



Estudios fronterizos

ISSN: 0187-6961

ISSN: 2395-9134

Universidad Autónoma de Baja California

Martínez Almanza, María Teresa; Morales, Santos; Breceda Pérez, Jorge Antonio
Caracterización del turismo médico transfronterizo en
Ciudad Juárez motivado por la crisis derivada del COVID-19
Estudios fronterizos, vol. 23, e090, 2022
Universidad Autónoma de Baja California

DOI: <https://doi.org/10.21670/ref.2206090>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53070782006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org




Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Caracterización del turismo médico transfronterizo en Ciudad Juárez motivado por la crisis derivada del COVID-19

Characterization of cross-border medical tourism in Ciudad Juarez motivated by the crisis derived from COVID-19

María Teresa Martínez Almanza^{a*}  <https://orcid.org/0000-0002-1056-9204>

Santos Morales^b  <https://orcid.org/0000-0001-5330-9974>

Jorge Antonio Breceda Pérez^b  <https://orcid.org/0000-0001-5280-6936>

^a Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Departamento de Ciencias Sociales, Ciudad Juárez, México, correo electrónico: tmartine@uacj.mx

^b Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Departamento de Ciencias Jurídicas, Ciudad Juárez, México, correo electrónico: samorale@uacj.mx, jorge.breceda@uacj.mx

Resumen

El trabajo vincula la movilidad transfronteriza y el turismo médico durante la pandemia de COVID-19. El objetivo fue analizar el comportamiento del turismo médico en Ciudad Juárez durante octubre de 2020 a julio de 2021 de esta pandemia. La variable contextual es la movilidad regular frente a la actividad del comercio de servicios de salud de las ciudades fronterizas. Es un estudio cualitativo y exploratorio de 34 entrevistas semiestructuradas de casos reales. Se encontraron pacientes transfronterizos que acuden a Ciudad Juárez en busca de atención sanitaria para la enfermedad de COVID-19 en hospitales públicos y privados y para la atención y seguimiento de las secuelas relativas. En las conclusiones se expone la vulnerabilidad de las personas que realizan turismo médico y las deficiencias institucionales que abonan a los desafíos del estado de bienestar durante la pandemia de COVID-19. Se identifica la noción de la funcionalidad de las fronteras.

Palabras clave: turismo médico, pandemia, salud transfronteriza, estado de bienestar.

Abstract

The work links cross-border mobility and medical tourism during the COVID-19 pandemic. The objective was to analyze the behavior of medical tourism in Ciudad Juárez during October 2020 to July 2021 of this pandemic. The contextual variable is regular mobility compared to the activity of the trade in health services in border cities. It is a qualitative and exploratory study of 34 semi-structured interviews of real cases. Cross-border patients who come to Ciudad

Recibido el 8 de enero de 2022.

Aceptado el 25 de marzo de 2022.

Publicado el 8 de abril de 2022.

*Autora para correspondencia: María Teresa Martínez Almanza. Correo electrónico: tmartine@uacj.mx



Esta obra está protegida bajo una licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

CÓMO CITAR: Martínez Almanza, M. T., Morales, S. & Breceda Pérez, J. A. (2022). Caracterización del turismo médico transfronterizo en Ciudad Juárez motivado por la crisis derivada del COVID-19 [Characterization of cross-border medical tourism in Ciudad Juarez motivated by the crisis derived from COVID-19]. *Estudios Fronterizos*, 23, e090. <https://doi.org/10.21670/ref.2206090>

Juárez in search of health care for COVID-19 disease in public and private hospitals and for the care and follow-up of the related sequelae were found. The conclusions expose the vulnerability of people who carry out medical tourism and the institutional deficiencies that contribute to the challenges of the welfare state during the COVID-19 pandemic. The notion of the functionality of borders is identified.

Keywords: medical tourism, pandemic, cross-border health, welfare state.

Introducción

Entre las dificultades que enfrenta la sociedad actual, la atención médica tiene especial relevancia. La prestación de servicios de salud se ha convertido en un problema para los gobiernos nacionales debido a los tiempos complicados en torno al financiamiento de la salud pública y la provisión de una política de bienestar. La legitimidad del sector salud en la mayoría de los países se basa en su capacidad de proveer un estándar satisfactorio de atención sanitaria para todos los ciudadanos, independientemente de su capacidad de pago por la atención médica. Sin embargo, con los cambios demográficos y los avances en la tecnología médica aumenta la demanda de los servicios de salud, mientras que la globalización limita la cantidad de fondos públicos que pueden ser asignados a ese propósito. Como resultado, se ha incrementado la necesidad de reformas que aseguren la contención de costos y al mismo tiempo garanticen la alta calidad de los servicios de salud para la población (Rothgang et al., 2010).

La investigación comparativa en la década de 1990 ha mostrado que el estado de bienestar en el capitalismo avanzado está enfrentando enormes presiones en un ambiente de globalización y austeridad permanente. Por muchos años el Estado nación tenía la posibilidad de ejercer un control efectivo sobre sus instituciones y política social, empero, en la actualidad una serie de factores parecen reducir la capacidad del Estado nación para financiar y proveer los servicios del estado de bienestar al nivel de la posguerra (Hurrelmann et al., 2007; Leibfried & Zürn, 2005).

Los profundos cambios dentro del entorno político y económico han llevado a un debate masivo sobre el futuro del estado de bienestar, así como a una plétora de actividades de retracción específicas para la reestructuración de ese modelo (Pierson, 2001). Bommes y Geddes (2001) cuestionan los discursos de análisis social y político que toman los estados de bienestar nacionales como su punto de referencia. Afirman que los Estados pueden seguir siendo actores clave, pero ya no son los únicos actores. Las instituciones más allá del Estado nación también sugieren que el proyecto universalizador de los estados de bienestar posee ahora una dimensión configurada por desarrollos supra, transnacionales y posnacionales.

En el marco de las limitaciones de recursos para ofrecer la universalidad de servicios y la inseguridad de la población en búsqueda de un estado de bienestar destaca la necesidad de estudiar lo que sucede en las ciudades fronterizas. Butler (2010) articula la frontera bajo un estado de vulnerabilidad y a través del concepto de “precariedad” designa esa condición inducida políticamente donde cierta población sufre fallas en las redes de apoyo social y económico, por lo tanto, queda expuesta de manera diferencial a lesiones, violencia y muerte. También afirma que la precariedad no se constituye de forma pasiva a través del retiro de la protección legal, sino que se produce de manera activa por medio del ejercicio coercitivo del poder estatal liberado

de las limitaciones de la ley. Es evidente que la globalización ha facilitado el libre flujo de capitales; en contraposición, las fronteras se construyen cada vez más, de manera que canalizan con rigidez las olas de la humanidad que buscan libertad de movimiento (Wonders, 2006).

Para hacer frente a los obstáculos de salud bajo este contexto expuesto, muchos connacionales que viven en Estados Unidos cruzan la frontera con México en busca de atención sanitaria. La cercanía cultural y geográfica, la calidad de los servicios médicos y el menor costo son algunos de los factores que explican la demanda de servicios de salud transfronteriza (Vargas Bustamante, 2021). Como una de las principales motivaciones para el turismo médico de la diáspora se puede añadir, además, visitar a la familia y amigos (Mathijssen, 2019).

Moré (2011) se refiere a Ciudad Juárez y El Paso como ciudades recíprocas a cada lado de la frontera, donde se observa el fracaso social y uno de los monstruos más singulares de la desigualdad. Asimismo, menciona que ambas son en realidad la misma ciudad, una sola, en primera línea de los problemas, donde cada una es consecuencia de la otra y partes del mismo proceso, con la salvedad de que una es pobre y otra rica.

