

Seguros de gastos médicos asociados al turismo médico en México: los sistemas de salud y la apertura comercial

*Julieta Guzmán Flores**

Recepción: 8 de enero de 2018 / Aceptación: 18 de abril de 2018

Resumen Una parte de la población de origen mexicano que vive o trabaja en Estados Unidos ha sido beneficiada con el pago de los costos de los servicios médicos obtenidos en México a través de terceros pagadores. Algunos acuerdos regulatorios entre ambos países han hecho posible que el mercado de seguros médicos privados internacionales ofrezca opciones de reembolso, y que en el caso de los esquemas transfronterizos se obtengan primas de seguros, deducibles y copagos más baratos. El objetivo de este artículo es explorar y discutir las circunstancias de los sistemas de salud y de apertura comercial que posibilitan el turismo médico entre México y Estados Unidos, que involucra a las compañías aseguradoras y a los gobiernos. Como metodología, se utiliza la revisión narrativa de la literatura con la finalidad de sintetizar las principales áreas de debate identificadas en textos recuperados mediante búsquedas en bases de datos. Los resultados muestran el panorama del sistema de salud del mercado estadounidense, que permite la existencia de planes de seguros médicos internacionales vinculados al turismo médico y el funcionamiento de planes de salud transfronterizos en México. Las conclusiones versan sobre el aparente control unilateral de Estados Unidos, las limitaciones y las altas posibilidades de expansión del mercado de seguros de gastos médicos privados internacionales y transfronterizos. Desde el enfoque del turismo médico mexicano, el debate se centra en

.....

* Profesora investigadora del Departamento de Estudios Regionales-Ineser del Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México. julieta.guzman@cucea.udg.mx.

los retos que este enfrenta con la apertura comercial de hace dos décadas: la integración a la calidad de los servicios de salud y la seguridad del turista médico.

PALABRAS CLAVE: seguros de gastos médicos privados, turismo médico, TLCAN, Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS).

Insurance of private medical expenses associated with medical tourism in Mexico: the health systems and trade opening

Abstract A considerable number of the people of Mexican origin living or working in the United States have benefited from having some of the costs of medical services obtained by them in Mexico paid for by third-party payers. Regulatory agreements between the two countries have made it possible for the international private health insurance market to offer reimbursement options and, in the case of cross-border schemes, for customers to obtain cheaper insurance premiums, deductibles and co-payments. The objective of this article is to explore and discuss the circumstances of the removal of barriers in trade and the provision of health services that has made medical tourism possible between Mexico and the United States, with the involvement of insurance companies and governments. The methodology adopted is to conduct a narrative literature review and synthesize the main areas of debate identified in texts recovered from searches in the databases used. The results of this study provide a view of the US health service market which allows international medical insurance plans linked to medical tourism and the operation of cross-border health plans in Mexico to function. The conclusions address the apparently unilateral control of this part of the market by the United States, its limitations and the high possibilities there are for expansion of international and cross-border insurance. With regard to Mexican medical tourism debate is focused on the challenges that trade opening has brought for two decades: the need for quality health services to be integrated into the care provided and to ensure the safety of medical tourism for those who are US residents.

KEY WORDS: private medical expenses insurance, medical tourism, NAFTA, GATS.

Introducción

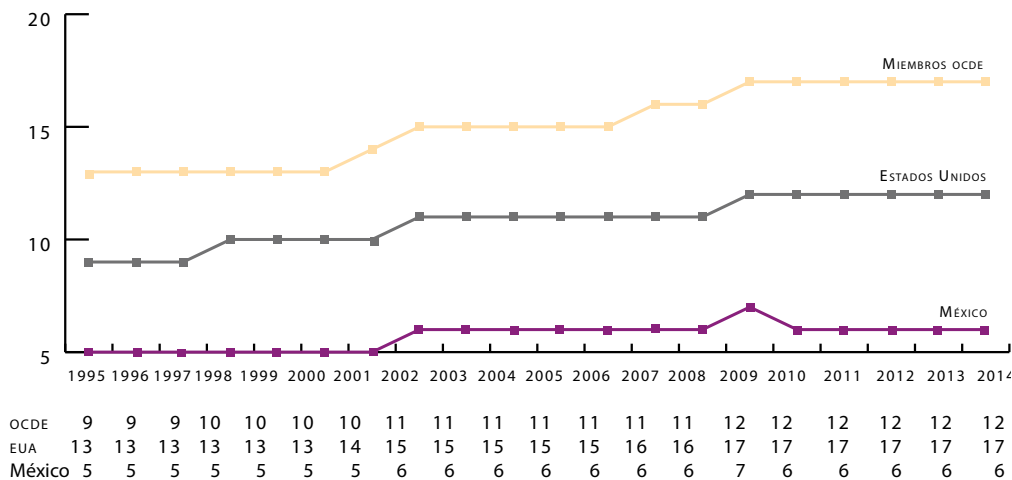
El enfoque neoliberal de mercado supone que el turismo médico es resultado de acuerdos multilaterales para la liberalización del comercio de los servicios de salud, que se asocia con el rol que juega el gobierno como regulador y promotor de la salud privada (Blouin *et al.*, 2006; Ormond *et al.*, 2014).

El turismo médico, además de tener destinos multidireccionales, se relaciona con la migración de retorno de mexicanos desde Estados Unidos; los viajeros médicos son, por ejemplo, la población de origen mexicano en ese país (Connell, 2013, 2016). Una gran parte del turismo médico en México procedente de Estados Unidos son las visitas médicas de inmigrantes que retornan a su lugar de origen, muchas veces por motivos familiares, por una emergencia o porque no pueden posponer más la atención médica (Bergmark *et al.*, 2010; Wallace *et al.*, 2009; Horton y Cole, 2011). El turismo médico se refiere al uso de los servicios médicos y hospitalarios en el extranjero (Connell, 2013). Las cifras más conservadoras de diversos estudios empíricos incluyen también el llamado turismo médico *diaspórico*, pero excluyen de sus estimaciones los cruces médicos fronterizos, el turismo de bienestar y las visitas médicas de los retirados extranjeros que ya son residentes (Connell, 2013; Woodman, 2008).

Los factores con mayor influencia en un viaje médico son la falta de un seguro médico y el subaseguramiento o la cobertura limitada en el país de origen. La tenencia de seguros de gastos médicos con opción internacional, en cambio, puede empoderar al paciente para que compre un producto más barato o compensar un vacío nacional (Reisman, 2010). Existen iniciativas como Blue Cross/Blue Shield, Sistemas Médicos Nacionales, S.A. de C.V. (SIMNSA) y Medi-Excel, S.A. de C.V., que ofrecen cobertura en México a través de planes de seguros; oferta relativamente pequeña para los grandes problemas que enfrenta la población de origen mexicano en Estados Unidos, entre ellos las brechas de cobertura, que tienen que ver con costos elevados, acceso inadecuado y protección a la salud insuficiente. Para entender cómo se ha conformado esta oferta de seguros de gastos médicos mayores con estos servicios en México es necesario hacerse la siguiente pregunta: ¿bajo qué circunstancias regulatorias y de apertura comercial se han concertado los actuales planes de seguros de gastos médicos privados que incluyen proveedores médicos mexicanos en sus carteras?

