

La oferta del turismo de salud y su incidencia en la demanda de servicios médicos privados en el mercado doméstico.

The promotion of medical tourism and its incidence in private medical services in the domestic market

Alberto Navarro Alvarado¹
Cynthia Dinorah González Moreno²
Germán Elías Jiménez Montalbán³
Leonardo Iván Becerra Bizarrón⁴

Recibido: 06/11/2024
Revisado: 20/11/2024
Aceptado: 02/04/2025

Revista RELAYN, Administración y Negocios en Latinoamérica.

Disponible en:
<https://iquatroeditores.org/revista/index.php/relayn/index>

<https://doi.org/10.46990/relayn.2025.9.2.2156>



Resumen

Este trabajo explora la conexión entre el incremento de servicios médicos privados, impulsado por el turismo de salud, y el aumento del consumo doméstico, mediante indicadores de consumo y disponibilidad de instituciones médicas privadas. Utilizando la regionalización de Castro y de la Garza (2019), se categorizaron las regiones según su orientación hacia servicios médicos derivados del turismo. Se aplicó un análisis de varianza para determinar diferencias entre regiones y evaluar posibles desarrollos desiguales. También se examinó la demanda de servicios médicos privados en función del nivel de atención y se contrastó con la cantidad de unidades médicas disponibles. Los resultados revelan que, aunque existe una contracción en la oferta, las regiones turísticas presentan diferencias notables. Además, en la mayoría de ellas, la disponibilidad de unidades médicas tiende a disminuir, evidenciando una pendiente negativa que impacta el consumo de servicios médicos privados durante el periodo analizado.

Palabras Clave

economía de la salud, turismo de salud, servicios de salud privados

Abstract

This research explores the connection with the increased private medical services, impulsed by health-care services, and the increase of domestic consumption, through indicators of consumption and availability of private medical institutions. Using Castro's and de la Garza regionalization (2019), regions are categorized according to their medical service orientation deriving from tourism. To determine differences between regions and to assess the possibility of unequal development a variance analysis was applied. In addition, the demand of private medical services was examined in function of the level of attention and was contrasted by the

quality of available medical services where notable differences were exhibited. Results reveal that, although a contrast was offered, tourist-oriented regions present notable differences. Moreover, in the majority of these medical units, their availability tends to decrease, making evident a negative trend impacting the use of private medical services over the period analyzed

Keywords

Health-care economics, health-care tourism, private health-care services

Introducción

En México, el sistema de salud es prominentemente de financiamiento público, aunque existe una oferta importante de servicios privados dirigidos a todos los niveles de poder adquisitivo con las debidas limitaciones que esto implica. El brote mundial de COVID-19 evidenció la importante necesidad de comprender cómo funciona la infraestructura de servicios médicos privados, pues ésta palió considerablemente la demanda de servicios de atención médica al verse superada la capacidad de los servicios sanitarios públicos, ya que, a partir de este fenómeno, se identificaron cambios importantes en el mercado mexicano de los servicios de salud (Colchero et al., 2020; Colchero et al., 2021; Bautista et al., 2023).

Con base en la lectura consultada, se sabe que la oferta de servicios privados de atención médica genera un mercado de servicios derivados que sólo se ha analizado desde el enfoque del turismo médico (Lacayo, 2023; Guzmán, 2024), pero que puede ocasionar impactos en los entornos locales, incidiendo sobre el consumo doméstico y la diferenciación de productos (Colchero et al., 2020; Bautista et al., 2023; Flores et al., 2021), por lo que se parte de la siguiente pregunta: ¿de qué manera influye la oferta de servicios médicos privados generados por la inversión en turismo de salud sobre la demanda en el mercado de salud doméstico?

Pensado (2021) ofrece una perspectiva sólida que integra la convergencia de las dos principales vertientes teóricas que fundamentan la fenomenología del turismo de salud; es decir, el conjunto de aspectos sociodemográficos que componen los determinantes económicos y sociales —macroeconomía y salud—, así como el complejo sistema de interacciones económicas que se genera por la oferta de los servicios médicos por se con sus debidas condiciones, características y fallos de mercado —microeconomía y salud—.

Lomelí (2020), por su parte, incorpora algunos elementos institucionales a la perspectiva economicista de la salud, lo cual, al menos para el caso de México, es necesario, derivado de la prominencia de los servicios públicos de salud, ofreciendo un enfoque que destaca las consecuencias de la interacción con un complejo sistema de salud, más que la mera exégesis de la racionalidad y la incertidumbre de mercado que,

desde un enfoque totalmente económico, es insuficiente para comprender fenómenos complejos como éste (Becerra, 2020).

En este punto, será importante presentar la delimitación y el objetivo de este estudio, ya que la presente investigación busca generar un enfoque multidisciplinario para comprender un problema fenomenológicamente complejo. La oferta de servicios de salud requiere de un enfoque holístico que evalúe de manera integral las condiciones en las que interactúa la oferta y demanda de este tipo de servicios, pues tiene implicaciones propias que dificultan un análisis limitado a una necesidad social y, de igual manera, a una evaluación meramente económica.

