

# Riesgos y beneficios del turismo médico en países en vías de desarrollo en el periodo 2015 a 2019

*Risks and Benefits of Medical Tourism in Developing Countries in the Period 2015 to 2019*

MARIO ALBERTO DE LA PUENTE PACHECO<sup>1</sup>  
MAURO MAURY CAMPO<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Internacionalista por la Universidad del Norte, magíster y doctor en Análisis Económico Internacional por la Universidad Rey Juan Carlos, España. Profesor de la Universidad del Norte. [mdelapunte@uninorte.edu.co](mailto:mdelapunte@uninorte.edu.co)

<sup>2</sup> Candidato a doctor en Administración Gerencial de la Universidad Benito Juárez, México. Docente de la Corporación Universitaria Minuto de Dios (UNIMINUTO). [mmaurycampo@uniminuto.edu.co](mailto:mmaurycampo@uniminuto.edu.co)

## Resumen

Este artículo analizó los riesgos y beneficios potenciales de la oferta de servicios médico-turísticos desde países en vías de desarrollo a partir de una descripción de las causas de desplazamiento sanitario internacional. Por medio de una comparación de fuentes secundarias y la presentación de un caso de estudio entre el Reino Unido y la India, se encuentra que los vacíos jurídicos, la profundización de inequidades en el acceso a servicios médicos públicos y la incertidumbre en la seguridad pueden diluir la atracción de talento de profesionales de la salud, la potenciación de ventajas competitivas y las mejoras en la calidad de la atención médica.

**Palabras clave:** turismo médico, países en vías de desarrollo, movilidad sanitaria internacional.

## Abstract

This article analyzes the potential risks and advantages of a medical tourism offer in developing countries based on international health mobility dynamics. Through a comparison of secondary sources and the presentation of a case study between the UK and India, it is found that legal loopholes, deepening inequalities in access to public medical services and security uncertainty may reduce the attraction of health professionals, competition improvements, and advances in the quality of medical care.

**Keywords:** medical tourism, developing countries, international health mobility.

**JEL Codes:** I83, Z32

## 1. Introducción

El turismo médico de la escala y el alcance presenciados es un producto de la globalización contemporánea. Factores económicos como la inversión extranjera directa (IED), la migración y el comercio están vinculados tautológicamente con esta actividad (Butowski, 2018). El comercio internacional, el aumento de la liberalización económica y la apertura de mercados han profundizado el consumo internacional de bienes y servicios médicos (Ajmera, 2017).

Este artículo explora los impactos positivos y negativos de esta actividad en países en vías de desarrollo que han abierto sus sistemas de salud al comercio en forma de subcontratación y tratamiento de pacientes extranjeros, atraídos por las perspectivas de aumento de ingresos y empleo. Cabe señalar que se considera que los países de bajos y medianos ingresos son predominantemente exportadores de servicios de salud, es decir, atraen a turistas médicos, de países de altos ingresos.

El desplazamiento desde países de ingresos altos hacia aquellos de ingresos medios y bajos no se encuentra regulado a nivel internacional, por lo que se ejecuta casi en su totalidad a través de entidades privadas. Por tanto, no hay una recopilación sistemática de datos sobre cuántos pacientes viajan, hacia dónde se dirigen o los procedimientos a los que se someten. Las cifras disponibles sobre la llegada de pacientes de países desarrollados hacia aquellos en vías de desarrollo sugieren la preferencia de ciertos destinos según su especialidad. La limitada congruencia en los datos supone dificultades en lograr consensos sobre el impacto económico, migratorio y sanitario de esta actividad para académicos y agentes participantes, aun cuando existen consensos sobre el impacto positivo, negativo y riesgos de ofertar servicios médicos a extranjeros y nacionales en el exterior.