Las palabras clave fueron determinadas tras una amplia búsqueda inicial de literatura. En primer lugar, se identificaron las variables para proporcionar un enfoque estructurado, y posteriormente se buscó la literatura en las bases de datos. En segundo lugar, se seleccionó, discutió y evaluó la información por secciones, tomando en cuenta que hiciera referencia a las condiciones y tendencias relevantes que asocian el turismo médico y los seguros de gastos médicos con la cobertura en el extranjero, amén de que reseñara a la población de origen mexicano que reside en Estados Unidos y que fuese una investigación teórica o empírica y no una opinión. La metodología empleada consistió en una revisión de la literatura que incluyera palabras clave de Medical Subject Headings (MESH). La búsqueda se realizó

GRÁFICA 1. Gasto público en salud en México, Estados Unidos y países miembros de la OCDE como porcentaje del PIB (1995-2014)



Fuente: Elaborado con datos del Banco Mundial.

el 12 de noviembre de 2017. Las bases de datos usadas fueron Medline, PubMed, Ebsco e ISI Web of Knowledge.

En la primera sección de este artículo se identifica el contexto de los sistemas de salud y de mercado, con énfasis en México y Estados Unidos. En la segunda se analizan las tendencias de los acuerdos multilaterales y bilaterales en cuanto a la liberación del comercio de los servicios de salud. Posteriormente se define el concepto de turismo médico y se discuten los seguros de gastos médicos en dos subsecciones, referentes a los seguros de gastos médicos mayores con opción internacional y los seguros transfronterizos.

El contexto de los sistemas de salud mixto y de mercado

Estados Unidos posee el gasto en salud per cápita más alto entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE); según el último reporte del Banco Mundial, representó 17.1 % de su producto interno bruto (PIB) per cápita (gráfica 1). De acuerdo con un informe del Instituto Global McKinsey (Ehrbeck *et al.*, 2008), Estados Unidos no solo gasta más dinero en administrar la atención a la salud, también son altos los costos de consultas con el médico, los procedimientos y la compra de medicamentos. Su sistema de salud funciona como un esquema de mercado que, lejos de hacer más eficiente la atención sanitaria, ha elevado sustancialmente los costos de primas,

deducibles y copagos. A través de acuerdos con organizaciones del extranjero, las aseguradoras privadas nacionales o las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) pueden lograr ahorros en las primas, una gama más amplia de servicios médicos y seguro para sus dependientes (Horowitz *et al.*, 2007). De los países miembros de la OCDE, únicamente Canadá, Estados Unidos, Alemania, Austria, Bélgica, España y Luxemburgo ofrecen un seguro médico público que cubre casos de emergencia médica en el extranjero. Cuando se trata del Medicare, algunas veces se pueden recibir los servicios de salud en México o Canadá.¹ El seguro de salud público en ningún país miembro de la OCDE cubre los servicios médicos electivos. Medicare, cuyo pilar son los adultos mayores, cubre los servicios hospitalarios en el extranjero cuando no se trata de emergencias y únicamente si las personas adscritas se encuentran más próximas a estos servicios médicos que el hospital más cercano de Estados Unidos. Algunas categorías del seguro complementario del Medicare, denominado Medigap, cubren gran parte de la atención de emergencia en el extranjero durante los primeros dos meses del viaje. La lógica obedece también a que los residentes retirados en México no son considerados turistas médicos, sino como pacientes internacionales.

La interacción entre el sistema de salud del país y el seguro de gastos médicos tiene mucho que ver con los rezagos en el intercambio de servicios de salud, ya que depende de ciertas características, como el régimen regulatorio, los mecanismos y las medidas de política comercial (Díaz-Benavides, 2002). En Chile, por ejemplo, existe una alta participación del seguro privado. El mismo caso es para Estados Unidos, donde la principal fuente de cobertura son los seguros de salud privados, ya que estos se ofrecen como seguro de salud «obligatorio» (Barrientos y Lloyd-Sherlock, 2000).

Aunque la atención administrada puede ser una manera eficaz de controlar el gasto en salud pública, la elección del consumidor es limitada (Stocker *et al.*, 1999: 1132). Las HMO entraron en el mercado de América Latina por la recompensa financiera, y la calidad y atención preventiva en esta modalidad ha deteriorado aún más la situación de vulnerabilidad de grupos con los copagos obligatorios.

El sistema de salud de Estados Unidos está basado en los principios de *administración gerenciada* de las HMO estadounidenses. Básicamente son programas de prepago de los seguros de salud privados y no existe un seguro médico universal; quienes pueden optar por

.....

¹ Estados Unidos aprobó la Ley de Responsabilidad de Seguros de Salud y de Portabilidad (HIPAA, por sus siglas en inglés) en 1996 para proteger las historias clínicas de los individuos y los datos relacionados con la atención de salud otra.

un servicio médico gubernamental como *Medicaid* son personas con muy pocos recursos económicos, los calificados como pobres. En los sistemas de salud públicos y mixtos, en cambio, los seguros de salud privados son complementarios (cubren copagos/deducibles) y suplementarios (lo que no está cubierto) (Drechsler y Jütting, 2007).

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (*Patient Protection and Affordable Care Act*, P P A C A) o el *Obamacare* han simplificado para los consumidores el uso de métricas de calidad en la compra de un seguro de salud y les ha dado mayor transparencia. El P P A C A redujo el rezago de falta de cobertura cuando el número de personas sin seguro pasó de 54 a 23 millones en 2011 (Cortez, 2011). La situación opuesta es que la distribución de los residentes estadounidenses en el área fronteriza entre Estados Unidos y México es diferente de la del país: casi la mitad (47 %) no cuentan con seguro, 23 % tienen un seguro patrocinado por el empleador, 12.1 % tienen *Medicare* (en su mayoría son retirados o con problemas graves de salud y discapacitados), 6.1 % se autoaseguró y 5 % tiene *Medicaid* (población con ingresos por debajo del umbral de la pobreza).

En México, con un sistema de salud mixto, los seguros de salud privados tienen una baja participación, ya que funcionan como alternativa privada para la cobertura pública universal (cuadro 1). Las familias y empresas mexicanas tienen que hacer un pago doble: por un lado, se tiene la obligación de cubrir las cuotas de la seguridad social; por el otro, se debe pagar la prima de un seguro privado si se desea contar con la protección de seguros de salud y médicos (Cásares, 2014).

El mercado de los seguros médicos privados de los países miembros de la O C D E es operado por diferentes tipos de aseguradoras, y existen variantes que caracterizan a los seguros de salud privada en cada país. En Estados Unidos, por ejemplo, hay gran número de compañías de seguros cuya movilidad de asegurados es mínima; en el país operan una variedad de aseguradoras con y sin fines de lucro (Colombo y Tapay, 2004). En Canadá y México las aseguradoras que dominan el mercado son las comerciales no especializadas, y en Europa en general son las mutualidades de previsión social y sin ánimo de lucro.

