



Argumentos - Revista do Departamento de Ciências
Sociais da Unimontes

ISSN: 2527-2551

ISSN: 1806-5627

revista.argumentos@unimontes.br

Universidade Estadual de Montes Claros

Brasil

Basualdo[2], Lourdes

“Están viniendo cada vez más”. Movilidad por salud y “turismo médico” en la Argentina[1]

Argumentos - Revista do Departamento de Ciências
Sociais da Unimontes, vol. 17, núm. 2, 2020, Julio-

Universidade Estadual de Montes Claros

Brasil

- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

“Están viniendo cada vez más”. *Movilidad por salud* y “turismo médico” en la Argentina¹

Lourdes Basualdo²

Resumen: Este artículo aborda el proceso de producción política de la *movilidad por salud* como “turismo médico” en la Argentina. Sostiene que la figura del “turismo médico” fue construida como un segmento turístico a partir de la existencia de un conjunto de conocimientos, información, herramientas y prácticas de circulación global que se articularon con las políticas y prácticas institucionales desarrolladas en el espacio nacional. Se propone la noción de “movilidad por salud” para analizar nuevas formas de producción y regulación de los movimientos vinculados a motivos sanitarios. La metodología propuesta es de tipo cualitativo y recobra observaciones y testimonios producidos en un evento internacional sobre “turismo médico” realizado en Argentina, entrevistas con agentes de gobierno del sector turístico, dueños y representantes de instituciones de salud privadas y de organizaciones público-privadas que integran la industria del “turismo médico” en el espacio local, nacional e internacional; fuentes documentales que incluyen planes y programas de turismo y acuerdos para la promoción del “turismo médico”.

Palabras clave: Movilidad por salud; turismo médico; internacionalización; fronteras; Argentina.

"Eles estão a vir cada vez mais." Mobilidade para a saúde e "turismo médico" na Argentina

Resumo: Este artigo trata do processo de produção política de mobilidade na saúde como "turismo médico" na Argentina. Argumenta que a figura do "turismo médico" foi construída como objecto de governo a partir da existência de um conjunto de conhecimentos, informações, instrumentos e práticas de circulação global que se articulavam com as políticas e práticas institucionais desenvolvidas no espaço nacional. A noção de "mobilidade para a saúde" é proposta a fim de analisar novas formas de produção e de regulação dos movimentos ligados a razões de saúde. A metodologia proposta é de natureza qualitativa e recupera observações e testemunhos produzidos num evento internacional sobre "turismo médico" realizado na Argentina, entrevistas com agentes governamentais do sector do turismo, proprietários e representantes de instituições de saúde privadas e organizações público-privadas que compõem a indústria do "turismo médico" no espaço local, nacional e internacional; fontes documentais que incluem planos e programas turísticos e acordos para a promoção do "turismo médico".

¹ Este artículo forma parte de un trabajo de investigación más amplio de tesis doctoral. Quisiera agradecer a Eduardo Domenech por compartir apreciaciones, comentarios y sugerencias en distintas conversaciones previas a la elaboración de este trabajo.

² Mgr. en Diseño y Gestión de Políticas Públicas (UCC). Doctoranda en Ciencias Antropológicas (FFyH, UNC). Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CONICET y UNC) y Centro de Estudios Avanzados (FCS y UNC). Córdoba, Argentina. E-mail: mlubasualdo@gmail.com. Orcid: 0000-0001-7489-296X.

Palabras-chave: movilidad para la salud; turismo médico; internacionalización; fronteras; Argentina.

"They're coming more and more." Mobility for health and "medical tourism" in Argentina

Abstract: This article analyses the political production process of health mobility as "medical tourism" in Argentina. It is argued that the figure of "medical tourism" was built as a tourist segment from the existence of a set of knowledge, information, tools and practices of global circulation that were articulated with institutional policies and practices developed in the national space. The article proposes the notion of "mobility for health" in order to visualize new forms of production and regulation of health-related movements. The methodology employed is qualitative and recover observations and testimonies produced in an international congress on "medical tourism" held in Argentina, interviews with government agents of the tourism sector, owners and representatives of private health institutions and public-private organizations that integrate the industry of "medical tourism" in the local, national and international space; documentary sources that include tourism plans and programs, national regulatory frameworks related to migrations, and agreements for the promotion of "medical tourism".

Key words: Health mobility; medical tourism; internationalization; borders; Argentina.

Introducción

Actualmente se asiste, a nivel global, a la emergencia de una diversidad de formas de nombrar, experimentar y regular la movilidad internacional por motivos de salud, vinculada a la valoración y tratamiento diferencial que han adquirido estos movimientos. En el marco de iniciativas políticas en salud y regímenes de movilidad que se intersectan a través de una hibridación de lógicas económicas, políticas y morales, regiones y Estados nacionales están implementado, de modo simultáneo, estrategias orientadas a facilitar determinadas movilidades por salud en función de sus posibles beneficios y a disuadir o detener aquellas que se avizoran como problemáticas. Mediante el falso supuesto de que no existen fronteras para la atención sanitaria, desde las últimas dos décadas el "turismo médico" viene siendo promovido por actores y sectores estatales y no estatales ubicados en el espacio internacional, regional y local, como una alternativa para acceder a la salud en el extranjero a menores costos y tiempos de espera que en el país de origen, que han dado lugar a una serie de iniciativas políticas orientadas a *flexibilizar* las fronteras y *facilitar* la movilidad de los potenciales "turistas médicos".³ Este artículo aborda el proceso de producción política de la *movilidad por salud* como "turismo médico" en la Argentina. Con una mirada que incorpora las contribuciones de la sociología de la internacionalización (Dezalay y Garth, 2017; Lanfant, 1980)⁴, persigue el propósito de mostrar que la figura del "turismo médico" fue construida en el país como un producto-segmento turístico a partir de la existencia de un conjunto de conocimientos, información,

³ Existen una variedad de políticas dirigidas a reducir o suprimir los obstáculos a la movilidad que puedan presentarse a las/os nacionales de países construidos como "potenciales derivadores" de "turistas médicos". Reservo para un futuro trabajo el análisis de este tema para la experiencia Argentina.

⁴ Algunas contribuciones del trabajo pionero de Lanfant (1980) sobre internacionalización del turismo, resultan particularmente fructíferas para este análisis, en particular la advertencia sobre relación casi indisoluble entre la industria turística y el Estado.

herramientas y prácticas de circulación global que se articularon con la definición de las políticas y prácticas institucionales desarrolladas en el espacio nacional.

El estudio de la *movilidad por salud* ha adquirido en las últimas dos décadas una notoria relevancia. A través de categorías como “viajes médicos” (Whittaker, et al, 2010; Alsharif, et al., 2010; Connell, 2013), “movilidad transfronteriza de pacientes” (Glinos, et al., 2010) o movilidad por salud (Liberona, et al, 2017), se han desarrollado una multiplicidad de investigaciones, principalmente en países del Norte y en la región Asia Pacífico, que han buscado dar cuenta de las razones, motivaciones, experiencias y marcadores de desigualdad que intervienen en los procesos de “(in)movilidad” (Vindrola-Padrós, 2019) por salud. Dentro de las cuestiones estudiadas el “turismo médico” ha emergido como un tema de creciente interés y algunas de las investigaciones realizadas alrededor de esta figura se han ocupado de analizar la emergencia y expansión de la industria del “turismo médico” (Connell, 2006), el impacto negativo de este fenómeno en los sistemas de salud de los contextos de recepción (Ormond y Sulianti, 2014) y los desafíos éticos que presenta a los gobiernos locales (Vindrola-Padrós, 2015). En la región sudamericana, el estudio de la *movilidad por salud* no ha suscitado el mismo interés que en otros contextos. Algunos trabajos se han llevado a cabo en Chile desde el campo de los estudios fronterizos (Liberona, et al, 2017) y en la Argentina a partir de las discusiones provenientes de la perspectiva de las movilidades, de la mano de investigadoras situadas en instituciones académicas de países del “Norte” (Vindrola-Padros y Whiteford, 2012; Vindrola-Padrós, 2015).