Este estudio inicia con una descripción de la dinámica médico-turística internacional a partir de la reunión de varios datos de fuentes primarias y secundarias desde la categorización de paciente, operadores e intermediarios. Continúa con la presentación de las causas de la movilidad internacional de pacientes en las que se destacan los diferenciales de costos de desplazamiento y procedimientos, proximidad geográfica y escasez de oferta de servicios/productos médicos prioritarios. Posteriormente, se examina el papel de los facilitadores como dinamizadores de esta actividad con cuestionamientos éticos sobre su proceder, para luego analizar los beneficios y riesgos latentes del turismo médico en países en vías de desarrollo. Concluye con la presentación de un caso de estudio de desplazamiento de pacientes desde el Reino Unido hacia la India favorecidos por medidas jurídicas favorables del segundo para fomentar mayor confianza entre los consumidores de servicios sanitarios indios.

Se parte de la hipótesis de que los países en vías de desarrollo cuentan con una oportunidad de profundizar sus ventajas competitivas en el comercio internacional de servicios a partir de la configuración de sus sistemas sanitarios a las demandas internacionales de pacientes sin arriesgar la calidad de acceso a servicios sanitarios de sus nacionales. Así, el objetivo de este trabajo es presentar las ventajas, las desventajas y los riesgos derivados del turismo médico internacional en un contexto de incertidumbre jurídica. Este artículo aporta al nuevo conocimiento mediante la revisión y comparación de las fuentes de información más citadas sobre la temática para cumplir el objetivo de estudio.

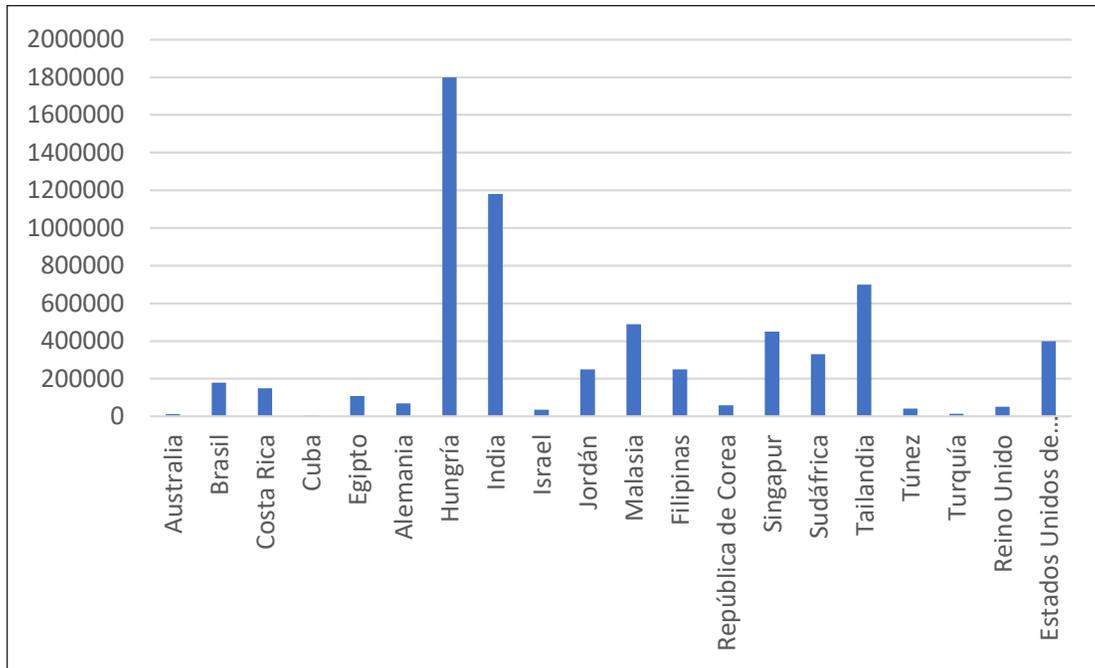
## 2. Breve diagnóstico de la dinámica médico-turística global