En un estudio de la consultora McKinsey&Company (Singhal *et al.*, 2016) se analiza el desarrollo de los mercados de seguros de gastos médicos, con énfasis en la manera como la regulación del seguro médico en cada país establece el marco para el desarrollo y crecimiento del mercado. De ahí surgen opciones estratégicas que diseñan y eligen a los pagadores privados (aseguradoras), que pueden ser desde pagos por accidentes, seguros suplementarios, planes de *administración gerenciada* o indemnización total. Otros solo reembolsan al paciente en su país, y otros más buscan cubrir alternativas internacionales, parciales o totales.

CUADRO 1. Participación porcentual del financiamiento de los seguros de salud privados en el total de gasto en salud (2009-2013)

Año	2009	2010	2011	2012	2013
Alemania	9.4	9.4	9.5	9.4	9.3
Canadá	13.1	12.8	13.0	13.1	13.2
Chile	19.7	19.5	19.5	19.9	20.0
Estados Unidos	35.3	35.1	35.3	35.3	34.9
México	3.9	4	4.2	4.1	4.2

Fuente: OECD (2015).

Las compañías pueden ofrecer reembolsos siempre y cuando los proveedores de servicios de salud estén autorizados, como ocurre en Alemania. En Estados Unidos las aseguradoras colaboran con terceros administradores, que pueden dar preferencia a los clientes para que puedan tener acceso a algunos proveedores (Singhal *et al.*, 2016: 16).

En ciertos sistemas de salud públicos o mixtos (públicos y privados) los pacientes realizan copagos en el tratamiento o la hospitalización, o bien hacen gastos con sus propios recursos para medicinas no cubiertas (Drechsler y Jütting, 2007; Stocker *et al.*, 1999). Es notorio que los gastos de las primas varían de un país a otro (cuadro 2), sobre todo en Estados Unidos, que desde hace más de una década presenta una escalada de costos en los servicios profesionales y de hospitalización como reflejo de la adquisición de tecnología de vanguardia y de los seguros de responsabilidad civil o de negligencia médica.

CUADRO 2. Gasto de seguro de salud privado per cápita, en dólares al precio de paridad de compra (2009-2013)

Año	2009	2010	2011	2012	2013
Australia	292.2	296.9	309.8	342.5	..
Canadá	537.3	542.5	551.9	564.6	572.5
Chile	225.6	237.7	265.2	293.4	321.4
Francia	505	525.5	556	563	573
Alemania	389.7	408.7	430.5	441.3	449.3
México	36.1	37.4	40.8	42.5	44.5
Holanda	282.9	281.8	312.1	319.2	304.4
Reino Unido	103.5	100.2	111.4	119.7	113.6
Estados Unidos	2,715.6	2,787.4	2,886.4	2,981.1	3,042.2

Fuente: OECD (2015).

Los costos de salud en Estados Unidos son elevados, y eventualmente incontrolables. De acuerdo con el *Milliam Medical Index*, los costos de salud de una familia de cuatro miembros se ha triplicado en quince años al pasar de 8 414 dólares anuales que se pagaban en 2001 a un promedio de 25 826 dólares anuales en 2016.

Youngman (2012) estimó que los costos de bolsillo (por ejemplo, deducibles y copagos) de los estadounidenses en 2021 como parte de la prima total representarán 50 % de los ingresos del hogar y en 2033 superarán los ingresos medios de las familias. Si se suman los gastos de bolsillo a los costos de la prima, en 2018 se superará el umbral del 50 % de los ingresos del hogar. Estados Unidos muestra mayor sensibilidad a la ventaja del precio en México, frente al rápido y constante aumento que este presenta; por ello, muchas veces los empleadores de este país están dispuestos a elegir planes más amplios y a pagar costos menores con planes grupales autoadministrados para tratamientos en el extranjero (Reisman, 2010).

Acuerdos multilaterales y bilaterales

para la liberalización del comercio de los servicios de salud

La legislación internacional sobre el comercio y los servicios de salud se desprende de la Organización Mundial del Comercio (OMC), y para alcanzar una mayor liberalización del comercio de servicios se establece el Acuerdo General sobre Comercio de Servicios (*General Agreement on Trade in Services*, GATS) (Blouin *et al.*, 2006; WTO, 2013) y a nivel regional el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN).

El GATS entró en vigor en enero de 1995 y su objeto es extender el sistema multilateral de comercio a los servicios en condiciones de transparencia y liberalización progresiva; además, es visto como medio para promover el crecimiento económico de los socios comerciales y el desarrollo económico de los países subdesarrollados (WTO, 2013). Todos los miembros del TLCAN son signatarios de la OMC. El TLCAN busca crear un sistema de leyes que estimule la actividad económica a través de asociaciones y promover el comercio y desarrollo por medio de la liberalización progresiva (Cattaneo *et al.*, 2010).

Los cuatro modos de provisión de los servicios de salud y su participación global son: Modo 1. *Servicios transfronterizos* (30 %) (como telemedicina, telediagnóstico, teleanálisis y comercio electrónico); Modo 2. *Consumo en el exterior* (10 %) (por ejemplo turismo médico);² Modo 3. *Presencia comercial* (55 %) (es decir, inversión extranjera directa

² El *consumo en el exterior* puede conformarse con los consumidores que viajan al extranjero a recibir atención médica, los turistas que la necesitan en el extranjero, los jubilados en el exterior, los trabajado-

en hospitales), y Modo 4. *Presencia temporal de proveedores de servicios médicos* (5 %), es decir, migración de profesionales de la salud (Mashayekhi *et al.*, 2006; WTO, 2011; Cohen, 2015). El comercio internacional en estos cuatro modos propicia la transferencia de conocimiento y tecnología por medio de la telemedicina, el turismo médico y la adopción de estándares adecuados para los seguros médicos (Mashayekhi *et al.*, 2006).

La mayoría de los países miembros de la OMC, integrada por 140 economías, han asumido compromisos en cuanto a los servicios de salud. Sin embargo, este es el menos adelantado de los comercios de servicios; menos de cincuenta de ellos han asumido compromisos en uno de los cuatro subsectores de servicios de salud, la mayoría son los servicios hospitalarios (WTO, 2013).³

La portabilidad de seguros médicos en el extranjero, una de las soluciones para ampliar el mercado del turismo médico en los países en desarrollo son las negociaciones entre los países miembros de la OMC. También puede tomar la forma de inversión extranjera en seguros de salud, es decir, puede haber una ampliación del seguro médico privado a través de la inversión extranjera, lo que permite la puesta en común, que significa la dispersión de los riesgos financieros entre un grupo de participantes mayor (WHO, 2000).

El efecto de la liberalización en el sistema de salud de un país depende fundamentalmente de la voluntad y de las medidas que tome el sector privado. El dilema es la participación del sector en el suministro o el financiamiento de los servicios de salud de proveedores extranjeros. En América Latina las aseguradoras privadas —nacionales o extranjeras— arriesgan poco, tienden a servir a los grupos poblacionales de mayores ingresos y a los de bajo riesgo que pueden pagar contribuciones financieras relativamente altas (Barrientos y Lloyd-Sherlock, 2000).