Por otro lado, Whittaker (2015) analiza la equidad en salud, es decir, el reconocimiento de las diferencias de salud injustas y evitables entre grupos de personas y relaciona estas diferencias con desventajas sociales, económicas o ambientales. Considera que muchos de los supuestos beneficios económicos que se obtendrían a partir del comercio de servicios médicos para los países de ingresos bajos y medianos no se están logrando, por el contrario, el crecimiento de los viajes médicos exacerba las inequidades ya existentes dentro de los sistemas de salud.

El presente trabajo tiene como propósito analizar el comportamiento del turismo médico transfronterizo en Ciudad Juárez, Chihuahua, México, a partir de la crisis generada por la pandemia de COVID-19. Ciudad Juárez ha sido tradicionalmente un destino de turismo médico para los visitantes de origen mexicano que provienen de ciudades cercanas ubicadas en Estados Unidos. En el contexto de la pandemia por la enfermedad de COVID-19 los pacientes que visitaban con regularidad la ciudad en busca de atención sanitaria dejaron de cruzar la frontera a causa de varias razones, por ejemplo, el temor a ser contagiados de la enfermedad, los lineamientos de los gobiernos que obligaban, entre otras cosas, a permanecer en confinamiento y a cumplir con el distanciamiento social, así como las restricciones para el cruce fronterizo entre Ciudad Juárez y El Paso. Esta situación trajo como consecuencia una reducción de la demanda de servicios de salud de estos pacientes de hasta 80% durante los primeros meses de la pandemia.

Este tipo de análisis corresponde al comercio de los servicios de salud, una de las aproximaciones al estudio del turismo médico en este trabajo. La segunda aproximación se refiere a la situación de vulnerabilidad de los pacientes en movilidad transfronteriza ante las limitaciones del estado de bienestar provisto por Estados Unidos a los mexicanos que residen en ese país.

Es necesario conocer a mayor profundidad lo que sucede en las fronteras, dado que existen grandes flujos de personas que día a día buscan la atención sanitaria en el país vecino, lo que genera una serie de desequilibrios en los sistemas de salud tanto de los países emisores como de los receptores. A pesar de los retos que han sido identificados en la prestación de servicios a pacientes internacionales, tales como la barrera del idioma, los aspectos culturales y el tiempo de traslado, aún existen otros elementos

a considerar. Merrell y colaboradores (2008) afirman que los aspectos legales y de responsabilidad, como el seguimiento a los pacientes extranjeros, son elementos que se deben mejorar. También identifican como barrera al turismo médico la continuidad de la atención en términos de la relación médico-paciente a través de las fronteras y aseveran que es un aspecto que requiere la atención de los actores participantes.

Para la realización de esta investigación se consultó una amplia fuente de recursos bibliográficos y se realizaron 34 entrevistas semiestructuradas a turistas médicos, de quienes se recogieron importantes aportaciones que permitieron profundizar en el conocimiento del turismo médico transfronterizo. El trabajo se divide en cinco apartados. En el primero se abordan los antecedentes, donde resalta la importancia del turismo médico desde dos puntos de vista: como comercio de servicios de salud y como consecuencia de los fallos del estado de bienestar que se recrudece en las fronteras. El segundo apartado presenta la metodología utilizada, donde se aborda el proceso de preparación del manuscrito. En el tercer apartado se exponen los resultados, mientras que en cuarto lugar se presenta la discusión; por último, se ofrecen las conclusiones.

El alcance consistió en comprender las experiencias de las 34 personas entrevistadas y, a partir de ello, hacer una aproximación al complejo fenómeno del turismo médico en Ciudad Juárez durante la pandemia por COVID-19, además, permitió identificar que algunas características se pueden transferir a otras investigaciones similares en ciudades fronterizas, por ejemplo, los estudios sobre turismo médico en el contexto bajacaliforniano (Vargas Bustamante, 2020, 2021).

El turismo médico como comercio de servicios de salud

Un estudio sobre las oportunidades de mercado y perspectivas del turismo de salud en México (Deloitte, 2019) estimó que en 2018 el turismo médico representaba 5.6% de la industria a nivel global, con una derrama cercana a los 4 000 000 000 de dólares. Este monto podría incrementarse a 13 800 000 000 de dólares hacia 2030 si se realiza un trabajo conjunto de planeación y si se cuenta con la colaboración de inversionistas, gobierno y academia. Afirma también que cerca de 77% de los turistas médicos son fronterizos y provienen de los estados del sur de Estados Unidos. Menciona que no se cuenta con datos precisos sobre el origen del restante 23%, sin embargo, Google Trends muestra que, además de Estados Unidos, otros países como Canadá, Reino Unido, India y Malasia son los que tienen más búsquedas de cirugías en México.

El turismo médico hace alusión al uso de servicios médicos y hospitalarios en el extranjero (Connell, 2013). Las cifras más conservadoras de diversos estudios empíricos incluyen también el llamado turismo médico de la diáspora. No obstante, excluyen de sus estimaciones los cruces médicos fronterizos, el turismo de bienestar y la atención médica de los extranjeros jubilados que ya son residentes en el país (Connell, 2013; Merrell et al., 2008).

Para este trabajo, se define el turismo médico como el acto de viajar al extranjero para recibir atención médica (Cormany & Baloglu, 2011). Es de interés conocer el comportamiento del turismo médico durante la pandemia de COVID-19 debido a que, desde la perspectiva del comercio de servicios de salud, para Ciudad Juárez representa la permanencia en el mercado de muchos de los prestadores de servicios en este ramo.

Aunque también implica la limitación de opciones de atención a la población local y el aumento de precios de los servicios. Por otra parte, interesa también conocer la situación que viven los connacionales en Estados Unidos respecto a los servicios de salud en ese país.

Lee y colaboradores (2021) afirman que después de declarar la COVID-19 como un evento de salud pública de importancia internacional (ESPII) el 30 de enero de 2020, el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) recomendó inicialmente “cualquier restricción de viajes o comercio basada en la información actual disponible” (World Health Organization, 2020). Algunos Estados miembros del mencionado Comité ya habían adoptado restricciones relacionadas con los viajes antes de esta declaración, mientras que muchos más ignoraron la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo que llevó a juristas internacionales a criticar a los Estados parte por presunto incumplimiento del RSI (Habibi et al., 2020; Mason Meier et al., 2020; Von Tigerstrom & Wilson, 2020).

Las personas y grupos afectados por las restricciones, como el sector turístico (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2020) y los profesionales médicos y humanitarios que responden a la pandemia (Devi, 2020), instaron a los gobiernos a reducir las restricciones. A medida que la pandemia empeoraba, otros criticaban a los gobiernos por no aplicar las medidas sanitarias transfronterizas antes o de forma más estricta (Bollyky & Nuzzo, 2020) o por reducirlas a guisa prematura. Para marzo de 2020 el uso de las medidas relacionadas con los viajes se volvió casi universal, aunque la implementación fue descoordinada y algo caótica, pues la adopción de medidas sanitarias transfronterizas fue en formas, duración y alcance muy variados en todo el mundo (The need for a coordinated international pandemic response, 2020; Wolfsteller, 2020). El resultado ha sido un proceso peligroso de ensayo y error (Kupferschmidt, 2020).

La guía mundial para el turismo médico de Patients Beyond Borders reportó que México y Costa Rica son los destinos más populares para la atención dental, cirugía estética y los medicamentos recetados, mientras que Tailandia, India y Corea del Sur lideran procedimientos más complicados como ortopedia, cardiovasculares, cáncer y tratamientos de fertilidad (Ledsom, 2021). Deloitte (2019) proyecta que como meta se espera cuadruplicar el valor de la industria estética en México en el año 2030. De ser así, esta deberá crecer a un ritmo de 10.7% anual hasta 2023 y aumentar a 13.3% entre 2024 y 2030, un panorama más que alentador para el país, que también debe superar sus desafíos más importantes: calidad, seguridad y certificaciones.

