



Revista Lasallista de Investigación
ISSN: 1794-4449
revinvestigacion@lasallista.edu.co
Corporación Universitaria Lasallista
Colombia

Gómez García, Carlos Andrés
Turismo en salud: ¿una forma de medicalización de la sociedad?
Revista Lasallista de Investigación, vol. 14, núm. 2, julio-diciembre, 2017, pp. 51-64
Corporación Universitaria Lasallista
Antioquia, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69553551006>

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

redalyc.org

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

Turismo en salud: ¿una forma de medicalización de la sociedad? ¹

Carlos Andrés Gómez García²

RESUMEN

Introducción. La Posmodernidad, entre muchas de sus tipologías, se caracteriza por el consumismo extremo. La lógica del mercado se extiende, en los diferentes países, desde la circulación de los productos en el mercado hasta la configuración del derecho a la salud, al punto de que las empresas multinacionales farmacéuticas, clínicas, científicas cosméticas y turísticas pareciera que han logrado el control total de las ciencias biomédicas. Podemos apreciar entonces, de parte del mercado, un control del derecho a la salud de las personas. En efecto, un signo distintivo de esta realidad es el incremento significativo en la medicalización de la sociedad, pues se les da tratamiento a problemas habituales de la existencia humana como si fueran problemas médicos; es común en nuestro medio ver gran cantidad de tratamientos, medicamentos, productos cosméticos, nutricionales utilizados para darles respuesta sanitaria a problemas que *a priori* no son médicos como la vejez, la infelicidad, el aislamiento social o la timidez, entre otros. **Objetivo.** Mostrar la relación del turismo en salud y la medicalización de la sociedad, vista desde la bioética y el bioderecho. **Materiales y métodos.** Este artículo, da cuenta de una investigación de corte cualitativo-documental que busca acercar las metodologías propias de la bioética y la hermenéutica jurídica. **Resultados.** Este trabajo muestra cómo el turismo en salud guarda relación con la medicalización de la sociedad, ya que este se muestra en muchos casos, como una experiencia de vida en la que el tratamiento médico puede estar “empaquetado”, comercialmente hablando, con experiencias turísticas que, junto con tratamientos cosméticos, cirugía y hospitalización, también ofrecen

servicios en balnearios, con atención médica privada a domicilio. **Conclusión.** El turismo de salud, visto desde la bioética, pareciera estar redefiniendo la relación médico-paciente, haciendo que esta pase de una prestación asistencial, a una relación comercial entre un operador de servicios y un cliente, en la cual no prima la asistencia médica sino el ánimo de lucro, y el paciente se encuentra reducido a la capacidad que tenga para pagar los diferentes servicios médicos ofertados.

Palabras clave: bioética, bioderecho, derecho médico, turismo, medicalización de la sociedad.

Health tourism: A form of medicalization of society?

Abstract

Introduction. Postmodernity is characterized among many of its typologies by extreme consumerism. In different countries, market logic extends from product circulation on the market to the configuration of the right to health services, to such an extent that pharmaceutical, clinical, cosmetics science and tourism multinationals would seem to have gained total control of biomedical sciences. A control of people's right to health services by the market can thus be observed. In fact, an indicative sign of this reality is a significant increase in the medicalization of society, since habitual problems of human existence are treated as medical problems. In our environment, it is common to see a great amount of treatments, medication, and cosmetic and nutritional products

1 Artículo original derivado del proyecto de investigación en Bioética y Bioderecho de la Universidad Pontificia Bolivariana, desarrollado en el año 2016.

2 Abogado egresado de la Universidad de Antioquia, especialista en Responsabilidad Civil y Seguros, Candidato a Maestría en Bioética y Bioderecho y docente asistente de tiempo completo de la Universidad Pontificia Bolivariana. ORCID 0000-0002-3249-5947

Mail para correspondencia: carlosgomez777@gmail.com, carlos.gomezgarcia@upb.edu.co
Artículo recibido: 10/04/2017; Artículo aprobado: 15/09/2017

being used to give sanitary response to problems which are not medical a priori, such as aging, unhappiness, social isolation, shyness, among others. **Objective.** Show the relationship between health tourism and the medicalization of society, from bioethics and biolaw perspectives. **Materials and methods.** This article reports on a qualitative documentary investigation that seeks to bring together methodologies typical of bioethics and legal hermeneutics. **Results.** This work shows how health tourism is related to the medicalization of society, since the former is shown in many cases as a life experience into which medical treatment can be “packaged”, commercially speaking; tourist experiences offer, along with cosmetic treatments, surgery and hospitalization, spa services and private medical home care. **Conclusion.** Health tourism, seen from a bioethics perspective, would seem to be redefining the doctor-patient relationship, turning it from service assistance to a commercial relationship between a service operator and a client in which profit, not medical assistance, prevails; thus the patients are reduced to the capacity they have to pay for the different medical services offered.

Key words: bioethics, biolaw, medical right, tourism, medicalization of society.

Turismo em saúde: Uma forma de medicalização da sociedade?

Resumo

Introdução. A Pós-modernidade, entre muitas das suas tipologias, se caracteriza pelo consumismo extremo. A lógica do mercado se estende, nos diferentes países, desde a circulação dos produtos no mercado até a configuração do direito à saúde, ao ponto de que as empresas multinacionais

farmacêuticas, clínicas, científicas cosméticas e turísticas parecesse que há conseguido o controle total das ciências biomédicas. Podemos apreciar então, de parte do mercado, um controle do direito à saúde das pessoas. Em efeito, um signo distintivo desta realidade é o incremento significativo na medicalização da sociedade, pois se lhes dá tratamento a problemas habituais da existência humana como se fosse problemas médicos; é comum no nosso meio ver grande quantidade de tratamentos, medicamentos, produtos cosméticos, nutricionais utilizados para dar resposta sanitária a problemas que a priori não são médicos como a velhice, a infelicidade, o isolamento social ou a timidez, entre outros. **Objetivo.** Mostrar a relação do turismo em saúde e a medicalização da sociedade, vista desde a bioética e o bio-direito. **Materiais e métodos.** Este artigo, dá conta de uma investigação de corte qualitativo-documental que busca aproximar as metodologias próprias da bioética e a hermenêutica jurídica. **Resultados.** Este trabalho mostra como o turismo na saúde guarda relação com a medicalização da sociedade, já que este se mostra em muitos casos, como uma experiência de vida na qual o tratamento médico pode estar “empacotado”, comercialmente falando, com experiências turísticas que, junto com tratamentos cosméticos, cirurgia e hospitalização, também oferecem serviços em balneários, com atenção médica privada a domicílio. **Conclusão.** O turismo da saúde, visto desde a bioética, parecesse estar redefinindo a relação médico-paciente, fazendo que esta passe de uma prestação assistencial, a uma relação comercial entre um operador de serviços e um cliente, na qual não prima a assistência médica senão o ânimo de lucro, e o paciente se encontra reduzido à capacidade que tenha para pagar os diferentes serviços médicos ofertados.

Palavras chave: bioética, bio-direito, direito médico, turismo, medicalização da sociedade.

Introducción

En las últimas décadas el turismo en salud ha cobrado gran importancia principalmente entre personas residentes en países desarrollados que buscan aplicarse tratamientos médicos en lugares donde, además de ofrecerles una buena opción de servicios de salud, les pueden brindar una amplia gama de servicios relacionados con el confort y el bienestar.