El objetivo de este trabajo es determinar la relación entre el aumento en la oferta de servicios médicos privados, generado por el turismo de salud, y el incremento del consumo doméstico mediante el análisis de indicadores de consumo de servicios y disponibilidad de instituciones médicas privadas.

Revisión de la literatura

Generalidades del turismo de salud

El turismo de salud se entiende como el viaje temporal que realiza una persona con fines de recibir servicios de salud en diversos niveles, lo que implica someterse a diversos procedimientos orientados a mejorar su bienestar o atender sus padecimientos de salud (Arias et al., 2012). De acuerdo con Arceo et al. (2012), el turismo de salud en México implica, principalmente, viajes a destinos definidos como turísticos, con fines de salud, bienestar y belleza, en localidades fuera de su lugar de origen, así como migración semipermanente de personas en estado de retiro.

En este sentido, el turismo de salud se tipifica en dos vertientes con base en la intencionalidad de los visitantes, denominándose turismo médico si los usuarios visitan el destino con el propósito expreso de utilizar los servicios de salud disponibles (intervenciones médico-quirúrgicas), o bien, si lo hacen con fines de esparcimiento, buscando beneficios de tratamientos alternativos, preventivos o relajantes, recientemente este último es denominado como turismo del bienestar (Arias et al., 2012; De la Cruz et al., 2023).

Aunque los visitantes del turismo de salud pueden ser de carácter doméstico, la mayoría son de origen extranjero (Arceo et al., 2012). Se estima que los principales visitantes del turismo de salud son de origen estadounidense, canadiense y de algunos países de Europa; no obstante también se registran visitantes del continente asiático, principalmente, de China y Japón (Bancomext, 2017).

Desde la perspectiva económica, el principal incentivo para que los extranjeros consideren a México como un destino de turismo de salud

son los costos de los servicios, pues éstos representan un ahorro que va de 30 a 50 % respecto de su país de origen, aunque algunos datos sugieren que puede ser un poco más (SRE, 2013; Castañeda, 2024). No obstante, existen otros aspectos esenciales para el desarrollo del sector que les permite considerar a los clientes el turismo médico mexicano como un sustituto perfecto, tales como las implicaciones de transporte y distancia, la infraestructura y tecnología médica, así como la calidad de los servicios ofertados (Arceo et al., 2012; SRE, 2013; Castañeda, 2024).

El mercado del turismo de salud en México

Según estudios del Centro de Estudios Económicos de Baja California, la principal razón de los usuarios de servicios médicos en el extranjero es, efectivamente, la calidad en el servicio (56 %), seguida de precios más accesibles (22 %); también están la búsqueda de tratamientos no disponibles en su país (18 %) y la preferencia de un servicio más ágil y sin listas de espera (10 %) (Leonova, 2024).

En este sentido, el determinante competitivo del turismo médico mexicano respecto de los oferentes internacionales es la calidad en el servicio que se oferta, principalmente diferenciado por las características del destino, la proximidad con países vecinos, entre otros aspectos variados, lo que genera derramas económicas importantes y pocas veces cuantificadas en su verdadera escala (Flores et al., 2021).

Siguiendo este enfoque, se estima que en México se atienden alrededor de 1.2 millones de pacientes extranjeros, lo que representa un mercado que va de los 3.9 a los 5.5 mil millones de dólares (Ortega, 2023). En los últimos 10 años, los factores clave para el desarrollo del país como un potencial destino para el turismo médico han sido los costos competitivos de los servicios ofertados, la variedad de los servicios, la localización y características geográficas, el capital humano capacitado (con un porcentaje de médicos especialistas superior al de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico —OCDE—), y una amplia infraestructura de servicios médicos privados (SRE, 2013).

El mercado doméstico de servicios privados de salud en México

Después de la aparición e impacto del COVID-19, la demanda de servicios de salud cambió su forma tradicional de oferta, y México no fue la excepción. Al tratarse de un evento no previsto, la infraestructura de atención médica se vio superada en todos los sentidos, desde insumos hasta personal capacitado para la atención de la salud (Colchero et al., 2021).

En México, el sistema de salud es prominentemente de financiamiento público, aunque existe una oferta importante de servicios privados dirigidos a todos los niveles de poder adquisitivo, la cual ha mostrado una tendencia creciente, puesto que los servicios médicos privados que se ofertan van desde consultorios adjuntos a farmacias hasta planes integrales familiares de salud (Coneval, 2023; CNSF, 2024).

Para el caso mexicano, el aumento en la demanda de servicios médicos privados puede explicarse por la teoría de la transición epidemiológica. Esta teoría sugiere que a medida en que una sociedad se desarrolla, las enfermedades y condiciones de salud que afectan a la población cambian. En etapas iniciales de desarrollo social, las enfermedades de origen infeccioso y asociadas con la desnutrición son más prominentes, mientras que, al mismo tiempo que la sociedad avanza, las enfermedades crónicas y degenerativas se vuelven más comunes, generando una demanda de servicios especializados que algunas veces no son ofertados por el sistema público, o bien, son insuficientes o de mala calidad (González y Ángeles, 2022).

De acuerdo con Robledo (2024), los usuarios de servicios de salud en México responden a un fenómeno de fragmentación, ya que los sistemas de salud pública en el país se han estructurado de manera compleja y cambiante, afectando considerablemente la calidad y disponibilidad de los servicios, al permitir un margen importante para la participación de actores privados.