El alto porcentaje de pacientes transfronterizos que se mencionan en el estudio de Deloitte (2019) se relaciona con la vulnerabilidad que caracteriza a los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos (Vargas Bustamante, 2021), quienes enfrentan una serie de obstáculos para el acceso y uso de los servicios de salud, así como para la cobertura de seguro médico, entre ellos su estatus legal, pues aproximadamente 50% son extranjeros que no han regularizado su estancia en el país (Ortega et al., 2007; Pew Hispanic Center, 2013).

El turismo médico como consecuencia de los fallos del estado de bienestar

La reciente aparición de la COVID-19 plantea una grave amenaza para la salud humana y está causando importantes trastornos sociales y económicos a nivel mundial (Chattu et al., 2020). Mucho antes de la COVID-19, Estados Unidos estaba en desventaja en relación con otras naciones de altos ingresos en términos de salud y supervivencia (National Research Council, 2011; Woolf & Aron, 2013). Entre 2018 y 2020 la esperanza de vida en Estados Unidos disminuyó 3.88 años (es decir, 4.7%), lo que representa 2.9 veces la disminución de esperanza de vida de los blancos; se destaca que hubo una mayor reducción en los hombres, con 4.58 años (esto es, 5.8%), que en las mujeres, con 2.94 años (es decir, 3.5%) (Woolf et al., 2021).

Aunque Estados Unidos es una potencia mundial y un país líder en investigación biomédica, no tiene una cobertura universal en salud. De acuerdo con la OMS (2022), la cobertura sanitaria universal “significa que todas las personas pueden acceder a los servicios de salud que necesiten, cuando y donde los necesiten, sin verse en dificultades económicas por ello”. Por el contrario, en Estados Unidos uno de cada tres ciudadanos estadounidenses tiene preocupación por cómo costeará su seguro médico, pues una cuenta médica puede dejarlos en bancarrota (Hohman, 2020). En 2019, no contaban con seguro médico 28 900 000 000 de personas en Estados Unidos, este número ha ido a la alza el último lustro y se espera que con la pandemia despunte; de esos millones de personas no aseguradas en Estados Unidos, alrededor de 20% son migrantes no regularizados (Tolbert et al., 2020).

En Estados Unidos la mayoría de la seguridad social está administrada por compañías privadas. El seguro público se refiere principalmente a Medicaid, un programa de bienestar individual patrocinado conjuntamente por el gobierno federal y estatal, cuya elegibilidad depende principalmente de los ingresos de la familia y el individuo y sus dependientes menores; también existe el Medicare, un derecho social, otorgado por el gobierno federal cuya elegibilidad depende principalmente de la edad, actualmente establecida en 65 años, por tanto, es un programa para proteger a los retirados; por último, CHAMPVA (Civilian Health and Medical Program of the Department of Veterans Affairs), que es un programa de salud civil para militares retirados (Shi, 2001).

Los extranjeros con estancia en el país no legalizada están excluidos de los programas federales de gobierno que otorgan seguros médicos subsidiados, como Medicaid y Medicare, al igual que de todas las estipulaciones de la Affordable Care Act (ACA), incluso cuando después de su implementación en 2011 expandió la cobertura de seguro médico a aproximadamente 70% de la población antes no asegurada en Estados Unidos (Congressional Budget Office, 2012).

Las cifras de muertes y la vulnerabilidad ya existente en ese país se vieron exacerbadas con la COVID-19 en Estados Unidos. Esto refleja no solo las opciones políticas del país y el mal manejo de la pandemia (Bollyky & Patrick, 2020; Parker, 2021), sino también factores arraigados que han puesto al país en desventaja respecto al sistema de salud durante décadas (Beckfield & Bambra 2016; Preston & Vierboom, 2021; Woolf & Aron, 2013; Woolf & Schoomaker, 2019).

Para gran parte de los críticos fue la propia pandemia la que llamó la atención a estas condiciones de larga data con un aumento en las injusticias y la desigualdad social

y económica experimentadas por poblaciones negras, hispanas, asiáticas e indígenas, así como otros grupos marginados y excluidos de manera sistemática. Al respecto, estudiosos del tema han informado que las tasas de infecciones por COVID-19, las admisiones al hospital y las muertes son sustancialmente más altas en poblaciones de negros e hispanos en comparación con las poblaciones de blancos, debido a una mayor exposición al virus, una mayor prevalencia de comorbilidades, como la diabetes, un acceso reducido a la asistencia sanitaria y otros recursos de protección (Bassett et al., 2021; López et al., 2021).

En este marco se destaca la vulnerabilidad de los inmigrantes y la importancia de la investigación sobre la movilidad de pacientes transfronterizos, que existe debido a la proximidad geográfica, la afinidad cultural, los flujos migratorios, el diferencial de precios, la personalización y calidez en la atención médica, dental y farmacológica (Connell, 2015), así como la atención inmediata, la calidad de los servicios de salud y la confianza en los médicos de México (Martínez-Almanza et al., 2019).

Sin embargo, Dauvergne (2008) afirma que, a pesar de que existen desarrollos formales en la protección internacional de los derechos humanos, las personas con estatus de inmigración ilegal se han beneficiado poco de ellos, por lo tanto, todavía dependen en gran medida de los Estados para su estatus legal. De igual manera, afirma que “el abismo entre quienes tienen algún tipo de estatus migratorio y quienes no lo tienen es de vital importancia” (Dauvergne, 2008, p. 21). La selectividad de las fronteras se hace patente, ya que, en la medida en que los viajeros se clasifican como “legales” o “ilegales”, la frontera actúa como un colador (Wonders, 2006) que separa la movilidad legítima de la sospechosa. Este filtrado produce sistemas transnacionales de estratificación social basados en derechos de movilidad.

La intensidad de las relaciones transfronterizas y el grado de interdependencia económica entre vecinos suele ser superior al que ostentan dos países separados por miles de kilómetros (Moré, 2011); también incide en la confluencia en la frontera de personas, estados y mercados. Cada uno con su oferta y su demanda, guiados por la avaricia y la necesidad, ambivalencias que en las fronteras desiguales interactúan con más fuerza que en otros lugares.

Metodología

Se realizó una investigación de tipo cualitativo, con una aproximación de tipo inductivo, a partir de 34 entrevistas semiestructuradas realizadas a visitantes en Ciudad Juárez por cuestiones de salud. Se pretende hacer contribuciones teóricas al estudio del fenómeno del turismo médico por medio de exploración en las experiencias al interactuar con los sujetos participantes. Es decir, la estrategia metodológica es cualitativa, dado que la selección de casos que dan representatividad tipológica al fenómeno no se basa en la estadística inferencial (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018), sino en la inferencia descriptiva (King et al., 1994).

El estudio no pretende ser representativo del turismo médico durante la pandemia por COVID-19 en Ciudad Juárez, aunque sí procura identificar algunas características del turismo médico en Ciudad Juárez a partir de la crisis generada por la pandemia de COVID-19 y explicarlas, de manera que sean útiles para investigaciones similares en contextos fronterizos. La muestra comprende un total de 34 pacientes transfronterizos

que solicitan los servicios de atención sanitaria en clínicas, hospitales y consultorios médicos y dentales de Ciudad Juárez. Los requisitos exigidos para determinar esta muestra por conveniencia fueron los siguientes: que los pacientes entrevistados fueran personas que viven en Estados Unidos y que hayan cruzado la frontera con propósito de buscar atención médica.

Para la recolección de datos se utilizó un guion de entrevista semiestructurada, que constó de 30 preguntas basadas en seis rasgos de interés: datos sociodemográficos, estado de salud, hábitos y costumbres, gustos y preferencias de viaje, motivaciones para visitar Ciudad Juárez relacionadas con salud, e imaginarios sobre la oferta de productos y servicios de salud en Ciudad Juárez.