El turismo médico está lejos de ser un fenómeno reciente. Rutinariamente, los pacientes de países ricos viajan hacia países en vías de desarrollo en busca de acceder a bienes y servicios de primera o segunda necesidad a bajo coste y similar calidad en la atención requerida (De la Puente, 2015a). Esta tendencia es impulsada por la capacidad de las instalaciones privadas en los países de bajos ingresos para ofrecer servicios de alta calidad, prácticamente sin tiempo de espera y a un costo relativamente bajo. Esto se debe a que los países de destino se especializan en ciertos procedimientos curativos y preventivos. Por ejemplo, Tailandia y la India se especializan en cirugía ortopédica y cardíaca, mientras que los países de Europa del Este son destinos preferidos para cirugías dentales (Whitmore et al., 2017). Existen limitaciones significativas en relación con la cantidad y la calidad de los datos disponibles sobre esta actividad. Los datos sobre ingresos brutos, precios promedio de procedimientos solicitados, costos de intermediación, emisión y recepción de pacientes varía entre el 11 y el 39 % según la fuente que se consulte. Lo anterior supone algunas dificultades para determinar el impacto real del turismo médico internacional (De la Puente, 2017a) (tabla 1 y figura 1).

**Tabla 1. Estimación del mercado médico-turístico global**

Año	Fuente	Estimacion
2016	Medical Tourism Association y Visa report	\$ 100 mil millones y podría crecer a \$ 3 billones para 2025.
2016	Patients Beyond Borders	\$ 38.5- \$ 55 mil millones.
2015	Patients Beyond Borders	\$ 45- \$ 72 mil millones, creciendo al 15-25%.
2015	Allied Market Research	Crecimiento proyectado desde 2015 de 15.7% a \$ 143.8 mil millones en 2022.
2014	RNCOS	Growth of around 22% from 2014 to 2018.
2013	SRI International	\$ 50-60 mil millones.
2012	Transparency Market Research	\$ 10.5 mil millones, creciendo a una tasa compuesta anual del 17.9% a \$ 32 mil millones en 2019.

**Fuente:** Elaboración propia.



**Fuente:** Elaboración propia.

**Figura 1.** Estimaciones reportadas de turistas de salud hacia países receptores en 2016.

Beladi et al. (2019), en una encuesta realizada a 1236 viajeros que afirmaron someterse a procedimientos médicos y realizar actividades turísticas en el extranjero, identificaron los siguientes factores que impactan la demanda global de servicios médico-turísticos:

- Afinidad cultural o familiar de los pacientes con una localidad (por motivos laborales, profesionales o familiares).
- Distancia de la localidad (la oferta de paquetes turísticos que incluye bajos precios de tiquetes aéreos ha incidido en la selección de localidades más lejanas).
- Especialización o disponibilidad de tratamientos con que una localidad se distingue de las demás.
- Reputación o noción de alta calidad de la localidad (clínicas y hospitales acreditados, disponibilidad de médicos expertos en procedimientos solicitados y empresas complementarias de alta calidad) (tabla 2).

**Tabla 2. Resultado de encuesta sobre el consumo de bienes y servicios médico-turísticos**

Factor	2017	2016
Ahorro en costos	67%	82%
Calidad	26%	No hay datos disponibles
Seguridad	Factor que pacientes consideran el mas importante frente a la decision de someterse a procedimientos en el extranjero.	No hay datos disponibles.
Gasto per capita por viaje internacional	De \$5,200-\$7,900 dolares.	\$9,000-\$18,000 dolares.
Seguro medico	59% de los pacientes cuentan con cobertura medica para procedimientos en el extranjero.	No hay datos disponibles.

**Fuente:** Elaboración propia.

El turismo médico se clasifica por el estatus legal del procedimiento. El primero, los tratamientos médicos que son legales tanto en el país de origen como en el país de destino, por ejemplo, los remplazos de cadera, las cirugías cardiovasculares, entre otros (Ile & Tigu, 2017). El segundo, los viajes para someterse a intervenciones que son ilegales tanto en el país de origen como en el de destino, por ejemplo, la demanda de trasplantes de órganos que supone una serie de efectos perjudiciales para los donantes en el futuro. El tercero, lo que Beladi et al. (2019) llaman “turismo engañoso” que busca aprovechar vacíos legales en la normativa internacional médica para someterse a procedimientos que en su país de origen cuentan con restricciones específicas. Los autores también afirman que el fenómeno de desplazamiento sanitario también puede clasificarse según la dinámica de pago que un paciente ejerce para someterse a tratamiento sanitario.

El primer tipo de paciente es el que paga de sus propios ingresos el servicio médico a consumir. En los Estados Unidos muchos, por ejemplo, no cuentan con un seguro sanitario y no pueden cubrir un procedimiento en el país (Fottler et al., 2014).