En el contexto argentino la literatura se ha desarrollado en torno al vínculo migración y salud desde el campo de los estudios migratorios y ha mostrado un claro predominio del análisis de los procesos y relaciones sociales que afectan la accesibilidad de las personas migrantes provenientes de países de la región y sus experiencias en la interacción con el sistema sanitario.⁵ Estas investigaciones han priorizado dentro de sus ejes analíticos la preocupación por los avances y desafíos pendientes en materia de derechos en salud a partir de la sanción en el año 2004 de la Ley de Migraciones N° 25.871, con una mirada construida desde la sociedad de recepción y enfocada, por lo general, en la escala nacional. En muchas de las investigaciones producidas ha sido desatendido, desde mi punto de vista, el análisis crítico de las nuevas formas de gobernar y regular la migración y la movilidad que han emergido a escala global en los últimos treinta años (Domenech y Pereira, 2017) y que ofrecen sugerentes elementos para visualizar y comprender las maneras en que coexisten y son producidas lógicas y políticas *diferenciadas* de control de la movilidad, la migración y las fronteras, dirigidas a disuadir, detener, promover, acelerar o facilitar las movilidades por salud.

En este trabajo propongo la noción de *movilidades por salud* para referirme a los movimientos que involucran un cruce de fronteras con el objetivo de acceder a servicios o tratamientos de salud, independientemente de la situación administrativa migratoria de las personas, de la duración o la periodicidad de sus desplazamientos y del carácter público o privado de los establecimientos de destino de la movilidad. La utilidad de este concepto radica, a mi entender, en las posibilidades que ofrece para la comprensión de los diferentes procesos de *producción* de una multiplicidad de movimientos o *figuras* de la movilidad por salud, a través de los cuales las personas no-nacionales son interpelladas y reguladas en función de las categorías estatales que les son adjudicadas. Esta propuesta

⁵ Sólo por mencionar algunas de las múltiples investigaciones desarrolladas en esta línea: Jelin, 2006; Caggiano, 2007, Cerrutti, 2010; Courtis, et. al., 2010; Aizemberg, et al., 2015.

supone considerar el análisis *relacional* de categorías y políticas que, en el campo de los estudios migratorios sobre salud, han sido tratadas habitualmente de modo separado.

El material empírico que se analiza en este artículo incluye entrevistas presenciales y virtuales con agentes estatales y privados del sector turístico, dueños y referentes de instituciones de salud que prestan servicios de “turismo médico” en la Argentina y representantes de empresas y organismos público-privados de “turismo médico” del extranjero; relatos oficiales recuperados en el Segundo Congreso Internacional de Turismo Médico que tuvo lugar en junio de 2017 en Buenos Aires; y, por último, documentos tales como planes y programas de “turismo médico”, sistematizaciones de acciones de organismos público-privados y acuerdos interinstitucionales e intergubernamentales para la promoción del segmento. El artículo se organiza en tres secciones. En la primera sección me aproximo a la configuración en el espacio internacional de una industria global en la que se producen los principales significados y pautas del “turismo médico”. En esta dirección, reconstruyo el origen de la categoría en el seno de la industria del management turístico e identifiqué los actores y organizaciones internacionales que disputan las definiciones y lineamientos del “turismo médico” y las prácticas que llevan a cabo para favorecer la expansión de esta industria. En la segunda sección, analizo los procesos y las condiciones de posibilidad que tuvieron lugar en la Argentina para que la movilidad por salud fuese construida como un nuevo producto-segmento turístico y el país comenzara a participar en la industria global del “turismo médico”. Por último, en la tercera sección indago en mayor detalle las articulaciones que los principales promotores del “turismo médico” en la Argentina buscaron establecer entre actores y sectores ubicados en los espacios locales, nacional, regional e internacional, con miras a “consolidar” un producto-segmento emergente y lograr el “éxito” en el proceso de internacionalización.

“Turismo médico”. De la propuesta de una categoría al montaje de una industria global

Presentada por primera vez en la revista *Tourism Management* hacia finales de la década de 1980, la noción “turismo médico” comenzó a ser producida como una nueva forma de movilidad en el ámbito internacional a partir de una multiplicidad y heterogeneidad de actores, organismos y prácticas que fueron definiendo los principales significados y pautas de este tipo de movilidad por salud. Hacia finales de los años setenta, Jonathan Goodrich, profesor de Marketing en el Colegio de Administración de Negocios en la Universidad Internacional de Florida, Estados Unidos, investigaba cómo mejorar las estrategias de marketing turístico (1978a; 1978b). En 1987, conjuntamente con Grace Goodrich, quien se desempeñaba en el *Kendall Regional Medical Center* de la ciudad de Miami, publicaron un trabajo en el que exploraron y definieron el “turismo de salud” y esbozaron muchas de las estrategias que hoy continúan desarrollando ciertos sectores del turismo y de la medicina interesados en llevar adelante este nuevo segmento.

Goodrich y Goodrich (1987) definieron al “turismo de salud” como el intento por parte de instalaciones turísticas o destinos para atraer turistas al promover *deliberadamente* sus servicios e instalaciones de salud. Consideraron que muchos países serían capaces de promover el “turismo de salud”, principalmente Estados Unidos y algunos países de Europa Central, dado que diversas ciudades o centros turísticos en estos países habían crecido alrededor de aguas termales e instalaciones sanitarias. A partir de sus hallazgos construyeron el concepto de “turismo médico” para mostrar la riqueza de esta categoría

en la producción efectiva de estrategias de marketing turístico, explicitando que el componente de salud en el turismo no es nuevo, sino que la novedad radica en la potencialidad del uso del concepto. En palabras de los autores: “lo que es bastante nuevo, sin embargo, es el concepto de turismo de salud como una deliberada y creciente estrategia de marketing” (Goodrich y Goodrich, 1987: 221).

Desde la invención relativamente reciente de este concepto, la industria del “turismo de salud”, con la subsiguiente especificación del “turismo médico” se desarrolló vertiginosamente. El “turismo médico” fue definido como una forma de “turismo de salud” y, aunque por momentos desde la industria se empleen estos términos de manera indistinta, la diferenciación entre ambas nociones pretende señalar tipos de movilidad que comprenden la búsqueda de tratamientos estéticos y de “bienestar” y aquellas que consideran prácticas clínicas y quirúrgicas donde la intervención médica constituye uno de los componentes centrales. Las figuras de *medicina preventiva*, *medicina curativa*, *medicina estética* y *medicina de bienestar o wellness*, fueron propuestas por la consultora internacional McKinsey para caracterizar al “turismo médico” (de la Puente Pacheco, 2015).

El escenario propicio para la expansión de esta industria estuvo dado por el crecimiento de la comercialización y privatización global de la atención de la salud, a raíz de la expansión de políticas económicas neoliberales que suministraron las condiciones para la ampliación del mercado privado de atención médica en gran parte del mundo (Hopkins, et al. 2010). El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) de la Organización Mundial del Comercio de 1995 abrió las compuertas a las políticas neoliberales (Leng y Whittaker, 2010; Ormond y Kaspar, 2019) al permitir la inversión extranjera directa en muchos sistemas de salud nacionales y fomentar las condiciones económicas y políticas para que creciera el “turismo médico”. Apoyado por una serie de reformas neoliberales supranacionales y nacionales que reconfiguran la salud como un negocio rentable en las décadas de los ochenta y noventa, hospitales y clínicas en el “Sur Global” expandieron su alcance más allá de las fronteras nacionales y muchos gobiernos reconocieron oficialmente el “turismo médico” como un motor para el crecimiento económico (Ormond y Kaspar, 2019). En tiempos de una creciente mercantilización de la salud y privatización de la asistencia sanitaria, la industria del “turismo médico” fue montada a partir de una progresiva prestación de servicios de asesoría a pequeñas, medianas y grandes compañías y proveedores de salud, rubros del sector turístico interesados en incursionar en el mercado del “turismo médico” y empresas “facilitadoras” que vinculan a “pacientes” y proveedores a través de sitios de internet, prácticas publicitarias en medios de comunicación globales, difusión y expansión de destinos ya existentes y la llegada de guías y revistas dedicadas de la industria y congresos de “turismo médico” (Connell, 2011).