La dificultad para obtener información oficial sobre este segmento del turismo hace difícil plantear un análisis cuantitativo. La falta de estadísticas oficiales sobre la movilidad transfronteriza por motivos de salud en Ciudad Juárez no es algo exclusivo de la localidad, ni del gobierno mexicano. Autores, como Connell (2015), señalan que una de las características notorias del turismo médico en general es la falta de estadísticas claras y la ausencia de estandarización en los escasos datos disponibles alrededor del mundo. Asimismo, Hall (2013) menciona que las cifras existentes muchas veces provienen de empresas privadas como agencias de viajes o corporativos de salud, lo que hace cuestionable el origen y confiabilidad de los datos.

Por tales razones, se eligió una metodología cualitativa, basada en entrevistas semiestructuradas. La ventaja de aplicar este tipo de instrumentos radica en que, mediante un guion preestablecido, se guía al informante para que hable sobre los temas a investigar, pero se le otorga centralidad y libertad para hacerlo de la forma que encuentre más conveniente (Denzin & Lincoln, 2012). El parámetro temporal del estudio abarca de octubre de 2020 a julio de 2021.

Este es un trabajo de tipo descriptivo porque pretende analizar los aspectos que incentivan la presencia de personas que visitan Ciudad Juárez por motivos relacionados con la salud, a partir de un entendimiento a profundidad de cada caso, lo que implica describir el fenómeno y el contexto bajo el que se manifiesta. De acuerdo con Hernández-Sampieri y Mendoza Torres (2018), se busca recoger la información sobre los conceptos o variables establecidas, al especificar las propiedades o características del fenómeno. Por tanto, la variable independiente sobre la cobertura de seguro de salud de los turistas médicos se explora para ver si esto fortalece o incentiva la presencia del turismo médico, bajo la hipótesis de trabajo de que la carencia de seguro médico en Estados Unidos es un factor de incidencia para el turismo médico en Ciudad Juárez.

Los datos fueron obtenidos a través de entrevistas semiestructuradas a personas que viven en Estados Unidos y cruzan la frontera hacia Ciudad Juárez en busca de atención sanitaria. Se utilizó también el análisis documental de notas periodísticas relativas al comportamiento del turismo médico durante la pandemia por COVID-19 e información obtenida del portal digital del gobierno de Chihuahua sobre el semáforo epidemiológico relativo al comportamiento de dicha enfermedad. Luego, los datos se analizaron e interpretaron temáticamente con análisis inductivo a través de un lente constructivista. Los hallazgos revelan que el rol del género, antecedentes educativos, expectativas, lugares de asentamiento, afinidad sociocultural y de idioma y la carencia de seguro de salud fueron significativos en la caracterización del turismo médico en el sistema de salud de Ciudad Juárez. Investigaciones futuras o intervenciones deben considerar un enfoque práctico y dinámico para asegurar una comprensión completa de las necesidades y experiencias de salud de los pacientes transfronterizos.

Enseguida, se presentan los hallazgos obtenidos por medio de la hipótesis de trabajo y la variable propuesta para el trabajo de investigación, las cuales permiten identificar las características del turismo médico en Ciudad Juárez, Chihuahua, México, desde la crisis de COVID-19.

Resultados

Las especificaciones geográficas y demográficas de Ciudad Juárez, Chihuahua, México, como frontera con El Paso, Texas, en Estados Unidos, favorecen la movilidad de grandes flujos de personas, con una relación de codependencia entre ambas ciudades. Esto origina la necesidad de explorar cómo fue el comportamiento de esta movilidad de personas hacia Ciudad Juárez desde la crisis por la pandemia de COVID-19.

Desde antes de la pandemia de COVID-19 ya existía una reducción en la demanda de servicios de salud de pacientes transfronterizos debido a las restricciones de política comercial de Estados Unidos, la cual fue influenciada por los movimientos migratorios y por la inseguridad de Ciudad Juárez: “durante los últimos días, el turismo médico en Ciudad Juárez se ha visto afectado con una reducción de hasta un 60%, una actividad que por años había sido una atracción para muchos norteamericanos” (Telemundo 48 El Paso, 2019). Esta noticia se reafirmó a inicios de la pandemia, cuando los prestadores de servicios de salud mencionaron una reducción de 80% de la demanda. No obstante, a medida que la evolución del control de la pandemia fue mejorando permitió reducir los riesgos de contagios. Por consiguiente, había una relación correspondiente entre las visitas de los pacientes de las ciudades vecinas a Juárez y el color del semáforo epidemiológico, pues durante los días en que el semáforo estaba en rojo, es decir, cuando los protocolos sanitarios exigían permanecer en confinamiento, se notó una reducción de visitas de pacientes. Por el contrario, a medida que cambiaba el semáforo epidemiológico a verde, se reducía el miedo y los pacientes empezaban a volver, incluso a buscar atención de la enfermedad de COVID-19.

La Tabla 1, elaborada a partir de datos divulgados por la Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua en medios de comunicación, presenta el comportamiento del semáforo epidemiológico en Ciudad Juárez durante la pandemia por COVID-19.

A la postre, los pacientes del país vecino que tuvieron la oportunidad de recibir la vacuna contra la enfermedad de COVID-19 se sintieron más seguros, por tanto, redujeron su temor de cruzar la frontera y volvieron a buscar atención médica en México. Particularmente en Ciudad Juárez, Chihuahua, se ha visto un cambio significativo en la demanda de servicios de salud transfronterizos desde julio de 2020, cuando incluso los pacientes acudían en busca de atención por la enfermedad de COVID-19.

Tabla 1. Semáforo epidemiológico en Ciudad Juárez, Chihuahua, México

Semáforo epidemiológico	
Año 2020	
Semáforo rojo	30 días: 1 de junio en adelante 8 días: 23 de noviembre a 1 de diciembre
Semáforo naranja	89 días: julio, agosto y hasta el 27 de septiembre 30 días: 1 de diciembre en adelante
Semáforo amarillo	14 días: 28 de septiembre a 12 de octubre
Semáforo verde	Ningún día
Año 2021	
Semáforo rojo	12 días: 1 a 12 de enero
Semáforo naranja	26 días: 18 de enero a 12 de febrero
Semáforo amarillo	137 días: 13 de febrero a 30 de junio **Dos supercierres, donde el semáforo estaba en amarillo, pero con restricciones de semáforo naranja: 23 a 26 de abril y del 30 de abril al 3 de mayo
Semáforo verde	Ningún día

Fuente: elaboración propia con base en trabajo empírico y datos de la Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua

Perfil del visitante

La edad promedio de los visitantes fue de 34 años. Se destaca que 17 de las 34 personas entrevistadas se encuentran en un rango de edad entre 20 y 30 años, es decir, se trata de un significativo número de visitantes jóvenes por motivos de salud a Ciudad Juárez. Del total de entrevistados, 41% fueron hombres y 59% mujeres, lo que denota una predominancia de visitantes del sexo femenino.

Con respecto a la escolaridad de los participantes, llama la atención que 50% cuenta con estudios de educación superior, lo que puede significar que, a pesar de tener una carrera profesional, no se cuenta con la posibilidad de acceder a los servicios de salud por el alto costo de estos en Estados Unidos. Lo anterior representa una de las principales motivaciones identificadas en este trabajo para buscar la atención médica en Ciudad Juárez: el precio de los servicios, que es equivalente a una tercera parte del costo de un servicio similar en Estados Unidos y que conlleva una situación de precariedad para los pacientes. En la Tabla 2 se observa la relación entre participantes y escolaridad.