Por ejemplo, según Whitmore et al. (2017), más de 28 millones de estadounidenses no cuentan con seguro médico permanente (sin contar a inmigrantes ilegales), lo que los impulsa a someterse a procedimientos de toda clase en el extranjero.

Dentro del primer tipo se encuentra el subtipo de paciente quem aun cuando tiene cobertura sanitaria, ciertos procedimientos médicos no son cubiertos por su póliza de seguro (Connell, 2006). Este es el caso de pacientes que buscan someterse a cirugías

cosméticas y ortodoncia que optan por opciones internacionales debido a la no cobertura en su plan de seguro sanitario. Otro subtipo es el paciente con un seguro médico que le genera un alto coste de mantenimiento, es decir, que tiene altos copagos, cuotas periódicas que superan el 10 % de su ingreso mensual y que le es difícil mantenerlo, por lo cual opta por someterse a procedimientos médicos en el extranjero (Cortez, 2010; Schoen et al., 2005).

El segundo tipo de pacientes son aquellos que consumen servicios médicos a través de un seguro médico privado. Ajmera (2017) y Beladi et al. (2019) aseguran que las cuatro aseguradoras estadounidenses más importantes (United Health, Wellpoint, Aetna y Humana) han iniciado desde 2012 programas piloto de emisión de pólizas de seguro con fines sanitarios que son diferentes de aseguramiento en caso de urgencia de salud. Un caso destacado es el enunciado por la Joint Commission International (JCI, 2017), en el que la aseguradora Blue Cross Blu Shield de Carolina del Sur estableció un convenio de alianza con el Bumrungrad International Hospital (Tailandia) para ofrecer tratamientos y procedimientos médicos a empleadores que deseen ahorrar costes de aseguramiento sanitario a sus empleados a través del intermediario United Group Programs (Cortez, 2010). Para las aseguradoras, la alternativa de oferta de servicios médicos en el extranjero genera un importante ahorro de costos por asegurado, lo que a la vez significa un incentivo para aumentar el desplazamiento sanitario. Sin embargo, y como se mencionará adelante, esta práctica implica a su vez una revisión de la regulación existente, lo cual genera un debate ético y legal.

El tercer tipo de pacientes son aquellos que se encuentran cubiertos por seguros sanitarios públicos o “soportado[s] por un gobierno nacional o local” (Cohen, 2012: 12). En Europa (principalmente la Unión Europea [UE]), esta modalidad es la más utilizada para la atención de pacientes extranjeros. Situación que ha aumentado a partir de la entrada en vigor de diversas directivas que han consolidado el marco legal a pacientes de la UE. Según Beladi et al. (2017), una de las razones por las cuales los pacientes miembros de la UE deciden someterse a procedimientos médicos en países vecinos se debe a la larga lista de espera para recibir un procedimiento médico en su país de origen y a la búsqueda de una mejor calidad y equipamiento tecnológico.

### 3. Causas de la movilidad de pacientes desde países desarrollados hacia países en vías de desarrollo

El tipo de sistema de salud en el país de origen de los turistas médicos desempeña un papel clave para determinar las razones por las cuales se desplazan hacia países en vías de desarrollo y pobres. En países con un sistema de salud poco regulado, como los Estados Unidos, el costo de los servicios de salud a menudo es la razón principal para que busquen atención en el extranjero. Por su parte, los pacientes que viven en países

con sistemas sanitarios predominantemente públicos a menudo eligen viajar a otro país para evitar los tiempos de espera y acceder a bienes y servicios muy regulados en sus países de origen (De la Puente et al., 2020a).