Esto ha hecho que tanto los gobiernos como los gremios busquen incrementar la afluencia de turistas en salud, no solamente como una forma de elevar los

ingresos, sino además, como una forma de mejorar la competitividad de los sectores tanto sanitario como turístico.

Es notorio el liderazgo en este tema en países como India, Singapur, Tailandia y Sudáfrica; asimismo, para América Latina, se reconocen como competidores fuertes México, Brasil y Costa Rica.

La mayoría de los estudios relacionados con el turismo en salud se han hecho desde una perspectiva económica y administrativa, para mostrar lo rentables que estos y que pueden llegar a ser y las estrategias

que se deben implementar para el mejoramiento de los servicios sanitarios dentro de una determinada región y, además, el potencial que estos podrían alcanzar para la recepción de turistas en salud, así como los beneficios que esta región podría recibir por esta actividad.

El propósito de este artículo es mostrar las implicaciones que tiene la construcción de un sistema para la atención de turistas en salud sin haber hecho una reflexión bioética, situación que puede conducir a la relativización de las discusiones de la bioética y de su impacto sobre las diferentes legislaciones. Igualmente, se presentará una reflexión en torno a la medicalización de la sociedad y cómo el turismo en salud hace parte de este fenómeno.

Materiales y métodos

Esta es una investigación cualitativa, que conjuga la revisión narrativa con métodos transdisciplinarios entre la hermenéutica y la dogmática jurídica, para precisar una reflexión desde la bioética y el bioderecho respecto de las variables turismo en salud, y medicalización de la sociedad, con una ventana temporal entre los años 1997 y 2016.

Para definir el material bibliográfico que hizo parte de este trabajo se utilizaron como criterios, en primer

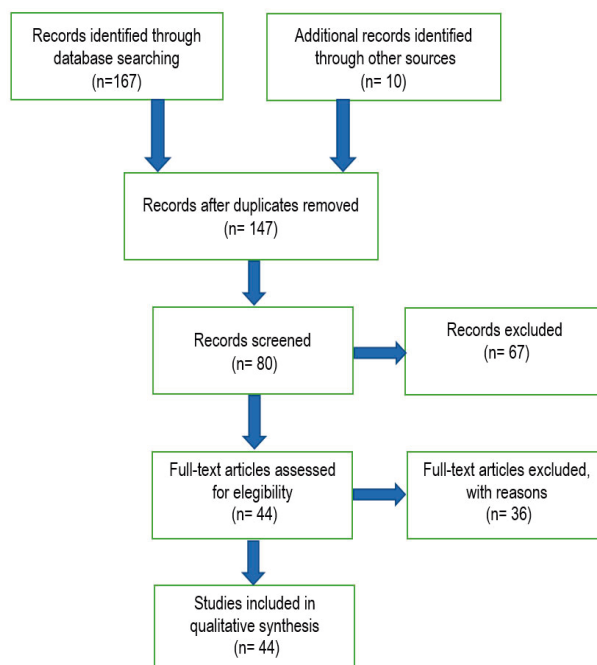
lugar, que el material encontrado respondiera a las variables propuestas, preferiblemente relacionando el turismo en salud con la medicalización de la sociedad; en segundo lugar, se privilegiaron las revistas indexadas, que se encuentren dentro de la ventana temporal.

Como criterios de exclusión estuvieron los artículos que no estaban publicados en revistas indexadas, y aquella información que no fuera proveniente de entidades oficiales; igualmente se excluyeron estudios sobre turismo médico y los que no estuvieran dentro de la ventana de tiempo.

El trabajo, se desarrolló en tres etapas: en un primer momento, se recopiló toda la información atinente al tema planteado; en segundo lugar, se analizó la información contenida en los textos y se plasmó en un análisis manual; por último se presenta el texto final del trabajo.

Igualmente se rastrearon y analizaron fuentes cibergráficas contenidas en bases de datos como Vlex, Legisnet, Lexbase, Science Direct, Plos Medicine, Jstore, Scielo, Ebsco, y Dialnet. En la figura 1 se encuentra el reporte de la revisión sistemática de información.

Figura 1. Diagrama para el reporte de la revisión sistemática



Fuente: elaborado por el autor, siguiendo la guía de reporte “Prisma” para investigaciones documentales, y da cuenta de los resultados del rastreo de la información en bases de datos indispensable para este trabajo.

Resultados

Para una mejor exposición de los resultados estos se dividirán en tres partes, a saber: en primer lugar, se desarrollará la relación existente entre la cultura del consumo y el derecho; en un segundo aparte se busca responder la pregunta ¿qué debemos entender por turismo en salud?; por último, se mostrará cómo estas dos variables conducen a la medicalización de la sociedad y el turismo en salud.

La cultura del consumo y el derecho a la salud

No es un misterio para nadie que la vida de las personas en el mundo capitalista pareciera cada más volcadas al consumo; es el mercado económico el encargado de solucionar todas las necesidades de las personas, desde las más básicas como la alimentación y el vestido, hasta las más complejas como el auto-reconocimiento y el bienestar espiritual, representadas en la idea de la circulación infinita de mercancías.

La medicalización que vive actualmente la sociedad hace parte del fenómeno de la mercantilización de los servicios de salud, presionando a toda la población a un mayor consumo de productos farmacéuticos. Así, en la sociedad contemporánea muchos consideran que si alguien se declara una persona sana es simplemente porque no se le ha examinado bien o realmente no sabe que está enferma, presentando la salud, como un artículo de consumo (González, 2009).

Para Cortina, citado por González Miranda (2009), los bienes superfluos son la peculiaridad de nuestras sociedades posmodernas, incluso, más que los bienes básicos ya que en estos radica la felicidad. Es el consumo el que legitima la política; por esto se afirma:

Lo característico de nuestra sociedad es el consumo de bienes superfluos más que de bienes básicos y necesarios para la vida, fijando el éxito y la felicidad en ese consumo, el cual, como sostiene Cortina, legitima la política y la economía. Por eso ningún político con aspiraciones de poder se atreverá a pedir que bajemos el nivel de consumo sino todo lo contrario; por eso ningún político con aspiraciones de poder se atreverá a pedir que bajemos el nivel de consumo sino todo lo contrario; y por eso los economistas basan todo en el crecimiento, sin el cual todo es un desastre y una debacle (González, 2009).

Cortina parte de que ciudadano es aquel que es su propio señor, junto con otros que son iguales;

el que no es vasallo ni súbdito sino dueño de su vida y la hace con otros que son iguales. Y escoge cuatro parámetros para evaluar el consumo desde el punto de vista ético a) si nos parece liberador, b) si nos parece justo, c) si nos parece responsable y d) si nos parece “felicitante” (González, 2009, p. 12).

Y es en esta compleja cultura del consumo y en su relación con los servicios sanitarios que se entreteje el derecho a la salud, el cual ha tenido una connotación de derecho humano en el artículo 12 de la Declaración Universal de Derechos Humanos cuando se dice “Los Estados parte en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

Igualmente se encuentra consagrado en el artículo 11 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre suscrita en Bogotá en el año 1948 que dice: “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano” (2015), y este debe incluir el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente.

