forbes. The World’s Billionaires.* [www.Forbes.com](http://www.Forbes.com) consultado en marzo de 2017.

<https://www.forbes.com/profile/carlos-slim-helu/?list=billionaires>

Islas, Laura, “Carlos Slim: 4 inversiones millonarias en el Edomex” *El Universal*, Ciudad de México <http://movil.eluniversaledomex.mx/otros/nota14078.htm> consultado en enero de 2017.

Krugman, Paul, “Un estímulo fiscal incierto”, *The New York Times*, 10 enero 2017. New York, <http://krugman.blogs.nytimes.com> consultado en febrero de 2017.

Puga, Tláloc. (2016). “Enfrenta medición de pobreza a Inegi y Coneval”. *El Universal*, Ciudad de México. [www.eluniversal.com.mx](http://www.eluniversal.com.mx) <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/cartera/economia/2016/07/16/enfrenta-medicion-de-pobreza-inegi-y-coneval> consultado en febrero de 2017.

Ramos, Jorge. (2015) “Grupo Empresarial Ángeles ratifica confianza en México con inversiones durante 2015”. [www.dineroenimagen.com](http://www.dineroenimagen.com),

<http://www.dineroenimagen.com/2015-06-12/47520#imagen-2> consultado en febrero de 2017.

Velasco, José Luis (2015). *United States-Mexico Border Health Commission (BHC) Initiatives and Activities*, Executive Director of the BHC U.S. Section, El Paso, Texas, *Voices of Mexico* Issue 98, 17 febrero 2015

## **Cibergrafía**

Alianza para la reforma de salud, Washington, [www.allhealth.org](http://www.allhealth.org). Consulta en noviembre 2016.

Asociación de Aseguradoras de Salud de América, [www.hiaa.org](http://www.hiaa.org). Consulta en diciembre de 2016.

Asociación de Aseguradoras de Arizona, <https://www.healthinsurance.org/arizona> Consulta en noviembre de 2016

AMIA. Asociación Mexicana de la Industria Automotriz. México. [www.amia.com.mx](http://www.amia.com.mx) Consulta en noviembre de 2016

AMIS, Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros. Informe Anual 2015. [www.AMIS.org.mx](http://www.AMIS.org.mx) consultado en febrero de 2017.

Banco de México. Encuesta sobre las Expectativas de los Especialistas en Economía del Sector Privado, Ciudad de México. Octubre de 2017. En: <http://www.banxico.org.mx/informacion-para-la-prensa/comunicados/resultados-de-encuestas/expectativas-de-los-especialistas/%7B1CD44B37-5B4A-B284-2046-E858B62F978A%7D.pdf> Consultado en noviembre de 2017.

Banco Mundial [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org). Washington consultado en enero de 2017.

Banco Mundial Indicadores PIB global. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=MX>, consulta en octubre de 2017.

Banco Mundial. Informe *La pobreza y prosperidad compartida*. Washington, 2016. p.84, Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/25078/9781464809583.pdf#page=121>, consulta en mayo de 2017.

BMV, Bolsa Mexicana de Valores. Informe anual de Grupo Inmuebles Carso, S.A.B. de C.V., que cotiza con la clave INCARSO. 2014. [http://www.bmv.com.mx/docs-pub/infoanua/infoanua\\_605894\\_2014\\_1.pdf](http://www.bmv.com.mx/docs-pub/infoanua/infoanua_605894_2014_1.pdf) consultado en febrero de 2017

Informe anual de Grupo Médica Sur, que cotiza con la clave MÉDICA. 2015 [https://www.bmv.com.mx/docs-pub/infoanua/infoanua\\_689732\\_2015\\_1.pdf](https://www.bmv.com.mx/docs-pub/infoanua/infoanua_689732_2015_1.pdf) consultado en febrero de 2017

Informe anual de Grupo Sanborns S.A.B. de C.V., que cotiza con la clave GSANBORN. 2015. [https://www.bmv.com.mx/docs-pub/infoanua/infoanua\\_685358\\_2015\\_1.pdf](https://www.bmv.com.mx/docs-pub/infoanua/infoanua_685358_2015_1.pdf) consultado en febrero de 2017

Clúster médico de Jalisco, [www.visitmexico.com](http://www.visitmexico.com) [http://www.visitmexico.com/work/models/Turismo\\_Medico/doc/alejandrogil.pdf](http://www.visitmexico.com/work/models/Turismo_Medico/doc/alejandrogil.pdf) consultado en febrero de 2017.

Clúster Monterrey Ciudad de la Salud, [www.clusterdesalud.com](http://www.clusterdesalud.com), consultado en febrero de 2017.

Comisión de Salud Frontera México-EU, <http://www.borderhealth.org/> consultado en marzo de 2017.