El TLCAN se constituyó en parte para estimular el comercio y la inversión extranjera directa entre Canadá, México y Estados Unidos. En 1994, la Academia Nacional de Medi-

.....

res temporales o migrantes, trabajadores transfronterizos con opciones de cobertura transfronteriza multinacional y los residentes de zonas multinacionales con sistemas de salud integrados (Blouin *et al.*, 2006).

³ Con base en la clasificación utilizada en la OMC, la liberalización de los servicios de salud concierne principalmente a cinco subsectores: *a*) servicios médicos y dentales; *b*) servicios proporcionados por parteras, enfermeras, fisioterapeutas y personal paramédico (dentro de la categoría de servicios profesionales); *c*) servicios hospitalarios; *d*) otros servicios de salud (en la categoría de los servicios relacionados con la salud), y *e*) el seguro de salud (de vida, accidente y servicios de seguros de salud en la categoría de los servicios financieros) (Blouin *et al.*, 2006).

cina de México analizó el TLCAN en relación con los servicios médicos. El debate fue en torno a los tres países, las características de cada sistema y sus asimetrías en varios niveles: indicadores básicos de salud, financiamiento (gasto público y privado), infraestructura, regulación (certificaciones, licencias y evaluación de tecnologías), el poder adquisitivo del paciente y la prevalencia de la medicina curativa, así como la independencia de las fuentes de financiamiento respecto de los prestadores de servicios.

Desde su formalización, el TLCAN ha excluido los servicios de salud públicos cuando se trata del intercambio y el comercio entre México y Estados Unidos; desde el sector privado se enumeran cinco posibles modalidades similares a las del GATS: los servicios transfronterizos, la presencia comercial, el establecimiento de unidades de salud o la prestación de servicios de seguro de salud, la movilidad de los profesionales de la salud, y los proyectos internacionales conjuntos.

Desde la firma del TLCAN, Albroy y Norton (1997: 190) señalaban que la infraestructura médica y hospitalaria de México se concentraba en las instituciones públicas y de seguridad social. Además, la certificación de los servicios de salud, a diferencia de cómo se realiza en Estados Unidos y Canadá, era y sigue siendo voluntaria y no obligatoria, con una organización fragmentada y una débil regulación (cuadro 3).

Los acuerdos políticos entre naciones, aseguradoras y proveedores médicos sobre la calidad y gestión de los pacientes ha afectado la liberalización comercial de los servicios de salud, sobre todo por la heterogeneidad de las regulaciones sanitarias, consideradas grandes barreras para el desarrollo del mercado del turismo médico (Vargas-Bustamante, 2014).

Turismo médico y seguros de gastos médicos privados

En 2010, las cifras estimadas suponían que la industria global del turismo médico había

CUADRO 3. Servicios de salud antes del TLCAN

Indicador	México	Canadá	Estados Unidos
Regulación	+	++	+++
Certificación de servicios	Voluntaria	Obligatoria	Obligatoria
Títulos profesionales	Nacional	Provincial	Estatal
Poder de asociaciones	+	++	+++
Cobertura de servicios	Públicos	Mixtos	Privados
Predominio	Curativo	Curativo	Curativo
Organización	Fragmentada	Integrada	Fragmentada

Fuente: Academia Nacional de Medicina (1992).

alcanzado los 40 000 millones de dólares (Prashad, 2008), y en 2016 la industria privada de seguros de salud ascendió a poco más de 1.3 billones de euros en ingresos mundiales. La opacidad y la escasez de estadísticas son algunas de las múltiples dificultades para crear bases de datos confiables (Ormond *et al.*, 2014). En México el segmento de mercado del turismo médico étnico, es decir, la población estadounidense de origen mexicano, no declara a los médicos ni a los hospitales en qué país reside la mayor parte del tiempo.

De acuerdo con Lunt *et al.* (2014) el turismo médico actual no es un mercado global abierto y competitivo, se trata de flujos bilaterales que determinan el éxito de ciertos destinos, los que se derivan de situaciones de redes, historia y relaciones. Connell abona a esta misma postura al señalar que el turismo médico no son los mercados globales con flujos multidireccionales, «... estos son de corta distancia, *diaspóricos*, a través de las fronteras adyacentes y cercanas, y de pacientes relativamente pobres que buscan atención más barata, más efectiva o disponible en contextos culturales apropiados» (2013: 1).

El turismo médico tiene su origen en las fallas del mercado, sobre todo en los países desarrollados cuando se presentan situaciones laborales excluyentes o migratorias, largas listas de espera o urgencias médicas. En Estados Unidos existe, además, una constante incertidumbre ante la permanencia o implosión de la P P A C A .

Este tipo de turismo cubre las brechas que tienen que ver con costos, calidad, acceso y protección de los sistemas de salud nacionales. Para la población de inmigrantes mexicanos en Estados Unidos el turismo médico es una red de seguridad porque representa el complemento o reemplazo de los servicios de salud que no reciben en su residencia habitual.

Los beneficios del turismo médico son diversos. Artecona (2012) considera varios tipos de turistas médicos potenciales que representan ahorros sustanciales para Estados Unidos en el sector salud. La población estadounidense de origen mexicano representa alrededor de 19 millones de adultos asegurados, propensos a buscar servicios básicos a precios menores o complementarios de los que ofrecen los seguros electivos o dentales: *a*) población de más de 51 años con ingresos familiares relativamente bajos, 31 000 dólares anuales, tres millones exentos del mandato individual (*Obamacare*), sin opción de seguro asequible; *b*) mayores de 43 años con dependientes e ingreso familiar promedio de 66.5 mil dólares, casi tres millones elegibles para la cobertura asequible bajo la opción sin subsidio; *c*) jóvenes (33 años)

.....

⁴ Los tratamientos médicos son significativamente más baratos en algunas regiones de México que en Estados Unidos (O E C D, 2010). Por ejemplo, un reemplazo de cadera puede costar hasta 40 000 dólares en ese país, mientras que en México el costo es de 13 000 dólares (www.medicaltourism.com).

solteros sin dependientes, 1.4 millones elegibles para la cobertura asequible subvencionada con las bolsas de beneficios de los denominados *Health Insurance Exchange*.

La población de Estados Unidos se traslada al extranjero en busca de salud básicamente cuando no cuenta con ningún tipo de seguro médico en ese país. Para gran parte de los turistas médicos estadounidenses el turismo médico es una red de seguridad para los no asegurados, los pobres y los subasegurados, sobre todo inmigrantes mexicanos, que buscarán cobertura primaria y atención médica más barata en las zonas fronterizas.⁴ Aquellos que no tienen capacidad de pago para poseer un seguro con cobertura amplia buscarán en el extranjero atención médica complementaria o como sustituto (Laugesen y Vargas-Bustamante, 2010). El paciente que se aproxima más al turismo médico, cuando el seguro médico es alternativo o complementario, es aquel que recurre a la cirugía electiva porque le representa ahorros importantes (Warner y Schneider, 2004). En cambio, cuando el seguro se duplica se está buscando calidad o atención inmediata y no hacer largas listas de espera.