El derecho humano a la salud, demanda diversas condiciones sociales que favorezcan la salud de todas las personas; entre estos podemos contar, por ejemplo, con disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos, como lo propone la OMS (2015) que sostiene: “el goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación”.

Sin embargo, al ser construido en una sociedad basada en el consumo, este derecho se convierte en un artículo más que se puede comprar o vender. Resulta un elemento común para los autores que se han encargado del tema verbigracia Edgar Andrew (2013), Alcántara Moreno (2012), Gómez Córdoba, Latorre Santos y Nel Carreño (2007) afirman que en nuestro actual sistema económico el fin que persigue toda empresa es el ánimo de lucro que resulta convirtiéndose en una cortapisa para el desarrollo del derecho a la salud, ya que la rentabilidad de la industria farmacéutica puede ir en contravía con las

necesidades de salud y de medicamentos de ciertos países pobres.

No sobra recordar en este punto las luchas dadas por Germán Holguín Zamorano (2014), quien a lo largo de casi 20 años se ha dedicado a encaminar numerosas acciones y denuncias para procurar la efectividad, justicia e igualdad del derecho a la salud en América Latina, en especial en lo relacionado con las patentes de los medicamentos para enfermedades de alto costo y el ánimo de lucro de la industria farmacéutica.

La cultura del consumo y la medicalización de la vida cotidiana

Al dejar en manos del mercado el desarrollo del derecho a la salud, uno de los fenómenos que se pueden apreciar es una creciente medicalización de la vida de las personas, es decir, el proceso de desarrollo del capitalismo contemporáneo en el cual los problemas propios de la vida cotidiana y privada son asistidos como problemas sanitarios; por ejemplo, el déficit de atención en los niños, la violencia intrafamiliar, la crianza de los hijos o el cuidado de los adultos dejaron de ser problemas que se conocían en el seno del hogar para pasar a ser tratados como fenómenos susceptibles de tratamiento clínico.

A Illich (1977) le debemos el cuño de “medicalización de la vida o consumismo sanitario”, para referirnos

al fenómeno mediante el cual los eventos y características de la vida cotidiana se convierten en problemas de salud y, por lo tanto, son estudiados y tratados por todos los profesionales de la salud. La situación descrita supone que en vez de tener pacientes, las instituciones sanitarias tienen usuarios, por no llamarlos clientes; hoy por hoy, tenemos un mayor consumismo sanitario y una dependencia tecnológica en las relaciones biomédicas.

Frente al particular dice González:

Observamos que las diferentes etapas de nuestras vidas van quedando en manos de profesionales: la concepción, la anticoncepción, el embarazo, el nacimiento, la lactancia, la infancia, la adolescencia, la sexualidad, la curación, la menopausia y el envejecimiento nos están siendo arrebatados (2009, p.13)

Y es que el consumo de tratamientos y medicamentos pareciera llevarnos a no aceptar lo que era inevitable ya que uno de los mitos de la Modernidad es que la ciencia le encontrará respuesta a todo, lo que obviamente lleva a un consumo elevado de la producción farmacéutica, cosmética, turística y de otras atenciones en salud.

Para que la medicalización de la sociedad se pueda llevar a cabo, intervienen diferentes sujetos y actividades, las cuales podemos ver en la tabla 1:

Tabla 1. Sujetos intervinientes en la medicalización de la sociedad

Sujeto	Actividad que desarrolla para contribuir a la medicalización
Entidades públicas	<ul style="list-style-type: none"> • Crean nuevos programas preventivos • Buscan mejorar cobertura y darles respuesta a pacientes con enfermedades nuevas • Se encargan de inspeccionar y vigilar la distribución y venta de nuevos medicamentos • Ofertan las políticas públicas en salud • Reciben presión de la sociedad a través del sistema electoral
Profesionales de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Son los principales receptores de la presión de la industria farmacéutica • Indirectamente se lucran de la creación de nuevas enfermedades por parte de la IF. Incremento en el número de consultas • Reciben obsequios, viajes y asistencia a congresos
Industria farmacéutica	<ul style="list-style-type: none"> • Cuentan con un gran poder económico y político • Financian asociaciones de pacientes y ligas de consumidores de algunos medicamentos • Brindan apoyo a líderes de opinión que les hagan publicidad indirecta a los medicamentos • Crean campañas de prevención • Financian publicaciones científicas y grupos de investigación
Medios de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Cuentan con un gran poder económico y político • Financian asociaciones de pacientes y ligas de consumidores de algunos medicamentos • Brindan apoyo a líderes de opinión que les hagan publicidad indirecta a los medicamentos • Brindan información de salud, avances y tratamientos • Crean conciencia de la enfermedad y nuevos fármacos • Se crean espacios exclusivos dentro de la información noticiosa relacionados con temas de salud

Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Están inmersos en la cultura del consumo • Fácil acceso a información de salud • Relativa facilidad para reclamar derechos (tutela). Crean asociaciones de pacientes y ligas de consumidores de algunos medicamentos. Convicción en el avance médico, tecnológico y científico • Reciben presión de la IF para tratar problemas cotidianos como si fueran problemas de salud
Industria cosmética, turística y de servicios	<ul style="list-style-type: none"> • No se encuentran vigiladas por los entes de regulación médica • Brindan información a los pacientes • Financian políticas públicas turísticas y de salud • Fortalecen la medicina del deseo. Hacen un gran despliegue publicitario • Incrementa la necesidad cultural de bienestar y ocio

Fuente: elaborado por el autor, fruto de la revisión sistemática

LA CULTURA DEL CONSUMO Y LA MEDICINA DEL DESEO

Tradicionalmente la función asignada a la medicina ha sido la recuperación de la salud y la calidad de vida de los enfermos, pero nuestro sistema de consumo ha llevado a que junto con los deberes asistenciales surja otra, la posibilidad de cumplir con las pretensiones de los pacientes. De este modo, han surgido numerosos tratamientos que tienen como finalidad no recuperar la salud sino cumplir la voluntad de paciente (cliente) utilizando el personal de salud como medio para lograr esto:

La Medicina del deseo “Acierta a reflejar muy bien un conjunto de situaciones hasta ahora inéditas en el ámbito de la práctica clínica, que están modificando su imagen y sentido. Para Kettner la “comprensión fundamental” de la medicina coincide con la caracterización de las funciones clásicas de la medicina establecida por el *Hastings Center*. Así, un número creciente de las prestaciones médicas actuales escaparían nítidamente a esas categorías: la cirugía estética, el retraso del envejecimiento, la medicina deportiva, la medicina reproductiva o los sueños más o menos delirantes de inmortalidad, por citar algunos ejemplos aducidos por Kettner; y, al implantarse como servicios médicos más o menos habituales, han hecho saltar en pedazos el marco social, moral y profesional fundado en una serie de ideas inmemorialmente aceptadas sobre la salud y la enfermedad” (González y Puerta, 2009, p. 671).

Son ejemplos ya comunes en la literatura de la medicina del deseo: el diagnóstico pre-implantatorio que cumple el deseo de escoger el sexo de los hijos, la medicina estética, que cumple el deseo de modificación del aspecto o la cirugía para la reasignación del sexo, la cual permite que las personas tengan un sexo diferente al cromosómico.