CONEVAL. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, "Resultados de pobreza en México 2014 a nivel nacional y por entidades federativas". México. 2015. [www.coneval.org.mx](http://www.coneval.org.mx) consultado en febrero de 2017.

De la Madrid Cordero, Enrique. Mensaje en gira de trabajo por el Estado de Baja California. Secretario de Turismo, Tijuana, B.C. 7 de marzo de 2016. [www.gob.mx/sectur](http://www.gob.mx/sectur)

<https://www.gob.mx/sectur/prensa/baja-california-ejemplo-para-detonar-el-turismo-medico-en-mexico-emc> consultado en febrero de 2017.

\_\_\_\_\_, SECTUR, Secretaría de Turismo, 2017. Mensaje pronunciado en la inauguración del Tianguis Turístico Acapulco 2017, 28 de marzo de 2017. <https://www.gob.mx/sectur/prensa/mexico-se-ha-posicionado-como-potencia-mundial-en-turismo-de-la-madrid?idiom=es> consultado en enero de 2017.

DOF, *Diario Oficial de la Federación*, Manual de Organización de la Secretaría de Salud, \_\_\_\_\_, 17 agosto 2002 [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5264646&fecha=17/08/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5264646&fecha=17/08/2012)

Consulta en marzo de 2017.

Gobierno de la Ciudad de México, Secretaría de Salud. [www.CDMX.gob.mx](http://www.CDMX.gob.mx) consultado en febrero de 2017.

Grupo Médica Sur [http://www.medicasur.com.mx/es/ms/ms\\_turismo\\_de\\_salud](http://www.medicasur.com.mx/es/ms/ms_turismo_de_salud) consultado en marzo de 2017.

IMSS, Instituto Mexicano del Seguro Social. “El IMSS en números”, [www.imsss.gob.mx](http://www.imsss.gob.mx) consultado en febrero de 2017.

INEGI, Instituto Nacional de Geografía y Estadística, “Estadísticas de salud en establecimientos particulares”, \_\_\_\_\_, 2011 <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825001069>

consulta en febrero de 2017

\_\_\_\_\_, “Cuadro resumen de ocupación y empleo”, [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)

<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=25433&t=1>

consultado en febrero de 2017

\_\_\_\_\_, *Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2017*, Ciudad de México, 26 septiembre 2017.

López, Susan, *Sistemas de Salud comparados*. Facultad de Trabajo Social, Universidad de la Plata, Argentina, 2005. [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lopez\\_sistemas\\_comparados\\_de\\_salud.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lopez_sistemas_comparados_de_salud.pdf) consultado en febrero de 2017.

National Border Programs. Municipio de Matamoros, Tamaulipas. <http://www.mapacartografico.com/gratis-221-mapa-municipios-condados-fronterizos-con-principa.html> consultado en abril de 2017.

OCDE, Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, 2015, Paris [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) consultado en noviembre de 2016.

OCDE, 2016. OCDE DATA México, Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, Paris. [www.oecd.org](http://www.oecd.org) <https://data.oecd.org/inequality/income-inequality.htm> consultado en febrero de 2017.

OMT. Glosario básico de turismo. Organización Mundial del Turismo. Washington, 2014. [www.unwto.org](http://www.unwto.org). Consulta en diciembre de 2016.

\_\_\_\_\_ Barómetro del Turismo Mundial. Organización Mundial del Turismo. Washington, 2015. [www.unwto.org](http://www.unwto.org) Consulta en enero de 2017.

OPS. *Perfil de los sistemas y servicios de salud en los Estados Unidos de América*. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 2002, [www.paho.org](http://www.paho.org). Consulta en febrero de 2016.

\_\_\_\_\_ *Frontera de los Estados Unidos y México*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, 2012. [http://www.paho.org/salud-en-las-americanas-2012/index.php?option=com\\_content&view=article&id=63&Itemid=173&lang=esOPS](http://www.paho.org/salud-en-las-americanas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=63&Itemid=173&lang=esOPS), consultado en febrero de 2017.

\_\_\_\_\_, *Salud de las Américas*, Organización Panamericana de la Salud. Washington. 2012. [www.paho.org](http://www.paho.org). Consulta en noviembre de 2016.

Pew Research Center. Washington. <http://www.pewhispanic.org/states/state/ca/> consultado en mayo de 2017.

ProMéxico. *Turismo de Salud*. Secretaría de Turismo. Secretaría de Salud, Secretaría de Economía y ProMéxico. México, 2013. [www.promexico.mx](http://www.promexico.mx) consultado en noviembre de 2016.

Real Academia de la Lengua, [www.rae.es](http://www.rae.es), consulta en noviembre de 2016

SEP, Secretaría de Educación Pública, Programas, Modelo Mexicano de Formación Dual. <https://www.gob.mx/conalep/acciones-y-programas/proyecto-piloto>, consulta octubre 2017.