En la actualidad, dos organizaciones internacionales estadounidenses destacan por su liderazgo en la definición de los principales conceptos y reglas que sigue la industria del “turismo médico” a nivel global: la *Medical Tourism Association* (MTA) y la *Joint Commission International* (JCI) Esta última a través del Programa *Global Healthcare Accreditation* (GHA) Sin embargo, existen grupos que se presentan a sí mismos como independientes en relación a las asociaciones y organismos más reconocidos y que también buscan incidir en el desarrollo de la industria vinculada a la movilidad por salud, como la *International Medical Travel Journal* (IMTJ), una revista virtual creada por una empresa de publicaciones digitales establecida en el Reino Unido.

La Medical Tourism Association (MTA), conocida también como Global Healthcare Association (GHA), fue fundada en el año 2007 con el objetivo de promover asociaciones entre personas y empresas a nivel internacional para llevar a cabo su proyecto de “expansión del turismo médico”. La MTA ha logrado alcanzar representación regional en más de veinte países distribuidos en distintos continentes (Informe anual MTA, 2015-2016). La participación en espacios nacionales y regionales en diferentes partes del mundo, le permite a esta organización hacer efectiva su misión de extender las nociones, prácticas y herramientas desde las cuales los países deberían construir las políticas y programas de “turismo médico”, y asegurar, así, el funcionamiento de los mercados implicados. Argentina cuenta con membresía en la MTA a partir del año 2008, a través de la representación local que ejerció Guillermo Gonzáles Prieto, un funcionario con amplia trayectoria en los ámbitos público y privado de la salud, que se desempeñó como Ejecutivo de Desarrollo Estratégico para la oficina de la MTA en Buenos Aires. La presencia de la MTA en Argentina constituye un hecho fundamental para comprender el desarrollo que adquirió este nuevo producto-segmento turístico en el país.

Las acciones que lleva a cabo la MTA están guiadas por ciertos conceptos claves que rigen la industria de la movilidad internacional por salud, entre los que se destacan: “calidad de la atención”, “seguridad y educación del paciente”, “hospitalidad” y “sensibilidad cultural”. A partir de estas nociones, la MTA desarrolla programas de educación sobre “viajes médicos”, “turismo médico” y “turismo de bienestar”; estandariza “buenas prácticas” médicas y el uso de herramientas tecnológicas como telemedicina y telesalud; otorga certificaciones como “profesionales de turismo médico”, “servicios internacionales de pacientes” y “hoteles de calidad” para la industria de la “hospitalidad”; organiza y financia uno de los eventos mundiales más reconocidos en “turismo médico”: *World Medical Tourism and Global Healthcare Congress*; elabora guías de destino en “turismo médico”; y coordina las revistas *Medical Tourism Magazine* y *Health Tourism Magazine*. Los equipos editoriales de estas revistas están integrados por personas consideradas “líderes” en la industria del “turismo médico”, incluida la presidenta de la MTA.

Mediante el lema “asociación significa negocio”, la MTA buscó establecer vínculos estratégicos entre diferentes organismos con sede en los Estados Unidos, con el objetivo de “crear conciencia sobre la industria del turismo médico y facilitar oportunidades” para sus integrantes (Informe anual 2016-2017). Con esta misión, la MTA se asoció con *Soluciones de Vuelos de Salud-Sistema de Pacientes Globales (GPS)*, con la *Asociación de Profesionales de Recursos Humanos (HRPA)*, con la *Asociación Internacional de Hoteles de Lujo (ILHA)*, con el *Centro Internacional de Investigación en Salud (IHRC)*, y con la *Global Healthcare Accreditation (GHA)*. Un acción clave ha sido el financiamiento del IHRC al reciente proyecto de creación del *Índice de Turismo Médico (MTI)*, administrado por la MTA, que pondera el crecimiento de la industria y el posicionamiento de los países involucrados, de acuerdo a la información proporcionada por IHRC y una recopilación de datos realizada con un instrumento de análisis elaborado por la MTA, que mide el atractivo de un lugar como destino de “turismo médico” (Reporte Anual, MTA 2015-2016).

La *Global Healthcare Accreditation (GHA)*, por su parte, es una entidad acreditadora de normas internacionales para programas nacionales de “turismo médico” orientadas a “elevar el estándar de la calidad en turismo médico” a través de una “mejor experiencia del paciente y la excelencia de la atención recibida”. La GHA considera diferentes aspectos de la “cadena de continuidad de atención en turismo médico”, que incluye: selección del servicio y del destino; logística de recepción; alojamiento pre servicio, de

recuperación y pos atención; admisión, tratamiento y egreso clínico; logística de regreso; y seguimiento pos egreso. Enfocada en “la mirada de los pacientes” la GHA se presenta como una respuesta a la pregunta acerca de “cómo sé si un hospital es tan bueno como dice que es” (Manual GHA, S/F). Contar con la acreditación de la GHA le otorga un “valor agregado” a la institución, en la medida en que el hospital ya habría aprobado la evaluación de “calidad”.

De acuerdo a la representante regional de GHA para Latinoamérica, que reside actualmente en Buenos Aires y ejerce como consultora de hospitales, clínicas y Ministerios de Salud de la región en los procesos de preparación y evaluación para la acreditación de las normas de calidad, el programa de la GHA está conducido por expertos que han trabajado en la JCI y se orienta hacia organizaciones que prestan servicios de “turismo médico” o quisieran hacerlo. Según la especialista, esta organización fue creada a mediados de la década de los años noventa en Estados Unidos y “es la entidad que pone el piso de calidad en salud y verifica que las instituciones cumplan las reglas”.⁶ Según Bagadia (2010), la JCI ha sido concebida como el “sello de aprobación occidental” y las instituciones que aspiran a posicionarse como destinos de “turismo médico” se ven cada vez más obligadas a contar con esta acreditación, en la medida en que provee de un “lenguaje autorizado” común sobre los posibles “riesgos” asociados a recibir atención médica de “mala calidad” en el extranjero y herramientas para enfrentarlos.

Hacia finales de 2006 más de 123 instalaciones y organizaciones médicas en Asia, Europa, Oriente Medio, el Caribe y América del Sur fueron acreditadas por la JCI (Hopkins, et. al, 2010). En el año 2014, durante la apertura de un evento de formación para responsables del cuidado de la salud en Filipinas, la JCI anunció el lanzamiento de un directorio global virtual disponible en múltiples idiomas, de hospitales acreditados, con el objetivo de *guiar* a las personas que seleccionan instalaciones sanitarias en diferentes partes del mundo. En este sentido, la JCI y el programa de la GHA se presentan no sólo como las guías para las personas que precisan viajar por motivos de salud, sino como la solución para quienes buscan proveedores de salud de alta calidad para sus clientes en diferentes países, ya que les permite conectarse a una red de hospitales y clínicas acreditados por la GHA. Obtener membresía en la MTA, así como la acreditación de la GHA, significa contar con la *credencial* de centro médico de excelencia y ser fácilmente reconocido como un destino de “turismo médico” “confiable”, algo a lo que aspiran quienes quieren lanzarse en esta industria.

La combinación entre producción de información sobre la temática, realización de eventos internacionales y reconocimiento a destinos e instituciones proveedoras de “turismo médico” por parte de organizaciones internacionales “líderes”, resulta ser algo que también se lleva a cabo desde la propuesta de la IMTJ. Esta revista, además de ofrecer información sobre “turismo médico” a través de artículos, blogs, reportes, noticias, directorios, patrocina el *IMTJ Medical Travel Summit*, una cumbre que lleva cuatro años de sesiones realizadas en Atenas, Croacia, Madrid y Londres. En este evento, “líderes” involucrados en la industria se reúnen para exponer y entran en contacto compradores de servicios para pacientes internacionales y proveedores que buscan nuevas oportunidades de negocios. Además, en la “noche de gala” de esta cumbre se entregan los *IMTJ Medical Travel Awards*, premios que celebran el éxito y los logros de los proveedores de servicios en diferentes partes del mundo, evaluados por un panel de especialistas, cuyo presidente es el editor de la revista. En el marco de esta diversidad de especialistas, organismos,

⁶ Representante de la MTA. 11/06/2018. Entrevista telefónica.

espacios y prácticas se producen, circulan y disputan las ideas, saberes, lineamientos y modelos de gestión de la movilidad por salud bajo la figura del “turismo médico” que, a su vez, son contruidos desde las experiencias que tienen lugar en los ámbitos nacionales. Siguiendo a Dezalay y Garth (2017), el conjunto de prácticas producidas y resultantes de estos encuentros brindan los instrumentos para medir “objetivamente” las “performances” de los diferentes modelos y para calificar a sus productores, y ofrecen de este modo, el espacio para la competencia.