Tabla 2. Escolaridad de los participantes

Nivel educativo	Cantidad	%
Primaria	2	6
Secundaria	10	29
Preparatoria	4	12
Profesional	17	50
Posgrado	1	3
Total	34	100

Fuente: construcción propia con base en trabajo empírico

En lo referente al lugar de procedencia, más de la mitad de las personas entrevistadas provienen de la vecina ciudad de El Paso, Texas; Las Cruces, Nuevo México, está en segundo lugar, pero también surge la presencia de visitantes de otros estados de la Unión Americana, como Colorado. La Tabla 3 representa la relación entre procedencia y cantidad de participantes.

Tabla 3. Lugar de procedencia de los pacientes

Ciudad	Cantidad	%
El Paso, Texas	20	59
Las Cruces, Nuevo México	5	14
Horizon, Texas	2	6
Odessa, Texas	2	6
Santa Teresa, Nuevo México	1	3
Amarillo, Texas	2	6
Denver, Colorado	1	3
Albuquerque, Nuevo México	1	3
Total	34	100

Fuente: elaboración propia con base en trabajo empírico

Estado de salud de los visitantes

Uno de los aspectos de mayor relevancia para este trabajo de investigación es conocer el estado de salud y las afectaciones o padecimientos por los cuales los pacientes acuden a buscar los servicios a Ciudad Juárez, así como su comportamiento durante la pandemia. La mayoría de las personas entrevistadas mencionaron sentirse afectadas por el encierro, con tendencia a comer de más y extrañar el contacto social con otras personas. En la Tabla 4 se presentan los padecimientos que se manifestaron durante las entrevistas.

Tabla 4. Servicios médicos solicitados y padecimientos mencionados

Servicios médicos solicitados y padecimientos mencionados
Ansiedad
Artritis reumatoide
Asma
Chequeos generales
COVID-19
Dolor de cabeza
Dolor de pecho
Epilepsia
Estrés
Estudios de laboratorio y rayos X
Gastroenterología
Ginecología
Nutriología
Obesidad
Odontología
Oftalmología
Óptica
Ortopedia
Pediatría
Problemas cardiovasculares
Problemas respiratorios
Trastorno de pánico

Fuente: elaboración propia con base en trabajo empírico

La Tabla 4 permite apreciar la gran cantidad y variedad de servicios que se demandan.

Uno de los hallazgos destacables es la búsqueda de atención sanitaria en los hospitales públicos de Ciudad Juárez. Tres personas mencionaron visitar la clínica 66 del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) y una más la clínica 48 del mismo; además, dos personas dijeron que buscaron la atención en el Hospital General y en el Hospital de la Familia (FEMAP). Otro aspecto que sobresale es que 10 de las 34 personas entrevistadas adquirieron la enfermedad de COVID-19 en su lugar de residencia, en Estados Unidos, entre ellas, seis visitaron hospitales públicos de Ciudad Juárez en busca de atención médica para esa enfermedad, los cuatro restantes lo hicieron en hospitales privados. Todos continúan acudiendo a citas de seguimiento para la atención a las secuelas de la enfermedad. En la Tabla 5 se muestra la integración de la demanda de servicios de salud de las personas entrevistadas.

Tabla 5. Composición de la demanda de turismo médico en Ciudad Juárez por sector

Demanda de servicios de salud			
Hospitales, clínicas y consultorios que visitan	Sector privado	Sector público	%
Clínicas y consultorios dentales	8		23
Centro Médico de Especialidades	8		23
Poliplaza	4		12
Star Médica	4		12
Hospital Ángeles	2		6
Hospital Médica Sur	1		3
Consultorios y farmacias similares	1		3
IMSS		4	12
Hospital General y Hospital de la Familia		2	6
Totales: 34	28	6	100

Fuente: elaboración propia con base en trabajo empírico

Hábitos y costumbres

Además de definir el perfil de turista médico, interesaba conocer los hábitos y costumbres que las personas adquirieron durante la pandemia, con el fin de identificar posibles áreas de interés en el comportamiento de la demanda de servicios de salud para el futuro. Se encontró que la pandemia de COVID-19 y el confinamiento han afectado psicológica y emocionalmente a algunos de los visitantes, quienes informaron padecer de estrés, ansiedad, depresión y ataques de pánico. En parte, debido al estilo de vida sedentario y monótono, así como la imposibilidad de estar en contacto con sus familiares y amigos en la etapa de confinamiento. Lo anterior está generando un incremento en la demanda de servicios de psicología y nutriólogos de Ciudad Juárez.

Ante la siguiente pregunta: *a raíz de la crisis sanitaria actual, ¿ha realizado cambios para mejorar su salud, prevenir enfermedades o reforzar su sistema inmunológico?* Las respuestas más frecuentes fueron mejorar su dieta con un mayor consumo de frutas y verduras; hacer ejercicio; tomar vitaminas C y D; intensificar la limpieza, y cumplir con los protocolos establecidos como el uso de cubrebocas y caretas, gel antibacterial y distanciamiento social. De igual manera, algunos mencionaron la búsqueda de opciones de medicina natural como herbolaria, práctica de yoga y relajación. Una de las personas entrevistadas comentó lo siguiente:

Al principio me afectó mucho porque empecé a comer de más por la ansiedad ante la incertidumbre de la situación, después intenté ir al *gym* y me contagié de covid. Hace poco, mejor opté por comprar una bicicleta estacionaria e intenté hacer ejercicio mínimo cuatro veces a la semana. (PC, comunicación personal, 25 de junio de 2021)

En cuanto a la posibilidad de viajar, diez de las personas entrevistadas mencionaron haber salido de vacaciones entre los meses de mayo y junio de 2021 por una semana

a destinos turísticos como Puerto Vallarta, San Carlos, Mazatlán, Zacatecas y Tijuana. Estos datos denotan que de manera paulatina se recupera la confianza y que las personas continúan con el deseo de viajar por motivos de turismo.

Razones por las cuales se busca la atención en Ciudad Juárez

Una de las razones importantes por las que las personas buscan atenderse en Ciudad Juárez es debido a que carecen de aseguranza médica.

Yo no tengo seguro de salud. Soy ciudadano, pero me sale muy caro. Es cara la tarifa mensual, más lo que tengo que pagar en las consultas. Hay un copago al momento de usar los servicios, por ejemplo, radiografías o estudios. En mi familia somos cuatro personas y pagaba mil dólares al mes, más lo que tenía que pagar cada vez que iba a una consulta. Por eso, me conviene mejor ir a Juárez cuando necesito ir al médico o a estudios. (EM, comunicación personal, 17 de febrero de 2021)

Los médicos de atención primaria es posible que acepten pacientes con o sin aseguranza, pero los especialistas, por lo general, solo atienden a personas con seguro médico. Por otro lado, las listas de espera para conseguir una cita suelen ser de varios meses. El Medicaid y el Medicare cubre conforme a los ingresos y la edad de las personas, es decir, no es para todos los ciudadanos.

Pues nosotros tendríamos que pagar por ejemplo 2 500 dólares de deducible para recibir atención de una terapia de rehabilitación física, por ejemplo, y pues preferimos ir a México. Porque en Juárez cada terapia nos cuesta 500 pesos, en un centro de fisioterapia reconocido. Si son 10 sesiones, serían 5 000 pesos, que equivale a 245 dólares, y preferimos pagarlos, porque es más barato que pagar el deducible. (LT, comunicación personal, 20 de junio de 2021)

Con relación a la búsqueda de atención médica por COVID-19, una de las personas comentó:

Nosotros, en mi familia, somos ciudadanos de Estados Unidos y fuimos de las personas que buscaron la atención médica por COVID-19 en Ciudad Juárez. Lo hicimos porque en Estados Unidos no se nos dio atención médica, fue nada más la sugerencia de permanecer en casa, tomar muchos líquidos, aislarse y descansar. Ya si tenías problemas respiratorios, la indicación fue irse al hospital. Pero no recibimos atención médica ni tratamiento. Desde los primeros síntomas, nuestro médico de Juárez recomendó hacernos la prueba. Una vez que se confirmó, él fue el que empezó a recetar y llevar control diario. Diariamente hablamos con él y llevaba un control riguroso de medicamentos y síntomas. La comunicación fue vía llamada telefónica y WhatsApp. Quedamos muy satisfechos con su atención. Esto fue en julio de 2020. Ha habido seguimiento adecuado siempre, sin problemas, a pesar de vivir en El Paso. (ET, comunicación personal, 22 de noviembre de 2020)

Otro de los factores para decidir atenderse en Juárez es el tiempo de espera, tanto para conseguir una cita, como el tiempo de espera en el consultorio.