Otra razón de desplazamiento hacia países de bajos y medianos ingresos es la prohibición total o parcial de procedimientos médicos en países de origen, que incluye tratamientos experimentales que no han sido aprobados integralmente (como terapias con células madre). Otras razones derivan de una mayor confidencialidad (p. ej., en procedimientos cosméticos) y debilidades institucionales que facilita el comercio de servicios, productos e, incluso, órganos con fines de trasplantes. Los procedimientos más populares son los electivos que incluyen operaciones ortopédicas, cirugía ocular, tratamiento dental, derivaciones gástricas, cirugía estética y de reasignación de género (Connell, 2006; Ile & Tigu, 2017). Asimismo, los individuos sanos también viajan para hacerse chequeos médicos integrales, como tomografías computarizadas para verificar su estado de salud. Estos chequeos están disponibles en los países de origen, aunque más costosos y mayor tiempo de espera. Este tipo de turismo médico se ha vuelto popular en países en vías de desarrollo que cuentan con costosas infraestructuras tecnológico- médicas (World Health Organization [WHO], 2016).

#### 4. Facilitadores del turismo médico hacia países en vías de desarrollo

Viajar a un país en vías de desarrollo para recibir atención médica está lejos de ser un proceso fácil. Existen diferencias culturales y legales que pueden ser difíciles de superar y escasez informativa sobre la disponibilidad internacional de procedimientos médicos (de la Puente, 2015b, De la Puente et al., 2020b). Este es en especial el caso de mercados con nulo seguimiento efectivo de la regulación vigente, en que la mayoría del turismo médico se realiza a través las acciones individuales de pacientes interesados en recibir atención y empleadores que suscriben acuerdos con centros médicos externos a través de compañías aseguradoras. Esto ha dado lugar a los llamados facilitadores del turismo médico o agentes que ofrecen servicios informativos sobre costes, acompañamiento y disponibilidad de atención. Existen diferentes tipos de facilitadores que a menudo actúan como mediadores entre el hospital y el paciente, y tienden a operar por internet. Existen muchas preocupaciones sobre cuán regulados están estos agentes. Los pacientes no tienen forma de garantizar que la información que se les proporciona sea precisa, además, existen incentivos monetarios en atraer pacientes a un determinado centro de salud (previo acuerdo entre facilitadores y centros médicos). Además, no se hacen responsables de si la experiencia de los pacientes no es satisfactoria incorporando cláusulas en los contratos de operación que los eximen de responsabilidades operativas abriendo espacios para actividades poco éticas (JCI, 2017; De la Puente, 2017b).

## 5. Beneficios potenciales del turismo médico en países en vías de desarrollo

### 5.1 Mayores ingresos

A pesar de las múltiples cifras presentadas sobre los ingresos del turismo médico, las altas expectativas de monetización han alentado a gobiernos a invertir en esta actividad directa o indirectamente a través de subsidios fiscales. El caso más notable es el de la India. En 2013, el Gobierno indio concedió beneficios fiscales (disminución del 19,4 % en el impuesto al patrimonio, el 29,4 % en el impuesto a las utilidades y el 11,2 % en el impuesto a dividendos, exención del pago de impuesto de sociedades y de adquisición de lotes, exención en impuestos a la importación) a facilitadores, clínicas, centros de salud y profesionales que operan en esta actividad (Whitmore et al., 2017). Debido a la dificultad de financiación de sistemas sanitarios con que cuentan muchos países en vías de desarrollo, estos ingresos se perciben como una oportunidad de aumentar la cobertura sanitaria general y mejorar la calidad de la atención médica basada en organizaciones internacionales de acreditación. Por ejemplo, el turismo médico en Tailandia, la India, Singapur y Filipinas representó en 2017 (en promedio) el 10,5 % de la financiación de sus sistemas sanitarios (Beladi et al., 2019; Butowski, 2018).

### 5.2 Disponibilidad de profesionales de la salud (fuga de talento a la inversa)

La fuga de talentos es un proceso por el cual los profesionales de la salud que operan en el sector público o que ejercen en el extranjero opten por irse al sector privado debido a mejores perspectivas de ingresos y reconocimiento profesional. Los efectos de esta migración en el sistema de salud pueden ser agudos por la escasez de personal sanitario en sistemas públicos y aumentar el tiempo de espera para la atención especializada en el segmento curativo y preventivo (De la Puente, 2017a). Los hospitales privados que ofrecen servicios de salud a los turistas médicos a menudo pueden proporcionar a los profesionales de la salud trabajos mejor remunerados y perspectivas más prometedoras. Lo anterior ha significado que algunos países en vías de desarrollo atraigan a trabajadores del área de la salud que emigraron al extranjero o se encuentran en el sector público.