La producción del “turismo médico” en Argentina y la participación del país en la industria global

La participación de la Argentina la industria global del “turismo médico” y la producción del “turismo médico” como un nuevo producto-segmento turístico en el país, tuvieron lugar a partir de la convergencia de dos procesos: la intervención del Estado en el fomento de la política turística nacional con el consecuente apoyo gubernamental al sector privado del turismo y la búsqueda del sector turístico de nuevos productos y mercados internacionales. Motivados por esta búsqueda, actores del sector turístico y, más específicamente aquellos vinculados a la salud, se encontraron con la posibilidad de incursionar en un nuevo segmento que se desarrollaba en otros países y que había proporcionado un nombre, una “marca”, a una antigua práctica de movilidad por salud.

El segmento de “turismo médico” en la Argentina se desarrolló en un contexto nacional en el que el turismo ya formaba parte de las políticas de Estado. La emergencia del turismo como agenda del Estado, en tanto factor de “cultura y desarrollo” en las primeras décadas del siglo XX, se consolidó durante el primer gobierno peronista institucionalizándose como un área de la política nacional. La planificación pública en materia turística y el fomento del turismo internacional comenzaron a promoverse en el ámbito nacional (Capanegra, 2006) en el marco de la difusión que hicieron, hacia finales de 1950, determinados organismos internacionales sobre el turismo como un factor de desarrollo económico para los países “subdesarrollados”, bajo el argumento de que la llegada de turistas aportaría divisas necesarias para la reducción del déficit estructural de ciertas naciones (Lanfant, 1980). En esta línea, en 1963 la ONU convocó a los países “en desarrollo” a abrir sus fronteras a los “turistas”, y el Banco Mundial comenzó a financiar proyectos nacionales de países que quisieran adentrarse en la industria turística (Lanfant, 1980).

El proceso de institucionalización del turismo se inició en Argentina con la aprobación de la Ley 14.574 en 1958 y se consolidó con la Ley N° 25.997 en 2005, bajo el mandato del ex Ministro de Turismo de la Nación Enrique Meyer (Capanegra, 2006; Schenkel y Almeida García, 2015). Más allá de las particularidades que adquirió la política turística en cada gobierno nacional, el “modelo de desarrollo turístico” concebido por los organismos internacionales desembarcó en Argentina y se instituyó como matriz conceptual de la política turística, la cual se basó en concepciones tecnocráticas proveniente del campo de saber-hacer de los expertos internacionales, presentadas como ausentes de connotaciones históricas e ideológicas (Capanegra, 2006). Por medio de la Ley N° 25.997, el turismo fue declarado como una actividad socioeconómica estratégica y esencial para el desarrollo del país y prioritaria dentro de las políticas de Estado y los servicios de centros de “turismo de salud” fueron comprendidos como posibles actividades a ser desarrolladas en la Argentina, conforme a la clasificación internacional de actividades turísticas de la Organización Mundial del Turismo (OMT).

Mediante la Ley de Turismo N° 25.997 se creó el Instituto Nacional de Promoción Turística (INPROTUR) como la entidad encargada de planificar y ejecutar las acciones de promoción, organizada a partir de una estructura conformada por un presidente y un directorio, que incluyó la participación de miembros de la Cámara Argentina de Turismo (CAT) y representantes del Consejo Federal de Turismo (CFT). La CAT tuvo un papel central en las decisiones políticas sobre la actividad turística del país, participando en la elaboración y discusión del proyecto de Ley Nacional de Turismo 25.997. De acuerdo al INPROTUR, la estructura organizativa público-privada, reflejaría la diversidad y los intereses de los actores y su condición de ente de derecho público no estatal y de carácter mixto permitiría otorgarle mayor agilidad a sus decisiones (Reporte de sustentabilidad, INPROTUR, 2017). La interpenetración entre el sector público y privado y la dificultad de trazar una demarcación clara entre ellos, evidencian algunas modificaciones importantes que ocurren al interior de las estructuras estatales a partir de la incorporación de nuevos agentes y de métodos propios de la comercialización turística (Lanfant, 1980), y que tiene como una de sus características centrales, el carácter de “doble agente” (Dezalay y Garth, 2017) de los actores, es decir, la simultaneidad de su participación en los espacios nacional e internacional.

El lanzamiento del “turismo médico” en la Argentina durante la gestión del Ministro de Turismo Enrique Meyer, contempló la creación en el año 2010 de una institución encargada de comandar las acciones de promoción, conjuntamente con el INPROTUR: la Cámara de Instituciones Argentinas para la Promoción de la Salud (CIAPSA), conocida como “Cámara de Turismo Médico”. La CIAPSA, que se desprende de la CAT, agrupó a diferentes hospitales, clínicas y prestadores que fueron inscriptos en el programa denominado *Argentina Healthcare*, mediante el cual estas instituciones se adentraron en el mercado internacional de “turismo médico”. *Argentina Healthcare* fue promovida en el 2011 por el INPROTUR, con el apoyo de la Fundación ExportAr y la CIAPSA, bajo el interés de aumentar el número de “pacientes extranjeros” que concurren al sector de salud privado del país a recibir asistencia o tratamiento médico a cien mil por año (Vindrola Padrós, 2015). Años más tarde, con el objetivo de promocionar la medicina argentina y posicionar al país en el mercado internacional, se llevaron a cabo dos Congresos Internacionales de Turismo Médico (CITM) en la ciudad de Buenos Aires: el primero en el 2015 y el segundo en el 2017 respectivamente.

En diferentes entrevistas periodísticas realizadas en el marco del primer congreso, representantes de la CIAPSA comentaron parte del trabajo que venían desarrollando desde años anteriores al desarrollo del evento, conjuntamente con el INPROTUR, la Fundación ExportAr y la CAT. Según el vicepresidente de la CIAPA, para promocionar al país como un destino “confiable” y de “calidad”, fue necesario llegar a determinadas instancias de “homologación” requeridas por la industria y, en esta dirección, el INPROTUR y la CIAPSA asistieron a una sostenida incursión en el ámbito internacional, por medio de la cual fueron “profesionalizándose” en “turismo médico”.⁷ El lanzamiento de la Argentina al mercado del “turismo médico”, visibilizado en el país a partir del desarrollo del Primer CITM en Buenos Aires, precisó, al igual que en otros productos turísticos, de la “equiparación previa de una infraestructura” (Lanfant, 1980: 26) con la cual darse a conocer. Desde los lineamientos de las organizaciones internacionales de “turismo médico”, el seguimiento de “casos exitosos” en la región latinoamericana, la participación en eventos internacionales y el apoyo del sector gubernamental en

⁷ Vicepresidente de la CIAPSA, 18/08/2015, entrevista para el programa “Soy Turista”.

diferentes áreas, se comenzaba un proceso de entrenamiento en “turismo médico” en el ámbito nacional.