Sin embargo, la aparición de la medicina del deseo también ha alentado en gran medida la discusión

de la bioética en todo el mundo; como bien dice el adagio: “no todo lo que es posible es correcto”; así, por ejemplo, temas como aborto, eutanasia, suicidio asistido, o criogenia están íntimamente relacionados con los deseos respecto de la reproducción, la muerte sin dolor o vivir eternamente.

¿Qué debemos entender por turismo en salud?

No ha sido extraño durante la historia de la humanidad que las personas tengan que emprender largos viajes buscando recuperar la salud. Debemos recordar que en la Grecia clásica era famoso peregrinar a la ciudad de Epidauro, particularmente al santuario consagrado a Asclepio, dios de la medicina y la curación¹.

A través de la historia son incontables los lugares en donde las diferentes religiones y las personas han decidido viajar para recuperar la salud sinendo por todos conocidos lugares como La Meca, en la religión musulmana, los observantes judíos, en Jerusalén, o el camino de Compostela, por parte de los católicos.

Cada cual tiene su motivo para llegar hasta Santiago. Para muchos esta simbólica experiencia se ha convertido en una plataforma con un objetivo: dar visibilidad a las enfermedades que padecen y reafirmar el esfuerzo de superación en la lucha contra ellas. Recorrer el camino con el horizonte puesto en recobrar la salud (EFE: salud, 2014).

Sin embargo, la globalización ha intensificado esta dinámica haciendo que las ciudades que tienen alta calidad en la prestación de los servicios de salud busquen atraer a pacientes internacionales para la realización de diversos servicios sanitarios.

De otro lado, un paciente puede viajar buscando dos tipos diferentes de atención; la primera de ellas

¹ Para conocer más respecto de esta historia véase el escrito de Juan Miguel Casillas, César Fornis Vaquero, Revista de Arqueología, n.º 173, 1995, pp. 28-39

es la que denominaremos atención de pacientes internacionales; en esta, las personas particularmente están enfermas y necesitan viajar para recuperar la salud; este es el caso de personas que viven en países que por sus condiciones económicas y densidad poblacional no cuentan con determinadas especialidades o subespecialidades médicas.

Otro caso en el que se presenta la atención de pacientes internacionales se da cuando el paciente está asegurado en su país de origen, pero su sistema de salud no cuenta con los recursos ni la tecnología para sus requerimientos o cuando el tratamiento en dicho país es extremadamente costoso y su seguro le ha negado la cobertura.

Un segundo tipo de atención es el denominado turismo en salud (tema central de este trabajo), consistente en la búsqueda del placer; en este caso normalmente el paciente viaja en buena condición de salud, y se le dan atenciones de salud y tratamientos médicos, estéticos, cosméticos u odontológicos, mientras se aloja en un balneario, o se hace una oferta turística adicional al tratamiento, tanto para el paciente como para sus acompañantes. Este tipo de turismo en salud puede presentarse en la medicina preventiva y estética, y en el turismo del bienestar, diferencia que se explica mejor más adelante en este artículo.

Turismo médico: como bien lo define Álvarez (2012), este término alude a la posibilidad que tienen algunos médicos especialistas, procedentes de países desarrollados o que cuentan con mayores recursos tecnológicos y capital humano, para desplazarse por cortos períodos de tiempo a otros países que no cuentan con estos recursos por razones económicas o de densidad poblacional, escasez de profesionales, entre otras, que no tienen la posibilidad de acceder a estos procedimientos o a esta tecnología; en otras palabras, en el turismo médico, quien viaja es el profesional de la salud.

Beneficios y riesgos del turismo en salud

Son muchas las razones por las cuales una persona puede decidir realizarse un tratamiento por fuera de su país; sin embargo, las principales razones que refiere la literatura son las siguientes:

1. El placer de viajar. Para el paciente podría resultar emocionante el hecho de “tomar vacaciones” mientras se realiza algunos procedimientos médicos de salud.
2. Gusto por la novedad: el turismo basado en el bienestar corporal y la aventura, hace que se asocie la realización de procedimientos de salud

al gusto que se tiene por viajar, descubrir nuevas aventuras, conocer otras gastronomías o mejorar el aspecto.

3. Mejor trato y celeridad en la atención. El turismo en salud le ofrece al viajero una atención preferencial e inmediata, ya que esta no depende de su afiliación a un sistema de seguridad social o a la reclamación de una póliza de salud, sino de una relación privada en donde los pagos ya se encuentran garantizados.
4. El precio. La mayoría de autores coinciden en que la principal razón que motiva al paciente a abandonar sus fronteras es que podría conseguir el mismo tratamiento, sin que existiera una diferencia sustancial en la calidad tanto de los profesionales de la salud y de las instituciones hospitalarias en las cuales se prestan los servicios, con variaciones de precios que oscilan entre el 30 % y el 80 % de lo que costaría en el país de origen.
5. Las certificaciones internacionales de los médicos tratantes y de las instituciones generan confianza en el viajero. Como bien lo exponen Barriga Castro, y otros (2011, p. 128) hoy es usual que los médicos que prestan los servicios a turistas de salud hayan realizado estudios en universidades prestigiosas, muchas de ellas ubicadas en los países de procedencia del turista y muchos hospitales se encuentra certificados de calidad por organizaciones internacionales como es el caso de “*Joint Commission International (JCI)*”, “*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)*” y la “*International Organization for standardization (ISO)*”.

Igualmente la literatura se ha centrado en mostrar cuáles son los principales riesgos que eventualmente podría padecer el viajero, como por ejemplo:

1. Posibilidad de sufrir un evento adverso derivado de la mala praxis, negligencia o incompetencia del personal asistencial, pues, aunque en parte este riesgo muchas veces se encuentra cubierto por parte de las aseguradoras, no deja de representar para el viajero un temor justificado respecto del viaje.
2. Tener que afrontar demandas en otro país. Consecuencialmente con el punto anterior, para el turista existe algún grado de incertidumbre respecto de tener que, eventualmente, afrontar una demanda de responsabilidad civil médica en otro país.
3. Cuidado postoperatorio, como lo plantean Barriga Castro y otros (2011, 129) “Para muchos procedimientos médicos y dentales es primordial el seguimiento posoperatorio. Sin embargo, si

se recibió el tratamiento en el extranjero, es una limitante en el momento de consultar al médico o al odontólogo de atención inicial o de su país de origen. Por esta razón muchos pacientes deciden quedarse tiempos más prolongados para lograr una recuperación total”.

4. Aunado al punto anterior, ha sido una constante la preocupación de los viajeros por que las entidades de salud que los atienden no cuenten con la suficiente tecnología para atender los posibles eventos adversos derivados de un tratamiento inadecuado.
5. Las posibles pérdidas de coberturas del sistema de salud en el país de origen. Especialmente para los turistas que cuentan con pólizas de salud, o con medicina pre-pagada en sus países, resulta riesgoso que al realizarse tratamientos por fuera de su red asistencial, al retornar a sus países pierdan coberturas o les sean negados tratamientos en el futuro.
6. Igualmente, la literatura ha reportado que uno de los temores más frecuentes de los viajeros es el temor a realizarse tratamientos por fuera de su país sin estar acompañados de sus amigos o familiares, razón por la cual es necesario en casi todos los casos que se viaje con un acompañante, lo que incrementa los costos, pero, además, estas son otras personas sobre las cuales la industria turística ejerce una gran presión, pues se ofertan servicios para que los acompañantes disfruten de los destinos, mientras los pacientes son sometidos a los tratamientos.