La importancia de la frontera

Al preguntar sobre el significado de la frontera para las personas entrevistadas, una de ellas respondió lo siguiente:

Pues la verdad es que no conozco otro tipo de sistema que funcione mejor. Existe una relación de codependencia en las dos ciudades. Tanto en los trabajos, en los estudios, en la salud, dependemos mucho unos de otros, en todo. Por otra parte, en los puentes, si dices que vas a Juárez al médico, no hay problema. También puedes cruzar medicamento sin problemas.

Las razones que dificultan la atención en El Paso son la falta de seguro médico, el costo de los servicios, el tiempo que tardas en conseguir una cita, que suele ser de varios meses, el tiempo que tardas en el consultorio para que te atiendan, que puede ser de cuatro y hasta seis horas de espera. (MS, comunicación personal, 18 de octubre de 2020)

Gustos y preferencias de viaje

Uno de los motivos más importantes por los cuales los participantes van a la ciudad, además de la consulta con el médico, es visitar a la familia, según mencionaron. Estas respuestas confirman que el turismo médico de la diáspora constituye la base del comercio de servicios de salud transfronterizos. El vínculo familiar continúa siendo el motor de atracción para buscar la atención médica en Juárez, aunado al precio, la prontitud y la calidad de los servicios. Los familiares y amistades de los pacientes hacen la recomendación boca a boca de los médicos con los que han tenido experiencias de atención de salud satisfactoria. La Tabla 6 representa la relación entre actividades complementarias que realizan los turistas médicos y la cantidad de participantes.

Tabla 6. Gustos y preferencia de viaje

Actividades complementarias que realizan	Cantidad	%
Visitar a la familia	18	53
Realizar compras en centros comerciales	15	44
Salir a comer a restaurantes	13	38
Estéticas	4	12
Bares y antros	4	12
Supermercados y mercados de abastos	4	12
Veterinarias	3	9
Compras en “las segundas”	3	9

Nota: algunas personas mencionaron varias actividades, por lo cual no se suman para totalizar 100%

Fuente: elaboración propia

Motivaciones

Uno de los aspectos que destacan como motivaciones es el servicio personalizado y la calidez en la atención que se recibe por el personal de salud. La variedad en la oferta de servicios también posiciona al destino médico de Ciudad Juárez como un destino con características orgánicas, ya que la oferta y la demanda de servicios de salud surgen de manera natural para los distintos requerimientos de los pacientes. Por otra parte, existe un sentimiento de seguridad y reconocimiento que surge del prestigio de los doctores, el cual se han ganado durante la trayectoria de su profesión.

La buena relación calidad-precio es otro de los aspectos mencionados con frecuencia, además de las mejoras en las instalaciones e infraestructura de salud durante los últimos dos años, por ejemplo, el caso del Centro Médico de Especialidades. Asimismo, destaca la presentación de la oferta de servicios de hospitales y clínicas de la ciudad con publicidad atractiva en sus sitios web, pues la mayoría de las personas entrevistadas mencionó que realizan búsquedas en internet antes de las visitas médicas. En la Tabla 7 se ve representado el porcentaje de las mencionadas motivaciones.

Tabla 7. Motivaciones para visitar Ciudad Juárez como destino de turismo médico

Motivaciones	Cantidad	%
Precio	24	71
Calidad de los servicios	11	32
Cercanía	6	18
Afinidad cultural	2	6
Nota: algunas personas mencionaron varias motivaciones, por lo cual no se suman para totalizar 100%		

Fuente: elaboración propia

En relación con los riesgos de contagio de la enfermedad de COVID-19, la eficacia de los prestadores de servicios de salud en Ciudad Juárez en el estricto y adecuado cumplimiento de los protocolos sanitarios establecidos por las autoridades gubernamentales ha generado un sentimiento de confianza en los visitantes, que genera fidelidad y recomendación de los servicios a sus familiares y amistades. Lo anterior ha motivado a los pacientes a continuar visitando la ciudad con propósitos de salud:

Los principales motivos de buscar la atención médica en Ciudad Juárez es la calidad de los servicios y el precio, que es mucho más accesible, la calidad de los doctores es muy buena, y más que nada, la economía, es más barato que en mi ciudad. (EM, comunicación personal, 18 de diciembre de 2020)

Imaginarios sobre la oferta de productos y servicios de salud en Ciudad Juárez

En cuanto a las dificultades que enfrentan para recibir la atención médica en Ciudad Juárez se mencionaron las largas filas de espera para cruzar de regreso a El Paso, que llegan a ser de una hora a hora y media. La mejor hora para cruzar de El Paso a Juárez está entre 6 y 7 de la mañana, en consecuencia, se refleja que los médicos han modificado los horarios de atención con el fin de atender más temprano a sus pacientes originarios de Estados Unidos.

La mayoría de las personas entrevistadas mencionaron no tener miedo de contagiarse por COVID-19 cuando viajan a Ciudad Juárez, sin embargo, toman sus medidas de seguridad con el uso de cubrebocas, gel antibacterial y careta. Un aspecto relevante es que las personas mencionaron su interés de continuar visitando la ciudad por motivos de salud cuando termine la pandemia. Se estima la pronta recuperación del segmento de turismo médico en la región y el aumento en la demanda de servicios de salud en generaciones cada vez más jóvenes. El prestigio digital cobra cada vez más relevancia.

Discusión

Los hallazgos de esta investigación confirman los planteamientos de Rothgang y colaboradores (2010) sobre la difícil situación que enfrentan los ciudadanos de Estados Unidos ante un sector salud cuya legitimidad es cuestionada por la incapacidad de proveer un estándar satisfactorio de atención sanitaria para los ciudadanos y no ciudadanos independientemente de su capacidad de pago por la atención médica. Estos hallazgos corresponden con lo señalado por Vargas Bustamante para la frontera en Baja California, al apuntar que la accesibilidad económica, sumado a la calidad de atención y la afinidad cultural, serán un aliciente en la búsqueda de servicios médicos en la frontera, sobre todo para los pacientes de origen latino, específicamente mexicanos (2020).

Los resultados del trabajo apuntan hacia la carencia de un seguro de salud como uno de los principales motivos de la búsqueda de atención médica en Ciudad Juárez. Los seguros suelen tener altos deducibles y representan un costo significativo para los pacientes. La presencia de las grandes compañías aseguradoras y sus intereses es uno de los factores que reducen la capacidad del Estado nación para financiar y proveer los servicios del estado de bienestar al nivel de la posguerra, tal como lo plantean Hurrelmann y colaboradores (2007) y Leibfried y Zürn (2005). Asimismo, los hallazgos coinciden con los planteamientos de Moré (2011), ya que las personas entrevistadas manifestaron tener miedo de contagiarse de la enfermedad de COVID-19, al inicio de la pandemia, pero también tenían la necesidad de acudir a Ciudad Juárez a recibir la atención médica.