El reconocimiento de la participación de los Estados en el apoyo al sector privado a través de estrategias deliberadas para la captación de “pacientes extranjeros”, con el argumento de que este segmento genera divisas y contribuye al crecimiento de las economías locales, ha sido analizado como una de las características centrales para el desarrollo de la industria del “turismo médico” en los países en los que se ha llevado a cabo (Goodrich, 1993; Leng y Whittaker, 2010). Según el Presidente de la CIAPSA, a partir del apoyo brindado por el INPROTUR para la realización de los dos CITM, la Argentina pasó de “no estar ranqueda” a ocupar el “cuarto lugar en Latinoamérica”.⁸ En esta misma línea, una representante del INPROTUR, manifestó que, el reconocimiento internacional fue posible porque trabajan “muy de la mano” con la “Cámara de Turismo Médico” y que esta es la prueba de que “no vale la pena” que los sectores público y privado vayan “por separado”.⁹ De acuerdo a lo que sugieren estas afirmaciones, la “colaboración” entre el INPROTUR y la CIAPSA fue uno de los elementos cruciales que habría permitido el posicionamiento incipiente de Argentina en el mercado internacional según la medición del MTI. La aparición del país en este ranking, comunicada como un símbolo del reconocimiento internacional por el trabajo bien realizado y un recorrido al que se aspira transitar de manera ascendente, requiere ser pensada a partir de procesos iterativos que revelan que los juegos de poder a nivel local son centrales para comprender los modos en que se llevan a cabo los procesos de internacionalización (Garth y Dezalay, 2017).

Referentes de los entes de turismo de las ciudades de Buenos Aires, Rosario y Córdoba, y coordinadoras/es de áreas de atención a pacientes provenientes del exterior de diversas clínicas privadas asociadas a la CIAPSA, expresaron que la propuesta de trabajar en “turismo médico” comenzó a desarrollarse en la gestión del Ex Ministro de Turismo Enrique Meyer y fue motorizada desde Buenos Aires por iniciativa del presidente de la CIAPSA y dueño de una institución de *medicina wellness* de la provincia de Córdoba. De acuerdo a una ex empleada de planta permanente de un organismo local de turismo que estuvo involucrada en los inicios del segmento, “la Cámara se acercó” y, en “la búsqueda de nuevos mercados, nuevos productos, nuevos segmentos” que realizaban junto al INPROTUR, se encontraron con el “turismo médico”, un mercado que “empezaba a aparecer”.¹⁰ En esta línea, la Gerenta de una institución de salud y bienestar de Córdoba, señaló el “énfasis” político que ha recibido en la actualidad el “viaje de extranjeros para buscar soluciones a sus problemas de salud” que se remonta a “comienzos del Siglo XIX”, pero que comenzó a ser llamado como “turismo médico” a partir de la realización de los congresos internacionales:

El congreso más conocido que convoca a todos los actores de turismo médico que se hace en Estados Unidos, no sé cuántas sesiones tiene, pero yo creo que es posterior al 2000. Que *quizás surge porque ven esta alternativa, le ponen el título y empiezan a generar su negocio con los congresos y empiezan a imponer esta marca, digamos, de turismo salud o turismo médico.* (Gerenta de institución de salud y bienestar, Córdoba, 30/11/2017, énfasis propio)

En palabras de un empleado de planta permanente de otro ente local de turismo:

⁸ Presidente de la CIAPSA, 13/06/2017, II CTMI, Buenos Aires.

⁹ Representante del INPROTUR, II CTMI, 13/06/2017. Buenos Aires.

¹⁰ Ex referente de organismo local de turismo, 22/09/2018, entrevista telefónica.

Turismo médico es muy nuevito... Como cualquier otro producto turístico, nosotros no inventamos la demanda, si ponemos el nombre del producto y le damos el soporte logístico sobre todo al privado, para acompañarlo. De hecho, los extranjeros ya venían antes y trabajamos en función de una demanda que está comenzando, tratamos de escuchar las necesidades del sector privado: “ché, mirá están viniendo cada vez más, de Bolivia, de Paraguay, no te parece que podríamos organizar”, y en función de eso la agencia actúa, en función de una demanda ya planteada. La demanda ya estaba, por eso se acerca el sector privado, a decir: “che, esto nos está viniendo”. (Empleado de planta permanente, ente local de turismo, 21/09/2017, énfasis propio)

Como es posible advertir, en tiempos de crecimiento de la industria de “turismo médico” a nivel internacional, el surgimiento de este producto-segmento tuvo lugar a partir de que la *movilidad por salud* (real o potencial) hacia la Argentina fue construida por el INPROTUR y la CIAPSA como una *oportunidad*, dadas ciertas condiciones que tendría el país para incursionar en esta relativamente nueva y creciente industria global. Además, uno de los elementos cruciales que ciertos actores de la industria en la Argentina identificaron como la cristalización de los comienzos del “turismo médico” en el escenario nacional, fue el logro de la “acreditación internacional de calidad” que alcanzaron determinadas instituciones médicas, considerada, un requerimiento fundamental en materia de “profesionalización” en el segmento. Tal como expresó una representante de una Agencia de Viajes, “la llegada de extranjeras/os vino de la mano” con que algunas instituciones médicas de la Argentina “fueron cumpliendo con normas internacionales” que les permitieron “ser tenidas en cuenta” para la derivación de pacientes extranjeros”.¹¹ Asimismo, la acreditación de normas de calidad, fue tan sólo una de las diversas acciones contempladas en el *Plan de Marketing de Turismo Médico Argentina 2014-2018*, en el que se plasmaron las líneas estratégicas a desarrollarse en el corto, mediano y largo plazo para “consolidar” el segmento.

“Para consolidar el turismo médico tenemos que estar todos unidos”. El “asociativismo” como estrategia y como propósito

La participación de la Argentina en la industria global del “turismo médico” requirió de un trabajo de articulación a diferentes escalas con miras a fortalecer el desarrollo de este producto-segmento emergente en el país y buscar el éxito en el proceso de internacionalización. Una de las principales condiciones para lograr buenos resultados en un proceso de internacionalización, radica en tener el control sobre un sistema de intercambio doble, es decir, se necesita contar con el apoyo local para asegurar la difusión e implementación de las tecnologías o modelos de gobierno propuestos, al tiempo que movilizar estas mismas redes para orientar el proceso en la dirección opuesta (Garth y Dezalay, 2017). La consigna del trabajo “colaborativo” fue llevada más allá del vínculo entre el sector público y privado establecido a través del INPROTUR, la CAT, la CIAPSA, para abarcar a un conjunto de actores que intervendrían desde distintos espacios para promover la movilidad por salud como “turismo médico” hacia la Argentina. “Para consolidar el turismo médico tenemos que estar todos unidos”¹², aludía el entonces Presidente de la CAT en la apertura del Segundo CITM de Buenos Aires, invitando a

¹¹ Representante de Agencia de viajes, 03/05/2018, entrevista presencial, Buenos Aires, Argentina.

¹² Ex Presidente de la CAT, 13/06/2017, II CITM de Buenos Aires, Argentina.

“cada una de las entidades” presentes en la audiencia del evento a sumarse a participar en el segmento.

Los distintos actores y entidades con injerencia en la temática fueron identificados en el Plan de Marketing de Turismo Médico (INPROTUR, 2014-2018) de acuerdo a su rol en el desarrollo de la industria y caracterizados, en el acto de apertura del II CTMI de Buenos Aires a través de la metáfora del “juego”. En el “turismo médico” en tanto juego, los “jugadores” son convocados a trabajar como un “equipo” en momentos específicos de lo que la MTA ha denominado “cadena de continuidad de atención” del “turismo médico”, que comprende diversas actividades desde que las personas seleccionan un servicio de salud y un destino y se desplazan, hasta que regresan a sus lugares de residencia. Según el Director Ejecutivo de la Cámara Costarricense de Salud (PROMED), entidad análoga a la “Cámara de Turismo Médico” de Argentina, actores que pertenecen al sector público en diferentes ámbitos y niveles de gobierno, participan “brindando diferentes tipos de apoyo” a la industria, que puede consistir en transferencia directa de dinero, inversión en acciones de promoción o apertura de oficinas comerciales en el exterior, apoyo a “misiones comerciales”, flexibilización en materia de regulaciones en políticas de migraciones y salud, entre otros.¹³

Hacia el interior del territorio nacional, el INPROTUR y la CIAPSA buscaron establecer vínculos principalmente con los sectores de turismo y de salud. El Ministerio de Salud fue percibido como un “actor clave en la generación de contactos entre instituciones médicas nacionales e internacionales para la derivación de pacientes” (INPROTUR, 2014-2018: 46). Con este propósito, la CIAPSA buscó su apoyo al mismo tiempo que intentó minimizar su participación o desmarcarse de este organismo como posible ente financiador de la atención de “turistas médicos”, argumentando que la CIAPSA busca “atraer al turista extranjero para dejar sus divisas” en la Argentina, mientras que el Ministerio de Salud “está en la trinchera y luchando para mejorar la salud de la población, no para hacer marketing”.¹⁴ A pesar de la pretensión de desmarcación con el Ministerio de Salud, este organismo estuvo presente en importantes eventos ligados al lanzamiento del “turismo médico”, entre los que se destacan la presentación de *Argentina Healthcare* en las instalaciones del Ministerio de Salud (2010) y el acto de presentación de la CIAPSA (2011). En estos espacios, el Ministro de Salud Juan Manzur refirió a la voluntad del Ministerio de Salud de apoyar el trabajo de la CIAPSA y “desarrollar con vigor el turismo médico” (Información pública y Comunicación, MSAL, 13/01/2011). Desde el discurso de los múltiples ventajas que traería este nuevo segmento para el crecimiento del país, el Ministerio de Salud otorgó legitimidad a la iniciativa turística remarcando los contenidos que el INPROTUR y la CIAPSA emplearon para visibilizar al “turismo médico” como un segmento con “un sinnúmero de beneficios colaterales” (*ibid.*).