El turismo de salud en Colombia

En Colombia se han realizado grandes esfuerzos en este tema, siendo famosos los informes *Mckinsey and company* (Ministerio de Comercio Industria y Turismo, 2009), así como el informe Estudio de Costos-Sectores PTP (Programa de Transformación Productiva), Turismo de Salud (Bancóldex, 2014), documentos que le dieron a este tema gran visibilidad, y lo llevaron a la agenda para el desarrollo del Plan Sectorial de Turismo, y a la política Nacional de Competitividad y productividad CONPES 3527 desencadenando numerosas políticas públicas municipales sobre el tema.

Particularmente en la ciudad de Medellín este esfuerzo ha sido acogido por el *Cluster* Servicios de Medicina y Odontología, promovido por la Alcaldía y la Cámara de Comercio, e integrado por empresas de servicios hospitalarios, ambulatorios, odontológicos, así como universidades, buscando promover “la cultura de confianza e integración institucional para la

construcción de redes de cooperación, conocimiento e investigación en salud, con el fin de atraer al mercado internacional y contribuir al mejoramiento de la competitividad empresarial regional” (Camara de Comercio de Medellín, 2013)².

Es importante resaltar que el plan sectorial de turismo de Colombia del Ministerio de Comercio Industria y Turismo señalaba para el año 2012: “Los productos turísticos hacia los cuales Colombia dirigirá sus esfuerzos de oferta son turismo de naturaleza, cultural, de aventura, de sol y playa, náuticos, de congresos, eventos e incentivos, y de salud y bienestar” (Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, Departamento Nacional de Planeación, 2012), lo que nos muestra claramente una marcada tendencia hacia el impulso del turismo de salud asociado al *wellness*, tal y como se ha planteado en este trabajo. Este tema sería reiterativo para la continuación del plan sectorial 2014-2018 cuando se habla del desarrollo de productos turísticos: “experiencias únicas de naturaleza, de cultura, de aventura, de sol y playa, de actividades náuticas, de congresos, de eventos e incentivos, de salud y de bienestar”.

Estos esfuerzos han hecho que Colombia sea reconocida y aceptada por viajeros como un buen destino para la realización de procedimientos según cifras Bancóldex (2014).

“El sector de servicios sociales y de salud de mercado participa con el 2,2 % del PIB de acuerdo con las cuentas nacionales trimestrales del DANE”, y si bien esta cifra parece ser pequeña, este informe revela que el crecimiento del sector de turismo de salud entre enero-mayo 2012-2013 fue del 143 %. Esto ha hecho que el Ministerio de Comercio Industria y Turismo considere este sector como uno de “clase mundial” para el desarrollo del país.

La mayor parte de quienes vienen a Colombia como turistas de salud son los denominados colombianos residentes en el exterior, seguidos de los ciudadanos

2 Se debe hacer claridad que aunque este trabajo utiliza como parte de su contextualización el Cluster de Medicina y Odontología de la Cámara de Comercio de Medellín este guarda gran distancia del turismo en salud tal y como se planteará en este trabajo, ya que este en ningún momento pretende la complementación del servicio turístico sino que este cluster en particular tiene como principal motivación entender que los servicios sanitarios en la ciudad son tan competitivos que pueden trabajar en la búsqueda de la atracción de pacientes internacionales y por esto declara dentro de una de sus líneas estratégicas que frente a los Pacientes internacionales se procurará “atraer la demanda extranjera para ofrecer una experiencia de alta calidad mediante servicios y procedimientos de excelencia clínica en hospitales y centros médicos de alta complejidad” (Camara de Comercio de Medellín 2013), igualmente se busca fortalecer la innovación y generación de conocimiento clínico que permita la creación de productos, procedimientos y servicios nuevos y el desarrollo de la industria local.

de las Antillas Holandesas, Venezuela, Aruba, Panamá, España e Israel, y según lo comentan Barriga Castro y otros (2011, p.132); la mayoría lo hace buscando servicios de Bienestar.

Según el informe *Mckinsey and Company* los puntos débiles para Colombia son: la baja acreditación internacional de las instituciones de salud, la falta de infraestructura, el personal no es bilingüe y la imagen del país aún no es la más favorable. Sin embargo, esto no impide que Colombia sea un gran destino para el turismo en salud ya que hay otros factores diferenciales, como por ejemplo: Colombia es un mercado muy competitivo en precios, pues los costos de un tratamiento están entre el 25 % y el 40 % del valor que se registra en Estados Unidos (Cámara de Comercio de Medellín, 2013) y el personal médico se encuentra muy bien preparado, a la altura de los

mejores del mundo (Ministerio de Comercio Industria y Turismo, 2009).

La medicalización de la sociedad y el turismo en salud

Como ya se había expuesto con antelación, existe una diferencia sustancial entre los pacientes internacionales y lo que en este trabajo denominamos turismo en salud, ya que la primera de estas tiene por objeto aplicar la medicina curativa y tratar una condición de salud propia del viajero.

Contrario sensu, el turismo en salud tiene una variedad amplia de prestaciones como la medicina “preventiva”, estética y el turismo de bienestar: esta diferencia puede apreciarse con claridad en la tabla 2:

Tabla 2. Diferencia entre el turismo en salud y sus diferentes tipos con la atención de pacientes internacionales

	PACIENTES INTERNACIONALES	TURISMO EN SALUD				
Tipo	Medicina curativa	Preventiva	Estética	Bienestar		
				Wellness	Lúdico	Espiritual
Objetivo	Tratar una condición médica	Realizar controles	Mejorar el aspecto	Tratamientos alternativos	Bienestar corporal	Bienestar espiritual
Tratamientos usuales	Cardiovascular, ortopédico, cirugía general, cirugía bariátrica y manejo del sobrepeso	Chequeo general, consultas conceptuales, tamizajes	Cirugía plástica, odontología estética	Acupuntura, Masajes, medicina alternativa	Spa jacuzzi Termales	Peregrinajes, Meditación, retiros espirituales

Fuente: elaborado por el autor, producto de la revisión sistemática

Como se puede apreciar en esta tabla, el turismo en salud está profundamente relacionado con la medicalización de la sociedad, ya que en muchos casos utiliza situaciones y deseos de la vida cotidiana, y los convierte en problemas sanitarios para ser tratados por profesionales de la salud.

El turismo de salud ha sido una política comercial y sanitaria, que se ha creado con la participación de diversos actores intervinientes en la prestación de los servicios de salud (tabla 1), que explota la reputación de los hospitales y de las hojas de vida del personal de salud, pero al mismo tiempo ha sido creada bajo el silencio de la reflexión ética que se le debiera exigir a las industrias farmacéutica, cosmética, turística y de otras atenciones en salud las políticas públicas de salud, en el contexto de una medicina industrializada y al servicio de una concepción mercantilista de la salud.

En Colombia es altamente conocido el turismo en salud, especialmente en materia de cirugía estética ya que con frecuencia los medios de comunicación cuentan historias de diferentes eventos adversos ocurridos durante los procedimientos. En el trabajo de Salazar Figueroa (2013) se muestra cómo en el Valle del Cauca han surgido, producto del turismo para las cirugías estéticas, nuevos tipos de relaciones socioculturales en torno a la medicina estética y la cirugía plástica estética, ocasionado por un sector de servicios que vende estos procedimientos con los cuales se cumplen los sueños de los pacientes.