Diversos estudios han documentado que la falta de acceso a seguros privados (acceso financiero), una menor competencia en el idioma inglés y la falta de confianza en la atención médica son las principales razones de los inmigrantes mexicanos para buscar servicios de salud en su país de origen. Laugesen y Vargas-Bustamante (2010) proponen un marco para analizar la movilidad del paciente utilizando la tipología funcional de los seguros privados (cuadro 4), de manera que delimitan las brechas en la cobertura en su país que empujan a la población estadounidense a buscar atención médica en el extranjero.

En México, los extranjeros pueden acceder a los servicios de emergencia exclusivamente a través de reembolsos de sus aseguradoras (Laugesen y Vargas-Bustamante, 2010: 226). En este sentido, el TLCAN no ha jugado un papel de integrador en estos dos países en cuanto a la portabilidad del *Medicare*. Por ejemplo, los expatriados jubilados estadounidenses que viven en México deben regresar a su país para recibir atención médica (Warner, 1999). Se puede argumentar que la movilidad del paciente y su financiamiento (casi global) se ha establecido unilateralmente a partir de los estándares médicos de calidad, la colaboración del proveedor médico inscrito en sus carteras y las políticas de reembolso impuestas por Estados Unidos (Cortez, 2008).

Seguros de gastos médicos privados con opción internacional

Pueden funcionar como un seguro de salud principal, complementario o sustituto cuando los residentes de un país no reciben adecuadamente los servicios de salud. En el plano global, sin sesgo alguno por temor a pérdidas financieras o riesgos e independientemente de la ubicación del proveedor, los planes actuales de los seguros privados de salud tendrían

CUADRO 4. Clasificación funcional o tipología de los seguros de salud privados

		Elegibilidad del seguro de salud público	
		Cobertura pública	Sin cobertura pública
Servicios de salud cubiertos por el esquema de planes privados	Mismos servicios cubiertos por el sistema de salud pública	Duplicado (Australia, España, Reino Unido)	Sustituto/principal (Estados Unidos, Alemania, Holanda, México)
	Copagos de servicios cubiertos por el sistema de salud pública	Complementario (Estados Unidos, Francia, Bélgica)	
	Adicionales/ servicios extras	Suplementario (Canadá, Alemania, Holanda)	

Fuente: Colombo (2004).

una cobertura neutral e incluirían en el reembolso los gastos de viaje. Tomando en cuenta este enfoque, el análisis de la posibilidad de modificar el copago del tratamiento recibido en el extranjero sería pertinente. De acuerdo con Mattoo y Rathindran (2006), las posibilidades serían, entonces, la inclusión de paquetes o primas más bajas para los consumidores dispuestos a viajar al extranjero por un conjunto predefinido de tratamientos. Sin embargo, el financiamiento a través de planes de salud individuales con opción internacional no siempre representa una ventaja para el propio turista médico, quien debe evaluar el costo de oportunidad de pagos de primas altos, deducibles y obligaciones *versus* el pago con recursos propios (Jost, 2001).

Por los elevados costos de salud para los pacientes individuales, autoasegurados y pequeñas empresas, es atractivo el reembolso o pago de tratamientos médicos a través de seguros de gastos médicos internacionales cuando el país del proveedor sea Estados Unidos. Las posibilidades de oferta de estos planes se reducen porque las aseguradoras y los gobiernos evitan riesgos en la calidad del tratamiento en hospitales del extranjero que pudieran repercutir más adelante en tratamientos postoperatorios y, por lo tanto, mayores costos (Mattoo y Rathindran, 2006).

Cuando la cobertura de salud es un asunto del régimen del Estado se requieren cambios en las leyes (Chanda y Smith, 2006). Al igual que los servicios financieros, los servicios de seguros se han incluido en los compromisos de la OMC desde 1997 (Blouin *et al.*, 2006; WTO, 2013). Por ello las compañías de seguros pueden ofrecer la cobertura al sector público en el extranjero (en algunos países) o integrarse en la industria privada de exportación de servicios de salud. Los distintos tipos de planes que ofrece cada país o aseguradora

CUADRO 5. Combinaciones y permutas en los planes de seguro de gastos médicos privados con opción internacional

Planes de seguro	Características
Toda la gama de servicios médicos.	No se hace distinción entre núcleo y periferia.
Paquete de servicios que no se encuentren disponibles en el país.	Simple disponibilidad, sin tomar en cuenta la calidad de la atención de salud percibida, salvo que sea peligroso o inmoral.
Reembolsos prospectivos sobre la base de grupos de diagnóstico acordados.	La transparencia, las cotizaciones escritas y los paquetes completos facilitan el presupuesto.
Reembolsos retrospectivos.	No se consulta factura.
Reembolsos de una suma estándar por servicio independientemente del centro de tratamiento.	Como estrategia, las aseguradoras bloquean la tentación de multiplicar los complementos discrecionales.
Reembolsos menores por Modo 2 en un país de menor costo.	Es un desincentivo para buscar atención médica cuando la carga financiera es menor, porque puede suceder que las estancias hospitalarias sean más largas que en el país de origen.
Las actitudes hacia la tecnología y los fármacos difieren.	Dada la variación transnacional, no está claro qué deberían reembolsar.
Únicamente reembolso transfronterizo.	Costos menores que los del país de origen.
Deducibles, límites máximos y restricciones, iguales independientemente de que la consulta tenga lugar a nivel nacional o mundial.	El paquete puede incluir cirugía <i>Lasik</i> , medicamentos experimentales o complicaciones costosas.
Menores reembolsos y primas más baratas.	Pueden cubrir la atención dental de rutina en el extranjero y excluir los tratamientos cosméticos. El paciente debe probar que está viendo a un dentista al menos una vez al año. Un paciente que ha descuidado sistemáticamente sus dientes.
Primas más bajas para los pacientes dispuestos que viajar a un centro de salud de menor costo.	Complementos adicionales en especie e incentivos en efectivo.

Fuente: Elaboración propia con datos de Reisman (2010).

responden en gran medida a las políticas de prepagos, el *pooling* de riesgos y las reglas generales del comercio mundial de los servicios (cuadro 5).

Según Reisman (2010), los pacientes dispuestos a viajar a centros de tratamiento más económicos pueden obtener ofertas de las aseguradoras que incluyen pagos de vuelos, hoteles y acompañantes; incentivos en efectivo, promesa de apoyo legal o tratamientos correctivos (incluso en el país de residencia); pago de citas en el extranjero por complicaciones, garantías de paquetes más completos que las ofertas domésticas, cláusulas de descuentos y expectativas de menores costos en cirugía electiva.

Para muchas asegurados estos esquemas son posibles cuando se presentan casos como el de México, donde los proveedores privados locales son parte sustancial de los médicos del país, que crean un entorno doméstico competitivo y es viable la participación del sector de los seguros médicos (Mossialos *et al.*, 2016).