No obstante, estudios trascendentes, como el de Kuri (2011), evidencian que existen otros fenómenos en el orden social que inciden en la demanda de servicios médicos privados, tales como el envejecimiento de la población general del país, así como cambios en el estilo de vida, los cuales construyen un entorno transicional de riesgo generalizado crónico para la salud. En contraste, Lehto y Lehto (2019) coinciden en que esta fenomenología social es común en la mayoría de los países de los cuales proceden los usuarios de turismo médico, por lo que se origina una oferta compartida tanto para el mercado extranjero como para el doméstico de ciertos servicios especializados (Deloitte, 2019).

Metodología

Dada la complejidad del fenómeno, se establecerán dos hipótesis centrales que permitirán generar las principales directrices para una investigación posterior que particularice en los aspectos clave que resulten de interés.

Hipótesis 1 (H₀). No existen diferencias significativas entre regiones en México para el consumo de servicios médicos privados con base en el nivel de servicio o sus interacciones.

Hipótesis 1 (H₁). La oferta de servicios médicos privados en México difiere con base en la región definida por la orientación turística de ésta, el nivel de servicio o ambos.

Hipótesis 2 (H₀). Las tasas de crecimiento en la oferta de servicios médicos privados es homogénea entre las regiones turísticas dedicadas y las menos intensivas en turismo.

Hipótesis 2 (H₁). Las regiones con mayor orientación turística en México presentan un crecimiento más alto en la oferta de servicios médicos privados.

La formulación de los supuestos de investigación para el presente estudio parte principalmente de tres condiciones iniciales, primero, la influencia de variables socioeconómicas que generan la demanda de turismo de salud crea una demanda compartida con el mercado doméstico; segundo, el mercado de servicios médicos privados se ve influenciado por la oferta del turismo de salud y su incidencia en el complejo sistema de salud público, lo que, a su vez, provoca alteraciones en la oferta de servicios médicos; tercero, la fragmentación del sistema de salud produce un mercado de competencia imperfecta.

El universo de estudio son todas las instituciones que ofrecen servicios médicos privados, las que fueron tomadas de los registros que proporciona el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi). Adicionalmente, se consultaron diversas fuentes académicas en las cuales se desarrollaron investigaciones sobre el turismo de salud, así como informes de organismos públicos nacionales e internacionales, los cuales analizan los datos de las dependencias públicas que componen el sistema de salud nacional de manera agregada.

Con base en la información recuperada, se utilizó la regionalización planteada por Castro y de la Garza (2019), en la que se tipifican las regiones según su orientación en la oferta de servicios médicos privados derivado de la incidencia turística de éstos. Se realizó un análisis de varianza para identificar si existen diferencias entre regiones, lo que permitirá reconocer si prevalece un desarrollo desigual.

Adicionalmente, se analizaron los indicadores generales en la demanda de servicios médicos privados con base en el nivel de atención de éstos y se contrastaron con las unidades médicas disponibles a fin de, en conjunto, establecer el comportamiento para el consumo de servicios médicos privados durante el periodo de estudio.

Resultados

Una de las principales características de la oferta de servicios médicos en México es la sectorización focalizada en el orden geográfico. Castro y de la Garza (2019) realizan una agrupación regional para el estudio de servicios médicos de salud con base en ocho regiones, diseñadas con base en criterios de densidad de población, agrupación sectorial regional y orientación económica, las cuales son noroeste (compuesta por Baja California Norte, Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Sinaloa y Sonora), noreste (compuesta por Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas), occidente (Colima, Jalisco, Nayarit y Michoacán), oriente (Hidalgo, Puebla, Tlaxcala y Veracruz), centro sur (CDMX, Estado de México y Morelos), centro norte (Aguascalientes, Guanajuato, Querétaro, San Luis Potosí y Zacatecas), sureste (Campeche, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán) y suroeste (Chiapas, Guerrero y Oaxaca).

Castro y de la Garza (2019) identifican la agrupación de los servicios de salud a partir de la tipificación de atención, sea pues de primer nivel (principalmente de naturaleza preventiva, medicación paliativa y mantenimiento de buena salud), de segundo nivel (tratamiento correctivo, intervenciones quirúrgicas, fisioterapias y tratamiento para enfermedades graves), y de tercer nivel (tratamientos graves de atención de alta especialidad). Todos estos servicios se presentan en la Tabla 2.1.