Sin embargo, visto el turismo en salud desde la óptica de la medicalización de la sociedad, nos permite un cambio de enfoque de este fenómeno desde una esfera mucho más amplia, por ejemplo, la existencia de numerosos estudios que muestran que el alojamiento en balnearios tiene efectos benéficos para la salud del viajero.

La balneario-terapia, entendida como la búsqueda de curación a través de la utilización del agua la cual puede ser termal o mineral, junto con el hospedaje hotelero, ha sido ampliamente estudiada³; en gerontología, por ejemplo, se encuentra un estudio en el cual se buscaba:

[...] analizar las formas de utilización terapéutica del agua como motivación turística, además de una investigación exploratoria, bibliográfica y documental, consistió en un análisis comparativo teórico-descriptivo con la población de 33 establecimientos balnearios y centros de talasoterapia de Galicia (España) y Santa Catarina (Brasil). Los principales resultados fueron que los centros gallegos están más orientados a la utilización terapéutica de las aguas, ofreciendo técnicas específicas (antiguas y modernas) para enfermedades concretas de acuerdo con las indicaciones terapéuticas de sus aguas. Los centros catarinenses, tienen una utilización menos terapéutica y más lúdica de sus aguas, más relacionada al ocio, a la belleza y al relax. Este enfoque es más próximo a las nuevas orientaciones del turismo de salud, pero no aprovecha todo el potencial de su principal recurso, el agua (Branco y otros 2011, p. 462).

En la misma vía Martínez y Romay (2008) plantean que “los efectos se basan en los principios físicos de la presión hidrostática, la flotación, la resistencia hidrodinámica y la temperatura” (p.152). Pero, además, hay que añadir los efectos debidos a la composición química del agua y al ambiente balneario en los tratamientos de fisioterapia con ancianos. Mientras que Martínez (2013) hizo lo propio estudiando cómo la presencia en balnearios, su ambiente y alojamiento, aunado a estudios “mineromedicinales sulfuradas y peloides aplicadas por vía tópica” pueden ayudar a regular la presión arterial. Igualmente, González (2007) plantea los potenciales beneficios del balneario-terapia en la autoestima y autopercepción de los ancianos.

Se destaca la gran variedad de documentación que se puede encontrar relacionada con el turismo de bienestar; Rivero (2001) plantea el turismo en salud como una alternativa de negocio, resaltando las bondades de la gimnasia terapéutica, como una variable al turismo deportivo, en la cual se utiliza ejercicio físico terapéutico para el tratamiento de diversas enfermedades “con el objetivo de mejorar la

calidad de vida y elevar el nivel de satisfacción del cliente, el empleo adecuado de su tiempo libre y la rehabilitación y mantenimiento de su salud” (Rivero, 2001, p. 1). Es curioso cómo en los diferentes buscadores abundan textos similares a este, en donde se dan guías de mercadeo para el sector turístico, recomendando el uso de estudios clínicos para atraer nuevos turistas.

Para el caso colombiano, resultan interesantes los trabajos en áreas administrativas y económicas, así como estudios para ideas de negocios, tal y como el trabajo escrito por De la Puente (2015) el cual plantea, cómo el turismo en salud puede ser desde el punto de vista económico, el que desarrolle posicionamiento de los servicios médico-turísticos en Colombia. A la par, la tesis de grado del especialista en Administración Hospitalaria, Forestieri Bustos (2012) cuya principal propuesta es el fortalecimiento del turismo en salud como una forma de contrarrestar la crisis de salud por la cual ha venido pasando Colombia en los últimos años, y en el cual se exponen diferentes ideas para planes de negocios basados en esta tendencia.

En el mismo sentido de documentación de planes de negocios basados en turismo en salud se encuentra el trabajo de Cortés, García y Pacas (2010) que trata del fomento de la industria del bienestar, la relajación corporal y mental a través de actividades asociadas a la vida sana dentro de la actividad hotelera de El Salvador; mientras se ofrecen servicios de “tratamientos de agua termales, talasoterapia (método de terapia que se basa en el uso de diferentes medios marinos juntos o por separado y del clima marino como agente terapéutico), aromaterapia (esencias aromáticas para la salud), fitoterapia (se aplica al uso medicinal de las plantas), tratamientos psicofísicos y crecimiento personal holístico” (Cortés, García y Pacas, 2010, p. 2). Esta industria requiere del fortalecimiento de clínicas –spas– para la realización de masajes, tratamientos corporales anti-estrés, reductivos y de mantenimiento”. Esta idea de negocio se encuentra fundamentada principalmente en reforzar la idea de la medicina del deseo, al punto que plantea cómo estas instituciones deben tener un manejo publicitario que cree en el consumidor la idea de que son “santuarios de la salud”.

Estas ideas de negocio normalmente se encuentran fundamentadas en estudios clínicos y psicológicos que muestran las bondades tanto físicas como mentales de realizar viajes que contribuyan al bienestar físico y emocional de las personas, como, por ejemplo, el estudio de San Martín (1997) titulado *Beneficios psicológicos del ocio y el turismo*.

En el mismo sentido encontramos el trabajo de Reverter y Barbany (2007) denominado: *Del gimnasio al ocio-salud Centros de Fitness, Fitness*

3 Se debe aclarar que en la literatura científica, existen estudios que muestran cómo el uso del agua termal o mineral puede traer beneficios para ciertas enfermedades reumatológicas, respiratorias, digestivas, dermatológicas, e incluso del sistema nervioso, pero lo que se quiere resaltar con este trabajo es que junto con el tratamiento siempre se asocia como positiva la experiencia de viaje y turismo la cual sí hace parte del objeto de este trabajo.

Center, Fitness & Wellness, Spa, Balnearios, Centros de Talasoterapia, Curhotel, y en el cual sus autores exponen una evolución historia de la relación comercial que se ha creado entre el ocio y la salud.

Un caso similar es el documento de Lojano Guillén y Plasencia Zhiminaicela (2016) denominado “Implementación de turismo de salud en El Cantón Nabón con base en medicina ancestral” el cual, con todo detalle señala cómo se pueden aprovechar las características socioculturales de la provincia del Azuay (Ecuador) para implementar negocios hoteleros basados en huertos medicinales y plantas curativas acompañados de la presencia de curanderos tradicionales. Sin embargo, este estudio también resulta significativo ya que nos muestra que la medicalización también se mezcla con las nuevas espiritualidades, para generar productos de carácter turístico, pero se utilizan como estrategia de venta de la salud y el bienestar físico y espiritual.

Un plan de negocio similar se había realizado en la región de La Rioja-España, planteado como destino de turismo espiritual en el documento de Lorente (2013).

Estas estrategias de mercadeo parten de explotar una conexión cultural que existe entre la salud, la religión y la espiritualidad, conexión que ha sido estudiada desde la sociología por trabajos como el de Scuro (2015) que muestra cómo la Modernidad creó una separación entre religión y salud, pero que la aparición de nuevas espiritualidades como el neo-chamanismo crean un puente entre ambos.