Seguros de gastos médicos transfronterizos

Tienen la opción de cobertura en el país de origen y en otros países donde la atención podría ser de mayor calidad y a menor precio. A través de acuerdos con organizaciones en el extranjero, las aseguradoras privadas nacionales pueden lograr ahorros en primas, una gama más amplia de servicios médicos y un seguro para sus dependientes (Horowitz *et al.*, 2007). Los seguros de gastos médicos grupales pueden fortalecer o impulsar el turismo médico cuando los empleadores estadounidenses se inclinan por la cobertura médica en el extranjero a cambio de primas y deducibles con menores costos.

Para las pequeñas empresas estadounidenses, por ejemplo, los planes de seguros médicos internacionales son más atractivos porque los costos de aseguramiento a sus empleados son menores (Boyle, 2007). El otro segmento de mercado para planes grupales es el de los empleadores de grandes compañías; Reisman (2010) revela que un tercio de estos opina que la opción de planes de gastos médicos en el extranjero es viable.

Dado que en Estados Unidos las aseguradoras son uno de los principales componentes en el sistema de atención médica, tanto empleadores como terceros asegurados han concebido la externalización de costosas cirugías agregando proveedores extranjeros a sus redes o creando planes transfronterizos (Fullwood, 2008). Al respecto, Cortez (2013) agrega que en el marco de la P P A C A es posible concretar planes de seguros de gastos médicos que contemplen proveedores extranjeros que cumplen al mismo tiempo con el requisito de mantener una cobertura mínima esencial. Los seguros de gastos médicos grupales pueden fortalecer o impulsar el turismo médico cuando los empleadores estadounidenses se inclinan por la cobertura médica en el extranjero a cambio de primas, deducibles y cop-

gos menores para ellos y sus empleados. Los seguros de salud, además de proteger grandes sumas en salud del bolsillo de las personas, permiten la diversificación de los riesgos financieros entre el grupo de participantes (CSDH, 2008).

Desde 2010 la regulación del sistema de salud nacional estadounidense ha favorecido con la PPAACA el turismo médico, no lo limita; sobre todo, se aprecia un panorama general que beneficia la expansión de las aseguradoras de salud privadas en México. Sin embargo, estas organizaciones locales o internacionales no han sido capaces de integrarse de manera homogénea y rápida a las HMO en Estados Unidos (Cortez, 2010).

Antes de la PPAACA, cuando el seguro de gastos médicos privados para los trabajadores era voluntario, en Estados Unidos ya existían aseguradoras que ofrecían planes transfronterizos con una cartera de proveedores extranjeros en México como California Health Net, Blue Shield y SIMNSA (Warner y Schneider, 2004). Estas organizaciones han ofrecido a residentes de California atención médica en México con ahorros en primas de 45% menos que lo que costarían los planes tradicionales, que únicamente incluyen proveedores en Estados Unidos sin cobertura para sus dependientes (Geis, 2005).

Con la enmienda de la Ley Knox-Keene de 1998, el seguro de salud del estado de California puede operar con México (Vargas-Bustamante *et al.*, 2008; Schulz y Medlin, 2006). Esta regulación de seguros de California permite que las HMO con sede en México vendan planes de seguros para mexicanos y con proveedores mexicanos (Cohen, 2015). Esta norma se expandió de 2004 a 2008, lo cual ha permitido que las HMO presten servicios a ciudadanos no mexicanos (Cortez, 2008). Según Cortez, el asegurado puede elegir entre una red de proveedores su atención primaria o especializada y, a cambio, el asegurador que ofrece este tipo de planes transfronterizos debe establecer la revisión de la calidad del proveedor mexicano y publicar estatutos de advertencia sobre la atención médica en México.

Los seguros transfronterizos acreditados, autorizados y supervisados por las autoridades de California son la solución que el estado encontró para asegurar a su creciente minoría de origen mexicano, respetando las reglas comerciales bajo las cuales opera el sistema (Ramírez, 2008). Con estas opciones no solo se benefician el asegurado y la aseguradora sino que para algunas asociaciones médicas estadounidenses representan dos beneficios: la oportunidad de negocio de la práctica médica en países como México, porque el seguro de mala praxis médica es una décima parte de lo que se paga en Estados Unidos, y las ganancias que se procuran con la inversión extranjera directa. Por ejemplo, la Asociación Médica Americana admite la expansión del turismo médico a nivel mundial alentando la inversión estadounidense en hospitales en el extranjero y su afiliación a universidades de

Estados Unidos o a los sistemas de atención médica, incluyendo las clínicas de Cleveland y Mayo (Caffarini, 2008).

Amil y Amedex son otro ejemplo de afiliación de empresas de asistencia médica; tienen su sede en Miami y ofrecen atención en Centroamérica y Estados Unidos (Kiy y McEnany, 2010). Algunas pólizas de seguros de salud privados ofrecen cobertura en México en compañías como Grupo Nacional Provincial, y también se puede obtener asistencia médica en ciertos hospitales en Estados Unidos (Aldrete y Williams, 1999).

Para comercializar la cobertura de las HMO y Organizaciones de Proveedores Preferidos (*Preferred Provider Organization, PPO*),⁵ estas organizaciones seleccionan a sus proveedores médicos bajo ciertos estándares de calidad y satisfacción; por lo tanto, dependerán de las relaciones e inspecciones de estas aseguradoras, sus credenciales e historial en las unidades hospitalarias para tomar una u otra medida. Desafortunadamente, desde hace dos décadas se atribuye que en general no corresponden a la cultura médica mexicana las características de estandarización de los protocolos de tratamiento provocados por la atención administrada (Academia Nacional de Medicina, 1992; Horton y Cole, 2011).

Conclusiones

El turismo médico, definido como la exportación de servicios médicos y hospitalarios, es un sector que se ha transformado paulatinamente con el apoyo de los avances en el terreno de la apertura comercial de los servicios. Los rezagos han aparecido cuando las aseguradoras de países desarrollados, con sistemas de salud caros, niegan la cobertura para un tratamiento no urgente en el extranjero, preocupadas por los riesgos y costos adicionales que implican las complicaciones tras una intervención.

Una ventaja para el turismo médico que contrarresta este tipo de proteccionismo es que se trata de un sector liberal, en el que los gobiernos están imposibilitados para evitar o persuadir a sus ciudadanos de que busquen tratamiento médico en el extranjero si los seguros basados en el empleo fallan o prevalecen problemas sociales o culturales (Blouin *et al.*, 2006).

El juicio subjetivo de la apertura comercial del turismo médico en determinado país depende de los acuerdos bilaterales o multilaterales formalizados por el gobierno y de las

.....

⁵ Los modelos de cobertura de servicios privados son cuatro y han evolucionado en los últimos treinta años en el siguiente orden cronológico: HMO, posteriormente las PPO, Sistema de Puntos de Servicio (*Points of Service, POS*), *Exclusive Provider Organization Plans (EPO)*, Planes Catastróficos y los Planes de Salud de Deducible Alto (*High Deductible Health Plans, HDHP*) (WebMD, s.f.).

políticas de las aseguradoras para reembolsar o subsidiar el pago por tratamientos médicos en el extranjero. Sin embargo, aun con la existencia de acuerdos comerciales internacionales fruto de la apertura comercial, no son muchas las compañías de seguros ni los gobiernos que permiten a sus habitantes elegir la atención médica en el extranjero en lugar de la atención doméstica, a pesar de los ahorros significativos que representan para estas los costos menores de los turistas médicos.