### 5.3 Calidad en la oferta de servicios sanitarios

Los hospitales de los países exportadores solicitan acreditaciones internacionales, lo que garantiza que la atención que brindan sea similar a la ofrecida en países importadores. Más de 25 países de bajos y medianos ingresos ya obtuvieron diferentes acreditaciones en la oferta de servicios sanitarios de la JCI (2017), que acredita a hospitales de los Estados Unidos. La India, por ejemplo, tiene 19 hospitales acreditados en atención prioritaria, atención secundaria e impacto científico, mientras que Tailandia

ha acreditado 28 instituciones de salud. Esto eleva los estándares de atención en los hospitales, lo que también beneficia a la población local (si cuentan con recursos propios o alta cobertura en sus seguros médicos). Además, los hospitales que atienden a pacientes extranjeros deben garantizar la oferta equitativa a locales. Sin embargo, existen críticas sobre las barreras de facto que implementan varios centros de salud que impiden el acceso real a sus instalaciones y servicios (trabas burocráticas, logísticas, entre otras) (Conell, 2006; Schoen et al., 2005).

## 6. Riesgos latentes en que incurren países en vías de desarrollo

El primero se refiere a la oferta diferenciada en que los pacientes nacionales o extranjeros que se someten a procedimientos médicos cuentan con una infraestructura, personal y protocolos más sofisticados que pacientes que acceden a sus sistemas públicos. El segundo (también relacionado con el diferencial de ingresos entre pacientes extranjeros y nacionales que acceden al sistema público de salud) es que, aun cuando la actividad médico-turística aumente, no necesariamente resulta en un incremento de los recursos públicos para los centros y el personal de salud que operan en el sector público. Por un lado, los riesgos institucionales y la inadecuada localización de recursos o exenciones tributarias no garantizan una mejor atención pública a mediano y largo plazo (JCI, 2017; WHO, 2016). Por otro, los debates sobre la dinámica del turismo médico a menudo se enmarcan dentro del Acuerdo General sobre Comercio de Servicios (GATS, por sus siglas en inglés) (JCI, 2017b; de la Puente Pacheco et al., 2020a). Muchos pacientes que se han visto afectados por malas prácticas médicas, poco éticas de operadores en el país de destino o la ejecución de procedimientos que difieren de los inicialmente pactados entre operadores y sus seguros sanitarios tienen dificultades en ser reparados debido al confuso marco legal que rodea esta actividad. Así, es importante considerar algunos problemas asociados con el turismo médico, por ejemplo, la regulación vigente sobre los casos aplicables a demandas hacia operadores en el país de origen solo se aplica al comercio multilateral (como las regulaciones bilaterales aplicables a acuerdos entre operadores y las aseguradoras) (Ajmera, 2017).

El GATS divide el sector de servicios en cuatro modos de comercio aplicables al sector de servicios de salud (WHO, 2016). El modo 1 cubre el suministro transfronterizo de servicios, que en el caso de los servicios de salud se refiere a su provisión remota. El modo 2 se refiere al consumo de servicios en el extranjero, aplicable al turismo médico. El modo 3 se relaciona con la IED en el sistema de salud de otro país. Finalmente, el modo 4 cubre la presencia de una persona física aplicable a la migración de trabajadores de la salud. Así, el comercio de bienes y servicios se enmarca en estos cuatro modos. A menudo, se aplican formas simultáneas en una misma oferta sanitaria.

Aunque el debate sobre el turismo médico tiende a enmarcarse dentro de un contexto multilateral, esto no refleja la realidad del comercio en sí, en que los acuerdos comerciales regionales y bilaterales desempeñan un papel más destacado.

De la Puente et al. (2020a) destacan que la ausencia de referencias jurídicas regionales provenientes de organizaciones hemisféricas (Asociación de Naciones del Sudeste Asiático, Mercado Común del Sur [Mercosur], entre otros) dificulta la resolución de conflictos derivados de malas prácticas médicas o incumplimiento de acuerdos entre operadores, debido a que al solo aplicar normativas globales se omite la utilización de instrumentos jurídicos disponibles. Esto representa una dificultad práctica, ya que más del 37 % de los pacientes internacionales optan por ir a países vecinos con similitudes culturales donde se sientan más seguros.