Los entes gubernamentales locales de turismo, por otra parte, fueron el foco de atención de las asociaciones que el INPROTUR y la CIAPSA buscaron establecer. Según manifestó la coordinadora de “turismo médico” del INPROTUR durante una jornada llevada a cabo en marzo de 2014 en la ciudad de Rosario, el objetivo de acercarse a las ciudades consistió en “sentar en una misma mesa de trabajo” a quienes ya venían trabajando en turismo médico individualmente, “para coordinar ejes de acción e impulsar a las ciudades como polos receptivos de pacientes internacionales” (Documento del Ente de Turismo de Rosario, S/F). Los organismos locales de turismo que firmaron convenios

¹³ Director Ejecutivo de la Cámara Costarricense de Salud (PROMED), 31/08/2018, entrevista virtual.

¹⁴ Gerenta de la CIAPSA, 17/05/2018, entrevista virtual.

de colaboración con el Ministerio de Turismo de la Nación o la CIAPSA para desarrollar el “turismo médico” fueron: la Agencia Córdoba Turismo (octubre de 2014), el Ente Turístico de la ciudad de Rosario (marzo de 2015), el Ministerio de Turismo de Mendoza (octubre de 2015), el Ente de Turismo de la ciudad de Buenos Aires (agosto 2016), la Secretaría de Turismo de la provincia de Salta (2018). Independientemente de las especificidades que adquirió el trabajo en cada lugar, la articulación con las ciudades se vio fundamentada por las ventajas competitivas que las ubican, de acuerdo a los referentes de la industria, en lugares de excelencia para potenciar la llegada de “turistas médicos”.

Las/os referentes de los organismos locales de turismo que participan actualmente en el segmento, se unieron a la propuesta alegando las ventajas que genera el “turismo médico” y considerando la posibilidad que esta incorporación les brinda para visibilizar la ciudad en el espacio regional e internacional más amplio. En palabras de un funcionario de un organismo gubernamental de turismo, en ciudades que se caracterizan por ser “destinos turísticos en desarrollo emergente”, el “turismo médico” constituye un producto que “le da valor agregado a un destino”.¹⁵ Como ha analizado Sassen (1995), en ciudades que se encuentran inmersas en un proceso de “reescalamiento”, algunas/os de sus residentes se comprometen en los procesos de reestructuración por los que pasan las localidades, considerando que es posible transformar el posicionamiento escalar del lugar en el que viven. La intervención de los organismos locales de turismo en el segmento fue caracterizada como “la colaboración en la promoción para el posicionamiento”¹⁶ y las actividades que realizaron consistieron, fundamentalmente, en la promoción del “turismo médico” en eventos en las ciudades, la coordinación de visitas técnicas con operadores de turismo y viajes de familiarización con periodistas extranjeros con el fin de mostrarles los servicios que ofrecen las instituciones de salud asociadas a la CIAPSA y los “atractivos turísticos” en cada ciudad, la edición de folletería, el auspicio de acciones a través de logos institucionales y la participación de referentes locales en congresos internacionales de “turismo médico” de Buenos Aires. Como parte de un proceso de “formación”, las/os actores locales participaron en jornadas y seminarios de capacitación con “facilitadores”, aseguradoras, instituciones de salud y operadores turísticos. Además del apoyo logístico, los costos económicos que los organismos locales de turismo asumieron frente al desarrollo de ciertas actividades, les permitieron a la CIAPSA y al INPROTUR concretar muchas de las acciones de promoción y búsqueda de posicionamiento internacional.

Para potenciar esfuerzos dirigidos a “captar pacientes internacionales”, surgieron ámbitos de coordinación a partir de las acciones de los propios actores, entendidos como “escalas emergentes” (Xiang, 2013), tanto hacia el interior de las ciudades de algunas provincias argentinas, como la Junta Promotora de Turismo Médico de Rosario y los grupos *Mendoza Healthcare* y *Córdoba Healthcare*, y entre representantes de sectores y organismos de países de la región, constituidos en la *Red Latinoamericana de Turismo Médico*. Transcurridos pocos meses de la firma del convenio de colaboración entre la CIAPSA, el INPROTUR y el Ente de Turismo de Rosario, en julio de 2015 se firmó un acuerdo público-privado de constitución de la *Junta Promotora de Turismo Médico de Rosario* (JPTMR), con “la intención de concretar una gestión coordinada y una forma asociativa de Turismo Médico” (Informe de Turismo Médico, Rosario). A su vez, los acercamientos producidos en este espacio dieron lugar a la discusión de nuevas líneas de

¹⁵ Funcionario de ente local de turismo, 14/06/2018, entrevista virtual.

¹⁶ Coordinadora del segmento “Turismo Médico” de un ente local de turismo, 4/05/2018, entrevista presencial, Argentina.

acción, como la vinculación entre la Secretaría de Turismo local y la JPTMR con la *Cámara de Comercio Italiana de Rosario*. Esta iniciativa surgió a partir de que la Cámara de Comercio Italiana realizara un diagnóstico sobre la demanda de residentes italianos/as por tratamientos estéticos, de bienestar y de medicina reproductiva en la ciudad de Rosario y, un operador turístico local formalizara este interés inicial en el proyecto *Med in Italy*, que contempló diferentes “módulos” de servicios médicos, combinados con ofertas turísticas de la ciudad.

Los grupos *Mendoza Healthcare* y *Córdoba Healthcare* constituyen, por su parte, dos *clusters* de salud conformados a partir del apoyo de entidades gubernamentales y privadas nacionales como la Agencia Argentina de Inversiones y Comercio Internacional (Ex Fundación ExportAr), la Fundación ICBC, Fundación del Banco HSBC, y provinciales, como la Fundación ProMendoza y la Agencia ProCórdoba. ProMendoza y ProCórdoba constituyen organismos públicos y privados que operan como complemento al trabajo que realizan en el espacio nacional la ex Fundación ExportAr, cuyo formato ha sido adaptado a menor escala. De acuerdo al referente del producto “turismo médico” de la Agencia ProCórdoba, el tipo de apoyo que este tipo de agencias ofrecen a los *clusters* se centra en tres aristas: el pago de un porcentaje del pasaje aéreo y del alojamiento a un representante por empresa en caso de querer asistir a una feria internacional; la atracción de compradores del exterior, la organización de misiones comerciales en mercados específicos luego de la participación en las ferias internacionales de salud; y el pago de un porcentaje de los honorarios de un coordinador de estos grupos durante dos años.¹⁷

Para algunas/os integrantes del *cluster*, la conformación de este grupo les permitió no sólo potenciar las pequeñas empresas a nivel local, sino diferenciarse de las grandes compañías de salud de Córdoba y también de la CIAPSA. La necesidad de diferenciación y al mismo de tiempo de colaboración y complementariedad, puede comprenderse atendiendo a que, en el sector de la producción de bienes y servicios, la idea del “asociativismo” es empleada como mecanismo de “cooperación” mediante el cual las empresas en competencia se unen para realizar acciones conjuntas que les permiten enfrentar las dificultades que supone sobrevivir en un mercado cada vez más exigente (Saavedra García, et. al., 2012). De acuerdo a uno de los funcionarios que acompañó el proceso de la firma del convenio del *cluster* de Córdoba, frente a la “magnitud” del mercado y la “variedad” de prestaciones de “turismo médico” para ofrecer, los actores que integran el *cluster* tratan de ser “complementarios y no competidores”, dado que “en el asociativismo creen firmemente”.¹⁸

Las instituciones argentinas participan de un juego de colaboración y competencia entre ellas para promover la movilidad por “turismo médico” hacia el país y de colaboración y competencia con otros posibles países-destinos de “turismo médico” en la región latinoamericana y en el escenario internacional.¹⁹ En esta dirección, las instituciones de salud nucleadas en la CIAPSA se vincularon con otros países de la región para potenciar sus esfuerzos en el crecimiento del segmento por medio de la *Red Latinoamericana de*

¹⁷ Funcionario Agencia ProCórdoba, 22/05/2018, entrevista presencial, Córdoba, Argentina.