Tabla 2.1
Composición proporcional de los servicios médicos en México según regiones

| Región | Primer nivel | | Segundo nivel | | Tercer nivel | |
|--------------|--------------|---------|---------------|---------|--------------|---------|
| | Pública | Privada | Pública | Privada | Pública | Privada |
| Centro norte | 83.9 % | | 15.65 % | | 0.45 % | |
| | 73.44 % | 26.56 % | 22.85 % | 77.15 % | 93.75 % | 6.25 % |
| Centro sur | 81.33 % | | 17.31 % | | 1.36 % | |
| | 56.21 % | 43.79 % | 17.74 % | 82.26 % | 95.65 % | 4.35 % |
| Noreste | 87.97 % | | 11.57 % | | 0.46 % | |
| | 60.36 % | 39.64 % | 32.53 % | 67.47 % | 76.92 % | 23.08 % |
| Noroeste | 83.52 % | | 16.16 % | | 0.32 % | |
| | 72.18 % | 27.82 % | 27.57 % | 72.43 % | 100 % | 0 % |
| Occidente | 84.35 % | | 15.17 % | | 0.48 % | |
| | 80.42 % | 19.58 % | 23.94 % | 76.06 % | 94.44 % | 5.56 % |
| Oriente | 85.37 % | | | | 0.28 % | |
| | 81.72 % | 18.28 % | 24.85 % | 75.15 % | 100 % | 0 % |
| Sureste | 91.21 % | | 8.35 % | | 0.44 % | |
| | 70.09 % | 29.91 % | 44.5 % | 55.5 % | 100 % | 0 % |
| Suroeste | 92.88 % | | 7 % | | 0.12 % | |
| | 89.99 % | 10.01 % | 44.97 % | 55.03 % | 100 % | 0 % |

Nota. Se muestra la distribución porcentual de servicios médicos según su nivel y su región, y se presenta desglose de proporción entre servicios públicos y privados de cada nivel.

Fuente: elaboración propia con base en Castro y de la Garza (2019).

En la Tabla 2.1, se aprecia la composición de servicios médicos según el nivel de atención. Es notable que las regiones con destinos turísticos mejor consolidados presentan una mayor proporción de servicios médicos privados. Asimismo, predomina una concentración mayor de proporción de servicios privados en el segundo nivel de atención.

En este mismo sentido, las regiones centro norte, centro sur, noroeste y occidente muestran importantes concentraciones de servicios médicos privados en el tercer nivel, las cuales abarcan estados y municipios con una alta afluencia de turistas, o bien, son destinos turísticos consolidados en el turismo de salud, sea por su proximidad fronteriza o sus atractivos naturales, como destinos de sol y playa (Flores et al., 2021).

Se recuperaron los datos más recientes que ofrece el Inegi (2023) para las estadísticas de establecimientos particulares de salud y se realizó un análisis de varianza con base en las regiones que indican Castro y de la Garza (2019) con relación al tipo de atención recibida (nivel 1, nivel 2 y nivel 3) y la influencia de visitantes turísticos extranjeros, tal como se señala en la Tabla 2.2.

Tabla 2.2

Personas atendidas según nivel de atención y región con datos de 2023

| Región | Primer nivel | Segundo nivel | Tercer nivel |
|--------------|--------------|---------------|--------------|
| Noroeste | 11 198 066 | 17 16 475 | 177 393 |
| Noreste | 15 632 906 | 2 315 826 | 189 039 |
| Occidente | 9 678 726 | 1 677 270 | 230 753 |
| Oriente | 5 593 730 | 1 176 260 | 118 244 |
| Centro sur | 28 941 148 | 4 976 793 | 392 326 |
| Centro norte | 7 610 638 | 1 338 136 | 180 694 |
| Sureste | 5 821 176 | 626 612 | 52 175 |
| Suroeste | 1 834 150 | 693 649 | 43 640 |

Nota. Personas atendidas según región con base en el nivel de atención médica en establecimientos privados.

Fuente: elaboración propia con base en Inegi (2023).

Se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para evaluar si existen diferencias significativas en los niveles de servicios médicos y las regiones (noroeste, noreste, occidente, oriente, centro sur, centro norte, sureste y suroeste), con un nivel de significancia de 0.05.

Para el análisis de diferencias entre regiones, los resultados obtenidos muestran un estadístico F de 1.63 y un valor p de 0.208. Dado que el valor p es menor que 0.05, se rechaza la hipótesis 1 nula (H_0), lo que indica que existen diferencias significativas en al menos dos de las regiones.

Por otro lado, no se identifican diferencias de varianza entre los servicios por sí mismos sobre el nivel de consumo (con un valor F de 12.99 y un valor p de 0.0006).

Para el caso de la hipótesis 2 (H_0): Las tasas de crecimiento en la oferta de servicios médicos privados es homogénea entre las regiones turísticas dedicadas y las menos intensivas en turismo, se recuperaron los datos de las unidades médicas privadas disponibles desde el periodo 2004 a 2023.

Se agruparon los datos de cada una de las entidades con base en las regiones establecidas por Castro y de la Garza (2019). Posteriormente, se aplicaron cálculos de regresión lineal para estimar el coeficiente de crecimiento de cada una de las regiones con base en los datos históricos (véase Tabla 2.3).