## 7. Caso de estudio ilustrativo: turismo médico entre el Reino Unido y la India

El sistema de salud de la India está compuesto por una combinación de servicios públicos y privados con una cobertura del 67 % de la población, lo que ha resultado en una creciente oferta privada de bajo coste. Por su parte, la mayor parte de la atención médica en el Reino Unido es proporcionada por el Servicio Nacional de Salud (NHS, por sus siglas en inglés) que ha sido objeto de críticas debido a los tiempos de espera para la atención prioritaria y la disminución de recursos públicos en la atención no prioritaria. En el momento en que se redacta este artículo, los británicos cuentan con la posibilidad de acceder a servicios sanitarios en países miembros de la UE si la atención demandada no se encuentra disponible o cuenta con una lista de espera que arriesga la vida del paciente. Al-Shamsi et al. (2018), Rokni et al. (2017) y Ormond y Sulianti, (2017) concuerdan en que de 2012 a 2017 la llegada de pacientes británicos que manifestaron explícitamente que su razón de viaje fue por razones médicas aumentó en el 62,9 % con un gasto *per capita* promedio de USD 6200 y solicitudes de procedimientos mayormente curativos (trasplantes, tratamientos dermatológicos y ortodoncia) (Ajmera, 2017; De la Puente, 2015b).

No existe un comercio bilateral formal de turismo médico entre el Reino Unido y la India, aunque varias fuentes sugieren que las listas de espera, el acercamiento cultural entre ambos países y los bajos costos procedimentales con similar calidad han contribuido a la llegada de británicos a territorio indio. El Comité Económico y Comercial Conjunto fue una iniciativa bilateral establecida en 2005 para eliminar las barreras comerciales entre la India y el Reino Unido que incluye un grupo de trabajo sobre atención médica, con algunas perspectivas médico-turísticas. El comercio de bienes y servicios médicos está regulado por las directrices de comercio en servicios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con un aumento del 24 % en los acuerdos entre operadores/asegurado-

ras para la atención de empleados por convenios colectivos. Sin embargo, aún existen dificultades en la expansión de los servicios médicos en pacientes británicos por varias razones, como distancia, sensación de inseguridad jurídica, prejuicios sobre la calidad de bienes y servicios ofertados, a pesar de que los centros de salud que más ofertan su portafolio de servicios se encuentran acreditados por la Comisión Conjunta Internacional y Acreditación Canadá.

## 8. Conclusiones

Este artículo analizó las causas de desplazamiento de pacientes hacia países en vías de desarrollo y su impacto multidimensional. Aunque existen divergencias sustanciales entre varias fuentes de información, todas indican un aumento sustancial en el desplazamiento voluntario desde países en vías de desarrollo. Esta práctica puede generar fugas internas y externas de talento en el sector salud, mejorar los estándares de calidad en la atención, generar incertidumbre jurídica y profundizar las desigualdades en el acceso a la salud. La falta de armonía jurídica sobre la base normativa aplicable a esta actividad puede influir en su ritmo de crecimiento, como lo demuestra el estudio de caso. Existen razones para considerar que la arquitectura normativa regional puede acogerse en un futuro cercano debido a las facilidades prácticas de resolución de conflictos que otorga. Finalmente, es necesaria la recolección de más datos empíricos sobre el comportamiento de los pacientes según sus países de origen y su impacto económico en tiempo real en las localidades donde se lleva a cabo esta actividad.