Las modalidades de comercio internacional dentro de acuerdos comerciales como el GATS y el TLCAN posibilitan el intercambio de servicios de salud privados entre México y Estados Unidos, si bien solo parcialmente. Se puede decir que aun cuando los acuerdos dentro del TLCAN son innovadores, en la práctica médica son todavía virtualmente inexistentes. Para el turista médico estadounidense un seguro de gastos médicos que le proporciona movilidad en el extranjero puede ofrecerle duplicidad en su cobertura, ser alternativo, suplementario o complementario; esto depende básicamente de las políticas de su país. Para los países cuyo sistema se basa en seguros privados, como Estados Unidos, el turismo médico y los seguros médicos transfronterizos pueden traducirse en beneficios mediante primas, copagos y deducibles más bajos. La cobertura transfronteriza o internacional a través de los seguros de gastos médicos es una oportunidad de ahorro para aseguradoras y gobiernos.

Sin embargo, existe un aparente control unilateral de Estados Unidos del que escapan ciertos estados, como California, pero estos y las restricciones de las aseguradoras limitan la expansión del mercado de seguros de gastos médicos privados con opción internacional y transfronterizos. El turismo médico mexicano debe avanzar hacia la integración de la calidad y seguridad de los servicios médicos que proporciona a los locales y al residente estadounidense para aprovechar las ventajas que la apertura comercial le ofrece. Aún falta, por ejemplo, conciliar el mercado de servicios médicos mexicano con los estándares de calidad que establece el sistema de salud estadounidense ◇

Referencias

- Academia Nacional de Medicina (1992). Los servicios médicos: oportunidades y riesgos. Síntesis ejecutiva. Documento en PDF: www.posgrado.unam.mx.
- Albro, K. y Norton, K. (1997). Cross-border collaboration in medical practice. En Warner, D., *NAFTA and trade in medical services between the US and Mexico*. Texas: University of Texas at Austin.

- Aldrete, H. y Williams, A. (1999). Insurance companies and processes in the Mexican insurance market. En Warner, D. (dir.), *Getting what you paid for: extending Medicare to eligible beneficiaries in Mexico*. Austin, Texas: U.S. Mexican Policy Studies Report no. 10, Lyndon B. Johnson School of Public Affairs.
- Artecona, R. (2012). *U.S. health care reform and medical tourism opportunities*. Washington: Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC).
- Atun, R., Monteiro de Andrade, L., Almeida, L., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., García, P., Gómez-Dantés, O., Knaul, F., Muntaner, C., Braga de Paula, J., Rígoli, F., Castell-Florit Serrate, P. y Wagstaff, A. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*, 385, 1230-1247.
- Banco Mundial (s.f.) *Índice de datos*. datos.bancomundial.org.
- Barrientos, A. y Lloyd-Sherlock, P. (2000). Reforming health insurance in Argentina and Chile. *Health Policy Plan*, 15, 417-423.
- Benavides, D. (2002). Trade policies and export of health services: a development perspective. En World Health Organization, *Trade in health services: global, regional, and country perspectives*. Washington: Pan American Health Organization.
- Bergmark, R., Barr, D., y García, R. (2010). Mexican immigrants in the US living far from the border may return to Mexico for health services. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12, 610-614.
- Blouin, C., Gobrecht, J., Lethbridge, J., Singh, D., Smith, R. y Warner, D. (2006). Trade in health services under the four modes of supply: review of current trends and policy issues. En Blouin, C., Drager, N. y Smith, R. *International trade in health services and the GATS: current issues and debates*. Washington: World Bank.
- Boyle, K. (2007). A permanent vacation: evaluating medical tourism's place in the United States healthcare system. *Health Law*, 20, 42.
- Brown, H. S. (2008). Do Mexican immigrants substitute health care in Mexico for health insurance in the United States? The role of distance. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2036-2042.
- Bustamante, A. (2014). Globalization and medical tourism: the North American experience comment on «Patient mobility in the global marketplace: a multidisciplinary perspective». *International Journal of Health Policy and Management*, 3(1), 47-49.
- Bustamante, A. y Méndez, C. (2014). Health care privatization in Latin America: comparing divergent privatization approaches in Chile, Colombia, and Mexico. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 39(4), 841-886.
- Bustamante, A., Ojeda, G. y Castaneda, X. (2008). Willingness to pay for crossborder health insurance between the United States and Mexico. *Health Affairs*, 27, 169-178.

- Caffarini, K. (7 de julio de 2008). Ama Meeting: guidelines target safety of medical tourists. *American Medical News*. www.amaassn.org.
- Cattaneo, O., Engman, M. y Stern, R. (eds.) (2010). *International trade in services: new trends and opportunities for developing countries*. Washington: World Bank Publications.
- Chanda, R. (2001). Trade in health services. Indian Council for Research on International Economic Relations. Working Paper no. 70. New Delhi, Indian Council for Research on International Economic Relations.
- Chanda, R. y Smith, R. (2006). Trade in health services and GATS: a framework for policy makers. En Blouin, C., Drager, N. y Smith, R. (eds.), *Trade in health services, developing countries and the GATS*. Washington: World Bank.
- Cohen, I. (2015). *Patients with passports: medical tourism, law, and ethics*. New York: Oxford University Press.
- Colombo, F. (2004). *Proposal for a taxonomy of health insurance*. París: O E C D.
- Colombo, F. y Tapay, N. (2004). *Private health insurance in Australia: a case study*. París: O E C D.
- Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Management*, 34, 1-13.
- Connell, J. (2016). Reducing the scale? From global images to border crossings in medical tourism. *Global Networks*, 16, 531-550.
- Cortez, N. (2008). Patients without borders: the emerging global market for patients and the evolution of modern health care. *Indiana Law Journal*, 83(1), Article 3. www.repository.law.indiana.edu.
- Cortez, N. (2010). Recalibrating the legal risks of cross-border health care. *Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics*. 10(1), 1-31.
- Cortez, N. (2011). Embracing the new geography of health care: a novel way to cover those left out of health reform, 84 *S. California Law Review*, 859, 84-111.
- Cortez, N. (2013). Cross-border health care and the hydraulics of health reform. En Cohen, I., *The globalization of health care: legal and ethical issues*. Oxford: Oxford University Press.
- Commission on Social Determinants of Health (CSDH) (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
- Diaz-Benavides, D. (2002). Trade policies and export of health services. En Pan American Health Organization (PAHO), *Trade in health services: global, regional and country perspectives*. Washington: Pan American Health Organization.
- Drechsler, D. y Jutting, J. (2007). Different countries, different needs: the role of private health insurance in developing countries. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 32(3), 497-534.