Tabla 2.3
Unidades médicas privadas por región y año, periodo 2004-2023

| Año | Noroeste | Noreste | Centro sur | Centro norte | Occidente | Oriente | Sureste | Suroeste |
|-----------|----------|---------|------------|--------------|-----------|---------|---------|----------|
| 2004 | 361 | 152 | 920 | 370 | 405 | 433 | 130 | 249 |
| 2005 | 386 | 146 | 952 | 381 | 439 | 450 | 138 | 280 |
| 2006 | 375 | 146 | 945 | 376 | 425 | 448 | 136 | 280 |
| 2007 | 416 | 153 | 972 | 383 | 440 | 469 | 140 | 286 |
| 2008 | 399 | 158 | 896 | 372 | 405 | 463 | 130 | 288 |
| 2009 | 403 | 156 | 892 | 367 | 402 | 473 | 130 | 285 |
| 2010 | 396 | 152 | 890 | 393 | 419 | 479 | 126 | 289 |
| 2011 | 377 | 148 | 869 | 391 | 417 | 472 | 131 | 283 |
| 2012 | 378 | 153 | 856 | 397 | 409 | 464 | 129 | 278 |
| 2013 | 394 | 158 | 847 | 397 | 401 | 457 | 125 | 292 |
| 2014 | 387 | 158 | 821 | 385 | 390 | 457 | 124 | 292 |
| 2015 | 371 | 166 | 810 | 375 | 386 | 448 | 119 | 285 |
| 2016 | 359 | 167 | 803 | 361 | 383 | 435 | 118 | 280 |
| 2017 | 356 | 163 | 792 | 356 | 383 | 429 | 115 | 283 |
| 2018 | 355 | 161 | 780 | 354 | 383 | 427 | 115 | 288 |
| 2019 | 349 | 190 | 763 | 347 | 384 | 420 | 118 | 284 |
| 2020 | 351 | 194 | 748 | 349 | 366 | 427 | 114 | 313 |
| 2021 | 343 | 197 | 773 | 347 | 381 | 422 | 116 | 307 |
| 2022 | 343 | 204 | 764 | 347 | 377 | 421 | 113 | 305 |
| 2023 | 338 | 199 | 742 | 340 | 370 | 415 | 116 | 307 |
| Pendiente | -2.91 | 2.85 | -11.82 | -2.18 | -3.19 | -2.44 | -1.33 | 1.68 |

Nota. Número de unidades médicas particulares agrupadas por región, considerando el periodo 2004 a 2023 con coeficiente de crecimiento (pendiente).

Fuente: elaboración propia con base en datos del Inegi, varios años.

Como puede apreciarse, la mayoría de las regiones presenta una tasa decreciente en la cantidad de unidades médicas privadas, permaneciendo dos con tasas positivas, noreste y sureste. Esto puede deberse a diferencias entre entidades federativas que afectan la tasa media; sin embargo, para los fines de este documento, se rechaza la hipótesis nula, pues se evidencia que al menos dos regiones orientadas al turismo presentan tasas positivas de crecimiento respecto de la disponibilidad de unidades médicas privadas.

Discusión

El aumento de la oferta y demanda de servicios médicos privados

La pandemia generó cambios en la forma como se consumen los servicios médicos, principalmente privados; sin embargo, existen otros factores

importantes que inciden sobre este fenómeno, ya que se han registrado incrementos en los costos de la salud de casi 40 % para el mercado doméstico (Lacayo, 2023; CNSF, 2024), los cuales permiten especular sobre la relación entre oferta y demanda en este mercado y sobre las diferencias entre regiones, que pueden deberse a discrepancias entre estados.

De acuerdo con Sectur (2024), la oferta de servicios médicos generados por la del turismo de salud genera una mayor inversión y aumenta, como consecuencia, la oferta de servicios médicos (Santoyo, 2024; Infraestructura Médica, 2024). Esto sucede principalmente en la atención médica de segundo nivel, la cual se considera una demanda relativamente estable para el mercado doméstico y al alza para el mercado extranjero (Rivera, 2023).

No obstante, el mayor incremento en la demanda de servicios privados de salud se registró para los de primer nivel, sea pues la atención de salud primaria (ASP), lo que genera una demanda artificial, pero que sí influye en el índice de precios y, naturalmente, en el incremento del gasto de los hogares, lo que puede explicar la tasa negativa en el crecimiento de unidades médicas particulares disponibles (Colchero et al., 2022).

Lo anterior tiene varias causas: la principal y más reciente fue el cambio social y cultural en los hábitos de consumo derivados, precisamente, de la pandemia de COVID-19, pues algunos estudios argumentan aumentos en el uso de servicios médicos de atención primaria mediante la intervención tecnológica en comunicaciones, como chats, aplicaciones de mensajería, llamadas telefónicas o videollamadas, así como revisiones mediante autotests y servicios en internet (Colchero et al., 2021; González y Scartascini, 2023; Servín, 2024).

En cuanto al mercado doméstico, se identificó un alza generalizada en el consumo de servicios médicos privados, pero en diversos niveles de productos. De acuerdo con Pérez (2023), 48 % de la población nacional utilizaron servicios médicos privados para atención primaria (ASP), esto con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2022, donde se identificó que 22.4 % de los usuarios asistieron a consultorios médicos particulares, 17.7 % lo hicieron en consultorios adjuntos a farmacias y 3.3 % en hospitales privados.

En términos generales, la demanda de servicios médicos privados para atención primaria registró un considerable aumento entre 2021 (34 % del total nacional) y 2022 (con 48 % del total), esto dentro del más reciente periodo pospandemia, con la intención de reducir la influencia de este fenómeno (Bautista et al., 2023).

Disponibilidad y percepción de los servicios públicos de salud

De acuerdo con Colchero et al. (2022), hasta el año 2020, 57 % de la población mexicana no contaban con seguridad social, situación que ha empeorado en los años siguientes, pues para 2022, se estimaba que 64.7 millones de ciudadanos no contaban con acceso a ningún sistema de salud público (Gómez, 2024).