SRE. Secretaría de Relaciones Exteriores. *Frontera-México, Estados Unidos*. Presentación en power point. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/9494/Presentacion\\_Frontera\\_Junio\\_2015\\_pdf.pdfSS](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/9494/Presentacion_Frontera_Junio_2015_pdf.pdfSS) consultado en febrero de 2017.

SS. *El sistema de salud mexicano, una historia de casi 60 años*. Gaceta de la Secretaría de Salud. México, 2002. [www.gob.mx/salud](http://www.gob.mx/salud) [http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta\\_010702/hoja7.html](http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta_010702/hoja7.html), consulta en marzo de 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaría de Salud. “El legado de los secretarios de Salud”. México, 2016, [www.gob.mx/salud](http://www.gob.mx/salud) consulta en marzo de 2017

<https://www.gob.mx/salud/articulos/el-legado-de-los-secretarios-de-salud-de-mexico?idiom=es>

SS, SRE. Ventanilla de salud. Secretaría de Salud y Secretaría de Relaciones Exteriores. Información sobre servicios de salud, Sección Consular de la Embajada de México en Estados Unidos, <http://ventanilladesalud.org/> consultado en febrero de 2017.

SECTUR. Análisis integral del Turismo. Secretaría de Turismo, México, 2015. <http://www.datatur.sectur.gob.mx> consultado en marzo de 2017.

\_\_\_\_\_, Secretaria de Turismo (2016), “Baja California, ejemplo para detonar el turismo médico”, (7-03-2016) [www.gob.mx/sectur](http://www.gob.mx/sectur), <https://www.gob.mx/sectur/prensa/baja-california-ejemplo-para-detonar-el-turismo-medico-en-mexico-emc> consultado en febrero de 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaría de Turismo, Consejo de Promoción Turística. <http://www.cptm.com.mx> consultado en febrero de 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaría de Turismo. *Repositorio de casos de éxito de turismo en México. Plan integral de Turismo Médico*, municipio de Mexicali, B.C. México. [www.sectur.gob.mx](http://www.sectur.gob.mx) consultado en marzo de 2017.

Secretaria de Turismo de Mexicali <http://turismomexicali.com/en/index.php/medical-tourism-mxcl> consultado en marzo de 2017.

SECTUR, DATATUR (2015), Análisis integral del Turismo, Secretaría de Turismo, México. [http://www.datatur.sectur.gob.mx/RAT/RAT-2015-12\(ES\).pdf](http://www.datatur.sectur.gob.mx/RAT/RAT-2015-12(ES).pdf) consultado en marzo de 2017.

SECTURJAL, “Vive Vallarta”. Secretaría de Turismo del Estado de Jalisco, [www.visitapuertovallarta.com.mx](http://www.visitapuertovallarta.com.mx) consultado en febrero de 2017.

Servín, Castillo, Jésica. “Turismo médico, sector en auge”, 2015, [www.mundoejecutivo.com](http://www.mundoejecutivo.com) consultado en febrero de 2017.

Spaincares, Clúster Español de Servicios de Salud, en: <https://spaincares.com/en> consultado en octubre de 2017.

Swirsky, Lisa. *Cubriendo temas de salud, Alianza para la reforma de salud*. www.allhealth.org. <http://www.allhealth.org/sourcebookcontent-HH.asp?CHID=148> consultado en noviembre de 2016.

*The White House*, “Improving health for all Americans”.

<https://www.whitehouse.gov/the-record/health-care>. Consulta en enero de 2017.

TRICARE. Programa de Salud de miembros del Ejército <http://www.military.com/benefits/tricare> consulta en noviembre de 2016.

US-México-Border Health Commission. Voices, CISAN UNAM, <http://www.revistascisan.unam.mx/Voices/pdfs/9816.pdf> consultado en febrero de 2017.

*US Traveler*, Turismo médico en Estados Unidos. [www.ustraveler.com.mx](http://www.ustraveler.com.mx)

<http://ustraveler.com.mx/2016/09/09/turismo-medico-estados-unidos/> consultado en febrero de 2017.

## **Videografía**

COPARMEX, Confederación Patronal de la República Mexicana, (2011) “La oportunidad de la frontera”, Videoteca COPARMEX. [https://www.youtube.com/watch?v=D\\_b8i-pJgOw](https://www.youtube.com/watch?v=D_b8i-pJgOw) consultado en febrero de 2017.

\_\_\_\_\_ “Acuerdo Nacional por una Nueva Cultura Salarial”, Ciudad de México, 26 junio 2017. En: <http://coparmex.org.mx/acuerdo-nacional-por-una-nueva-cultura-salarial/>, consultado en septiembre de 2017.

Foro Económico Mundial. “La Cuarta Revolución Industrial”. <https://www.youtube.com/watch?v=-OiaE6l8ysg>