Uno de los aportes relevantes de este trabajo fue la identificación de pacientes transfronterizos que acuden a Ciudad Juárez en busca de atención sanitaria para la enfermedad de COVID-19. De igual forma, destacó la búsqueda de atención en hospitales públicos entre los participantes, aunque también se mencionaron los mejores hospitales privados de la ciudad para este propósito. Otro aspecto importante fue el hallazgo de que los pacientes también acuden a Ciudad Juárez para atender las secuelas que dejó la

COVID-19 y la satisfacción con el seguimiento a la enfermedad, lo cual es mencionado por Merrell y colaboradores (2008) como una de las barreras para el desarrollo del turismo médico. Como último hallazgo, se destaca que, de acuerdo con las personas entrevistadas, el turismo médico transfronterizo no representa gran dificultad.

Conclusiones

Los hallazgos de este trabajo exhiben el abordaje de un problema transversal entre la dinámica de movilidad transfronteriza de personas, conocida como turismo médico, y la carencia de atención médica accesible en su país de residencia. El estudio muestra que la dinámica de movilidad transfronteriza obedece a un estado de vulnerabilidad de los pacientes al no recibir la atención sanitaria en su país de residencia durante la pandemia de COVID-19. Dicha vulnerabilidad parece estar normalizada en el entorno fronterizo, pues las personas buscan solucionar sus necesidades de salud en Ciudad Juárez, donde converge un sentido práctico en la noción de la funcionalidad de las fronteras. Al cruzar la frontera se encuentran los servicios que cubren las necesidades de la población a un costo accesible. Al mismo tiempo, esta demanda permite mantener en el mercado de servicios de salud de Ciudad Juárez a hospitales, clínicas, médicos y dentistas que han tenido históricamente este tipo de pacientes, lo que se puede llamar una tipología de turismo médico orgánico.

Este trabajo de investigación puede ayudar a los proveedores de atención médica en destinos fronterizos a apreciar las diferencias entre la población que demanda sus servicios, ya que los tipos de tratamientos y el perfil de los pacientes que los solicitan exhiben grandes diferencias. Se necesita más investigación para determinar si las características identificadas en este estudio son comunes en otras poblaciones móviles y si se encuentran en otros destinos populares entre los migrantes internacionales transfronterizos.

A pesar de las dificultades causadas por la pandemia de COVID-19, los resultados de esta investigación demuestran que Ciudad Juárez continúa teniendo la relevancia funcional para la satisfacción de las necesidades de salud de los residentes de las ciudades vecinas en Estados Unidos. Por tanto, se identificaron oportunidades para impulsar la prestación de servicios de salud a los pacientes transfronterizos, quienes siguen manifestando preferencia para la atención sanitaria en Ciudad Juárez. Se hace patente la necesidad de una planificación de la oferta de servicios de salud transfronterizos y la coordinación binacional de los actores participantes en este mercado de salud, con lo cual se verían beneficiadas las personas que carecen de protección sanitaria.

Referencias

- Bassett, M. T., Chen, J. T. & Krieger, N. (2021). Variation in racial/ethnic disparities in COVID-19 mortality by age in the United States: a cross-sectional study. *PLOS Medicine*, 18(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003541>
- Beckfield, J. & Bamba, C. (2016). Shorter lives in stingier states: social policy shortcomings help explain the US mortality disadvantage. *Social Science & Medicine*, 171, 30-38. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.10.017>

- Bollyky, T. J. & Nuzzo J. (2020, 1 de octubre). Trump's 'early' travel 'bans' weren't early, weren't bans and didn't work. *Washington Post*. <https://www.washingtonpost.com/outlook/2020/10/01/debate-early-travel-bans-china/>
- Bollyky, T. J. & Patrick, S. M. (2020). *Improving pandemic preparedness: lessons from COVID-19*. Council on Foreign Relations. <https://www.cfr.org/report/pandemic-preparedness-lessons-COVID-19>
- Bommes, M. & Geddes, A. (2001). *Immigration and welfare: Challenging the borders of the welfare state*. Routledge.
- Butler, J. (2010). *Marcos de guerra: las vidas lloradas*. Paidós.
- Chattu, V. K., Adishes, A. & Yaya, S. (2020). Canada's role in strengthening global health security during the COVID-19 pandemic. *Global Health Research and Policy*, 5(16), 1-3. <https://doi.org/10.1186/s41256-020-00146-3>
- Congressional Budget Office. (2012, julio). *Estimates for the insurance coverage provisions of the affordable care act updated for the recent supreme court decision*. <https://www.cbo.gov/publication/43472>
- Connell, J. (2013, febrero). Contemporary medical tourism: conceptualisation, culture, and commodification. *Tourism Management*, 34, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2012.05.009>
- Connell, J. (2015). Medical tourism-concepts and definitions. En N. Lunt, D. Horsfall & J. Hanefeld (Eds.), *Handbook on medical tourism and patient mobility* (pp. 16-24). Edward Elgar Publishing.
- Cormany, D., & Baloglu, S. (2011, agosto). Medical travel facilitator websites: an exploratory study of web page contents and services offered to the prospective medical tourist. *Tourism Management*, 32(4), 709-716. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2010.02.008>
- Dauvergne, C. (2008). *Making people illegal: what globalization means for migration and law*. Cambridge University Press.
- Deloitte. (2019). *Oportunidades de mercado y perspectivas del turismo de salud en México*. <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/mx/Documents/bienes-raices/2019/Turismo-de-Salud-en-Mexico.pdf>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2012). *El campo de la investigación cualitativa* (Manual de investigación cualitativa, v. 1). Editorial Gedisa.
- Devi, S. (2020, mayo). Travel restrictions hampering COVID-19 response. *The Lancet*, 395(10233), 1331-1332. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30967-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30967-3)
- Habibi, R., Burci, G. L., De Campos, T. C., Chirwa, D., Cinà, M., Dagron, S., Eccleston-Turner, M., Forman, L., Gostin, L. O., Mason Meier, B., Negri, S., Ooms, G., Sekalala, S., Taylor, A., Yamin, A. E. & Hoffman, S. J. (2020). Do not violate the international health regulations during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*, 395(10225), 664-666. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30373-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30373-1)
- Hall, C. M. (2013). *Medical tourism: the ethics, regulation, and marketing of health mobility*. Routledge.
- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill México.
- Hohman, M. (2020, 22 de septiembre). Why is health care so expensive in the United States? *Today*. <https://www.today.com/tmrw/why-healthcare-so-expensive-united-states-t192119>