## 9. Referencias

- Ajmera, P. (2017). Ranking the strategies for Indian medical tourism sector through the integration of SWOT analysis and TOPSIS method. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 30(8), 668-679. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-05-2016-0073>
- Al-Shamsi, H. O., Al-Hajeili, M., & Alrawi, S. (2018). Chasing the Cure Around the Globe: Medical Tourism for Cancer Care From Developing Countries. *Journal of Global Oncology*, 4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6180774/>
- Beladi, H., Chao, C. C., Ee, M. S. & Hollas, D. (2019). Does medical tourism promote economic growth? A cross-country analysis. *Journal of Travel Research*, 58(1), 121-135. <https://doi.org/10.1177/0047287517735909>
- Butowski, L. (Ed.). (2018). *Mobilities, tourism and travel behavior: Contexts and boundaries*. BoD-Books on Demand.
- Cohen, I. G. (2012). How to regulate medical tourism (and why it matters for bioethics). *Developing world bioethics*, 12(1), 9-20. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-8847.2012.00317.x>
- Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and... surgery. *Tourism Management*, 27(6), 1093-1100. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2005.11.005>

- Cortez, N. (2010). Embracing the new geography of health care: A novel way to cover those left out of health reform. *Southern California Law Review*, 84, 859-899. [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1690690](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1690690)
- Fottler, M. D., Malvey, D., Asi, Y., Kirchner, S. & Warren, N. A. (2014). Can inbound and domestic medical tourism improve your bottom line? Identifying the potential of a US tourism market. *Journal of Healthcare Management*, 59(1), 49-63.
- Ile, F. L. & Tigu, G. (2017). Medical tourism market trends: An exploratory research. *Proceedings of the International Conference on Business Excellence*, 11(1), 1111-1121. <https://doi.org/10.1515/picbe-2017-0114>
- Joint Commission International. (2017). *Accreditation standards for hospitals: Including standards for academic medical center hospitals*. (6.<sup>a</sup> ed.). Autor. <https://bit.ly/2rnhXg8>
- Ormond, M., & Sulianti, D. (2017). More than medical tourism: lessons from Indonesia and Malaysia on South-South intra-regional medical travel. *Current Issues in Tourism*, 20(1), 94-110. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13683500.2014.937324>
- Puente Pacheco, M. A. de la. (2015a). Dinámica internacional del turismo de la salud. *Revista Dimensión Empresarial*, 13(3), 6-24. [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0,5&cluster=5426613223478956407](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0,5&cluster=5426613223478956407)
- Puente Pacheco, M. A. de la. (2015b). Sector del turismo de salud: caso colombiano. *Economía del Caribe*, 16, 129-161. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6143212>
- Puente Pacheco, M. A. de la. (2017a). Turismo médico comparado en Colombia y Singapur: estudio sectorial y perspectivas de desarrollo. *Revista de Derecho*, 47, 290-309. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6070649>
- Puente Pacheco, M. A. de la. (2017b). Ethical responsibilities of facilitating agents in international medical tourism. *Revista de Economía del Caribe*, (20), 89-105. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-21062017000200089](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-21062017000200089)
- Puente Pacheco, M. A. de la, Oro Aguado, C. M. de & Lugo Arias, E. (2020a). Understanding the effectiveness of the PBL method in different regional contexts: The case of Colombia. *Interactive Learning Environments*, 28, 1-14. <https://doi.org/10.1080/10494820.2020.1740745>
- Puente Pacheco, M. A. de la, de Oro Aguado, C. M., & Lugo Arias, E. R. (2020b). Percepción estudiantil sobre la efectividad del aprendizaje basado en proyectos en salud en el Caribe colombiano. *Educación Médica Superior*, 34(1). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412020000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412020000100006)
- Rokni, L., Turgay, A. V. C. I., & Park, S. H. (2017). Barriers of developing medical tourism in a destination: A case of South Korea. *Iranian journal of public health*, 46(7), 930. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5563875/>
- Schoen, C., Doty, M. M., Collins, S. R. & Holmgren, A. L. (2005). Insured but not protected: How many adults are underinsured? The experiences of adults with inadequate coverage mirror those of their uninsured peers, especially among the chronically ill. *Health Affairs*, 24(Suppl1), W5-289. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.W5.289>
- Whitmore, R., Crooks, V. A. & Snyder, J. (2017). A qualitative exploration of how Canadian informal caregivers in medical tourism use experiential resources to cope with providing transnational care. *Health & Social Care in the Community*, 25(1), 266-274. <https://doi.org/10.1111/hsc.12302>
- World Health Organization. (2016). *Bulletin of the World Health Organization*. <https://www.who.int/bulletin/volumes/94/en/>