El rotativo Contra Réplica (2024) señala que la afiliación a instancias públicas de salud bajó poco más de 20 % entre 2018 y principios de 2024, mientras que se estima un incremento en casi 6.9 % en la atención privada durante el mismo periodo, lo que contrasta con el incremento de la inflación en salud por el aumento de la demanda de este tipo de servicios, principalmente en consultorios anexos a farmacias (Rivera, 2023).

García (2023) presenta una descripción general del sistema de salud público para 2023 como deficiente en cuanto a cobertura, disponibilidad, calidad en la atención, desabasto de medicamentos y con una mayor tasa de morbilidad comparada con periodos anteriores. En este mismo sentido, Bautista (2024) resalta que la percepción de los usuarios del sistema de seguridad social denota la falta de accesibilidad, la mala calidad de los servicios, la escasez de medicamentos e insuficiencia de personal médico.

Influencia del turismo de salud en la segmentación del mercado de servicios médicos privados

La concentración de destinos turísticos y otras áreas que favorecen la inversión de infraestructura privada para la oferta de servicios médicos se concentra en el segundo nivel, por lo que los clientes locales son usuarios potenciales de estos servicios dado que ya se ofertan; sin embargo, la demanda de los servicios es heterogénea y se encuentra en función de variables sociales y económicas de cada región, así como de la disponibilidad y características del sistema de seguridad social (Castro y de la Garza, 2019).

Por otro lado, es necesario entender que la demanda de servicios de salud tiene características propias que difieren considerablemente de otros mercados, pues, desde una perspectiva económica, la estructura de la oferta y la demanda de servicios médicos difiere respecto de la estructura de precios, la intervención de desarrollo tecnológico y la disponibilidad de los consumidores para adquirirlo, pues el bien no puede ser equiparado con fines de competencia o diferenciación, sobre todo si existe oferta de servicios públicos cuyo precio es muy cercano a cero (Temporelli, 2009).

Conclusiones

La formulación del objetivo central de esta investigación se basó en la premisa económica sustentada en la ley de la oferta y la demanda; esto es, a una mayor disposición de servicios, existirá un mercado más amplio dispuesto a adquirirlo derivado de una baja en el precio. No obstante, la principal conclusión es afirmar que esto es parcialmente cierto.

La dicotomía propuesta en la formulación hipotética permite evidenciar el contraste entre la generación de oferta (hipótesis 1) y el comportamiento de la demanda (hipótesis 2) que se planteó en el objetivo. Para la primera hipótesis, se concluye que es determinante la influencia del turismo de salud para la generación de inversión y la construcción de un mercado de productos de salud al menos en algunas regiones, los cuales son atractivos no sólo para los extranjeros, sino también para los consumidores locales, pero con restricciones de precio.

La segunda hipótesis no puede ser validada en su totalidad debido a la complejidad derivada de la fragmentación y heterogeneidad de los sistemas públicos de salud en México. Se encontró que no se consideraron variables de alto impacto para esta hipótesis, como la diferenciación de subsistemas de salud pública, la desigualdad de acceso a servicios de salud, la calidad en la atención, los elevados costos para la oferta de servicios de salud, las cuales pueden depender de cada estado y no de la región, como supone Castro y de la Garza (2019).

Si bien se puede concluir que el turismo médico genera un desarrollo heterogéneo entre diversas regiones, los resultados indican que las diferencias pueden ser más marcadas de lo que parecen, ya que existen diferencias importantes dentro de cada región analizada. Además, este es un problema que demanda un abordaje desde los ejes social y económico de manera integrada; teorías como la complejidad social, la teoría del reconocimiento o la teoría de la desigualdad estructural, por mencionar algunas, pueden ofrecer una perspectiva complementaria sobre el tema.

Referencias

- Arceo, C., Greig, M. y Cabral, J. (2012). México un destino de clase mundial para el turismo médico. Realidad y prospectiva. México: Universidad de Guadalajara.
- Arias, F., Caraballo, A. y Matos, R. (2012). El turismo de salud: conceptualización, historia, desarrollo y estado actual del mercado global. *Clío América*, 6(11), 72-98.
- Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMS) (2023). El seguro de gastos médicos en México. Relevancia y tendencias. <https://amispremsa.org/public/documentos/seguro-de-gastos-medicos-36.pdf>.
- Banco Nacional de Comercio Exterior (Bancomext) (2017). México es el segundo destino de turismo de salud a nivel mundial. Gobierno de México. <https://www.bancomext.com/blog-bancomext/mejora-tu-hotel/mexico-es-el-segundo-destino-de-turismo-de-salud-a-nivel-mundial/>.
- Bautista, S., Vargas, A., Moreno, L. y Colchero, M. (2023). Utilización de servicios de salud en México: cascada de atención primaria en 2022. *Salud Pública de México*, 65(1), 15-22.
- Bautista, S. (22 de febrero de 2024). Utilización de servicios públicos de salud en México: Uno de los retos críticos del sistema de salud. Instituto Nacional de Seguridad Pública. <https://www.insp.mx/informacion-relevante/utilizacion-de-servicios-publicos-de-salud-en-mexico-uno-de-los-retos-criticos-del-sistema-de-salud>.
- Becerra, G. (2020). La teoría de los sistemas complejos y la teoría de los sistemas sociales en las controversias de la complejidad. *Convergencia*, 27, <https://doi.org/10.29101/crcs.v27i83.12148>.