El neo-chamanismo es una experiencia que goza de una relativa facilidad para su exportación, razón por la cual es frecuente ver a extranjeros emprender búsquedas espirituales mediante prácticas religiosas ajenas a su cultura, situación que rápidamente es aprovechada por los promotores de empresas basadas en turismo de salud. Este fenómeno está perfectamente detallado en el trabajo de Sarrazin (2011) denominado *Transnacionalización de la espiritualidad indígena y turismo místico*.

La medicalización de la sociedad, el turismo en salud y su impacto en la bioética

En Colombia el impacto de las relaciones médico-paciente sobre la legislación y la Administración de Justicia no solamente se mide desde los fenómenos vinculados a reclamos por daños en la práctica médico-asistencial (responsabilidad civil profesional), sino que son notorias las exigencias de los usuarios del sistema de salud por más y mejores servicios, prestaciones, niveles de atención, medicamentos y demás; prueba de esto es el gran número de tutelas

que día a día se reciben en los estrados judiciales reclamando más y mejores servicios de salud.

En otras palabras, los jueces deben atender no solamente el volumen judicial de demandas por mala práctica, sino también las demandas que se dan para reclamar mejoras en la calidad de la atención y las prestaciones que se le pueden reclamar al sistema de salud.

Como ya se ha planteado, la intensa actividad comercial y publicitaria de las industrias turística y cosmética convierte asuntos de la vida cotidiana en problemas sanitarios, lo cual puede llegar a poner en apuros a los sistemas de salud, pues esta actividad conlleva que las personas exijan, judicialmente inclusive, prestaciones que en principio no les son autorizadas valiéndose de la literatura financiada por los diferentes sujetos intervinientes en la medicalización, como es el caso de la exigencia de algunos tratamientos alternativos, los cuales podrían coincidir con programas propios del turismo en salud.

Estas prácticas pueden llevar a la mala interpretación de los principios de autonomía, libertad y responsabilidad. Estos principios suponen que el paciente ha de ser libre al decidir sobre la opción terapéutica, esto es, la facultad de decidir sobre aquello que se le va a aplicar.

Sin embargo la presión que este recibe por los sujetos encargados de la medicalización hace que esta decisión no se tome con base en un conocimiento racional de los hechos y desde su propia libertad sino desde la esfera del deseo y el afán comercial, lo que pone de presente la necesidad de enfatizar en el principio de responsabilidad como una forma de hacerle frente al fenómeno, pues, de lo contrario, no sería posible darles un uso racional y eficiente a los servicios médicos.

Igualmente, resulta imperioso evitar que la confusión generada por el turismo en salud y su potencial para la medicalización sea trasladada a los espacios judiciales, particularmente a la tutela de los servicios de salud, ya que esto supondría grandes sobrecostos para el sistema de salud y con estos el deterioro de las prestaciones propias de este.

Discusión

Los principales hallazgos de este trabajo parten de una caracterización bioética del turismo en salud, en donde se logró establecer diferencia en la atención de los pacientes internacionales y la de los turistas en salud; también se pudo constatar una profunda relación de este fenómeno con la medicalización de la sociedad, descrito por Illich (1977).

Asimismo, para el desarrollo del debate bioético y biojurídico de este tema se identifican los siguientes dilemas:

1. El desarrollo de políticas públicas orientadas al turismo en salud se debe plantear desde algunos límites bioéticos para su buen afincamiento en la sociedad en donde se prestan los servicios y también para disminuir el impacto en los lugares de origen de los pacientes, por ejemplo: procedimientos que son ilegales en un país pueden estar permitidos en otro. En este punto, el turismo en salud requiere de una mayor discusión bioética para evitar que las cuestiones que han llevado a la prohibición de procedimientos como el aborto o el suicidio asistido en algunas latitudes, se desarrollen en otro lugar, saltando, así, las fronteras de las prohibiciones nacionales.
2. El aprovechamiento comercial de la ausencia de regulación en los países de destino frente a ciertos procedimientos que sí se encuentran regulados en los países de origen, como es el caso de la maternidad subrogada, la venta de embriones o algunas técnicas de reproducción asistida.
3. Resulta preocupante también que el turismo de salud analizado de esta forma termine por redefinir la relación médico-paciente que la conduzca de aquella relación esencial para la prestación de asistencia médica, a una relación comercial entre un operador de servicios y un cliente, en la cual no prima la asistencia médica sino el ánimo de lucro y donde el paciente se encuentra reducido a la capacidad que tenga para pagar los diferentes servicios médicos ofertados.
4. También encontramos un límite bioético a esta actividad en lo que Barriga Castro, y otros (2011) relacionan con el riesgo propio del periodo posoperatorio que podría representar para los países de origen el regreso de sus ciudadanos; frente a esto dicen los citados autores: "Los pacientes que acuden a procedimientos bajo la modalidad de turismo en salud pueden regresar a su país de origen con múltiples complicaciones médicas, que, a su vez, crean una carga económica y ética para los profesionales y prestadores de servicios de salud en el país de origen" (Barriga y otros, 2011, p. 4).
5. Del mismo modo, debemos preguntarnos si la atención que los diferentes sistemas de salud le prestan al turismo, tarde o temprano no terminará por quitarle recursos y personal para la atención de los pacientes nacionales ante la rentabilidad que supone la atención de los internacionales. En otras palabras, el turismo en salud abarata los costos del viajero respecto de la realización de un procedimiento, pero por sí mismo no mejora

las condiciones de salud del país de destino; lo que sí puede suceder es que las empeore ya que le sustrae profesionales e instituciones que antes se dedicaban a la atención del sistema de salud interno.

Referente a la tecnología del sector, siempre resultará problemático preguntarse si la misma tecnología que se utiliza para los extranjeros irradiará la atención de los sistemas de salud nacionales o, si por el contrario, el país que recibe los turistas de salud en nada se beneficiará de dicha situación.

Igualmente, se logró identificar que dentro de la categoría turismo en salud existen diferentes tipos de atención que van desde el chequeo ejecutivo hasta la espiritualidad, pasando por el *Wellness*, la cirugía estética y el turismo lúdico.

Si se analiza la literatura propia de la creación tanto de paquetes turísticos como de los diferentes *cluster* de medicina y odontología, se puede evidenciar la ausencia de reflexión bioética respecto del tratamiento del paciente, ya que este es visto como un cliente-negocio y no como una persona, lo que se evidencia en los estudios de Cámara de Comercio de Medellín (2013) y Wildner Díaz (s. f.).

Este tema potencialmente abrirá la puerta para realizar nuevas investigaciones respecto de los trasplantes a pacientes internacionales, así como del turismo en salud y las técnicas de reproducción asistida. Por último, resultaría interesante revisar si por la vía de la atención a pacientes internacionales sea necesaria una bioética global ya que esta podría relativizar todas las discusiones nacionales.

Conclusiones

1. El turismo en salud entendido como personas que se desplazan para fines estéticos, preventivos o de bienestar tiene su origen en la sociedad medicalizada, y es una clara ejemplificación de la medicina del deseo.
2. La medicalización de la sociedad es un fenómeno que encuentra su máxima expresión en la Posmodernidad asociada al crecimiento de la sociedad del consumo: esto hace que sus mayores clientes se encuentren en economías que valoren la adquisición de bienes superfluos como forma de realización personal.
3. El derecho a la salud no se desarrolla en una cultura ideal ni utópica, sino en una sociedad basada en la mercantilización de todas sus esferas. Esto hace que fenómenos propios de la

vida cotidiana como la concepción, el embarazo, el nacimiento, la infancia, la adolescencia y la vida adulta dejan de ser fenómenos propios de la cultura, la medicina, las tradiciones, la escuela o la religión para pasar a ser problemas propios del consumo.