¹⁸ Funcionario de ente local de turismo, 21/09/2017, entrevista presencial.

¹⁹ De acuerdo al representante de una Agencia de Turismo de la comisión Directiva de la CIAPSA: “Es importante entender que competimos en Latinoamérica con países como Colombia, Chile y creo que en los últimos años todos fuimos profesionalizándonos en la oferta del turismo médico (...) Ésta es una oportunidad de negocios. Cuantos más seamos, la incidencia de Argentina con turismo médico va a ser más alcanzable y competir con países que tal vez tienen ventajas sobre nosotros (II CTMI, 13/06/2017, Buenos Aires).

Turismo Médico, conocida como “Red LA”. Actualmente la “Red LA” se encuentra conformada por representantes de Argentina, Costa Rica, Cuba, México, Colombia y es caracterizada por el Director de la Cámara de Salud de Costa Rica, considerado el precursor de la Red, como un espacio “informal” que sirve como “red de contactos” entre instituciones “hermanas” para que los países logren cumplir con la “responsabilidad de ofrecer la mejor atención para los pacientes internacionales”, “proteger la imagen de cada uno de los países” y “unirse” frente a los “recursos limitados” que los países tienen para “promocionar sus negocios”.²⁰ Como puede observarse, en la industria del “turismo médico” la lógica del “asociativismo”, en línea con el lema “asociación significa negocio” (MTA, 2016-2017), es puesta en juego para generar las condiciones necesarias, tanto hacia el interior del país como en el contexto regional, que permitan lograr determinado posicionamiento en el escenario internacional.

Dentro de los “jugadores” que conforman la industria del “turismo médico”, el “facilitador” es considerado clave por su rol en la canalización de diferentes tareas que convergen en la misión de *promover* y *facilitar* la movilidad, no sólo de *personas*, sino de *información* y *contactos*. Las/os “facilitadoras/es” actúan “conectando” a pacientes, clínicas y hospitales, empresas de salud o de turismo, por medio de complejas arquitecturas que ondulan entre los espacios físico y digital. En otras palabras, promueven diferentes modalidades de interacciones a partir de redes desterritorializadas y transfronterizas y de localizaciones específicas, entre las que sobresalen las ciudades y, en especial las ciudades globales o aquellas con funciones de ciudad global (Sassen 1995, 2003). Una de las tareas que definiría la función del facilitador es, en términos generales, la práctica de “enviar pacientes”, de servir de “puente” entre “compradores” y “proveedores” de atención sanitaria. En este sentido, la figura del “facilitador” es heterogénea y abarca a una diversidad de actores. En la industria del “turismo médico” en la que se insertan la CIAPSA y el INPROTUR, miembros de diferentes agencias de viaje, oficinas de gestión de servicios internacionales de salud, aseguradoras internacionales, se identifican a sí mismos como “facilitadores”. Algunos facilitadores operan de manera “remota”, “vendiendo paquetes de turismo médico” y “facilitando todo” el proceso de movilidad por salud a extranjeras/os que seleccionan instituciones médicas argentinas de manera virtual.²¹

Los “facilitadores” a su vez interactúan entre ellos en diferentes instancias del proceso de movilidad por salud y, de acuerdo a su especificidad, se encargan de “derivar” o “receptar” a las/os “turistas médicos”, vincularlos con prestadores del servicio o establecer el nexo entre Estados, compañías aseguradoras, empresas de medicina prepaga y las clínicas de destino. Desde la figura de “oficinas de gestión” enclavadas en los países “derivadores” de “turistas médicos”, algunos grupos analizan diferentes destinos para “enviar” a sus residentes y otras trabajan exclusivamente para instituciones del país a las que éstos arribarían. Este es el caso de una agencia de viajes que trabaja en coordinación con la oficina de pacientes internacionales que abrió uno de los hospitales asociados a la CIAPSA en una ciudad de Buenos Aires, y que se dedica exclusivamente a desarrollar el servicio de “asistencia al viajero” para las/os “pacientes internacionales” que llegan al hospital. Desde el servicio de “asistencia al viajero” y la “oficina de pacientes internacionales” se articulan acciones con otra oficina de gestión internacional con sede

²⁰ Director Ejecutivo de la Cámara Costarricense de Salud (PROMED), 31/07/2018, entrevista virtual.

²¹ Facilitadora de “turismo médico”, 14/06/2017, entrevista presencial, Buenos Aires, Argentina.

en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, que trabaja de “nexo” entre familias bolivianas y el hospital.²²

Conclusiones

El surgimiento de la figura del “turismo médico” como objeto de gobierno en la Argentina desde mediados de la década de 2010, tuvo lugar a partir de que la *movilidad por salud* fue percibida por actores pertenecientes a organismos gubernamentales de turismo y sectores del turismo y de la medicina privada como una oportunidad de negocios, e impulsada y alentada por el desarrollo de una industria montada alrededor de este fenómeno en el ámbito internacional. El apoyo del Estado al sector privado para la promoción del “turismo médico” y la participación simultánea de los impulsores de este segmento en los sectores estatal y privado y en los espacios nacional e internacional, resultaron ser elementos centrales para la comprensión de las acciones que articularon las instituciones intervinientes en el espacio local en la búsqueda de internacionalización de este nuevo segmento.

Las prácticas implementadas por las organizaciones internacionales “líderes” en “turismo médico” (que incluyeron desarrollo de programas de entrenamiento y capacitación en el tema para grupos y países, creación de estándares internacionales de calidad y de instituciones acreditadoras, organización de eventos, producción de datos y de índices globales sobre “turismo médico”), y las iniciativas llevadas a cabo por los promotores del segmento en la Argentina (tales como firmas de convenios de colaboración con organismos locales de turismo, desarrollo de eventos nacionales para la promoción y búsqueda de adhesión al segmento, acciones de capacitación hacia el interior del país, articulación con redes regionales, entre muchas otras), estuvieron dirigidas a alcanzar la *legitimidad* necesaria para consolidar y expandir el “turismo médico” y revelaron como uno de sus componentes claves, el trabajo de *articulación* que requiere ser realizado en distintas direcciones para lograr este propósito.

Bajo este cometido, las múltiples y heterogéneas asociaciones y alianzas que estos actores produjeron, se han visto dirigidas a incorporar y ampliar las herramientas necesarias para favorecer y acelerar los procesos de movilidad por salud de los denominados “turistas médicos” y, en este sentido, ampliar sus oportunidades de negocios. La descripción y el análisis detallado de la diversidad de prácticas de asociación y articulación entre actores ubicados en distintos espacios, ha permitido advertir modos a través de los que se materializan en formas y localizaciones concretas, la conectividad y el desplazamiento de personas, capital, conocimientos e información a través de las fronteras (Sassen, 2003) y, en esta línea, amplía las posibilidades de comprensión de la función *productiva* de las fronteras en tanto “artefactos cruciales de articulación” para la circulación del capital y no sólo para la detención del movimiento (Mezzadra y Neilson, 2017: 318). En este sentido, el “turismo médico” emerge como una figura con menores posibilidades de ser controlada y vigilada, es decir, como un contrapunto o contraste posible de las iniciativas políticas dirigidas a contener y restringir la movilidad por salud, mayormente exploradas en la literatura académica.