- Castañeda, E. (17 de septiembre de 2024). Largas filas para cruzar no frenan a Tijuana como destino de turismo médico. *El Imparcial*. https://www.elimparcial.com/tij/tijuana/2024/09/17/largas-filas-para-cruzar-no-frenan-a-tijuana-como-destino-de-turismo-medico/#google_vignette.
- Castro, J. y de la Garza, M. (2019). Informe de investigación: Distribución espacial de la infraestructura del sector salud en México [núm. de registro 1077]. *Redes regionales de conocimiento y desarrollo regional*. <https://digitaldcsh.azc.uam.mx/index.php/files/95/Economia/1201/Distribucion-espacial-de-la-infraestructura-del-Sector-Salud-en-Mexico.pdf>.
- Colchero, M., Gómez, R., Figueroa, J., Rodríguez, A. y Bautista, S. (2020). Aumento en la oferta de consultorios adyacentes a farmacias y atención en servicios públicos en México entre 2012 y 2018. *Salud Pública de México*, 62(6), 851-858.
- Colchero, M., Gómez, R., Pineda, C. y Bautista, S. (2021). Health care utilization during Covid-19 Pandemic y Mexico: the cascade of care. *Salud Pública de México*, 63(6), 173-750.
- Comisión Nacional de Seguros y Finanzas (CNSF) (2024a). Reporte de coyuntura (marzo 2024). Secretaría de Hacienda y Crédito Público. <https://www.cnsf.gob.mx/cnsf/revista/Documentos%20compartidos/Reporte%20Coyuntura%20Marzo%2024%20%20V2003.pdf>.
- Comisión Nacional de Seguros y Finanzas (CNSF) (2024b). Brecha de cobertura del sector asegurador 2023. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. https://www.cnsf.gob.mx/cnsf/revista/Documentos%20compartidos/Brechas_revista.pdf.
- _____ (2022). Inflación médica y su impacto en gastos médicos y de salud. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/752486/Estudio_inflacion_m_dica_VF2.pdf.
- Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef) (s. f.). Simulador de gastos médicos mayores. Gobierno de México. https://phpapps.condusef.gob.mx/condusef_gastosmedicosGMM/index.php.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política del Desarrollo Social (Coneval) (2023). Estudio sobre el derecho a la salud 2023: un análisis cualitativo. México: Coneval.
- De la Cruz, J., Ferrero, R., Rivas, J. y Cruz, N. (2023). Turismo del bienestar como segmento en crecimiento: una mirada desde los estudios bibliométricos. *Revista de Ciencias Humanísticas y Sociales*, 8(1), 98-110. <https://doi.org/10.33936/rehuso.v8i1.5080>.
- Deloitte (2019). Oportunidades de mercado y perspectivas del turismo de salud en México. México: Galaz, Yamazaki, Ruiz Urquiza, S. C.

- El Informador (25 de enero de 2022). Inflación médica privada de 17% en el 2021, un reto del sector asegurador. El Informador. <https://www.informador.mx/economia/SAT-Que-pasa-con-las-obligaciones-fiscales-cuando-un-contribuyente-muere-20241103-0103.html>.
- Flores, S., Huerta, R., Mariño, J. y Pinochet, G. (2021). Turismo médico en el pacífico mexicano. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 40(5), 502-505. <http://doi.org/10.5281/zenodo.5450545>.
- García, A. (3 de agosto de 2023). 5 gráficos sobre el acceso a la salud en México. El Economista. <https://www.economista.com.mx/arteseideas/5-graficos-sobre-el-acceso-a-la-salud-en-Mexico-20230803-0051.html>.
- Gómez, T. (8 de julio de 2024). 64.7 millones de mexicanos no cuentan con acceso a seguridad social, revela el Coneval. OFEM Media. <https://la-lista.com/poder/64-7-millones-de-mexicanos-no-cuentan-con-acceso-a-seguridad-social-revela-el-coneval>.
- González, M. y Scartascini, C. (2023). Aumento del uso de la telemedicina. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://behavioral.iadb.org/index.php/es/our-projects/aumento-del-uso-de-la-telemedicina>.
- González, N. y Ángeles, C. (2022). Apuntes para repensar la “teoría de la transición epidemiológica” y su importancia para el diseño de políticas públicas. Espacios Públicos, 12(25), 151-162.
- Guzmán, J. (2024). Turismo médico: una exploración del posicionamiento discursivo académico. Intersticios Sociales, (28), 97-112.
- Infraestructura Médica (2024). Turismo médico en México. <https://infraestructuramedica.mx/turismo-medico-en-mexico/>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) (2024). Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares (ESEP) 2023. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/ESEP/ESEP2023.pdf>.
- _____ (2023). Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares (ESEP) 2022. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ESEP/ESEP2022.pdf>.
- Kuri, P. (2011). La transición en salud y su impacto en la demanda de servicios. Gaceta Médica de México, 147(6), 451-454.
- Lacayo, J. (28 de noviembre de 2023). Transformar la salud: nearshoring y turismo médico como motores de innovación y calidad. Forbes. <https://forbes.com.mx/transformando-la-salud-en-mexico-nearshoring-y-turismo-de-salud-como-motores-de-innovacion-y-calidad/>.