4. La medicalización de la sociedad es un proceso altamente complejo en donde se entretajan numerosas actividades desarrolladas por diversos actores entre quienes juegan: entidades públicas, profesionales de la salud, industria farmacéutica, medios de comunicación, pacientes, así como la Industria cosmética, turística y de servicios.
5. Existe una notoria diferencia entre la denominada atención de pacientes internacionales y el turismo en salud, pues mientras la primera se enfoca en la medicina curativa para tratar condiciones médicas de enfermedad, la segunda se enfoca en el tratamiento de personas sanas que buscan prevención, estética o bienestar.
6. El turismo en salud está terminando por redefinir el deber ser de los servicios de salud, ya que los servicios se prestan no en la persona del paciente, sino en la lógica del consumo, en la relación cliente-prestador de servicios.

Referencias bibliográficas

- Alcántara Moreno, G. (2012). Transculturación del consumismo sanitario y medicalización en la globalización. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*. Recuperado de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4955/1/Transculturacion-del-consumismo-sanitario-y-medicalizacion-en-la-globalizacion.html>
- Álvarez, J. (2012). Una mirada crítica al turismo reproductivo. *Segunda Época*, 6(11), 36-54.
- Barriga, A.; Farías, M.; Ruiz, A.; Sánchez, A. y Jiménez, W. (2011). Turismo en salud: una tendencia mundial que se abre paso en Colombia. *Ciencia y tecnología para la salud visual y ocular*, 9(1), 125-137.
- Branco, P.; López, M.; Henn, M.; Alen, M. & Gonçalves, J. (2011). El turismo de salud y el uso terapéutico del agua. *Estudios y Perspectivas en Turismo*, 20(2), 462-477.
- Cámara de Comercio de Medellín. (2013). *Clúster Servicios de Medicina y Odontología*. Recuperado de <http://www.camaramedellin.com.co/site/Cluster-y-Competitividad/Comunidad-Cluster/Cluster-Medicina-y-Odontologia.aspx>
- Cortés, R.; García, A. y Pacas, D. (2010). *Diseño de un plan de negocios para la creación de una agencia turística en el Municipio de San Salvador con el propósito de ofrecer paquetes personalizados para satisfacer y promover la salud física, mental y emocional de los clientes*. (Trabajo de grado pregrado para optar al grado de licenciatura en administración de empresas). Universidad del Salvador. Recuperado de <http://ri.ues.edu.sv/273/1/10136381.pdf>
- De la Puente, M. (2015). Sector del turismo de Salud: caso de Colombia. *Revista de Economía del Caribe*, (16), 129-161.
- Edgar, A. (2013). The dominance of big pharma: power. *Med Health Care and Philos*, 16(2), 295-305.
- EFE: Salud. (2014). *Camino de Santiago: Peregrinos de la salud*. Recuperado de <http://www.efesalud.com/noticias/camino-de-santiago-peregrinos-de-la-salud/>
- Forestieri Bustos, K. (2012). *Turismo medico como opción de desarrollo económico del sector salud en Colombia*. Bogotá: Universidad EAN.
- Gómez, A.; Latorre, C. y Carreño, J. (2007). Dilemas éticos en la relación entre los profesionales de la industria farmacéutica y los profesionales de la salud. *Persona y Bioética*, 11(28), 23 - 38.
- González, M.; López-Torres, J.; Santos, C. (2007). Efectos de la balneoterapia en la autopercepción de salud y el estado afectivo de los ancianos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 42(1), 52-54.
- González, B. (2009). *Medicalización, iatrogenia y ética de las relaciones con la industria farmacéutica*. (Tesis de Maestría Área de Bioética). Bilbao: Universidad del País Vasco.
- González, L. y Puerta, J. (2009). Tecnología, demanda social y 'medicina del deseo'. *Medicina Clínica*, 173(17), 671-675.
- Holguín, G. (2014). *La guerra contra los medicamentos genéricos*. Bogotá: Aguilar.

- Illich, I. (1977). *Limits to medicine: the expropriation of health*. New York: Penguin Books.
- Lorente, E. (2013). La Rioja-España, destino de turismo espiritual. *Belezos: Revista de Cultura Popular y Tradiciones de La Rioja*, 1(23), 28-53.
- Lojano, R. y Plasencia, Z. (2016). *Implementación de turismo de salud en el cantón Nabón con base en medicina ancestral*. Recuperado de dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/5524/1/11853.pdf
- Martínez, M.; Abellán, M.; Leal, P.; Gómez, E.; Ortín, J.; Abellán, A. (2013). Influencia de la balneoterapia sobre la presión arterial. Estudio Balneotens. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 3(30), 86-91.
- Martínez, I. y Romay, H. (2008). Balneoterapia en geriatría. *Fisioterapia*, 3(30), 152-161.
- Medesalud. (2013). –feria clúster de salud- Cámara de Comercio de Medellín. Recuperado de <http://www.camaramedellin.com.co/site/Portals/0/Documentos/2013/PRESENTACION%20MEDESALUD.pdf>
- Ministerio de Comercio Industria y Turismo. (2009). *Desarrollando sectores de Clase Mundial en Colombia*. Recuperado de <https://www.ptp.com.co/documentos/Plan%20de%20Negocios%20Turismo%20de%20Salud.pdf>
- Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, Departamento Nacional de Planeación. (2016). *Plan sectorial de turismo 2011-2014: turismo: factor de prosperidad para Colombia*. Recuperado de <http://www.mincit.gov.co/minturismo/descargar.php?id=40732>
- Organización Mundial de la Salud (s. f.) Centro de prensa. Salud y derechos humanos Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- Reverter, J., y Barbany, J. (2007). Del gimnasio al ocio-salud. *Gestión deportiva, ocio y turismo*, (4) 59-68.
- Rivero, A. y Rivero, A. (2001). La gimnasia terapéutica como parte de la oferta turística. *Rev. Cub. Med. Dep. & Cul. Fís.* 8(2), 1-6.
- Salazar, J. (2013). *Sueños alcanzados con un bisturí, algunos chuzones y unas cuantas horas de vuelo. Experiencias quirúrgicas estéticas de mujeres caleñas y turismo medico estético en Cali*. (Trabajo de grado para optar el título de pregrado en sociología). Cali: Universidad Icesi. Recuperado de https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/handle/10906/77595
- San Martín, J. (1997). *Psicosociología del ocio y el turismo*. Málaga: Aljibe.
- Sarrazin, J. (2011). Transnacionalización de la espiritualidad y turismo místico. *IV Congreso de la red de migraciones y desarrollo Crisis Global y estrategias Migratorias*. Quito: Flacso, 1-12.
- Scurio, J. De religión y salud a espiritualidad y cura. (2015). El neochamanismo como vehículo del cambio. *Ciencias Sociales y Religión*, 17, (22), 167-187.
- Wildner, A. (s. f.). *Promoción del turismo de salud y bienestar en Alemania: análisis de la oferta y estudio de satisfacción del cliente alemán*. Universidad de Málaga. Recuperado de <http://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/6935?show=full>