Desde una aproximación socioantropológica este artículo ha pretendido ofrecer elementos que contribuyan al análisis crítico de los procesos de producción de categorías

²² Representante de “Oficina de Gestión Administrativa de pacientes” de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, 15/06/2018, entrevista virtual.

estatales a partir de las cuales las personas en situación de movilidad son interpeladas, mediante una aproximación a los “efectos de legibilidad” (Trouillot, 2001) que las políticas estatales y no estatales de regulación de la movilidad y la migración por salud generan en los sujetos que estas mismas políticas ayudan a producir. La categoría *movilidad por salud* puede resultar útil para abrir nuevas líneas de indagación a partir del cruce de diferentes dimensiones de las políticas de migración y de turismo en una búsqueda por acceder a la complejidad, heterogeneidad y diversidad de mecanismos, prácticas, actores y espacios que intervienen en los procesos de control y regulación de la movilidad y las fronteras en sus encuentros con la salud.

Bibliografía

AIZENBERG, Lila; RODRÍGUEZ, María Laura; CARBONETTI, Adrián. Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. *Migraciones Internacionales*, V.8, n.1, p. 65-94, 2015.

ALSHARIF, Mohd Jamal; LABONTÉ, Ronald and LU, Zuxun. Patients beyond borders: A study of medical tourists in four countries. *Global Social Policy*. V. 10, n. 3, p. 315-335, 2010.

BAGADIA, Nishant. The Western ‘seal of approval’: advanced liberalism and technologies of governing in medical travel to India. *International Journal of Behavioural and Healthcare Research*. V.2, n.1, p. 85-110, 2010.

CAGGIANO, Sergio. Madres en la frontera: género, nación y los peligros de la reproducción. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*. N. 27, p. 93-106, 2007.

CAPANEGRA, César Alejandro. La política turística en la Argentina en el siglo xx. *Aportes y Transferencias*. V.1, p.43-61, 2006.

CERRUTTI, Marcela. *Salud y Migración Internacional: Mujeres Bolivianas en la Argentina*. Buenos Aires: CENEP; UNFPA, 2010. 143, p.

COURTIS, Corina; LIGUORI, Gabriela.; CERRUTTI, Marcela. *Migración y salud en zonas fronterizas. El Estado plurinacional de Bolivia y la Argentina*. Santiago: CEPAL, 2010. 83, p.

CONNELL, Jonh. Medical tourism: sea, sun, sand and .surgery. *Tourism Management*, 27, p. 1093-1100, 2006.

_____. Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Management*. N. 34, 1-13, 2013.

DEZALAY, Yves y GARTH, Bryan. *Sociología de la internacionalización*. Edición a cargo de HATHAZY, Paul. Córdoba: Editorial Universitaria Villa María, 2017. 266, p.

DOMENECH, Eduardo y PEREIRA, Andrés. Estudios migratorios e investigación académica sobre las políticas de migraciones internacionales en Argentina. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*. N.58, p. 83-108, 2017.

GLINOS, Irene, BAETEN, Rita, HELBLE, Matthias, and MAARSE, Hanse. A typology of cross-border patient mobility. *Health and Place*. N. 16, p. 1145-1155, 2010.

GOODRICH, Jonathan. The Relationship Between Preferences for and Perceptions of Vacation Destinations: Application of a Choice Model. *Journal of Travel Research*. V.17, n. 2, p.8-13, 1978a.

_____. A New Approach to Image Analysis through Multidimensional Scaling. *Journal of Travel Research*. V.17, n.4, p.3-7, 1978b.

_____. Socialist Cuba: A Study of Health Tourism. *Journal of Travel Research*. V.32, n.1, p. 32-41, 1993.

GOODRICH, Jonathan and GOODRICH, Grace. Health-care tourism. An exploratory study. *Tourism Management*. V.8, n.3, p. 217-222, 1987.

HOPKINS, Laura; LABONTÉ, Ronald.; RUNNELS, Vivien; and PACKER, Corinne. Medical tourism today: What is the state of existing knowledge. *Journal of Public Health Policy*. V.31, n.2, p.185–198, 2010.

JELIN, Elizabeth. (ed.) (2006). *Salud y Migración Regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. Buenos Aires: IDES.

LANFANT, Marie-Françoise. Introducción. El turismo en el proceso de internacionalización. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*. V.32, n. 1, p. 15-45, 1980.

LENG, Chee Heng and WHITTAKER, Andrea. Why Is Medical Travel of Concern to Global Social Policy? (Guest Editors. Introduction to the Special Issue). *Global Social Policy*. V.10, n.3, p.287–291, 2010.

MEZZADRA, Sandro y NEILSON, Brett. *La Frontera como método o la multiplicación del trabajo*. Traficantes de sueños. Traducción: Verónica Hendel, 2017.

ORMOND, Meghann and SULIANTI, Dian. More than medical tourism: Lessons from Indonesia and Malaysia on South- South intra-regional medical travel. *Current Issues in Tourism*. P. 1-18, 2014.

ORMOND, Meghann and KASPAR, Heidi. Medical travel/tourism and the city. In: VOJNOVIC, Igor; PEARSON, Amber; ASIKI, Gershim; DEVERTEUIL, Geoff ALLEN, Adriana (Eds). *Global Urban Health*. Abingdon: Routledge, 2019.

SAAVEDRA GARCÍA, María Laura; MOLINA, Fernando; BERNAL DOMINGUEZ, Deyanira. El asociativismo como estrategia para enfrentar a un mercado cada vez más competitivo: un estudio de caso de las pequeñas empresas farmacéuticas. *Revista de la Facultad de Ciencias Contables*. V.20, n.38, p.189-205, 2012.

SASSEN, Saskia. La ciudad global: una introducción al concepto y su historia. *Brown Journal of World Affairs*. V.11, n.2, p.27-43, 1995.

_____. Contracartografías de la globalización. Género y ciudadanía en los circuitos transfronterizos. Madrid: Traficantes de Sueños, 2003. 150, p.

SCHENKEL, Erika y ALMEIDA GARCÍA, Fernando. La política turística y la intervención del Estado. El caso de Argentina. *Perfiles Latinoamericanos*. V.23, n.46, p.197-221, 2015.

TROUILLOT, Michel-Rolph. La antropología del Estado en la era de la globalización. Encuentros cercanos de tipo engañoso. *Current Anthropology*. V. 42, n. 1, 2001.

VINDROLA-PADRÓS, Cecilia. A Cautionary Tale: The ‘New’ Medical Tourism Industry in Argentina”. *Somatechnics*, pp. 69–87, 2015.

_____. *Critical Ethnographic Perspectives on Medical Travel*. Bosa Roca, United States: Taylor & Francis Inc. 2019. 162, p.

WHITTAKER, Andrea; MANDERSON, Lenore; CARTWRIGHT, Elizabeth. Patients without Borders: Understanding Medical Travel. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*. V. 29, n. 4, p. 336-343, 2010.

XIANG, Biao. Multi-Scalar Ethnography: An Approach for Critical Engagement with Migration and Social Change. *Ethnography*. V.14, n.3, p.282–99, 2013.

Fuentes Documentales

Reporte Anual, Medical Tourism Association (MTA), 2015-2016.

Manual Global Healthcare Accreditation, Elevando el estándar del Turismo Médico. S/F.

Reporte de Sustentabilidad, Instituto Nacional de Promoción Turística (INPROTUR), 2017.

Plan de Marketing de Turismo Médico, Instituto Nacional de Promoción Turística (INPROTUR), 2014-2018.

Manzur: “Queremos posicionar al país como un destino de excelencia en turismo médico”. *Información Pública y Comunicación, Ministerio de Salud Argentina*. 13 enero 2011. Disponible en:

http://www.msal.gob.ar/prensa/index.php/mapa/images/stories/revista-argentina-salud/revista-pdf/as_numero_6.pdf. Fecha de consulta: 16 mayo 2018.

Documento de Actividades en Turismo Médico, Ente de Turismo de Rosario, S/F.