- Ehrbeck, T., Guevara, C. y Mango, P. D. (2008). Mapping the market for medical travel. En *The McKinsey Quarterly*, mayo. Nueva York: McKinsey&Company. Disponible en PDF: www.heal-wheel-india.com.
- Fullwood, J. (2 de noviembre de 2008). Booming trend is standard operating procedure. *Miami Herald*. Documento en PDF: streamhammer.com.
- Geis, S. (6 de noviembre 2005). Passport to health care at lower cost to patient. *The Washington Post*. www.washingtonpost.com.
- Glinos, I. A., Baeten, R., Helble, M. y Maarse, H. (2010). A typology of cross-border patient mobility. *Health and Place*, 16(6), 1145-1155.
- Guzmán-Flores, J. (2015). *Internationalización de los servicios de salud. Turismo médico en México y Jalisco*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, UCLA Program o México, PROFMEX / World, Juan Pablos Editor. Disponible en PDF: www.profmex.org
- Horowitz, M., Rosensweig, J. y Jones, C. (2007). Medical tourism: globalization of the healthcare marketplace. *Medscape General Medicine*, 9(4), 33-42.
- Horton, S. y Cole, S. (2011). Medical returns: seeking health care in Mexico. *Social Science & Medicine*, 72(11), 1846-1852.
- Jack, W. (2000). The evolution of health insurance institutions: four examples from Latin America. Development Economics Research Group Paper. Washington: World Bank.
- Jost, T. (2001). Private or public approaches to insuring the uninsured: lessons from international experience with private insurance. *New York University Law Review*, 76, 419.
- Kiy, R. y McEnany, A. (2010). *Health care and Americans retiring in Mexico*. International Community Foundation. Disponible en PDF: icfdn.org.
- Laugesen, M. y Vargas-Bustamante, A. (2010). A patient mobility framework that travels: European and United-States Mexican comparisons. *Health Policy*, 97, 225-231.
- Lunt, N., Horsfall, D., Smith, R., Exworthy, M., Hanefeld, J. y Mannion, R. (2014). Market size, market share and market strategy: three myths of medical tourism. *Policy & Politics*, 42(4), 597-614.
- Mashayekhi, M., Julsaint, M. y Tuerk, M. (2006). Strategic considerations for developing countries: the case of GATS and health services. En Blouin, C., Drager, N. y Smith, R. (eds.), *International trade in health services and the GATS: current issues and debates*. Washington: World Bank.
- Mattoo, A. y Rathindran, R. (2006). How health insurance inhibits trade in health care. *Health Affairs*, 25, 358-368. content.healthaffairs.org.
- Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R. y Sarnak, D. (eds.) (2016). *International profiles of health care systems 2016*. Reino Unido: The Commonwealth Fund.
- Nielsen, S. S., Yazici, S., Petersen, S. G., Blaakilde, A. L. y Krasnik, A. (2012). Use of cross-border

- healthcare services among ethnic Danes, Turkish immigrants and Turkish descendants in Denmark: a combined survey and registry study. *BMC Health Services Research*, 12(1), 2-10.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2010). *Trade in health care goods and services under the system of health accounts. Health Accounts Experts*. Progress Report. París: OECD.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2014). Coverage for health care. En *Society at a glance 2014: OECD social indicators*. París: OECD Publishing.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2015). OECD Statistics (Database).
- Ormond, M., Mun, W. y Khoon, C. (2014). Medical tourism in Malaysia: how we better identify and manage its advantage and disadvantages? *Global Health Action*, 7, 1-4.
- Prashad, S. (18 de agosto de 2008). Medical tourism: The world is your hospital. *Canadian Business*. www.canadianbusiness.com.
- Ramírez, M. (2008). Turismo médico en Tijuana, México. Cesun. www.cesun.edu.mx.
- Reisman, D. (2010). *Health tourism: social welfare through international trade*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Schulz, A. y Medlin, C. (2006). Cross border health care plans. Survey no. 7. *Health Policy Monitor*. hpm.org.
- Singhal, S., Finn, P., Schneider, T., Schaudel, F., Bruce, D. y Dash, P. (2016). *Global private payors: a trillion-euro growth industry*. Nueva York: McKinsey&Company. Disponible en PDF: healthcare.mckinsey.com.
- Smith, R., Blouin, C., Drager, N. y Fidler, D. (2008). Trade in health services and the GATS. En Mattoo, A., Stern, R. y Zanini, G. (eds.), *A handbook of international trade in services*. Oxford: Oxford University Press.
- Stocker, K., Waitzkin, H. y Iriart, C. (1999). The exportation of managed care to Latin America. *New England Journal of Medicine*, 340, 1131-1136.
- Tapay, N. y Colombo, F. (2004). Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems. En *Towards high-performing health systems: policy studies. OECD Health Project*. París: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Tran, L. (2008). Sick and tired of the Knox-Keene Act: the equal protection right of non-Mexican Californians to enroll in Mexico-based HMO Plans. *Southwestern Journal of Law and Trade in the Americas*, 14(2), 357-378.
- Vargas-Bustamante, A. (2014). Globalization and medical tourism: the North American experience comment on "Patient mobility in the global marketplace: a multidisciplinary perspective". *International Journal of Health Policy and Management*, 3(1), 47-49.

- Vargas-Bustamante A., Ojeda, G. y Castaneda, X. (2008). Willingness to pay for cross-border health insurance between the United States and Mexico. *Health Affairs*, 27, 169-178.
- Wallace, S., Mendez-Luck, C. y Castaneda, X. (2009). Heading south: why Mexican immigrants in California seek health services in Mexico. *Medical Care*, 47, 662-669.
- Warner, D. (1997). *NAFTA and trade in medical services between the US and Mexico* (no. 7). Austin, Texas: University of Texas at Austin.
- Warner, D. (1998). The globalization of medical care. En Zarrilli, S. y Kinnon, C. (comps.), *International trade in health services. A development perspective*. Geneva: United Nations.
- Warner, D. (1999). *Getting what you paid for: extending Medicare to eligible beneficiaries in Mexico: a research project* (vol. 10). Austin, Texas: University of Texas at Austin.
- Warner, D. (2007). Medicare in Mexico: innovating for fairness and cost savings, P R P 156. University of Texas at Austin-Lyndon B. Johnson School of Public Affairs. 53, 75.
- Warner, D. y Schneider, P. (eds.) (2004). *Cross-border health insurance: options for Texas*. Austin, Texas: University of Texas at Austin.
- WebMD (s.f.). Different types of health plans: how they compare. www.webmd.com.
- Whittaker, A. (2008). Pleasure and pain: medical travel in Asia. *Global Public Health*, 3(3), 271-290.
- Woodman, J. (2008). *Patients beyond borders: everybody's guide to affordable world-class medical travel*. USA-Hong Kong: Healthy Travel Media.
- World Trade Organization (WTO) (2013). *The General Agreement on Trade in Services. An introduction*. Documento en PDF: www.wto.org.
- World Health Organization (WTO) (2007). *Health systems knowledge network of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
- Youngman, I. (2012). Medical tourism facts and figures 2012: an independent report. *International Medical Travel Journal* (IMTJ).