- Hurrelmann, A., Leibfried, S., Martens, K. & Mayer, P. (Eds.). (2007). *Transforming the golden-age nation state*. Springer.
- King, G., Keohare, R. O. & Verba, S. (1994). *El diseño de la investigación social*. Alianza Editorial.
- Kupferschmidt, K. (2020, 14 de abril). Ending coronavirus lockdowns will be a dangerous process of trial and error. *Science*. <https://www.science.org/content/article/ending-coronavirus-lockdowns-will-be-dangerous-process-trial-and-error>
- Ledsom, A. (2021, 14 de febrero). 'Shot trips' to Dubai, Florida, Tel Aviv, Havana: COVID-19 vaccine tourism takes off. *Forbes*. <https://www.forbes.com/sites/alexledsom/2021/02/14/shot-trips-to-dubai-florida-tel-aviv-havana-covid-19-vaccine-tourism-takes-off/?sh=377c6bee199c>
- Lee, K., Grépin, K. A., Worsnop, C., Marion, S., Piper, J. & Song, M. (2021). Managing borders during public health emergencies of international concern: a proposed typology of cross-border health measures. *Globalization and Health*, 17, Artículo 62, 1-19. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00709-0>
- Leibfried, S. & Zürn, M. (Eds.). (2005). *Transformations of the State?* Cambridge University Press.
- López, L., Hart, L. H. & Katz, M. H. (2021). Racial and ethnic health disparities related to COVID-19. *JAMA*, 325(8), 719-720. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.26443>
- Martínez-Almanza, M. T., Morales-Muñoz, S. A., & González-Macías, C. J. (2019). Gobernanza y gestión del turismo médico en la región fronteriza de Ciudad Juárez-El Paso. *Dimensiones turísticas*, 3(4), 87-109. <https://doi.org/10.47557/SNLE6377>
- Mason Meier, B., Habibi, R. & Yang, T. (2020). Travel restrictions violate international law. *Science*, 367(6485), 1436. <https://doi.org/10.1126/science.abb6950>
- Mathijssen, A. (2019). Home, sweet home? Understanding diasporic medical tourism behaviour. Exploratory research of Polish immigrants in Belgium. *Tourism Management*, 72, 373-385. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2018.12.009>
- Merrell, R. C., Boucher, D., Carabello, L., Herrick, D. M., Lazzaro, V., Ludwick, L., Toral, R., Woodman, J. & Doarn, C. R. (2008). Medical tourism. *Telemedicine and e-Health*, 14(1), 14-20. <https://doi.org/10.1089/tmj.2008.9995>
- Moré, Í. (2011). *The borders of inequality: where wealth and poverty collide*. University of Arizona Press.
- National Research Council. (2011). *Explaining divergent levels of longevity in high-income countries*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/13089>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2020). *Tourism policy responses to the coronavirus (COVID-19)*. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/tourism-policy-responses-to-the-coronavirus-covid-19-6466aa20/>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Cobertura universal de salud*. https://www.who.int/es/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1
- Ortega, A. N., Fang, H., Perez, V. H., Rizzo, J. A., Carter-Pokras, O., Wallace, S. P. & Gelberg, L. (2007). Health care access, use of services, and experiences among undocumented Mexicans and other Latinos. *Archives of Internal Medicine*, 167(21), 2354-2360. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.21.2354>

- Parker, R. W. (2021). Why America's response to the COVID-19 pandemic failed: lessons from New Zealand's success. *Faculty Articles and Papers*, (528). https://opencommons.uconn.edu/law_papers/528
- Pew Hispanic Center. (2013, 29 de enero). *A nation of immigrants: a portrait of the 40 million, including 11 million unauthorized*. <https://www.pewresearch.org/hispanic/2013/01/29/a-nation-of-immigrants/>
- Pierson, P. (2001). *The new politics of the welfare state*. Oxford Scholarship.
- Preston, S. H. & Vierboom, Y.C. (2021). Excess mortality in the United States in the 21st century. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 118(16). <https://doi.org/10.1073/pnas.2024850118>
- Rothgang, H., Cacace, M., Frisina, L., Grimmeisen, S., Schmid, A. & Wendt, C. (2010). *The state and healthcare: comparing OECD countries*. Springer.
- Shi, L. (2001). The convergence of vulnerable characteristics and health insurance in the US. *Social Science & Medicine*, 53(4), 519-529. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00357-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00357-9)
- Telemundo 48 El Paso. (2019, 12 de septiembre). *Disminuye turismo médico en Ciudad Juárez*. Telemundo 48. <https://www.telemundo48elpaso.com/noticias/local/disminuye-turismo-medico-en-ciudad-juarez-el-paso/1837608/>
- The need for a coordinated international pandemic response. (2020). *Bull World Health Organ*, 98(6), 378-379. <https://www.who.int/bulletin/volumes/98/6/20-020620/en/>
- Tolbert, J., Orgera, K., & Damico, A. (2020, 6 de noviembre). *Key facts about the uninsured population*. Kaiser Family Foundation. <https://www.kff.org/uninsured/issue-brief/key-facts-about-the-uninsured-population/>
- Vargas Bustamante, A. (2020). U.S.-Mexico cross-border health visitors: how Mexican border cities in the state of Baja California address unmet healthcare needs from US residents. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 46(20), 4230-4247. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2019.1597473>
- Vargas Bustamante, A. (2021). Use of health care services by Mexican adults in the U.S. before and after age 65: implications for cross-border health care in Mexico. En *Migration and Health: Reflections and Challenges about the Health of Migrants* (pp. 27-42). Secretaría de Gobernación/Conapo. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/390663/Migraci_n_y_salud_2017_web_final1.pdf
- Von Tigerstrom, B., & Wilson, K. (2020). COVID-19 travel restrictions and the International Health Regulations (2005). *BMJ Global Health*, 5, Artículo e002629. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002629>
- Whittaker, A. (2015). The implications of medical travel upon equity in lower-and middle-income countries. En N. Lunt, D. Horsfall & J. Hanefeld (Eds.), *Handbook on medical tourism and patient mobility* (pp. 112-122). Edward Elgar Publishing.
- Wolfsteller, P. (2020, 29 de julio). Uncoordinated government response to coronavirus hinders recovery: experts. *Flight Global*. <https://www.flightglobal.com/safety/uncoordinated-government-response-to-coronavirus-hinders-recovery-experts/139540.article>
- Wonders, N. A. (2006). Global flows, semi-permeable borders, and new channels of inequality. En S. Pickering & L. Weber (Eds.), *Borders, mobility, and technologies of control* (pp. 63-86). Springer. https://www.academia.edu/41937823/BORDERS_MOBILITY_AND_TECHNOLOGIES_OF_CONTROL

- Woolf, S. H. & Aron, L. (Eds.). (2013). *U.S. health in international perspective: shorter lives, poorer health*. National Academies Press. <https://www.nap.edu/catalog/13497/us-health-in-international-perspective-shorter-lives-poorer-health>
- Woolf, S. H., Masters, R. K. & Aron, L. Y. (2021). Effect of the COVID-19 pandemic in 2020 on life expectancy across populations in the USA and other high income countries: simulations of provisional mortality data. *BMJ*, 373(1343). <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n1343>
- Woolf, S. H. & Schoomaker, H. (2019). Life expectancy and mortality rates in the United States, 1959-2017. *JAMA*, 322(20), 1996-2016. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.16932>
- World Health Organization. (2020). *Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)*. [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

María Teresa Martínez Almanza

Mexicana. Es doctora en ciencias humanas y de la cultura por la Universidad de Girona, España. Cuenta con una maestría en educación y la especialidad en docencia en educación superior. Es profesora-investigadora en el Departamento de Ciencias Sociales de la UACJ. Tiene los reconocimientos al perfil Prodep y del Sistema Nacional de Investigadores. Es miembro de la Red Iberoamericana de Investigadores sobre Administración de Justicia, Nuevas Tecnologías y Derechos Humanos (Redhitec). Líneas de investigación: frontera, turismo médico, políticas públicas, gobernanza y migración. Publicación reciente: Martínez Almanza, M. T. (Coord.). (2021). *Migración: una mirada multidisciplinar*. Tirant lo Blanch.

Santos Morales

Mexicano. Maestro en ciencias jurídicas por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Docente-investigador del Departamento de Ciencias Jurídicas de la UACJ. Tiene el reconocimiento al perfil Prodep. Líneas de investigación: frontera, turismo médico, políticas públicas, gobernanza y migración. Publicación reciente: Martínez Almanza, M. T., Guía Julve, J., Morales Muñoz, S. A. & Esparza Santillana, M. A. (2018). Border medical tourism: the Ciudad Juárez medical product. *Anatolia*, 30(2), 258-266. <https://doi.org/10.1080/13032917.2018.1519216>

Jorge Antonio Breceda Pérez

Mexicano. Doctorado por la Facultad de Filosofía de la Universidad de Barcelona. Profesor-investigador del Departamento de Ciencias Jurídicas de la UACJ. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Líneas de investigación: derecho constitucional y derechos humanos. Publicación reciente: Breceda Pérez, J. A. (2020). Violencia en la expresión de extranjero: el uso inadecuado del lenguaje en la designación de credenciales estatales. *O Público e o Privado*, 18(36). <https://revistas.uece.br/index.php/opublicoeoprivado/article/view/3901>