- Leonova, A. (14 de abril de 2024). Calidad en el servicio determina a los 10 países líderes en turismo médico a nivel mundial; Tailandia encabeza. Centro de Estudios Económicos de Baja California. <https://tribunaeconomica.com.mx/publicaciones/seccion/economia/calidad-en-el-servicio-determina-a-los-10-paises-lideres-en-turismo-medico-a-nivel-mundial-tailandia-encabeza/>.
- Lehto, X. y Lehto, M. (2019). Vacation as a public health resource: Toward a wellness-centered tourism design approach. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 43 (7), 935-960. <https://doi.org/10.1177/1096348019849684>
- Lira, J. (10 de octubre de 2023). Inflación médica: La fiebre silenciosa del sistema de salud mexicano. *El Financiero*. <https://www.elfinanciero.com.mx/opinion/colaborador-invitado/2023/10/10/inflacion-medica-la-fiebre-silenciosa-del-sistema-de-salud-mexicano/>.
- Lomelí, L. (2020). La economía de salud en México. *Revista de la CEPAL*, diciembre (132), 195-208.
- Navarro, F. (2024). El sector privado. Infraestructura hospitalaria. En F. Cano Valle (ed.), *Marco normativo de la medicina privada en México* (pp. 81-96). México: LIBRUNAM.
- Ordoñez, I. y Basurto, M. (2023). La atención primaria a la salud durante la pandemia de COVID-19 en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61(4), 509-515. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8200527>.
- Ortega, J. (26 de octubre de 2023). Jalisco es uno de los estados con mayor turismo de salud en el país. *Contralínea*. <https://contralinea.net/jalisco-es-uno-de-los-estados-con-mayor-turismo-de-salud-en-el-pais/>.
- Pensado, M. (2021). Fundamentos teóricos de la economía de salud. *Ciencia Económica*, 9(15), 43-59. DOI: 10.22201/fe.24484962e.2020.9.15.3.
- Pérez, M. (22 de junio de 2023). Casi la mitad de los mexicanos recurrió a salud privada. *El Economista*. <https://www.economista.com.mx/politica/Casi-la-mitad-de-mexicanos-recurrio-a-salud-privada-20230622-0125.html>.
- Rivera, A. (7 de agosto de 2023). ¿A dónde acuden los mexicanos para recibir atención médica cuando se enferman? *MEDSCAP*. <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5911251?form=fpf>.
- Robledo, Z. (2024). La transformación del sistema de salud mexicano. *Salud Pública de México*, 66(5), 767-773.
- Santoyo, I. (11 de abril de 2024). Turismo médico detonará construcción en México este 2024. *Cámara Mexicana de la Industria de la Construcción*. <https://www.cmic.org.mx/sectores/salud/noticmic.cfm?seleccion=513>.

- Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE) (2013). Turismo de salud. NOTISEM. Dirección General de Comunicación Social. <https://embamex.sre.gob.mx/dinamarca/images/pdf/medico.pdf>.
- Secretaría de Turismo (Sectur) (6 de mayo de 2024). Implementación del sello Turismo de Salud deriva en nuevo centro integral Wellness de México. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/sectur/prensa/implementacion-del-sello-turismo-de-salud-deriva-en-nuevo-centro-integral-wellness-de-mexico>.
- Secretaría de Turismo (Sectur) (29 de agosto de 2023). Sello Turismo de Salud-Turismo de Bienestar. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/sectur/acciones-y-programas/sello-turismo-de-salud-turismo-medico>.
- Servín, A. (6 de mayo de 2024). Telemedicina: Crece su uso para transformar la prestación en los servicios de salud. El Economista. <https://www.economista.com.mx/los-especiales/Telemedicina-Crece-su-uso-para-transformar-la-prestacion-en-los-servicios-de-salud-20240506-0023.html>.
- Temporelli, K. (2009). Oferta y demanda en el sector sanitario: un análisis desde la economía de salud. *Estudios Económicos*, 26(53), 1-15.
- United Nations International Children's Emergency Found (UNICEF) (2018). A vision for primary health care in the 21st century. Towards universal health coverage and sustainable development goals. WHO/HIS/SDS.

Sobre los autores

- ¹Profesor investigador del Instituto Tecnológico José Mario Molina Pasquel y Henríquez, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9310-9587>
- ²Profesora investigadora del Tecnológico Nacional de México / Instituto Tecnológico José Mario Molina Pasquel y Henríquez, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7900-0350>
- ³Profesor investigador del Tecnológico Nacional de México / Instituto Tecnológico José Mario Molina Pasquel y Henríquez, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-1058-3436>
- ⁴Profesor investigador del Tecnológico Nacional de México / Instituto Tecnológico José Mario Molina Pasquel y Henríquez, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0689-1989>



iQU4TRO EDITORES

En colaboración con:

