

2015

TESIS DOCTORAL:

FLUJOS DE ENTRADA Y SALIDA DE TURISTAS DE SALUD EN REINO UNIDO

Autor: Esther Roquero Ortiz

Director: Ricardo Pagán Rodríguez

2015



UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES
DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA APLICADA (HACIENDA PÚBLICA, POLÍTICA
ECONÓMICA, ECONOMÍA POLÍTICA)

PROGRAMA DE DOCTORADO: ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS Y DIRECCIÓN DE
RECURSOS HUMANOS

TESIS DOCTORAL

Esther Roquero Ortiz



UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES
DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA APLICADA (HACIENDA PÚBLICA,
POLÍTICA ECONÓMICA Y ECONOMÍA POLÍTICA)
PROGRAMA DE DOCTORADO: ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS Y
DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS**

TESIS DOCTORAL

FLUJOS DE ENTRADA Y SALIDA DE TURISTAS DE SALUD EN REINO UNIDO

Esther Roquero Ortiz

Director: Ricardo Pagán Rodríguez

Málaga

2015



Publicaciones y
Divulgación Científica

AUTOR: Esther Roquero Ortíz

 <http://orcid.org/0000-0002-4191-922X>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Facultad de Económicas
Campus El Ejido
29071 MÁLAGA

DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA APLICADA
(HACIENDA PÚBLICA, POLÍTICA ECONÓMICA
Y ECONOMÍA POLÍTICA)

Ricardo Pagan Rodríguez, Profesor Titular del Departamento de Economía Aplicada
(Política Económica)

ACREDITA que la Memoria de Tesis titulada “Flujos de entrada y salida de turistas de salud en Reino Unido” presentada por Dña. Esther Roquero Ortiz para aspirar al grado de DOCTOR por la Universidad de Málaga, ha sido realizada bajo su dirección y avala su presentación para su defensa en la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Málaga.

Para que así conste, firma el presente certificado en Málaga, a 9 de noviembre de 2015

A mis padres que me lo han dado todo
y –especialmente- a mi madre que me
acompaña siempre.

A Servando, mi marido, que siempre ha
creído en mí.

A mi hija, Sara, que es mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Desde que finalicé mi Licenciatura en Administración y Dirección de Empresas en el año 2005, quise vincular mi carrera profesional al campo universitario y continué mis estudios de doctorado.

Después de concluir los cursos de doctorado, como la continuidad en la Universidad no estaba asegurada, y tras una experiencia laboral en la empresa privada que no deseaba mantener mucho tiempo (remuneraciones no acordes con el puesto y la dedicación, jornada laboral de 8.00 a 20.00 horas, etc), decidí preparar oposiciones para el Cuerpo Superior de Administradores de Gestión Financiera de la Junta de Andalucía. Las aprobé en 2009, aunque no fue hasta el 10 de enero de 2011 cuando tomé posesión de mi plaza en Málaga. Durante el periodo de 2009 a 2011 he disfrutado de becas en las Consejerías de Economía y Hacienda y de Turismo, Comercio y Deporte, además de un contrato de investigación en la Universidad Pablo de Olavide.

Realizar la tesis doctoral no ha sido un trabajo fácil, más aún cuando estás fuera de la comunidad universitaria y tienes que mantener tu casa y tu familia. Esta labor ha sido posible, en casa, gracias al apoyo de mi familia y, en la Universidad, gracias a mi director de tesis el Dr. Ricardo Pagán Rodríguez que siempre ha confiado en mí y que me ha demostrado una gran amistad.

No quisiera dejar de agradecer a todos los que me han acompañado en el camino o han estado presentes en algún momento con una palabra de aliento que ha significado mucho: profesores, amigos, compañeros, etc.

A todos, gracias

ÍNDICE

0. RESUMEN	1
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. TURISMO DE SALUD: IMPORTANCIA	5
1.2. ¿POR QUÉ ESTUDIAMOS? ¿UTILIDAD?	9
1.3. OBJETIVOS	10
1.4. HIPÓTESIS	11
1.5. DATOS. MÉTODO	12
1.5.1. International Passenger Survey	12
1.5.2. Historia de la encuesta y algunos cambios producidos en la serie analizada	14
1.5.3. Propósito principal, usuarios y usos de la IPS de viajes y turismo extranjero	15
1.5.4. Revisión de la Encuesta	17
1.5.5. Diseño de la encuesta	18
1.5.6. Calidad del IPS: fortalezas y limitaciones	19
1.5.6.1. Fortalezas	19
1.5.6.2. Limitaciones	21
1.6. ESTRUCTURA	24
2. REVISIÓN DE LA LITERATURA	26
2.1. CONCEPTO DE TURISMO	26
2.2. CONCEPTO DE SALUD Y TURISMO DE SALUD. REFERENCIA AL TURISMO TERMAL	31
2.2.1. Evolución y factores que explican el crecimiento del turismo de salud	36
2.2.2. Turismo termal	46
2.3. JUSTIFICACIÓN DEMANDA DEL TURISMO DE SALUD. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN	47
2.4. OFERTA DE TURISMO MÉDICO. CASOS	60
2.4.1. Productos y servicios de turismo de salud	60
2.4.2. Delimitación de la oferta y demanda de salud: Mercados receptores y emisores del turismo de salud	63
2.5. ESPECIAL REFERENCIA AL REINO UNIDO	84
2.5.1. Referencia al Sistema Nacional de Salud (NHS: National Health Service)	84
3. DATOS	102
4. MÉTODO	103
5. RESULTADOS	105

5.1. OBJETIVO 1: CONOCER EL VOLUMEN DE TURISTAS QUE HAN SALIDO Y ENTRADO AL REINO UNIDO DURANTE LOS AÑOS 2000 A 2014 PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO _____	107
5.2. OBJETIVO 2: ANALIZAR EL TIPO DE TURISTA QUE HA SALIDO Y ENTRADO AL REINO UNIDO POR EDAD, SEXO, NACIONALIDAD DURANTE LOS AÑOS 2000 A 2014 CON EL OBJETIVO DE RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO _____	112
5.3. OBJETIVO 3: EXAMINAR LA FORMA EN LA QUE SE REALIZA EL TURISMO DE SALUD DURANTE 2000 A 2014. ES DECIR, LA DURACIÓN DE LA ESTANCIA, SI ES UN VIAJE INDIVIDUAL O EN GRUPO _____	134
5.4. OBJETIVO 4: CUANTIFICAR EL GASTO QUE REALIZAN LOS TURISTAS DE LA SALUD EN EL PERIODO DE 2000 A 2014 _____	140
5.5. ANÁLISIS DE LAS SALIDAS DE LOS TURISTAS MÉDICOS DEL REINO UNIDO HACIA EL EXTRANJERO _____	144
5.6. ANÁLISIS DE LA TIPOLOGÍA DE TRATAMIENTO DEMANDADO POR LOS TURISTAS DE SALUD DEL REINO UNIDO QUE BUSCA TRATAMIENTO EN EL EXTRANJERO _____	156
5.7. ANÁLISIS DE LOS TURISTAS DE SALUD DEL REINO UNIDO QUE LLEGAN A ESPAÑA _____	166
6. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS _____	180
7. CONCLUSIONES E IDEAS _____	185
8. ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO _____	205
9. ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS _____	214
9.1. GRÁFICAS Y TABLAS DE LA REVISIÓN DE LITERATURA _____	214
9.2. GRÁFICAS Y TABLAS DE LOS RESULTADOS _____	216
ANEXO I: CODIFICACIÓN DE VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO _____	223

0. RESUMEN

TÍTULO: Flujos de entrada y salida de turistas de salud en Reino Unido

PALABRAS CLAVE: Turismo de salud, perfil del turista de salud, entradas, salidas

RESUMEN:

La situación actual en la que nos encontramos en un mundo globalizado, en donde todo es de todos, o al menos puede serlo, el turismo y la salud se convierten en accesibles en cualquier parte del mundo. Ambos componentes han dado lugar al turismo de salud, donde las personas buscan cubrir sus necesidades de salud en cualquier parte del mundo teniendo en cuenta factores como el precio, la calidad o la disponibilidad del servicio.

En tiempos de crisis, gracias a una interconexión entre países cada vez mayor, muchos países han tenido éxito ya que han sabido concebir una estrategia de marketing global y posicionarse en este nuevo sector.

El objetivo principal de este estudio es conocer el perfil del turista de salud, analizando sus características sociodemográficas y económicas. Como objetivos específicos, planteamos los siguientes: 1) Conocer el volumen de turistas que han salido y entrado al Reino Unido durante los años 2000 a 2014 para recibir tratamiento médico; 2) Analizar el tipo de turista que ha salido y entrado al Reino Unido por edad, sexo, nacionalidad durante los años 2000 a 2014 con el objetivo de recibir tratamiento médico; 3) Examinar la forma en la que se realiza el turismo de salud durante 2000 a 2014. Es decir, la duración de la estancia, si es un viaje individual o en grupo; 4) Cuantificar el gasto que realizan los turistas de la salud en el periodo de 2000 a 2014

Nuestro estudio se divide en cuatro bloques: El primer bloque dedicado a la revisión de la literatura. En los que se trata de justificar cómo se ha llegado al sector del turismo de salud y la gran importancia en nuestros días. Pasando por las distintas definiciones de turismo, los distintos componentes del turismo de salud, la oferta y demanda,...hasta llegar al objeto de nuestro estudio, que es el mercado emisor y receptor de turismo de salud del Reino Unido. El segundo bloque está dedicado al análisis de los datos, para el cual hemos utilizada la IPS (International Passenger Survey) en referencia a los viajes y turismo. Concretamente y con el objetivo de tener el mayor número de variables para un análisis exhaustivo, hemos utilizado la base QContact, que contiene un registro aproximado de 250.000 personas al año. A lo largo de este bloque analizaremos la consecución de los objetivos planteados. Y dedicaremos especial atención a las salidas de turistas del Reino Unido y dentro de estas las salidas que hacen con destino España. Donde podremos dar un perfil de turista concreto y hacia el cual pueden ir encaminadas las diferentes estrategias de fomento del turismo de salud. El tercer bloque es el dedicado al análisis de los resultados obtenidos, conclusiones e ideas. El cuarto y último bloque es el dedicado a los índices bibliográficos, de tablas y gráficos y anexos.

Los datos analizados pertenecen a la IPS, encuesta dirigida por la Oficina Nacional de Estadística (ONS) del Reino Unido. Entre sus objetivos principales está la producción de estimaciones relativas a los viajes y turismo internacional. Concretamente de la Bases de datos desagregados, que contienen una selección de importantes variables que permiten a los usuarios analizar con más detalle los patrones de comportamiento de los viajes internacionales. Esta se divide en: Qcontact, QRegTown, AirMiles y Alcohol y nosotros hemos seleccionado la Qcontact que

produce estimaciones anuales de aproximadamente 250.000 personas y contiene las variables clave para identificar el perfil del turista de salud que es el objeto de nuestro estudio.

Tras el estudio pormenorizado del comportamiento del turista de salud en la serie temporal 2000-2014, podemos concluir que las entradas de turistas de salud del Reino Unido han sido superiores a las salidas. Representando las entradas un 52% frente al 48% de las salidas del volumen total de desplazamientos por motivo de salud. La evolución en los dos casos ha sido creciente.

Algunas de los hallazgos encontrados para la serie analizada son: en términos generales, las mujeres están más dispuestas a desplazarse por temas de salud que ellos con un predominio femenino en las salidas y masculino en las entradas. Por tramos de edad, las personas que se encuentran en el tramo de edad de entre 25 a 44 años están más dispuestas a desplazarse que el resto. La estancia media ha sido mayor en las salidas que en las entradas y las estancias de los hombres son más prolongadas que las de mujeres. En cuanto al número de personas que viaja para recibir estos tratamientos, la mayoría lo hace de forma individual. En las salidas, el viaje individual representa un 63% seguido del de dos personas que es de un 26%; y en las entradas el 53% lo hacen de forma individual y el 26% dos personas. El gasto medio en las entradas es superior al de las salidas, la diferencia entre las salidas y entradas es de 890 euros por individuo de media, es decir, existe una entrada de capitales superior a las salidas.

Nuestro estudio viene a aportar mayor claridad a un sector en auge y con grandes perspectivas de crecimiento, del que aún falta mucho por conocer. Se trata de un

proceso complejo y heterogéneo, el cuál necesita mayores inversiones para su estudio pormenorizado.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. TURISMO DE SALUD: IMPORTANCIA

Tanto la globalización como el turismo internacional son fenómenos económicos muy analizados en los últimos años por su gran importancia para el crecimiento económico y sus efectos. Gracias a la globalización, por la fácil accesibilidad que ahora se tiene a la información mundial se ha producido una expansión considerable del turismo internacional.

El turismo es un fenómeno social, cultural y económico relacionado con el movimiento de las personas a lugares fuera de su residencia habitual por motivos personales o profesionales; es uno de los sectores económicos más importantes y dinámicos en el mundo actual. La globalización ha servido como elemento integrador en los ámbitos político, económico, social, cultural y tecnológico, convirtiendo al mundo en un lugar cada vez más interconectado. La unión de estos dos conceptos sumados a los grandes avances de tecnológicos, hacen de la industria turística un mundo sin fronteras.

El turismo es probablemente uno de los sectores económicos más importantes y dinámicos en el mundo actual, Su expansión y crecimiento están fuera de toda discusión. Muchos países han reconocido en las últimas décadas los beneficios que pueden aportar a la economía y al desarrollo.

En el ámbito mundial, el turismo está considerado como la actividad de mayor crecimiento en el mundo. Representa una de las principales fuentes de ingresos para muchos países en desarrollo, crea empleo y oportunidades de desarrollo que tanto se

necesitan. En aquellos países donde el turismo representa una parte importante de su economía, está definido por su demanda y el consumo de los visitantes, por ello el turismo está dentro de los modelos de perspectiva de las economías emergentes y de las bases de solidez de las economías consolidadas.

Por otro lado son muchas las actividades relacionadas con la demanda de turismo: transporte hacia los destinos, alojamiento, abastecimiento, compras y servicios de agencias de viaje. Es una actividad de mucha importancia por el desarrollo nacional, especialmente sobre la balanza de pagos, sobre el nivel de empleo, el producto interno bruto, el mercado de divisas, desembolsos, desarrollo y otros factores económicos. Además se trata de una actividad multisectorial y multidisciplinaria en la que participan diferentes áreas productivas como la agricultura, construcción, fabricación y de sectores públicos y privados para proporcionar los bienes y los servicios utilizados por los turistas.

Un factor que me parece importante resaltar en cuanto a la globalización en el turismo es la integración, proceso en el que los otros países tendrán que acostumbrarse, no limitando a nadie por su sexo, religión, nacionalidad, igualdad, etc.

En estos tiempos de crisis, en los que la interconexión entre países es cada vez mayor, muchos países han tenido éxito ya que han sabido concebir una estrategia de marketing en la cual saben posicionar el turismo y segmentar sus mercados.

Desde el punto de vista tecnológico podemos ver que los nuevos sistemas de información y la comunicación global alimentan la globalización, conociendo más sobre esto gracias a los alcances tecnológicos con los que cuentan y el desarrollo de los medios de comunicación logrando que los turistas tengan mayor acceso e información

sobre los lugares que visitará, las experiencias, y destinos, haciendo esto algo mucho más competitivo y con mayor alcance.

El turismo de salud no se queda al margen de todo lo anterior. Las personas buscan cubrir sus necesidades de salud en cualquier parte del mundo teniendo en cuenta factores como el precio, la calidad o la disponibilidad del servicio. Y esto no sería posible sin un desarrollo tecnológico importante en cuanto a tecnologías de la información (facilitadores, brokers, nuevas empresas, asociaciones y clústeres dedicados al segmento del turismo de salud) se refiere y a la innovación tecnológica en materia sanitaria (nuevas técnicas quirúrgicas, maquinaria avanzada,...). Un aspecto diferenciador del turismo de salud es que proporciona los elementos necesarios para romper con la estacionalidad tradicional dentro del sector turístico, ya que no está motivado por el buen tiempo con es el turismo de sol y playa, sino por una mejora de salud que puede producirse en cualquier época del año.

Podemos definir el turismo de salud, según McKinsey & Company (2010), como la exportación de servicios de salud enfocado en 4 áreas específicas: medicina curativa, preventiva, estética y de bienestar (*Inspired Wellness*) y, según la Organización Mundial de la Salud (*OMS*), como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

En el aspecto legislativo, destacar la nueva Directiva Europea de Atención Sanitaria Transfronteriza. La norma se refiere a las prestaciones incluidas en la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y tiene como objetivo favorecer el acceso a una asistencia transfronteriza de alta calidad, garantizar la movilidad de los pacientes y la cooperación entre Estados en materia sanitaria. Los pacientes podrán acudir a un Estado

Miembro distinto al suyo para recibir atención médica y luego solicitar el reembolso de los gastos en su país.

En el panorama mundial Estados Unidos y Reino Unido lideran el sector del turismo médico. Los principales destinos de turismo médico son aquellos con “medicina avanzada” (EEUU, Alemania, Reino Unido, Francia e Italia) o posicionados como “bajo coste” (Tailandia, India, Malasia, Hungría, República Checa, Polonia y Turquía). Generalmente los destinos de turismo sanitario se eligen a una distancia no superior a 3 horas de vuelo con respecto al lugar de origen del emisor, salvo que intervengan otros factores como el precio, la afinidad cultural/idiomática o la existencia de flujos migratorios previos que compensen un desplazamiento mayor.

Los emisores prioritarios de turismo médico a España por su mayor volumen son Alemania, Reino Unido y Francia y de manera secundaria Bélgica y Países Nórdicos (Suecia principalmente). También son mercados de interés los segmentos de demanda de mayor poder adquisitivo de Rusia, Magreb, Oriente Medio y Latinoamérica.

España reúne las mejores condiciones para convertirse en una potencia internacional del turismo de salud, (una sanidad de reconocido prestigio en el mundo y una gran tradición turística), que, sin embargo, no se ha traducido en que nuestro país sea líder en la recepción de turistas internacionales con esta motivación. De hecho, en la mayoría de informes que analizan el turismo de salud realizados hasta la fecha, España no aparece como uno de los países de peso en el turismo de salud, y, a la vista de los datos, esta industria genera aún pocos beneficios en nuestro país.

Es por esto por lo que en nuestro estudio hemos decidido centrar la atención en el Reino Unido y ver cómo se comportan los turistas que entran y salen del país.

1.2. ¿POR QUÉ ESTUDIAMOS? ¿UTILIDAD?

Consideramos que es necesario el estudio del sector económico turismo de salud, por el creciente número de personas que se desplaza al extranjero para acceder a algún tipo de tratamiento médico y por el volumen de negocio que genera.

Vamos a focalizar nuestro estudio en los flujos de entrada y salida de turista de salud en el Reino Unido, ya que se trata de uno de los países líderes en este sector. Además encontramos distinta literatura que trata la importancia del tema y nos ayudará a encuadrar nuestro tema objeto de estudio.

Todo ello unido a que disponemos de la base de datos de la encuesta International Passenger Survey (IPS) del Reino Unido, en la que podremos analizar el movimiento de turistas de salud desde el año 2000 al 2014, y en la que veremos las diferentes características de los mismos: edad, sexo, nacionalidad, etc., y podremos dar un perfil de comportamiento.

La IPS también rastrea los turistas médicos entrantes. Al considerar esencial el papel del Reino Unido en el turismo médico y, en particular, Londres en la prestación de tratamiento de alto valor a los residentes en el extranjero. El valor del turismo médico de entrada es mucho mayor que el valor del turismo médico saliente; personas que llegan al Reino Unido para recibir tratamiento son en referencia a grandes intervenciones como por ejemplo, una operación de corazón o el tratamiento del cáncer, mientras que muchos turistas médicos salientes viajan para la odontología y cirugía estética al extranjero (Pollard, 2012).

La IPS se crea a partir de una muestra de ciudadanos del Reino Unido y del extranjero que salen y entran a los puertos y aeropuertos del Reino Unido. A estas

personas se les pregunta cuál es el principal motivo de su viaje: por ejemplo de negocios, de vacaciones, el tratamiento médico. Este último será nuestro objeto de estudio. Sin embargo, los datos deben ser interpretados con cautela ya que el tamaño de la muestra es pequeño cuando se analizaron los datos sobre los viajes médicos. Así, que hay margen significativo para el error (Pollar, 2012).

En el estudio se utilizaron los datos más sólidos disponibles para establecer volumen del turismo médico en el Reino Unido, pero la IPS tiene varias debilidades. Las encuestas de la IPS representan el 0.2% de los viajeros que entran y salen del Reino Unido. Así como, las cifras de los turistas médicos no proporcionan información sobre si estos son de tratamiento en el sector público o en el privado (Hanefeld et al, 2013a).

El turismo médico del Reino Unido es un fenómeno creciente. Comprender completamente sus implicaciones y orientar la política a actividades globales y de seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud (NHS: National Health Service), requerirá más inversión en investigación y monitoreo. A pesar de las limitaciones de datos existentes es evidente que el turismo médico Reino Unido es dinámico y cambiante.

1.3. OBJETIVOS

El **objetivo principal** de este estudio es conocer el perfil del turista de salud, analizando sus características sociodemográficas y económicas. Esta información podrá ser utilizada para la elaboración de políticas, públicas o privadas, de marketing o de inversión que impulsarán el desarrollo de esta industria emergente.

Como objetivos específicos, planteamos los siguientes:

- 1) Conocer el volumen de turistas que han salido y entrado al Reino Unido durante los años 2000 a 2014 para recibir tratamiento médico
- 2) Analizar el tipo de turista que ha salido y entrado al Reino Unido por edad, sexo, nacionalidad durante los años 2000 a 2014 con el objetivo de recibir tratamiento médico
- 3) Examinar la forma en la que se realiza el turismo de salud durante 2000 a 2014. Es decir, la duración de la estancia, si es un viaje individual o en grupo
- 4) Cuantificar el gasto que realizan los turistas de la salud en el periodo de 2000 a 2014

1.4. HIPÓTESIS

A continuación planteamos las hipótesis, relacionadas con los objetivos propuestos:

Para el primer objetivo: 1) Conocer el volumen de turistas que han salido y entrado al Reino Unido durante los años 2000 a 2014 para recibir tratamiento médico, se propone la siguiente hipótesis:

Hipótesis I: ¿Existe una relación positiva y creciente entre las entradas y salidas producidas a lo largo de la serie temporal 2000-2014?

Para el segundo objetivo: 2) Analizar el tipo de turista que ha salido y entrado al Reino Unido por edad, sexo, nacionalidad durante los años 2000 a 2014 con el objetivo de recibir tratamiento médico, se proponen las siguientes hipótesis:

Hipótesis II: ¿El mayor o menor volumen de salidas/entradas depende del sexo de la persona que realiza el desplazamiento?

Hipótesis III: ¿La edad condiciona a la hora de realizar un desplazamiento por motivos médicos?

Hipótesis IV: ¿Los países nuevos en el sector del turismo médico (por ejemplo India,...) son líderes en el sector (en volumen de visitas)?

Para el tercer objetivo: 3) Examinar la forma en la que se realiza el turismo de salud durante 2000 a 2014. Es decir, la duración de la estancia, si es un viaje individual o en grupo, se proponen las siguientes hipótesis:

Hipótesis V: ¿Influye el sexo en la duración de la estancia?

Para el cuarto objetivo: 4) Cuantificar el gasto que realizan los turistas de la salud en el periodo de 2000 a 2014, se proponen la siguiente hipótesis:

Hipótesis VI: ¿Condiciona el sexo en el gasto realizado en los viajes de salud?

1.5. DATOS. MÉTODO

1.5.1. International Passenger Survey

Para nuestro estudio hemos utilizado la Encuesta Internacional de Pasajeros (International Passenger Survey: IPS) de la Oficina Nacional de Estadística del Reino Unido, cuyas características se pasan a detallar a continuación según datos de la User Guide (2014) (disponible en el enlace: <http://www.ons.gov.uk/ons/guide-method/method-quality/specific/travel-and-transport-methodology/international-passenger-survey/index.html>).

La Encuesta Internacional de Pasajeros (IPS) es una encuesta por muestreo continuo llevada a cabo por la Oficina de Estadística Nacional (ONS) con un doble propósito, por un lado está diseñada para recoger información sobre la migración entrante y saliente del Reino Unido y, por otro, proporcionar datos sobre los viajes y el

turismo internacional del Reino Unido. La encuesta recoge información sobre los pasajeros que entran y salen del Reino Unido en los principales aeropuertos y rutas marítimas, en las terminales de Eurostar y el transporte por trenes del Eurotúnel.

La entrevista se lleva a cabo durante todo el año. En total, entre 700.000 y 800.000 entrevistas se llevan a cabo cada año con fines de migración y un subconjunto de aproximadamente de 250.000 entrevistas constituye la base de las estimaciones de viajes y turismo extranjero.

Los datos recogidos son: país de visita (para residentes del Reino Unido), país de residencia y la región de Reino Unido que visitó (para los residentes en el extranjero), el propósito de la visita, duración de la estancia, el gasto, la edad grupo, género, medio de transporte, y el puerto de entrada o salida.

Los datos de IPS se ponderan para producir estimaciones nacionales de todos los viajeros internacionales desde y hacia el Reino Unido sobre una base trimestral. El cálculo de los pesos para la IPS cuenta con un diseño muestral complejo e información proporcionados por otras fuentes de total del tráfico de pasajeros para todas las rutas incluidas y no incluidas en la muestra en los distintos periodos de tiempo.

Las estimaciones de la IPS alimentan a la Cuenta de Viajes de la Balanza de Pagos (BP) y proporcionan información sobre los viajes internacionales y el turismo (es decir, las visitas entre el Reino Unido y extranjero de menos de 12 meses), y proporcionar una fuente primaria de datos migratorios sobre el largo y el corto plazo, que pueden ser utilizados por la Oficina para el Centro Nacional de Estadísticas de Demografía (ONSCD) en la prestación de las estimaciones de migración y población. Los resultados de la encuesta son utilizados por diversas organizaciones, entre ellas la ONS, el

Departamento de Cultura, Medios y Deportes, el Departamento de Transportes, el Ministerio del Interior, HM Revenue and Customs, VisitBritain y las Juntas nacionales y regionales de turísticas.

1.5.2. Historia de la encuesta y algunos cambios producidos en la serie analizada

Desde 1961, el IPS ha sido, y continúa siendo, una fuente clave de datos primarios relacionados con viaje internacional. Las características más destacadas de la evolución de las encuestas se muestran en el siguiente cuadro, centrándonos en la serie temporal analizada 2000-2014:

AÑO	CAMBIOS PRODUCIDOS
2000	<ul style="list-style-type: none"> Se introduce auto cuestionarios en idiomas extranjeros en francés, alemán, español, italiano, griego, portugués, japonés, mandarín, cantonés y ruso
2005	<ul style="list-style-type: none"> Se añaden a la muestra Aeropuertos Prestwick y Liverpool
2006	<ul style="list-style-type: none"> Se introdujo el cuestionario lengua polaca
2007	<ul style="list-style-type: none"> Información adicional proporcionada en la presentación de informes sobre la Unión Europea ampliada Enfoque revisado para la recogida de información; pasar de la recogida de información en el inicio de la visita a todos en el final de la visita Cambios metodológicos relacionados con la toma de muestras, método de estimación de las tarifas y de la imputación de gastos, se implementan ajustes estacionales y de codificación de las ciudades del Reino Unido (y condados). Introducción de los turnos de migración para las salidas de los pasajeros
2008	<ul style="list-style-type: none"> Se incluyen para muestra: Doncaster, Bournemouth y Southampton aeropuertos y Londres Heathrow Terminal 5. IPS mejorada. Se ha mejorado la cobertura de los migrantes a corto plazo y la introducción de concreto turnos adicionales de la encuesta (filtro de migración) diseñadas para identificar a más inmigrantes internacionales en Stansted, Luton y Manchester, en respuesta al aumento de los flujos de los migrantes a través de éstos aeropuertos.
2009	<ul style="list-style-type: none"> Las revisiones del diseño de la muestra, la ponderación y la metodología de imputación (siguiendo las recomendaciones realizadas por el Grupo de

	Trabajo Interdepartamental sobre las estadísticas de migraciones).
	<ul style="list-style-type: none"> • Se incluyen en la muestra los aeropuertos de Aberdeen y Belfast. • Se amplía el reporte mensual de los viajes al extranjero y turismo para incluir el propósito de la visita en respuesta a demanda de los usuarios. • Cese de las entrevistas en la Terminal 2 (Heathrow), debido a las obras de modernización que se lleva a cabo en el aeropuerto.
2010	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio de viabilidad realizado sobre el uso de la tecnología de lápiz digital como un modo de recopilación de datos sobre la encuesta. El estudio concluyó que la tecnología de lápiz digital no era apropiado para el IPS.
2011	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza una optimización de la muestra
2012	<ul style="list-style-type: none"> • La IPS adapta su diseño para producir una estimación precisa del número de visitas a los Juegos Olímpicos / Paralímpicos de residentes en el extranjero
2013	<ul style="list-style-type: none"> • Croacia se unió a la UE en julio de 2013. • Se realizan publicaciones mensuales y trimestrales de viajes y turismo extranjero para indicar el carácter provisional de las estimaciones.
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de la muestra de la IPS se está llevando a cabo en 2014 y 2015 con recomendaciones que se espera que se ejecuten en 2016.

1.5.3. Propósito principal, usuarios y usos de la IPS de viajes y turismo extranjero

A continuación se detallan el propósito principal de la encuesta utilizada y los usuarios y utilidades de la misma.

Propósito primario

Los objetivos principales de la IPS de viajes y turismo internacional de datos son los siguientes:

- Medir el impacto de los gastos de viaje en la economía del Reino Unido.
- Proporcionar información sobre los viajes internacionales y el turismo, y en particular para vigilar cómo cambian con el tiempo.

Los usuarios de datos de la IPS de Viajes y Turismo internacional

Las estimaciones internacionales de viajes y turismo del IPS son requeridos por los siguientes patrocinadores:

- Oficina de Estadística Nacional
- Departamento de Cultura, Medios y Deportes (DCMS)
- Departamento de Transporte (DfT)
- Gobierno de Escocia
- Gobierno de Gales
- HM Revenue and Customs (HMRC)

Un patrocinio adicional es proporcionado por VisitBritain, VisitWales y VisitScotland, que son las organizaciones responsables de la comercialización del turismo en Gran Bretaña, Escocia y Gales, respectivamente.

Estos datos también son utilizados por el Banco de Inglaterra, incluido el Comité de Política Monetaria, Tesoro de Su Majestad (HMT) y la Oficina de Responsabilidad Presupuestaria (OBR).

La Autoridad de Aviación Civil (CAA), British Airways, Eurostar y los operadores y organizaciones de viajes y el turismo dentro y fuera del Reino Unido están entre sus usuarios regulares. Otros usuarios son la Salud Pública de Inglaterra (PHE) y la Red y Centro Nacional de Salud del Viaje (National Travel Health Network & Centre).

Los investigadores, estudiantes, consultores, medios de comunicación, las organizaciones empresariales y el público en general hacen uso de la IPS. El conjunto de datos trimestrales y anuales sobre Viajes y Turismo en el extranjero son depositados en el Archivo de Datos del Reino Unido. El servicio de datos Económico y Social (ESDS) promueve y apoya el uso de estos datos en la investigación y la enseñanza. Un informe de ESDS en el uso del IPS, que se basa en información de usuarios que han descargado conjuntos de datos OTT, sugiere que el IPS es ampliamente utilizado por una amplia gama de académicos.

Reglamentos de la Comisión Europea (CE) y de la Unión Europea (UE) dictan que el Reino Unido proporcione estadísticas de turismo (Reglamento CE 692/2011) a Eurostat. El Reino Unido tiene la obligación de recoger e informar sobre el valor de los servicios de viajes del Reino Unido y proporcionar estadísticas de migración internacional (UE Reglamento 862/2007). El IPS cumple con estos requisitos legales al proporcionar este singular conjunto de datos.

1.5.4. Revisión de la Encuesta

Se lleva a cabo la participación del usuario a identificar las brechas entre las necesidades de los usuarios clave y las estimaciones proporcionadas por la encuesta, así como un medio para encontrar los puntos de vista de los usuarios de la estadística. Los puntos de vista de los principales patrocinadores del ONS externos e internos y las partes interesadas de la IPS se reúnen semestralmente para hacer consultas sobre IPS. Reuniones de enlace también se llevan a cabo de forma rutinaria con grupos de interés internos.

El cuestionario de la encuesta se revisa anualmente y los patrocinadores son consultados y los cambios que se proponen, se discuten, son pilotados e implementados como resultado de las demandas cambiantes de los usuarios o requisitos de la política.

1.5.5. Diseño de la encuesta

Los datos de la encuesta se recogen a través de voluntarios mediante entrevistas cara a cara con los pasajeros seleccionados al azar que viajan a través de los aeropuertos principales, rutas marítimas y terminales de tren.

Muestreo

La muestra IPS está diseñado para ser representante de los pasajeros que viajan hacia y desde la Reino Unido y para proporcionar una medida robusta de la migración Reino Unido y los viajes y el turismo. La muestra lograda comprende aproximadamente 800.000 entrevistas de selección de migrantes al año, de los cuales más 250.000 también se utilizan para producir estimaciones de patrones de Viajes y Turismo internacional. Este gran tamaño de la muestra permite hacer estimaciones confiables por ser producidos por diversos grupos de pasajeros a pesar de la baja proporción de los viajeros entrevistados.

La IPS incorpora los dos requerimientos de la muestra en un solo diseño muestral.

La muestra es un diseño de dos etapas:

- 1) Todos los contactos elegibles se hacen preguntas para identificar si están migrando hacia o fuera del Reino Unido. Si alguien se identifica como un migrante que se les pide un cuestionario remolque de migración que recoge información sobre sus planes de migración.

- 2) Una submuestra predeterminada de todos los contactos elegibles se les pide el cuestionario de viaje y turismo.

La muestra IPS se estratifica para asegurar que es representativa por medio de transporte (aéreo, marítimo o túnel), el puerto o la ruta, y hora del día. La frecuencia de muestreo dentro de cada estrato es determinada de acuerdo con la variabilidad del gasto turístico y el coste de entrevista. Por ejemplo, cuando el gasto citado en una ruta determinada varía enormemente entre los encuestados, una frecuencia de muestreo superior se utiliza para asegurar que la variabilidad del gasto es capturado.

El IPS utiliza un diseño de la muestra de varias etapas que se lleva a cabo por separado para el aire, el mar y los viajes por túnel. Esto implica el muestreo al azar un determinado puerto o la vía de entrada / salida en: (a) un día determinado; (b) en un momento dado del día (esto se conoce como un 'cambio'); y luego (c) dentro de los pasajeros trasladados son seleccionados sistemáticamente a intervalos fijos de un arranque aleatorio y entrevistado.

1.5.6. Calidad del IPS: fortalezas y limitaciones

1.5.6.1. Fortalezas

La IPS es la principal fuente de información en el Reino Unido en los viajes internacionales y el turismo, asociada a ingresos y gastos y ha estado funcionando desde 1961. La encuesta proporciona una serie temporal completa de viajes y el turismo que se puede utilizar para identificar tendencias y patrones o largo plazo para llevar a cabo el análisis de series temporales y previsión.

- Los viajes internacionales y el turismo implican el intercambio de aproximadamente £ 50 mil millones de comercio cada año. Las ganancias en la cuenta del Reino Unido por más de £ 18 mil millones de los 50 millones de £, lo que equivale a aproximadamente el 10% de la exportación total de los servicios. Los gastos de cuentas en el extranjero más del 25% de las importaciones totales de servicios. La información en el viaje a IPS el extranjero y datos de turismo ayuda a los usuarios en las siguientes áreas:

- 1) El seguimiento de los ingresos y gastos, como un insumo importante para medir el equilibrio de pagos.
- 2) La comprensión de cómo se desarrolla el volumen de visitas y ganancias para el Reino Unido, que se puede comparar con las estadísticas de otros países para evaluar la eficacia de la Reino Unido es en la atracción de visitas: (a) de las piezas clave del mundo, (b) para diferentes propósitos y (c) entre los diferentes grupos demográficos.
- 3) Para ayudar a entender cómo se comporta la población en eventos particulares (por ejemplo, en 2012, Los Juegos Olímpicos y Paralímpicos de Londres 2012) y ver volumen de visitas y gastos que realizan en el Reino Unido. Esto puede ayudar a la toma de decisiones futuras.
- 4) Para proporcionar información sobre la forma efectiva diferentes partes del Reino Unido están en atraer visitas y ganancias, en total y de diferentes partes del mundo y para diferentes propósitos.

5) Proporcionar los perfiles de los residentes del Reino Unido que viajan a diferentes partes del mundo, para ayudar al gobierno y la industria en el desarrollo de la política y la estrategia.

- Diseño de la encuesta. La IPS utiliza una muestra aleatoria estratificada de dos etapas para producir las estimaciones eficientes del tráfico de pasajeros del Reino Unido. El muestreo aleatorio elimina el sesgo sistemático dando a todos los pasajeros la misma oportunidad de ser seleccionado.

1.5.6.2. Limitaciones

Las limitaciones propias de esta encuesta son las siguientes:

- 1) La cobertura de la IPS no es exhaustiva. La IPS excluye la migración en la frontera terrestre entre el Reino Unido (Irlanda del Norte) e Irlanda, debido a la existencia de la Zona de Viaje Común (CTA) entre los dos países. También excluye la mayoría de los solicitantes de asilo y personas a su cargo.
- 2) Las estimaciones de migración se basan en las intenciones iniciales de los encuestados, que tal vez no concuerden con lo que hacen en la práctica, por ejemplo, en términos de duración de la estancia.
- 3) A medida que el número de migrantes de la muestra es relativamente pequeña, las estimaciones para subgrupos de la muestra están sujetas a una incertidumbre considerable.

La IPS es una encuesta por muestreo y así está sujeto a las debilidades que también existen para otras encuestas, incluyendo:

Errores no muestrales

- Las estimaciones de todas las encuestas por muestreo, incluidas las derivadas de los datos de IPS, contienen un grado de incertidumbre debido a la falta de toma de muestras y error de muestreo. Los errores no muestrales surgen generalmente de los errores en la recogida, medición y procesamiento de los datos. Para minimizar el error no muestral, como resultado de errores derivados desde la recogida de datos, todas los entrevistadores reciba una formación antes y durante su trabajando en la encuesta.

- Error no de muestreo también puede ser debido a la falta de respuesta. Se puede producir cuando pasajeros que no responden a la encuesta tienen características diferentes de los que responden. Posibles niveles bajos de respuesta se podrían esperar debido que los encuestados no hablan inglés, esto se ha reducido en los últimos años por el uso de auto-completado cuestionarios en distintos idiomas y la introducción de arreglos de muestreo separados en la entrada llegadas Puerto Salud en Heathrow Terminal 3.

- La falta de respuesta y la información que falta. La información de un demandado podrá ser incompleta. Esto puede ser debido a un par de razones: i) la negativa parcial (por ejemplo, el trabajo); o un artículo en particular se ha perdido debido a la falta de entendimiento o un error.

El error de muestreo

- Las estimaciones producidas a partir de los IPS se basan en uno de un número de muestras que podrían haberse elaborado durante el período de la entrevista. Esto significa que hay un grado de variabilidad de las estimaciones producidas. Las

estimaciones de la IPS de Viajes y Turismo se acompañan de los intervalos de confianza al 95%, que es un nivel ampliamente aceptado, lo que significa que esperamos que el valor verdadero de mentir esté dentro del intervalo de 19 sobre 20 las ocasiones. Por ejemplo, si una estimación de los flujos de IPS eran 25 millones, con un 95 por ciento de +/- 2,0%, entonces se espera que el intervalo de confianza del 95 por ciento de las veces, la verdadera estimación IPS estará dentro del rango de 24,5 millones a 25,5 millones. Se debe tener precaución cuando se utiliza una estimación con un intervalo de confianza de gran tamaño. Además, el número de entrevistas de la encuesta en las rutas particulares o por alguna razón principal para la visita tales como la práctica de deportes y casarse, a veces es pequeño y por lo tanto atraen errores de muestreo más altos. Esto también se aplica a las visitas hacia o desde países con número bajo de visitas. Los errores de muestreo para las estimaciones de viaje y turismo internacional son publicados trimestralmente en la publicación trimestral y anualmente en Tendencias de Viajes.

- El marco muestral IPS asegura que aproximadamente el 95% de todos los pasajeros que entran y abandonan el Reino Unido tiene la oportunidad de ser muestreados en la encuesta. El resto son: o bien los pasajeros que viajan en la noche, cuando las entrevistas se suspendieron, o en las rutas demasiado pequeñas en volumen o demasiado caras para ser cubiertas. El proceso de ponderación IPS tiene en cuenta los pasajeros excluidos, sin embargo hay un riesgo de que las suposiciones realizadas dentro de este proceso sean incorrectas. Las revisiones periódicas del diseño de la muestra de la IPS y el proceso de ponderación reducen el riesgo de usar suposiciones incorrectas en ambos.

1.6. ESTRUCTURA

La estructura de la investigación se divide en cuatro bloques que describimos a continuación:

- El primer bloque dedicado a la revisión de la literatura. En los que se trata de justificar cómo se ha llegado al sector del turismo de salud y la gran importancia en nuestros días. Pasando por las distintas definiciones de turismo, los distintos componentes del turismo de salud, la oferta y demanda,...hasta llegar al objeto de nuestro estudio, que es el mercado emisor y receptor de turismo de salud del Reino Unido. Se divide en los siguientes puntos:

- 2.1. Concepto de turismo

- 2.2. Concepto de salud y turismo de salud. Referencia al turismo termal

- 2.2.1. Evolución y factores que explican el crecimiento del turismo de salud

- 2.2.2. Turismo termal

- 2.3. Justificación demanda del turismo de salud. Envejecimiento de la población

- 2.4. Oferta de turismo médico. Casos

- 2.4.1. Productos y servicios de turismo de salud

- 2.4.2. Delimitación de la oferta y demanda de salud: mercados receptores y emisores del turismo de salud

- 2.5. Especial referencia al Reino Unido

- El segundo bloque está dedicado al análisis de los datos, para el cual hemos utilizada la IPS en referencia a los viajes y turismo. Concretamente y con el objetivo de tener el mayor número de variables para un análisis exhaustivo, hemos utilizado la base QContact, que contiene un registro aproximado de

250.000 personas al año. A lo largo de este bloque analizaremos la consecución de los objetivos planteados. Y dedicaremos especial atención a las salidas de turistas del Reino Unido y dentro de estas las salidas que hacen con destino España. Donde podremos dar un perfil de turista concreto y hacia el cual pueden ir encaminadas las diferentes estrategias de fomento del turismo de salud. Con los siguientes apartados:

5.1. Objetivo 1: Conocer el volumen de turistas que han salido y entrado al reino unido durante los años 2000 a 2014 para recibir tratamiento médico

5.2. Objetivo 2: Analizar el tipo de turista que ha salido y entrado al reino unido por edad, sexo, nacionalidad durante los años 2000 a 2014 con el objetivo de recibir tratamiento médico

5.3. Objetivo 3: Examinar la forma en la que se realiza el turismo de salud durante 2000 a 2014. es decir, la duración de la estancia, si es un viaje individual o en grupo

5.4. Objetivo 4: Cuantificar el gasto que realizan los turistas de la salud en el periodo de 2000 a 2014

5.5. Análisis de las salidas de los turistas médicos del Reino Unido hacia el extranjero

5.6. Análisis de la tipología de tratamiento demandado por los turistas de salud del Reino Unido que busca tratamiento en el extranjero

5.7. Análisis de los turistas de salud del Reino Unido que llegan a España

o El tercer bloque es el dedicado al análisis de los resultados obtenidos,

conclusiones e ideas. Está dividido en los siguientes epígrafes:

6. Análisis de los resultados

7. Conclusiones e ideas

o El cuarto y último bloque es el dedicado a los índices bibliográficos, de tablas y gráficos y anexos. Este último bloque lo componen los siguientes puntos:

8. Índice bibliográfico

9. Índice de tablas y gráficos

9.1. Gráficas y tablas de la revisión de literatura

9.2. Gráficas y tablas de los resultados

Anexo I: Codificación de variables objeto de estudio

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. CONCEPTO DE TURISMO

Según el profesor Pagán, R. B. (2014) en el material didáctico de la “Cátedra de Turismo, Salud y Bienestar“, podemos encontrar en el ámbito del turismo diferentes definiciones:

Concepto de viajero: toda persona que se desplaza entre dos o más países distintos o entre dos o más lugares dentro de su propio país de residencia habitual (viajero internacional *versus* viajero interno).

Concepto de visitante: todo viajero que se desplaza a un lugar distinto de su entorno habitual, por una duración inferior a un año y cuyo motivo principal no es el de ejercer una actividad remunerada en el lugar visitado. El resto de viajeros entran en la categoría complementaria de otros viajeros.

Existen tres criterios para distinguir a los visitantes:

1) Entorno habitual: Se corresponde a los límites geográficos dentro de los cuales un individuo se desplaza dentro de su vida cotidiana. Incluye, por tanto, una zona determinada en torno al lugar de residencia, así como los lugares visitados frecuentemente.

2) Duración de la estancia: cuando una persona permanece menos de un año en un sitio se considera visitante pero si el tiempo de permanencia supera el año, pasa a ser residente.

3) Motivo del viaje: La Organización Mundial del Turismo (OMT) clasifica a los turistas y excursionistas por:

- Ocio, recreo y vacaciones
- Visitas a parientes y amigos.
- Negocios y motivos profesionales (incluidos estudios).
- Tratamientos de salud.
- Religión y peregrinaciones.
- Otros motivos (Tripulaciones de aviones y barcos, viajeros en tránsito, etc.).

A **efectos estadísticos**, tradicionalmente se ha distinguido entre el visitante que pernocta en el lugar visitado, al que se le denomina turista propiamente dicho, y el visitante de un día que no lo hace y recibe el nombre de excursionista.

La combinación de la residencia del viajero con el territorio visitado da lugar a distintas categorías de flujos turísticos:

Tabla 1. Clasificación del turismo

Residencia del viajero	Territorio donde se realiza el gasto		
	Territorio económico	Fuera territorio económico	TOTAL
Residentes en el territorio económico	Turismo interno	Turismo emisor	Turismo nacional
No residentes	Turismo receptor		
TOTAL	Turismo interior		

Fuente: Pagán, R. B. (2014). “Cátedra de Turismo, Salud y Bienestar”

Desde el punto de vista económico los productos turísticos se caracterizan por:

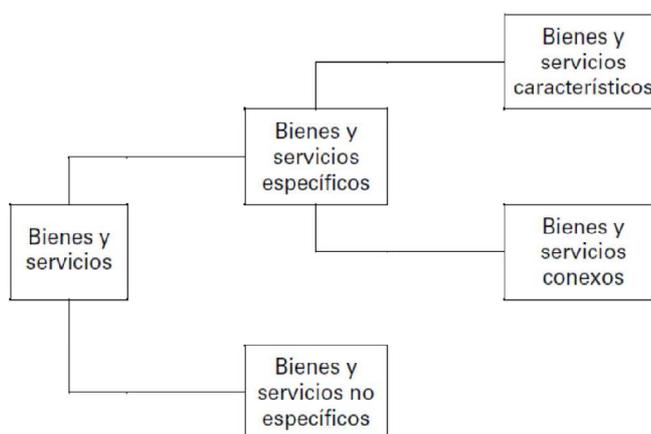
- 1) La mayoría de las organizaciones turísticas consideran que ofrecen su propio producto pero, en general, no consideran que ofrezcan un producto denominado turismo, aunque su producto (transporte, alojamiento, entretenimiento, etc.) esté ligado al turismo.
- 2) Los fines que persiguen muchos turistas al hacer su viaje puede que no sean en absoluto productos comercializables.
- 3) El mercado está lejos de su consumidor.
- 4) Muchos de estos bienes y servicios considerados turísticos son también consumidos por otros viajeros, como un viaje en avión, e incluso por otras personas que no son ni siquiera viajeros, como una comida en un restaurante.

Los productos específicos son aquellos tipos de consumos que los individuos realizan en una proporción mayor cuando están fuera de su entorno habitual, como alojamientos hoteleros, ciertos medios de transporte, servicios de restauración, etc.

Éstos se subdividen en:

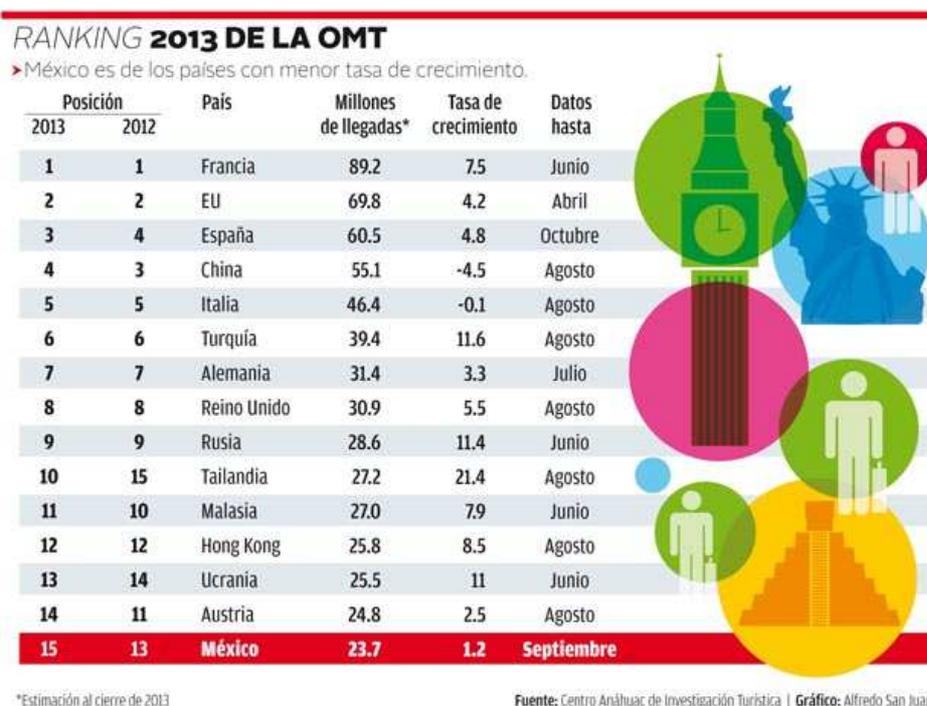
- 1) Los **productos característicos** son aquellos que, en la mayoría de los países dejarían de existir (o su consumo se vería sensiblemente disminuido) en ausencia de turismo.
- 2) Los **productos conexos** son los consumidos por los visitantes en cantidades que resultan importantes (para el visitante y/ o para el proveedor) aunque no figuran en la lista de productos característicos del turismo.

Grafico 1. Clasificación de los productos



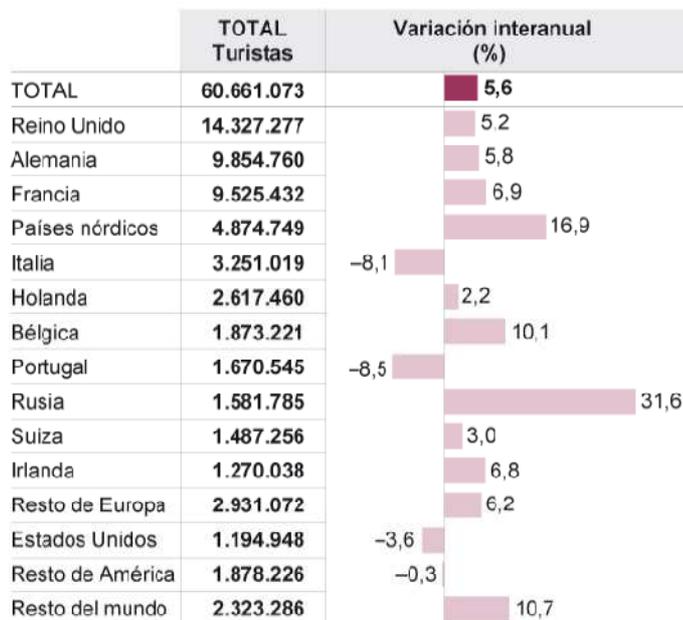
Fuente: Pagán, R. B. (2014). "Cátedra de Turismo, Salud y Bienestar"

Gráfico 2. Ranking de los mejores países en el sector turístico (OMT)



Fuente: Centro Anáhuac de Investigación Turística. Gráfico: Alfredo San Juan

Gráfico 3. Llegadas de turistas a España en 2013 (IET)



Fuente: Turespaña. www.iet.tourspain.es

2.2. CONCEPTO DE SALUD Y TURISMO DE SALUD. REFERENCIA AL TURISMO TERMAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “*es el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona y no solamente la ausencia de enfermedad*”. En los últimos años a todos esos factores se les ha agregado el estar “en armonía con el medio ambiente”.

La OMS define enfermedad como “*Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible*”.

La OMS es el máximo organismo gubernamental mundialmente reconocido en materia de salud y promotor para que dentro de muchos Estados Nacionales se tomen medidas de políticas públicas sanitarias para mejorar las condiciones de vida de sus ciudadanos.

Según Pagán, R. B. (2014) la economía de la salud es una especialidad de reciente aparición dentro de los estudios económicos. Se dedica a la investigación, estudio, métodos de medición, racionalización y sistemas de análisis de las actividades relacionadas con la financiación, producción, distribución y consumo de los bienes y servicios que satisfacen necesidades sanitarias y de salud bajo los principios normativos de la eficiencia y la equidad.

Economía de la salud = Medicina + Economía

Es una disciplina dentro de la Administración Sanitaria que estudia la oferta y la demanda de los servicios sanitarios, así como las consecuencias económicas de la política inversora sanitaria en los diversos modelos de provisión de servicios sanitarios.

La salud puede ser considerada como un bien público o como un bien privado. Según Pagán, R. B. (2014):

1) *Los servicios de salud pueden ser considerados un bien privado.* Un bien privado es un producto o servicio elaborado por las empresas para su venta a familias individuales. Y quien no pague puede ser excluido de su consumo. Este es el caso de distintos servicios de salud que provee el sector privado: Hospitales y clínicas privadas, consultorios, medicamentos, laboratorios, etc.

Pero considerar a los servicios de salud como bienes privados también da lugar a diversos problemas, que justifican la intervención del sector público. Uno de los principales es que como bien privado quedarán excluidos quienes no paguen.

2) Los servicios de salud pueden ser considerados un bien público Para muchos la salud debe ser un bien público. Es decir, que todas las personas tengan acceso a estos servicios, independientemente de su capacidad de pago. Sin embargo, desde el ámbito de la teoría económica los bienes públicos poseen dos características fundamentales:

- No existe rivalidad en su consumo
- No existe la posibilidad de excluir a nadie de su consumo

Pero si nadie puede ser excluido, entonces no existe razón para que las personas paguen ¿Cómo se financiaría entonces la producción de estos bienes y servicios de salud? Un sistema así, no sería eficiente, aunque sí, equitativo.

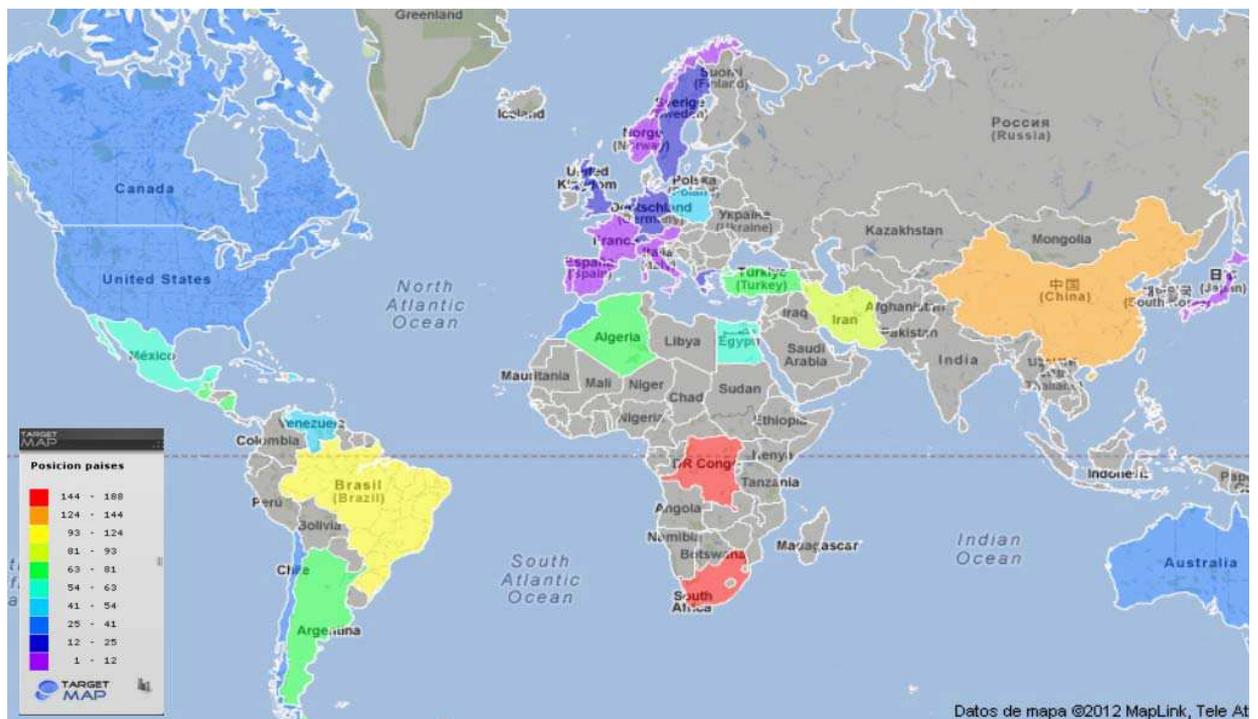
En el campo de los cuidados sanitarios se puede concluir que la mayor parte de los servicios de asistencia sanitaria tienen un carácter de bienes privados. Por ejemplo, el consumo que haga Carlos de una cama de un hospital de agudos es rival del consumo que pudiera realizar Ana de esa misma cama.

Incluso pueden existir mecanismos que excluya a ambos del consumo de esa cama como, por ejemplo, el establecimiento de un precio por utilizarla hasta la decisión del médico que considere que ninguno de los dos precise ingreso hospitalario.

No obstante, dentro del ámbito de la sanidad hay servicios que pueden ser considerados como bienes públicos. Por ejemplo, la información sobre enfermedades contagiosas y la lucha contra éstas son bienes públicos.

También, la investigación médica tiene un fuerte componente de bien público.

Gráfico 4. Ranking de los mejores Sistemas de Salud en el mundo (OMS)



Fuente: OMS

Los servicios sanitarios no han estado ajenos a los procesos de globalización de los mercados y “outsourcing” de sus productos y servicios, gracias principalmente a la reducción de los costes de transporte y de mano de obra, y a la mayor facilidad en el intercambio de información entre la demanda y oferta del mercado.

No existe aún una definición aceptada del concepto de turismo de salud. Autores como Handszuh y Waters (1997) y Ross (2001) definen el turismo de salud como: “*personas viajando fuera de su lugar de residencia habitual por razones de salud y que contribuyen a incrementar su bienestar como turistas*”.

Algunos aspectos a tener en cuenta son:

- El turismo de salud implica la promoción consciente de que viajar a determinado lugar se considera beneficiosa para la salud debido a un clima particular, a los recursos naturales o a los servicios de salud que se proveen en dicho lugar.

- El turismo de salud coloca el énfasis en el cuidado personal, la reputación de los servicios, su calidad y la satisfacción de quien los utiliza.

Autores como Shanmuganm (*Medical Tourism in India: Progress, Opportunities and Challenges; 2013*) en el año 2013 han tratado el turismo de salud, éste más concretamente en India. Su estudio se centra en analizar:1) las tendencias en la entrada de turistas a la India y los ingresos en divisas de los mismos;2) los factores que favorecen el crecimiento del turismo médico en la India, incluyendo iniciativas del Gobierno y la industria; 3) las oportunidades disponibles para que India siga avanzando y 4) los desafíos a los que se enfrenta la industria.

El turismo médico se refiere a la visita de pacientes en el extranjero para recibir tratamiento médico y relajación. Por tanto se trata de dos servicios distintos: salud y turismo. Es una mezcla de ocio, diversión y relajación junto con el bienestar y la salud. Se trata de un fenómeno reciente que crece exponencialmente y emerge con una fuerza importante para el crecimiento de las exportaciones de servicios en todo el mundo. Actualmente es una industria multimillonaria.

El alza de los costos médico, primas de seguro altas, aumento del número de personas sin seguro médico, largas listas de espera en el país de origen, disponibilidad de una alta calidad del cuidado de la salud a precios asequibles, canales de Internet/comunicación en los países en desarrollo, tarifas aéreas más baratas, etc. son aspectos del turismo médico saliente. Ahora cada vez más pacientes extranjeros viajan fuera de sus países de origen para recibir tratamientos médicos, tales como.

Debemos diferenciar entre turismo de salud y turismo médico, aunque en ocasiones se utilicen como sinónimos. La OCDE define turismo médico como la práctica de viajar a un destino diferente al lugar de residencia para obtener tratamiento médico, a la vez que se visita el destino y se realizan actividades más propias de un turista al uso. Esta definición es más restrictiva; hace referencia al llamado turismo médico, una parte del turismo de salud.

El turismo de salud cubre todas las formas de turismo relacionadas con la mejora y recuperación de la salud, mientras que turismo médico es un parte del turismo de salud que conlleva intervenciones quirúrgicas específicas.

Según Connell (2006), el mayor reto al que se enfrenta el turismo de salud es: “Convencer al turista de salud potencial que los servicios sanitarios en países

relativamente *pobres* son comparables a los que tiene disponible en su país de residencia en términos de resultado, seguridad y atención”.

2.2.1. Evolución y factores que explican el crecimiento del turismo de salud

Pagán, R. B. (2014) apunta que una de las principales debilidades a la hora de analizar el turismo de salud es la carencia de datos creíbles emitidos por organismos públicos o privados de referencia. Los datos disponibles son escasos y en muchos casos poco fiables. No se aplican definiciones estándar de turismo de salud y no existe un método único de recogida de datos.

Nadie sabe *realmente* cual es el tamaño real del mercado a nivel global, nacional, regional o provincial.

Para empezar, existen dos informes de referencia en el análisis del turismo de salud que son:

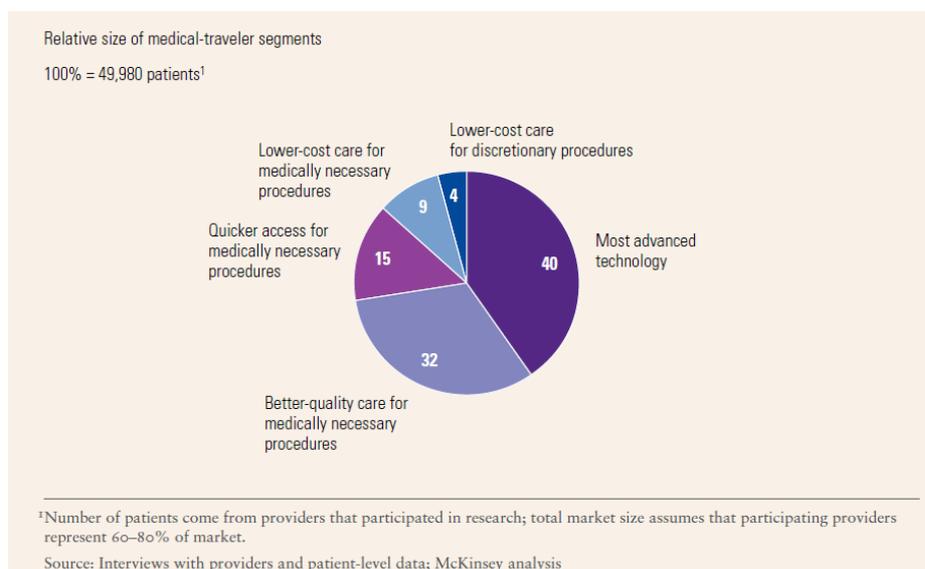
- 1) The McKinsey Quartely (2008), Mapping the market for medical travel.
- 2) Deloitte (2008), Medical tourism: consumers in search of value.

Se actualiza en Deloitte (2009), Medical tourism: update and implications.

- 1) The McKinsey Quartely (2008) apunta un total de 60.000-85.000 de turistas/pacientes al año a nivel mundial (cifra muy por debajo de otros estudios).

Los clientes buscan por orden de importancia alta tecnología, mejores niveles de calidad, acceso rápido a los tratamientos y bajos precios.

Gráfico 5. Prioridades de los clientes



Fuente: McKinsey Quartely (2008)

El turismo médico es un negocio o industria internacional o global, dividido en países con altos y bajos niveles de PIB, y afecta a los inflows y outflows de turistas entre los diferentes países.

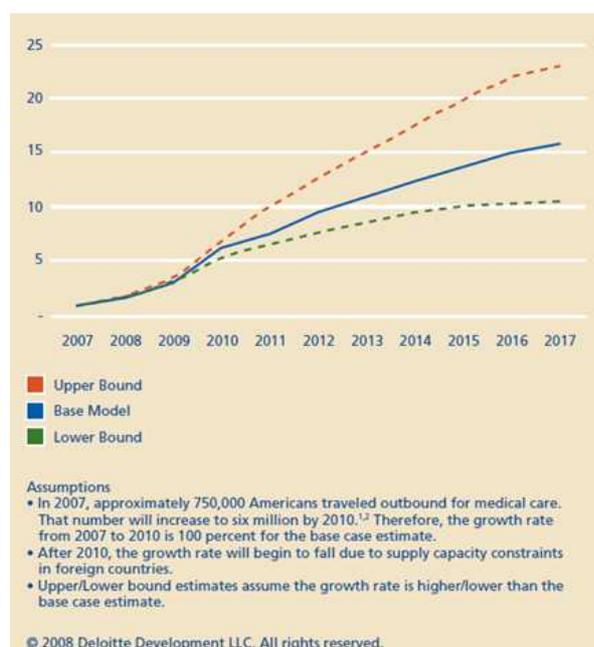
Gráfico 6. Turistas médicos por lugar de origen



Fuente: McKinsey Quartely (2008)

2) Deloitte (2008) distingue tres tipos de turismo médico:

- a) De dentro a fuera (Outbound). Elevado potencial de crecimiento futuro y las reducciones en el precio ofrecido en países fuera de US provoca una salida de turistas hacia estos países (gráficos 1 y 2).
- b) De fuera a dentro (Inbound). Menores tasas de crecimiento esperado en comparación con el anterior (gráfico 3). Los servicios prestados van desde la telemedicina, hasta tratamientos para el cáncer (gráfico 4). Los aspectos culturales son fundamentales tenerlos en cuenta.
- c) Dentro del mismo territorio (Intrabound). Dificultad de medir debido a la falta de datos apropiados.

Gráfico 7. Proyecciones evolución del número de clientes Outbound (en millones)

Fuente: Deloitte Development LLC. 2008

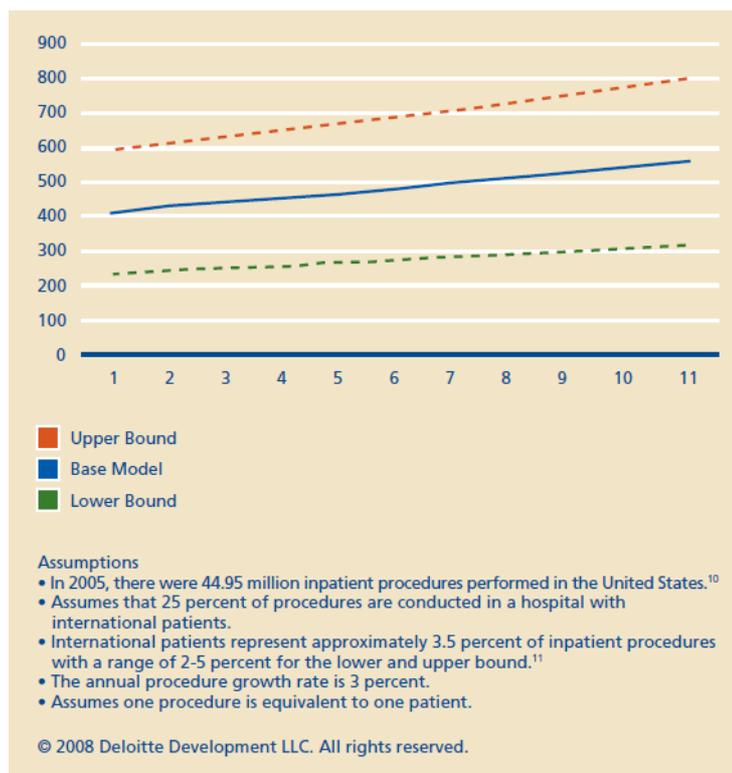
Tabla 2. Comparativa de precios según tratamiento

Procedure	U.S. Inpatient Price (U.S.\$)	U.S. Outpatient Price (U.S.\$)	Average of 3 Lowest Foreign Prices including Travel Cost (U.S.\$)
Knee Surgery	11,692	4,686	1,398
Shoulder Angioplasty	6,720	8,972	2,493
Transurethral Prostate Resection	4,669	3,737	2,698
Tubal Ligation	6,407	3,894	1,412
Hernia Repair	5,377	3,903	1,819
Skin Lesion Excision	7,059	1,919	919
Adult Tonsillectomy	3,844	2,185	1,143
Hysterectomy	6,542	6,132	2,114
Haemorrhoidectomy	5,594	2,354	884
Rhinoplasty	5,713	3,866	2,156
Bunionectomy	6,840	2,706	1,682
Cataract Extraction	4,067	2,630	1,282
Varicose Vein Surgery	7,993	2,685	1,576
Glaucoma Procedures	4,392	2,593	1,151
Tympanoplasty	5,649	3,787	1,427

© 2008 Deloitte Development LLC. All rights reserved.

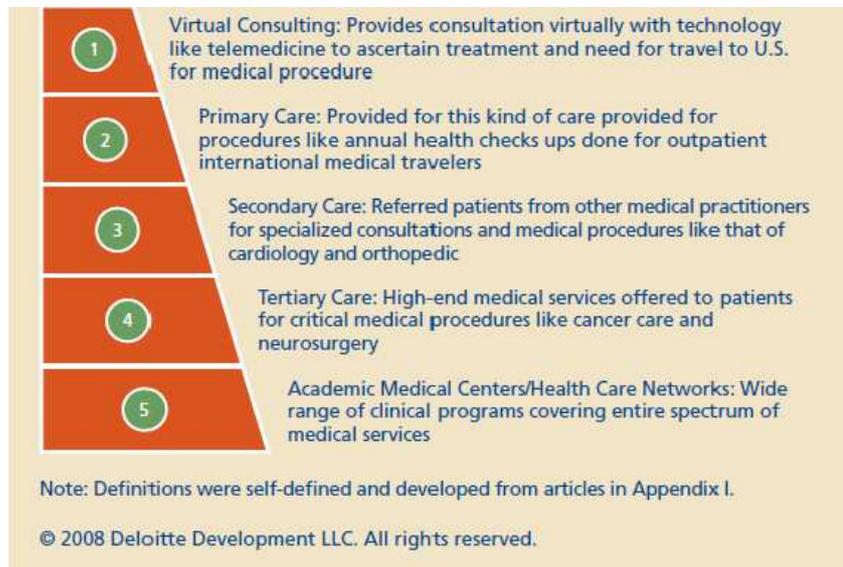
Fuente: Deloitte Development LLC. 2008

Gráfico 8. Proyecciones evolución del número de clientes Inbound (en miles)



Fuente: Deloitte Development LLC. 2008

Gráfico 9. Tipos de tratamiento demandados por los clientes Inbound



Fuente: Deloitte Development LLC. 2008

En Deloitte (2009) se actualiza el informe anterior y se ponen de manifiesto:

- 1) La necesidad de definir protocolos de actuación.
- 2) El importante papel de las aseguradoras dentro de la industria.
- 3) La necesidad de adaptar la legislación (visados médicos, tratamientos postoperatorios, etc.)
- 4) La mayor competencia internacional y nuevos destinos.
- 5) Impacto de la recesión y crisis financiera actual. Necesidad de reducir costes de tratamiento.

En Deloitte (2011) “Survey of Healthcare Consumers Global Report” se obtiene una nueva aproximación al volumen de turistas de salud en doce países industrializados.

Tabla 3. Porcentaje de viajeros para obtener servicios médicos

	Health Care Expenditures as Percent of GDP	Per-capita Spending (\$USD)	Public Expenditure on Health, Percent of Total
Belgium	11.0%	\$3,995 [^]	27.9%
Brazil	8.4%	\$606 [*]	79.9%
Canada	10.4%	\$4,079 [^]	70.2%
China	4.7%	\$108 [*]	67.9%
France	11.4%	\$3,696 [^]	77.8%
Germany	10.9%	\$3,737 [^]	76.8%
Luxembourg	6.8% [^]	\$4,237 [^]	84.1% [^]
Mexico	6.4%	\$852 [^]	46.9%
Portugal	10% [*]	\$2,108 [*]	70.6% [*]
Switzerland	11.2%	\$4,627 [^]	59.1%
UK	10.1%	\$3,129 [^]	82.6%
U.S.	17.6% [†]	\$8,086 ^{**}	46.5%

Source: Deloitte Health Care Profile Reports (2009 data)

[^]Source: OECD Health Data 2010, based on 2008 data

^{*}Source: WHO World Health Statistics 2010, based on 2007 data

[†]Source: Martin, Anne., *et al Recession Contributes To Slowest Annual Rate Of Increase In Health Spending In Five Decades*. Health Affairs 30, No. 1 (2011): 11-22

^{**}The *Deloitte Hidden Costs of Health Care Study*, March 2011, found that U.S. health care costs could be 14.7% higher than those captured in the National Health

Fuente: Deloitte Health Care Report (2009)

Tabla 4. Porcentaje de viajeros para obtener servicios médicos

	Belgium	Brazil	Canada	China	France	Germany	Luxembourg	Mexico	Portugal	Switzerland	UK	U.S.
Percent who had traveled outside their local area to consult with a doctor, undergo a medical test or procedure, or receive treatment in the past year	14%	15%	8%	32%	13%	23%	48%	13%	24%	10%	7%	9%
Percent who had traveled outside their country to consult with a doctor, undergo a medical test or procedure, or receive treatment in the past year	2%	2%	2%	8%	<1%	5%	8%	3%	<1%	7%	2%	1%

Fuente: Deloitte Health Care Report (2009)

Tabla 5. Necesidad de cuidados y deseo de viajar para obtener un mejor o rápido servicio médico (Deloitte, 2011)

If you needed necessary hospital care or treatment (e.g., joint replacement, heart surgery), how likely would you be to:*	Belgium	Brazil	Canada	China	France	Germany	Luxembourg	Mexico	Portugal	Switzerland	UK	U.S.
Percent who would "definitely" go to a local hospital that is not the one nearest to home because it offers better care or faster access to services	49%	66%	57%	50%	61%	57%	Not asked	56%	59%	46%	59%	54%
Percent who would "definitely" go to a hospital that is outside of their local town/city (e.g. in a major city, or different city), which is known to provide better quality care or faster access to services	53%	53%	43%	47%	66%	48%	65%	41%	53%	46%	50%	39%
Percent willing to travel outside of the home country to have a necessary care procedure	12%	18%	9%	14%	5%	4%	31%	19%	15%	9%	5%	3%

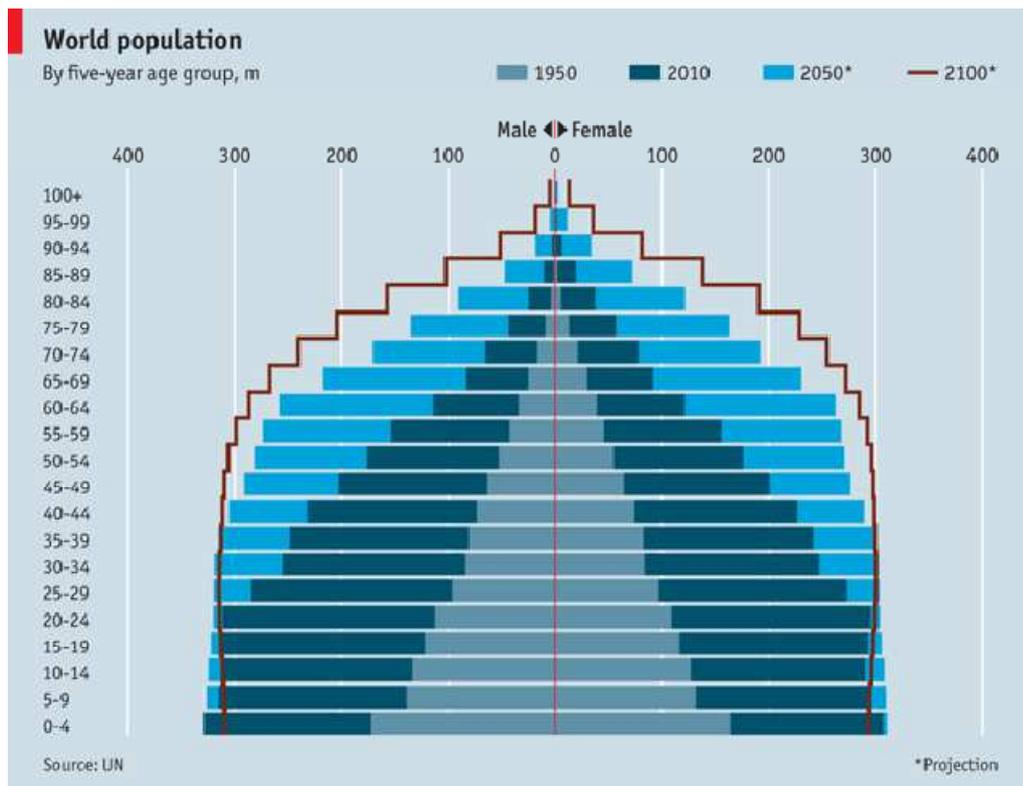
*Three-point scale of "definitely," "maybe," "highly unlikely."

Fuente: Deloitte Health Care Report (2009)

Factores que han contribuido al crecimiento del turismo de salud:

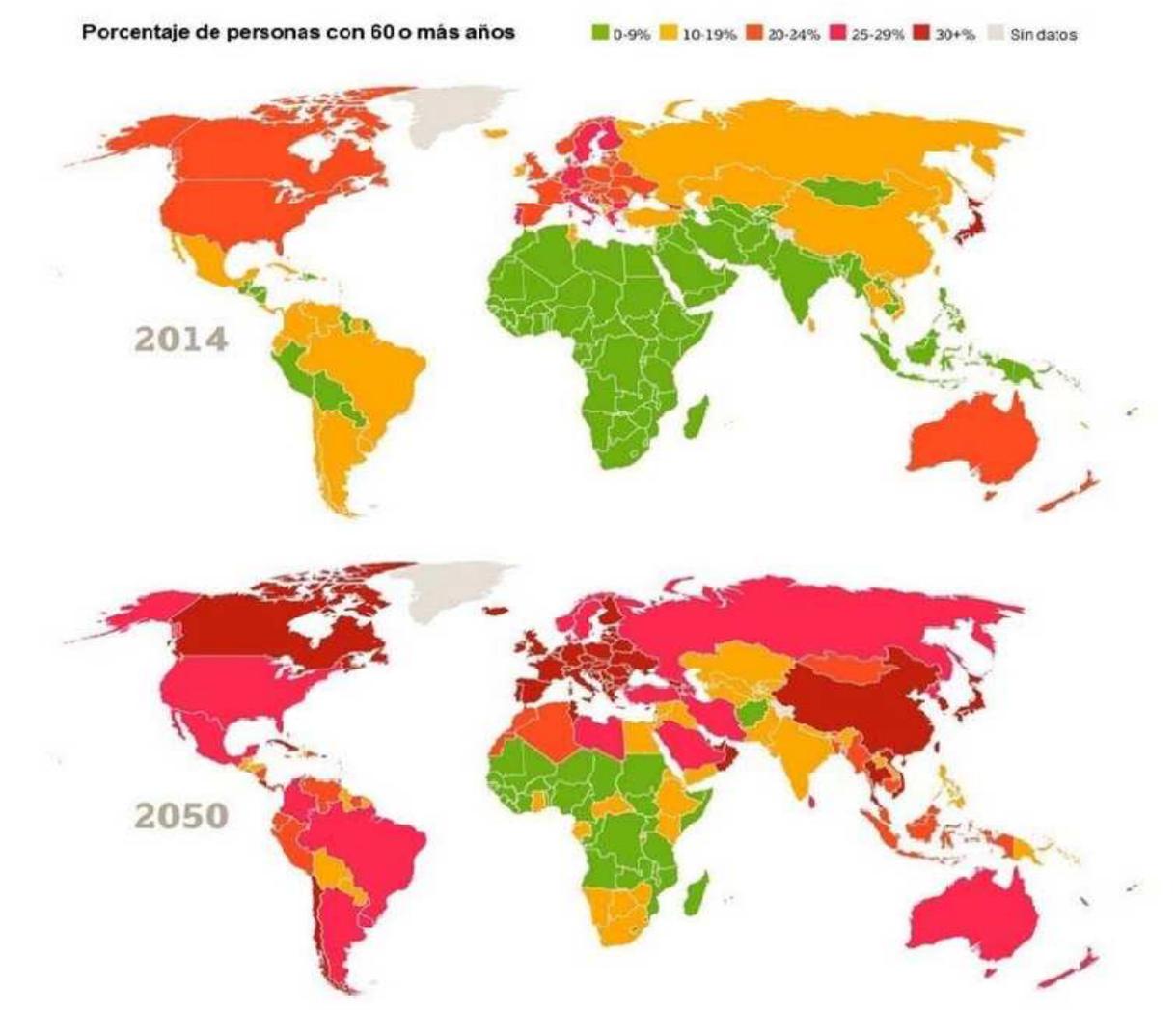
1) *Envejecimiento de la población*

Gráfico 10. Envejecimiento de la población



Fuente: UN

Gráfico 11. Porcentaje de personas con 60 a más años: Ranking de países



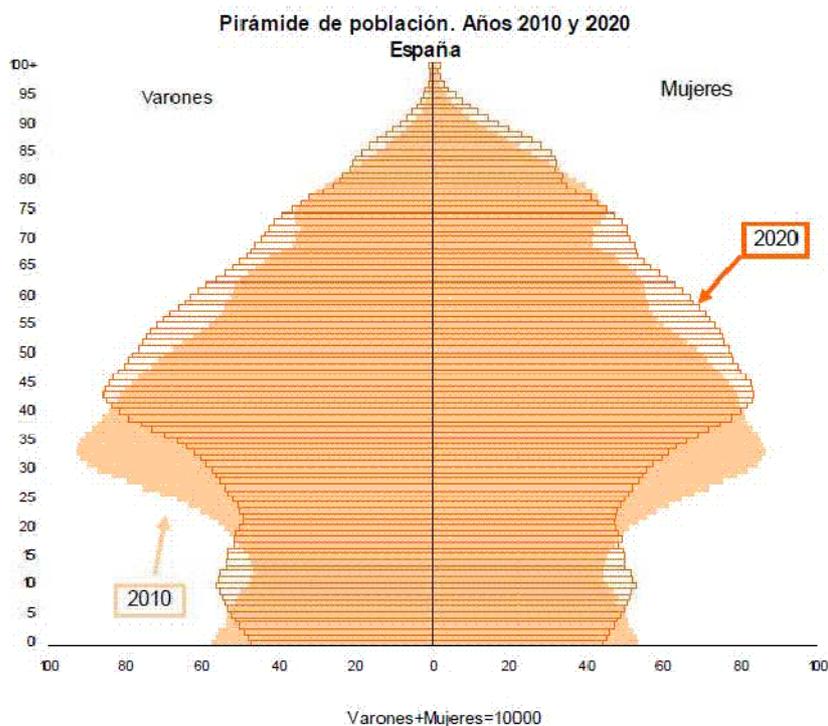
Fuente: Naciones Unidas (2013)

Tabla 6. Porcentaje de personas con 60 a más años: Ranking de países

Country	60 or over	Rank	Country	60 or over	Rank
Japan	32.0	1	Slovenia	23.6	16
Italy	26.9	2	Austria	23.5	17
Germany	26.8	3	Czech Republic	23.5	18
Bulgaria	26.1	4	Malta	23.2	19
Finland	26.1	5	Switzerland	23.2	20
Greece	25.4	6	Netherlands	23.1	21
Sweden	25.2	7	United Kingdom	22.9	22
Croatia	24.8	8	Spain	22.9	23
Portugal	24.5	9	Channel Islands	22.5	24
Latvia	24.1	10	United States Virgin Islands	22.3	25
Estonia	23.9	11	Martinique	21.8	26
Denmark	23.8	12	Norway	21.3	27
France	23.8	13	Ukraine	21.1	28
Belgium	23.8	14	Canada	21.0	29
Hungary	23.7	15	Poland	20.9	30

Fuente: Naciones Unidas, 2013

Gráfico 12. Pirámide de población. Años 2010-2020



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

2.2.2. Turismo termal

Ortiz, Bonales y Arévalo (2014) estudian los beneficios económicos del aprovechamiento de las aguas termales y la oportunidad que representan para los territorios dotados de estas características. Concretamente realizan un diagnóstico regional como punto de partida para conocer la configuración regional y proponen los factores a considerar para que el turismo se consolide como elemento dinamizador y organizador de la economía.

Ellos apuntan a que a medida que evoluciona el turismo termal genera una diversificación de la oferta y atractivos, a escala internacional tiende a complementarse con la introducción de nuevas técnicas y tratamientos que no están necesariamente vinculados a las características de las aguas. Ya que los centros de salud y recreación pasan a otras actividades sociales y servicios de tratamiento de belleza, estos que pueden generar más beneficios y llegan a convertirse en el principal motivo de la visita tal y como demuestran Vargas y Luque (2002) para el caso de Andalucía en España. A medida que se complementa y diversifica la oferta turística genera mayores opciones de desarrollo y derrama economía.

Un aspecto esencial para el desarrollo de una estrategia de turismo como detonante de desarrollo local, es el conocimiento de la oferta y la demanda. Es decir, lo que se tiene como atractivos, equipamiento e infraestructura y por otra parte el perfil del visitante, tiempo que emplea, destino del gasto, atractivos, expectativas, distracciones, procedencia, frecuencia y motivos de la visita.

2.3. JUSTIFICACIÓN DEMANDA DEL TURISMO DE SALUD. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

En la publicación “Salud y Turismo: Nuevos Enfoques y Tendencias” nos habla de las claves del éxito y limitaciones del turismo de salud en economías internacionales durante los últimos años. Y encontramos que en el mundo globalizado actual, las posibilidades de acceso a tratamientos sanitarios fuera de nuestras fronteras nacionales son cada vez más una alternativa sugerente. El turismo de salud o sanitario ha experimentado un importante crecimiento en los últimos años, aunque no se trata de un fenómeno reciente, ya que de una u otra manera la salud ha sido objeto de intercambio internacional desde hace tiempo.

Wasserman et al (1999) destacan los principales factores que han contribuido a la aparición y auge del turismo de salud o médico en los últimos años, entre ellos se encuentra la reforma de la atención sanitaria a través principalmente de su privatización en muchos países, la transformación y/o eliminación de las barreras tradicionales al comercio gracias a los procesos de globalización, la aparición de una oferta basada en la disponibilidad de hospitales, clínicas y laboratorios modernos plenamente equipados y con un personal sanitario altamente cualificado, la mejora de la tecnología de la información, los nuevos perfiles y cambios demográficos, la mayor presencia de filiales de empresas manufactureras y de producción extranjeras y el acelerado incremento de los viajes internacionales como consecuencia del abaratamiento de los costes de transporte y la aparición de las líneas aéreas de "low-cost".

Para analizar el turismo de salud es necesario tener en cuenta tres aspectos que lo diferencian de otros sectores (OMS, 1997):

- a) Supone un gran reto y esfuerzo ya que requiere el considerar el turismo médico como un producto y/o servicio internacional, y, por tanto, ser incluido en la agenda económica de los países.
- b) Es necesaria la existencia y utilización de estándares o patrones para la protección de la salud de los consumidores en el papel de consumidores.
- c) Garantizar la seguridad en relación con el intercambio internacional de bienes y/o servicios de salud en todos los procesos y etapas por los que pasa el individuo antes, durante y después de viajar a otro país para recibir tratamiento médico.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud es "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" a partir de esta definición se puede afirmar que los principales productos y/o servicios demandados por los individuos están relacionados con el tratamiento, recuperación, mantenimiento y promoción de la salud. Desde un punto de vista turístico, el turismo de salud implicaría la promoción consciente de que viajar a determinado lugar se considera beneficioso para la salud debido a un clima particular, a los recursos naturales o a los servicios de salud que se ofertan en dicho lugar.

Autores como Hurtado (1998) han distinguido dentro del turismo médico o de salud, cinco grandes modalidades o tipos:

- a) Primer grupo: servicios terciarios de salud altamente especializados y prestados en hospitales.
- b) Segundo grupo: servicios médico ambulatorios y dentales que se prestan en consultorios o centros de salud

-
- c) Tercer grupo: incluyen servicios de salud que se ofertan en lugares distintos a los hospitales, asociados a problemas del comportamiento como es la rehabilitación en caso de abuso de drogas.
 - d) Cuarto grupo: servicios de promoción y mantenimiento de la salud que se proveen en clubes de salud, complejos o lugares con atributos naturales que son conocidos por sus efectos positivos sobre la salud.
 - e) Quinto grupo: terapias propias de la medicina alternativa.

Para llevar a cabo predicciones de manera fiable y correcta es imprescindible identificar los diferentes grupos de clientes según los diferentes grupos de clientes según diferentes criterios que se mezclan entre sí como, por ejemplo, país de origen, cultura, idioma, raza, patología a tratar, capacidad de pago, etc. Dentro de este contexto es necesario tener en cuenta los cambios que se están produciendo en las pirámides de población de todos los países y que tendrán consecuencias e impactos muy significativos en la realidad económica y social de dichos países.

A pesar de la demanda heterogénea, el turismo médico se configura como una importante fuente de ingresos y de elevada rentabilidad empresarial para todos los países que apuesten por dicha tipología de turismo.

El importante atractivo económico se basa en políticas de discriminación de precios y de diferenciación de productos o servicios ofertados. Una correcta diferenciación del producto con respecto al de la competencia permite a las empresas cobrar precios superiores y llegar a consolidar posiciones de monopolio u oligopolio dentro del mercado.

Este colectivo tan heterogéneo y cambiante a lo largo del tiempo puede consumir los productos y/o servicios ofrecido por una serie de motivos o razones (UNTAC, 1997):

1. Falta de servicios en el país de origen
2. Coste en relación con la calidad
3. Aspectos culturales
4. Globalización e integración regional

Otros factores que también justifican la demanda de productos y/o servicios turísticos médicos son el aumento en el poder adquisitivo en determinados países (como los países árabes o del este de Europa), el marco regulatorio y legal aplicable al turismo y a la salud en los ámbitos nacional e internacional, la portabilidad de seguros, las facilidades en el transporte y las restricciones o no al cambio de divisa.

En una situación de crisis financiera y económica como la actual, es necesario cambiar la estructura de determinados mercados en muchos casos como, por ejemplo, el sector turístico en España, con el objetivo de identificar y encontrar nuevos nichos de mercado. Otro aspecto de especial relevancia es contar con recursos humanos que tengan el nivel formativo y experiencia suficiente exigida dentro del turismo médico y competir con garantía dentro de un sector cada vez más competitivo y exigente.

El papel de las Administraciones Públicas es fundamental para que finalmente la demanda y oferta se encuentren y permita el intercambio de productos y servicios a unos precios determinados.

Chung- Ping A. Loh (2013) en su artículo *Health tourism on the rise? Evidence from the Balance of Payments Statistics* evalúa la presencia y magnitud de las tendencias mundiales en los viajes turismo de salud utilizando (Health Related Travel: HRT) el gasto relacionado con la salud de la base de datos de Estadísticas de la Balanza de Pagos del Fondo Monetario Internacional. Utilizando una muestra de países de 2003 a 2009, los resultados muestran que desde 2003 hasta 2009 la importación y exportación de turismo de salud se incrementó entre los países con un alto volumen de este tipo de actividades (que representa la parte superior del 40% de los países), pero no entre aquellos con un volumen bajo. El crecimiento desigual en el turismo de salud ha generado mayor contraste entre los países con volúmenes altos y bajos de las actividades de turismo de salud. Sin embargo, el crecimiento de las importaciones totales del turismo de salud no deja atrás el crecimiento de la población, lo que implica que en la tendencia general de la población a participar en el turismo de salud se mantuvo estática.

Las actividades de crecimiento en el turismo de salud han llamado mucho la atención en los últimos años. Además, el turismo de salud ha sido un tema vibrante en foros de política pública: Para los países de origen (aquellos cuyos residentes buscar servicios de salud en el extranjero), el turismo de salud puede satisfacer las necesidades no satisfechas en el sistema de salud nacional, pero también puede conducir a problemas legales en el caso de mala praxis y cambiar el grupo de riesgo en el sistema. Para los países de destino (los que prestan servicios de salud a los pacientes internacionales), el turismo de salud puede ser una forma importante para complementar el crecimiento económico, pero también puede conducir a graves consecuencias para el propio sistema

de salud de un país, como la mala distribución de la atención médica, escasos recursos y dejando el sistema público de lado.

Muchos han sugerido que el turismo de salud va en aumento, pero la literatura no ha producido aún una descripción estadística de esta tendencia mundial. La falta de evidencia empírica se debe principalmente a la escasez de datos a nivel internacional y con un horizonte temporal del largo plazo. Este estudio ayuda a llenar este vacío empírico utilizando HRT, variable que contiene el gasto en bienes y servicios efectuados durante el viaje relacionado con la salud y por lo tanto se puede considerar una aproximación razonable para el turismo de salud, a pesar de que el costo de transporte a través del país no se contabiliza.

Si bien el acuerdo GATS anima a la liberalización del comercio de servicios de salud, muchos países han sido lentos a comprometerse con la apertura de su sector de la salud. Su falta de compromiso puede ser atribuido al miedo de desviar recursos sanitarios nacionales escasos y la complejidad de las cuestiones jurídicas relativas a las regulaciones existentes en el sistema de atención de salud. Muchos países también pueden sentirse desanimados por la novedad de los requisitos de compromiso en el comercio de servicios de salud y las dificultades de coordinación entre los organismos pertinentes. Los países de bajos ingresos pueden posponer el esquema de mercado abierto en el marco del AGCS para proteger su sector de la salud, que pueden no haber alcanzado las economías de escala en la producción. En estos casos, es poco probable una expansión en toda regla de la exportación, y la propagación de nuevos países a esta área comercial puede ser lenta.

Varios factores adicionales también pueden haber disuadido a la expansión del turismo de salud. En primer lugar, la incertidumbre de los consumidores sobre la calidad de la atención, sobre todo la atención ofrecida en los países menos desarrollados, es una barrera fundamental para que consideren activamente el tratamiento en el extranjero como una opción de la salud. Los proveedores de salud en los países de destino tendrían que demostrar de forma creíble que su calidad de servicios cumple con las normas internacionales, tales como los establecidos por la Organización Internacional de Normalización (ISO) y la Comisión Conjunta Internacional (JCI). Sin embargo, el largo proceso de obtener la acreditación y certificación aún puede servir como una barrera para entrar en el mercado de turismo de salud en el corto plazo. Como resultado, la incertidumbre acerca de la calidad de la atención ha seguido impedir el crecimiento en el turismo de salud.

En segundo lugar, la falta de cobertura de seguro ha sido un obstáculo importante para los países en desarrollo en la prestación de servicios a los pacientes internacionales. Sin embargo, las compañías de seguros privadas (como Blue Cross y Blue Shield en los EE.UU.) se han ido añadiendo institutos extranjeros de la salud a la lista de proveedores aprobados. Productos de seguros privados diseñados específicamente para el turismo de salud (como Passport2Health) también han surgido en los últimos años. Aun así, está por verse si estas iniciativas privadas darán lugar a una expansión significativa en el turismo de salud.

Si bien la tendencia general en el turismo de salud fue modesta durante el período de estudio (2003-2009), algunos países han seguido explorando agresivamente este mercado y parecen ser próspera. Por ejemplo, Malasia puso en marcha el Consejo de Salud de Viajes Malasia (MHTC) a finales de 2009 como una agencia oficial para

desarrollar y promover su sector de turismo de salud. Entre 2009 y 2011, el número de centros de salud de Malasia acreditados por la JCI aumenta de tres a ocho. Malasia ha estado atrayendo activamente a los pacientes desde el Reino Unido, los EE.UU., Bangladesh, Emiratos Árabes Unidos, y China en los últimos años. El número de pacientes internacionales que buscan servicios de salud en Malasia también aumentó de 393.000 en 2010 a 671.000 en 2012 [45, 46]. El conserje MHTC y salón creado en la sala de llegadas del aeropuerto internacional de Kuala Lumpur es la más reciente indicación de los continuos esfuerzos de Malasia para mejorar la experiencia de los turistas de salud. La cuestión de si el turismo de salud tendrá un crecimiento generalizado o mayor polarización proporciona un interesante tema de estudio futuro.

Este estudio tiene una serie de limitaciones. En primer lugar, el estudio utiliza una muestra de países para los que BOPS (Estadística de la Balanza de Pagos) tiene registros de la variable de la TRH para todos los años del período de estudio. Aunque la muestra contiene una representación razonable de todos los continentes, los niveles de desarrollo económico, y grados de participación en el turismo de salud, nuestros resultados no siempre son representativos de la tendencia mundial con precisión. Además, la variable de la TRH es una medida agregada que combina los gastos en todos los bienes y servicios consumidos durante el viaje (con la excepción de los gastos de transporte internacional). Mientras que el análisis de la variable arroja luz sobre el patrón de gasto combinado en los servicios de salud y el turismo, y por lo tanto el turismo de salud, que no nos informó acerca de los patrones de consumo y provisión de servicios de salud per se, que podría ser más útil para la política de salud creadores. Los estudios futuros deben considerar abordar las cuestiones antes mencionadas, cuando se disponga de más datos.

En el estudio realizado por Gan L.L. y Frederick, J.R. (2013): Medical Tourists: Who goes and what motivates them?, apuntan a que los consumidores de altos ingresos tienen más probabilidades de tener un seguro médico privado adecuado, por lo que no es sorprendente que serían menos propensos que otros a viajar para recibir tratamiento extranjera. Se había sugerido que el grupo de ingresos más bajos también sería menos sensible a los incentivos económicos, ya que serían elegibles para recibir asistencia médica pública a través de Medicaid o instituciones benéficas privadas. Pero contrariamente a esas expectativas, los beneficiarios de Medicaid, junto con los grupos de bajos ingresos, eran más sensibles a los incentivos económicos.

El hecho de que los no asegurados y los grupos de ingresos medios fueron sensibles a las cuestiones económicas es bastante significativo. Aproximadamente el 35,4% de los consumidores no asegurados provino de los hogares de ingresos medios. Aun cuando la cobertura de seguro de salud fue ofrecida por sus empleadores, un número creciente de familias de clase media no puede permitirse el lujo de comprarlo. La correlación positiva entre la falta de seguro médico y la probabilidad de buscar atención médica en el extranjero que se encuentra en este estudio es, en efecto, apoyada por estudios anteriores (Su et al., 2010; Landeck y Garza, 2002). Y se encontró una relación aún más fuerte positivo cuando los no asegurados vinieron de los hogares de ingresos medios (Horowitz y Rosensweig, 2008; Milstein y Smith, 2006).

Pagán, R. B. (2004) señala como factores que han contribuido al crecimiento del turismo de salud:

1) Cambios en los estilos de vida

“*Sentirse saludable*” es una prioridad de la sociedad urbana, unida al aumento de la expectativa de vida que propone mejorar su calidad a través del *envejecimiento activo*.

La OMS define el envejecimiento activo como: “el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”. El envejecimiento activo permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y se centra en las personas mayores y en la importancia de dar una imagen pública positiva de este colectivo.

Hay una demanda mayor de espacios de salud y relajación se corresponde una oferta de servicios que cubran esas necesidades: hospitales, balnearios, spa, hoteles sostenibles, etc.

2) *Mayores alternativas turísticas*

Un mayor número de destinos y competidores relacionados con el turismo de salud aparecen cada día dentro del mercado mundial. Las oportunidades de negocio y las elevadas tasas de crecimientos previstas para los últimos años permiten incrementar la oferta de turismo de salud a lo largo del mapa mundial

3) *Listas de espera y falta de disponibilidad del servicio en el país de origen.*

Las largas lista de espera de los ciudadanos para poder acceder a determinados servicios sanitarios (por ejemplo, cataratas, pérdida de peso, operaciones de cadera y rodilla) en muchos países (por ejemplo, en el *National Health Service* del Reino Unido) está provocando un importante flujo de turistas de salud hacia países receptores con fácil acceso a dichos servicios sanitarios.

Además, en otros casos es la falta de disponibilidad del servicio sanitario en el país de origen el principal motivo de buscarlo en el extranjero (por ejemplo, tratamientos de fertilidad de los australianos hacia India y Tailandia).

4) Calidad y precios competitivos en el exterior

Como hemos visto anteriormente, las diferencias en costes (en algunos casos superiores al 70-80%) hace que muchas personas busquen salir fuera de su país para recibir tratamiento médico a menor precio (por ejemplo, viajando a la India o Tailandia) y con igual o superior calidad que en sus países de origen

5) Globalización de los mercados y menores costes de transporte.

Según el diccionario de la Real Academia Española globalización se define como:

“tendencia de los mercados y de las empresas a extenderse, alcanzando una dimensión mundial que sobrepasa las fronteras nacionales”. Es un fenómeno que ha creado puntos comunes en el ámbito económico, tecnológico, social, cultural y político, y por lo tanto convirtió al mundo en un mundo interconectado, en una aldea global. En todo este proceso la reducción de los costes de transporte (en especial, la aparición de las empresas de *low cost* en el transporte aéreo).

Las principales ventajas de la globalización son: el acceso a los productos importados de mejor calidad y los más baratos, atracción de inversión, desarrollo tecnológico, mayor comercio internacional y acceso otras culturas; y las principales desventajas de la globalización son: concentración de la riqueza (países pobres versus países ricos), explotación de los recursos físicos y humanos y desigualdad social.

6) Proximidad geográfica, afinidad cultural y beneficio añadido de las vacaciones

- *Afinidad cultural*: por ejemplo, Reino Unido y sus antiguas colonias.

- *Vacaciones y turismo* como instrumentos para mejorar el bienestar y salud de las personas

Gráfico 13. Proximidad geográfica

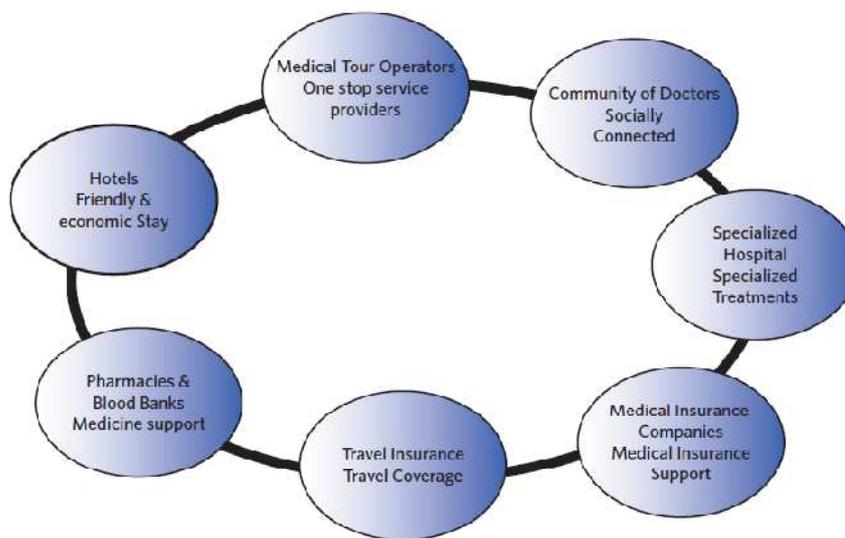


Fuente: Estudio de Deloitte para la FNCP (2013)

7) *Nuevos avances tecnológicos.*

Las nuevas tecnologías están permitiendo un flujo de información constante, continuo y permanente entre la oferta y la demanda. Esto permite acceder desde cualquier sitio y momento (p.e. desde un *Smartphone* o *tablet*) a los servicios de turismo de salud ofrecidos por las empresas del sector. También, se han producido avances en los sectores sanitarios (p.e. *electronic medical records*, *telemedicina*) y turísticos (webs especializadas, compras online) que han contribuido a la aparición de nuevos servicios y productos dirigidos a un mercado cada vez mayor.

8) *Facilitadores, brokers, nuevas empresas, asociaciones y clústeres dedicados al segmento del turismo de salud:*

Gráfico 14. Ecosistema

Fuente: Pagán, R. B. (2014). "Cátedra de Turismo, Salud y Bienestar"

9) Nuevas reformas y regulaciones en materia sanitaria

Por ejemplo, existe la necesidad de facilitar la tramitación de visados médicos específicos para atraer a los turistas de salud a España.

- *Directiva Europea de Asistencia Sanitaria Transfronteriza*

La norma tiene como objetivo favorecer el acceso a una asistencia transfronteriza de alta calidad, garantizar la movilidad de los pacientes y la cooperación entre Estados en materia sanitaria. Los pacientes podrán acudir a un Estado Miembro distinto al suyo para recibir atención médica y luego solicitar el reembolso de los gastos en su país. La norma se refiere a las prestaciones incluidas en la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud. Los pacientes tendrán que solicitar autorización previa en caso de hospitalización durante más de una noche o utilización de equipos y tecnología muy especializados

2.4. OFERTA DE TURISMO MÉDICO. CASOS

2.4.1. Productos y servicios de turismo de salud

Un trabajo interesante sobre el turismo médico es el libro editado por la TRAM (Tourism Research and Marketing) en el año 2006, en el cual se analiza el estado actual de este nuevo sector, los problemas y barreras asociados al mismo y la oportunidades de negocio que plantea. Entre sus resultados destaca sobre todo la división del turismo de salud en cuatro subsectores:

- 1) Turismo quirúrgico, el cual incluye todo tipo de exámenes médicos, cardiología, odontología, tratamientos del cáncer, trasplante de órganos, entre ellos.
- 2) Turismo cosmético, el cual incluye todo lo relacionado con la cirugía estética, tratamientos de belleza y lifting, liposucción, etc.
- 3) Turismo de bienestar, donde se incluyen los tratamientos de spas, balnearios, acupuntura, aromaterapia, yoga, pilates, etc.
- 4) Turismo reproductivo, es decir, todos aquellos tratamientos médicos relacionados con la fertilidad.

Gráfico 15. Composición turismo de salud



Fuente: TRAM (Tourism Research and Marketing) (2006)

Tabla 7. Tratamientos más demandados en turismo de salud

Diagnostic	Invasive	Wellness
Blood screening	Dental work <ul style="list-style-type: none"> • Cosmetic dentistry • Dental reconstruction 	Spas
Heart stress test	Cosmetic surgery <ul style="list-style-type: none"> • Breast augmentation/reduction • Facelift • Liposuction 	Herbal treatments
Bone density testing	Cardiology and Cardiac Surgery <ul style="list-style-type: none"> • Coronary artery bypass • Cardiac valve replacement/reconstruction 	Ayurveda
Lipid analysis	Orthopedic <ul style="list-style-type: none"> • Joint replacements/reconstruction 	Yoga
Electrocardiograms	Bariatric surgery <ul style="list-style-type: none"> • Gastric bypass • Laparoscopic gastric banding • Body contouring 	Acupuncture
	Reproductive system <ul style="list-style-type: none"> • In-vitro fertilization • Hysterectomy • Prostatectomy • Gender reassignment procedures 	
	Organ and tissue transplantation <ul style="list-style-type: none"> • Solid organ transplantation • Bone marrow transplantation • Stem-cell therapy 	
	Eye surgery	
	Cancer treatment	

Fuente: Naciones Unidas 2010

Gráfico 16. ¿Cómo es la oferta de productos y servicios de Turismo de Salud?



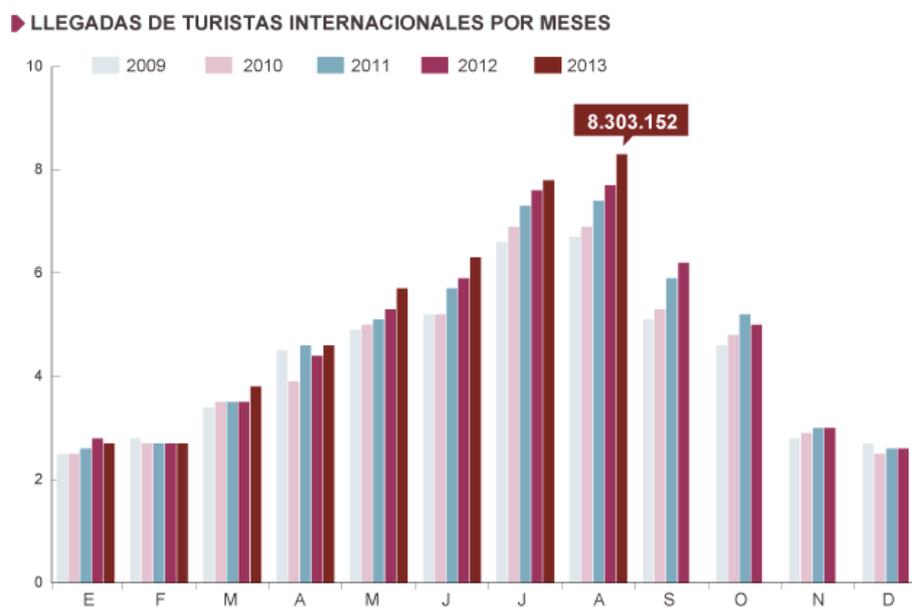
Fuente: Cátedra Turismo, Salud y Bienestar (TSB) (2010)

En la actualidad, existen diversas compañías, como Health Tourism India (<http://www.health-tourism-india.com>) o PlacidWay (<http://www.placidway.com>), que ofrecen paquetes de turismo médico o de salud, que incluyen los desplazamientos, el procedimiento y la estancia, especialmente en países asiáticos como la India, Tailandia y Singapur.

En España también podemos encontrar ejemplos de productos y servicios de turismo de salud/médico:

- Barcelona Centro Médico (www.bcm.es)
- Mediterranean Health Care (mediterranean-healthcare.com/es)
- Spaincares (<https://spaincares.com/es>)
- Tourism & Health Spain (<http://tsbturismoysalud.es/es>)

Destacar que el turismo de salud proporciona los elementos necesarios para romper con la estacionalidad tradicional dentro del sector turístico y sanitario. Sin embargo, no existe todavía una sistemática recolección de datos que nos permita visualizar el tamaño del mercado y su evolución.

Gráfico 17. Llegadas de turistas internacionales por mesesFuente: Turespaña. www.iet.tourspain.es

2.4.2. Delimitación de la oferta y demanda de salud: Mercados receptores y emisores del turismo de salud

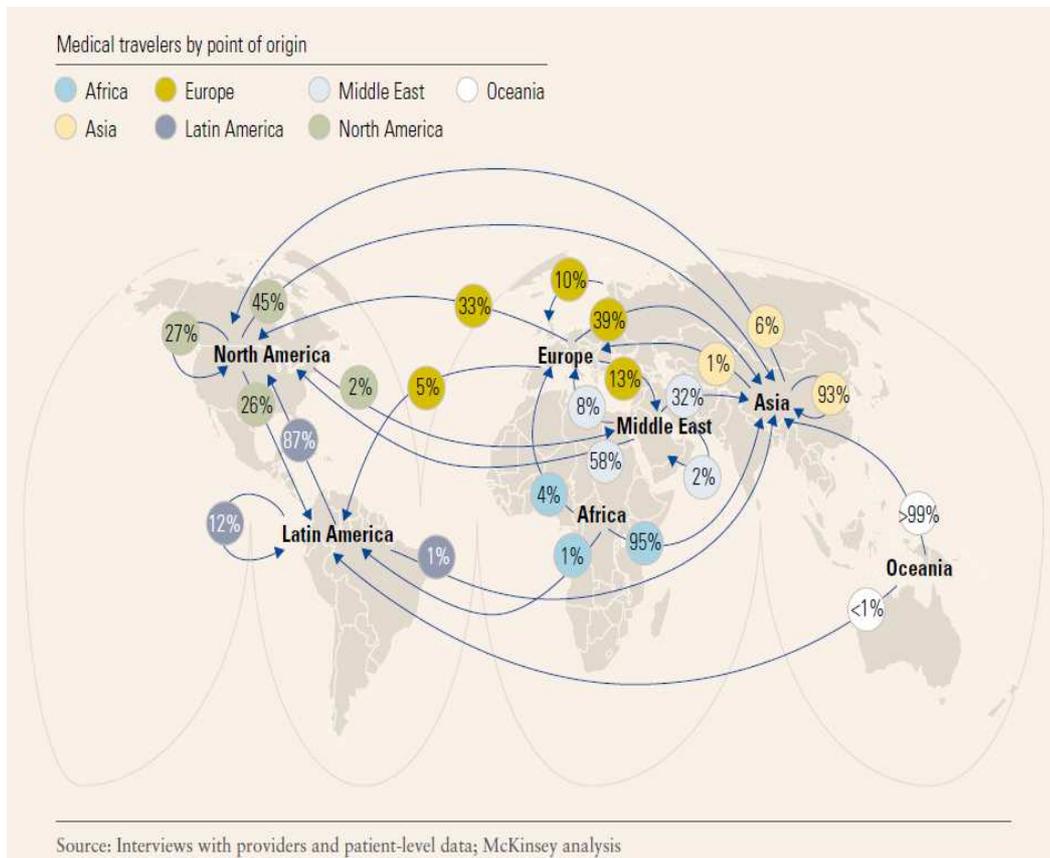
Países por todo el mundo se están convirtiendo en destinos de turismo de salud, en donde algunos empiezan a capturar parte de la demanda gracias a la reputación y calidad de los servicios (p.e. Alemania), y otros se basan en ofrecer bajos precios a tratamientos médicos y lujosas estancias (p.e. Tailandia) (Deloitte, 2011).

Dentro de este escenario, Asia (principalmente Tailandia, Singapur y la India) captura la mayor parte de los turistas de salud (McKinsey & Company, 2008). Captura el:

- 99% de Oceanía
- 95% de África
- 45% de Estados Unidos

- 39% de Europa
- 32% Oriente Medio

Gráfico 18. Turistas médicos por lugar de origen



Fuente: McKinsey Quartely (2008)

Tailandia

- Es el líder mundial en la industria del turismo médico.
- Número de pacientes extranjeros en 2001: 500,000. En 2008 llegó a 1,5 millones.

Principalmente de Japón, EE.UU, Reino Unido y Oriente Medio.

- Valor económico estimado generado por los hospitales a la economía: 6 billones de dólares (Deloitte, 2011).

- Claves del éxito: Alto apoyo y compromiso institucional en la promoción y comercialización del turismo médico. Fuertes incentivos fiscales para la atracción de nuevos inversores internacionales en *health care*. Este fuerte apoyo institucional surge después de la crisis financiera de 1997 y la fuerte caída de ingresos de los hospitales privados.

- Elevado número de hospitales acreditados por la Joint Commission International (JCI) (14 en 2011) que garantizan servicios de alta calidad.

- Precios competitivos y amplia oferta de servicios (cirugía plástica, trasplantes, cirugía dental, y oncología, entre otros).

- Críticas: Inaccessibilidad de los propios ciudadanos a tales servicios.

Deterioro del servicio público: Traspaso de profesionales del servicio público de salud al privado debido a las elevadas retribuciones.

Según la OMS (Boletín 5, volumen 89, 2011) el turismo médico genera el equivalente al 0,4% del producto interior bruto de Tailandia, si bien ha agravado la falta de personal médico al tentar a muchos trabajadores procedentes de los sectores público y privado para que trabajen en hospitales orientados a los extranjeros. Esto ha provocado un aumento sustancial de los costes en los hospitales privados y probablemente también conllevará un aumento de los mismos en los hospitales públicos y en el seguro sanitario universal del que se benefician la mayoría de los tailandeses. Esta «fuga de cerebros» también podría perjudicar a la formación médica futura.

Siguiendo los datos del estudio de Gomara, E. (2014) en el que analiza el mercado del equipamiento médico y hospitalario en Tailandia, el año 2013, la capital de Tailandia, Bangkok, fue la ciudad más visitada del mundo según el ranking publicado

por MasterCard Global Destination Cities Index²², desbancando a ciudades más habituales como Nueva York, Londres o París. Los registros oficiales de las autoridades de turismo tailandesas contabilizaron la llegada de 15,98 millones de extranjeros a Bangkok.

Una parte de estos turistas que llegan a Tailandia lo hacen para realizarse tratamientos médicos. Gracias al coste accesible de los tratamientos y de las operaciones; la calidad del servicio del personal médico y los auxiliares; la inexistencia de listas de esperas y una calidad comparable con los países desarrollados, son las principales razones que han convertido a Tailandia en uno de los destinos de la región más importantes de turismo médico.

El turismo médico se ha convertido en un importante motor económico en el sudeste asiático. Según datos del suplemento editorial de la revista TigerTales Asia, julio-agosto 2014, el valor de este mercado en el año 2013 oscilaba entre 38.500 millones y 50.000 millones de dólares (aproximadamente 28.300 y 36.750 millones de euros) en toda la región.

Los principales turistas-médicos provienen de Australia, Reino Unido, Rusia, China y países de Medio Oriente que viajan para someterse al amplio abanico de tratamientos médicos existentes en el país. Actualmente, el sistema sanitario tailandés goza de experiencia y prestigio a nivel global en el campo de la cirugía cardíaca, la cirugía estética y reconstructiva; la cirugía ortopédica y los procedimientos dentales. Además, algunos turistas buscan tener acceso a tratamientos no disponibles en sus países de origen como puede ser la fecundación in-vitro o el cambio de sexo.

Las oportunidades de inversión en el país son muy amplias, ya que el gobierno tailandés anterior promovía el desarrollo en tres grandes áreas: atención médica, servicios de salud (como los spas y masajes tradicionales) y los productos herbales.

Además, existen otras oportunidades paralelas que se derivan de la construcción de hospitales y centros de atención; centros de larga estancia y residencias de la tercera edad. Asimismo, de acuerdo con datos oficiales, se espera que el número de turistas para tratarse en centros médicos continúe creciendo y generando mayores ingresos hasta superar los 110.000 millones de baht (aproximadamente 2.500 millones de euros).

Sin embargo, el turismo médico tailandés tiene grandes competidores en la región. La India ofrece una amplia gama de servicios a un coste más asequible y una infraestructura de menor calidad; mientras que Malasia y Singapur ofrecen tecnología de última generación y atención médica de calidad a precios similares.

Hospitales y centros sanitarios en Tailandia

En Tailandia, los centros hospitalarios se pueden clasificar en públicos o privados, en función de la entidad que los gestione y opere. Según los últimos datos disponibles en el Ministerio de Salud Pública de Tailandia, en el año 2012 había aproximadamente 1.348 hospitales, de los cuales 1.027 eran públicos y los restantes 321 estaban gestionados por empresas privadas.

En conjunto, el número de camas ofrecidas por los hospitales en 2012 ascendía a 146.994 unidades. Aproximadamente el 79% de estas camas correspondían al sector público (116.307 camas), mientras que el sector privado aportaba cuatro veces menos, en torno a 30.687 camas.

Los pacientes que acuden a los hospitales gestionados por el sector público son muy superiores a los pacientes tratados en hospitales privados (7.400.283 frente a 2.021.543 pacientes). Esto se debe, en parte, a que en los hospitales públicos el coste de

la consulta y del tratamiento médico es gratuito gracias a la cobertura sanitaria universal.

Asimismo, también contribuye la oferta de hospitales por el país (1.027 del sector público frente a los 321 del sector privado) y el número de camas.

De manera general, las clínicas médicas y centros hospitalarios privados de Tailandia cuentan con los últimos avances tecnológicos para tratar las enfermedades. Sin embargo, esta situación no se repite en los hospitales públicos, donde la presencia de equipamientos de alto coste es más reducida.

Hospitales públicos

La mayor parte de los hospitales públicos del país están gestionados y operados por el Ministerio de Salud Pública tailandés. No obstante, existen otras entidades gubernamentales y organizaciones públicas que también operan hospitales, como el ejército, empresas estatales, gobiernos locales, organizaciones públicas u otros ministerios

Es importante tener en cuenta que los hospitales provinciales que dependen de la Oficina del Secretario Permanente del Ministerio de Salud Pública se clasifican de la siguiente manera:

- Hospitales regionales: estos hospitales están ubicados en las provincias del país. Tienen una capacidad de al menos 500 camas y una amplia variedad de médicos-especialistas.
- Hospitales generales: ubicados en las capitales de provincia o en grandes distritos. Tienen una capacidad de 200 a 500 camas y suelen ofrecer una atención no especializada.
- Hospitales comunitarios: se encuentran en los distritos y proporcionan una atención primaria. Se clasifican por su tamaño:

- Los grandes hospitales comunitarios tienen una capacidad de 90 a 150 camas.
- Los hospitales comunitarios medianos tienen una capacidad de 60 camas.
- La capacidad de los hospitales comunitarios pequeños oscila entre 10 y 30 camas.

Según datos del Ministerio de Salud Pública de Tailandia, hay 28 hospitales regionales, 68 hospitales generales y 759 hospitales comunitarios²³. En Bangkok, los hospitales públicos más reconocidos son King Chulalongkorn Memorial Hospital, Siriraj Hospital y Ramathibodi Hospital.

Hospitales privados

En el año 1992, el gobierno tailandés, en plena etapa de expansión económica, buscó involucrar al sector privado en la prestación de servicios sanitarios a través de un incentivo fiscal, lo que impulsó la construcción de nuevos hospitales. Como consecuencia, entre el año 1992 y 1997 se registraron 199 hospitales nuevos, alcanzándose en el año 1997 la cifra de 491 hospitales privados registrados. Sin embargo, con la crisis financiera asiática, los hospitales privados tuvieron que hacer frente a un descenso en el número de pacientes, al incremento del precio del material hospitalario y dificultades para acceder a fuentes de financiación bancarias y muchos de ellos tuvieron que cerrar. En la actualidad, el país cuenta con más de 300 hospitales privados, de los cuales 12 están cotizando en la bolsa de valores tailandesas.

Los hospitales privados están regulados por la División de Registro Médico del Departamento de Soporte de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública a raíz de la Ley Sanatorium B.E. 2541.

A diferencia de los hospitales públicos, normalmente los hospitales privados suelen estar especializados en una rama de la medicina. Por lo tanto, el paciente suele acudir a

un hospital de medicina general que le remitirá posteriormente a la consulta de un médico especialista.

De manera general, estos hospitales suelen ser galardonados con las principales acreditaciones internacionales como el galardón JCI24, considerado el estándar de referencia en la atención sanitaria en la comunidad internacional.

En Bangkok, los hospitales privados más reconocidos son Bumrungrad International Hospital, Samitivej Hospital y Bangkok Hospital. No obstante, existe un elevado número de centros hospitalarios privados distribuidos por el país.

Coste de los tratamientos médicos en Tailandia

Como ya se ha comentado anteriormente, muchas personas se desplazan a Tailandia para someterse a tratamientos médicos por su coste reducido o para acceder a tratamientos no disponibles en sus países.

Entre los tratamientos más populares en Tailandia destacan la cirugía cardíaca, los tratamientos oncológicos, la cirugía estética, los tratamientos de fertilidad (técnicas de reproducción asistida, ART) y la cirugía bariátrica. A continuación, se compara el coste de la asistencia sanitaria en Tailandia frente a Estados Unidos.

Tabla 8. Comparación del coste de las operaciones entre Estados Unidos y Tailandia (en dólares) (2013)

Operación	Estados Unidos	India	Costa Rica	Tailandia
Bypass coronario	\$144.000	\$5.200	\$25.000	\$15.121
Angioplastia	\$57.000	\$3.300	\$13.000	\$3.788
Reemplazo de la válvula coronaria	\$170.000	\$5.500	\$30.000	\$21.212
Reemplazo de cadera	\$50.000	\$7.000	\$12.500	\$7.879
Hip Resurfacing	\$50.000	\$7.000	\$12.500	\$15.152
Reemplazo de rodilla	\$50.000	\$6.200	\$11.500	\$12.297
Fusión espinal	\$100.000	\$6.500	\$11.500	\$9.091
Implante dental	\$2.800	\$1.000	\$900	\$636
Banda gástrica	\$30.000	\$3.000	\$8.500	\$11.515
Implantes mamarios	\$10.000	\$3.500	\$3.800	\$2.727
Rinoplastia	\$8.000	\$4.000	\$4.500	\$3.901
Lifting facial	\$15.000	\$4.000	\$6.000	\$3.697
Histerectomía	\$15.000	\$2.500	\$5.700	\$2.727
Manga gástrica	\$28.700	\$5.000	\$10.500	\$13.636
Bypass gástrico	\$32.972	\$5.000	\$12.500	\$16.667
Liposucción	\$9.000	\$2.800	\$3.900	\$2.303
Tummy tuck	\$9.750	\$3.000	\$5.300	\$5.000
Lasik (ambos ojos)	\$4.400	\$500	\$1.800	\$1.818
Tratamiento de infertilidad	N/A	\$3.250	\$2.800	\$9.091

Fuente: The Medical Tourism Association

El precio de los tratamientos médicos en Tailandia es muy inferior que en otros países como Estados Unidos o Costa Rica. Sin embargo, existen países como India donde las operaciones médicas suelen ser más baratas. Aunque India no es estrictamente competidor de Tailandia al ofrecer tratamientos más baratos con servicios de menor

calidad, sí es preciso señalar su existencia al intentar convertirse igualmente en el centro médico de referencia en la región asiática.

A diferencia de India, los hospitales tailandeses suelen recibir las principales acreditaciones internacionales como la acreditación JCI, considerada el estándar de referencia en la atención sanitaria en la comunidad internacional. Además, los pacientes que acuden a tratarse en Tailandia, no se preocupan demasiado por el precio de la atención médica, sino en la calidad del servicio prestado.

Singapur

- Segundo en el ranking de turismo médico. Número de pacientes extranjeros en 2006: 410.000. Principalmente de Indonesia y Malasia.

- Valor económico en ese año 560 millones de dólares. En 2012 el volumen de pacientes estimado es de 1 millón.

- Claves del éxito: Alto apoyo y compromiso institucional (Ministerio de Salud), precios bajos (aunque se han incrementado en los últimos años y superiores a los existentes en Tailandia e India), alta tecnología, medicina especializada (trasplantes de corazón e hígado, neurocirugía) y profesionales de la más alta cualificación (la gran mayoría extranjeros).

Beneficios fiscales para atraer inversión y pacientes. 16 hospitales acreditados por la JCI.

- Mayor preocupación por parte de las autoridades en conseguir el equilibrio entre los servicios sanitarios públicos y privados.

India

- Alrededor de 1.2 millones de pacientes (principalmente de EEUU, Reino Unido y Bangladesh), generando 1,8 billones de dólares. Aunque en un escenario de intensa competencia con Malasia, Singapur y Tailandia.

- Apoyos institucionales y con grandes retos y oportunidades en el futuro.

Shanmuganm (*Medical Tourism in India: Progress, Opportunities and Challenges; 2013*) apunta a India como uno de los principales actores en esta industria. Actualmente alberga casi 1,27 millones de turistas médicos de países industrializados como Reino Unido, EE.UU y Canadá y de sus países vecinos como Bangladesh, Sri Lanka y China. Pero se enfrenta a intensas competiciones regionales de Malasia, Singapur y Tailandia.

Aunque el turismo interno también juega un papel importante en el desarrollo del turismo en general del país, destacar que casi un tercio de las llegadas de turistas internacionales a la India (29,2%) son de EE.UU y del Reino Unido. Otros mercados de origen son Bangladesh (7,5%), Sri Lanka (4,6%), Canadá (4,2%), Alemania (3,9%), Francia (3,9%), Malasia (3,1%), Australia (2,9%) y Japón (2,9%).

Desde el gobierno se ha impulsado el turismo de salud, con campañas promocionales, mejora de los aeropuertos y otras infraestructuras, nuevo visado médico para el paciente y su acompañante, acreditación de hospitales, declaró el turismo médico como servicios de exportación a fin de que este sector aprovechara ventajas fiscales. La industria también ha realizado diversas iniciativas, estableciendo centros integrales de diagnóstico, centros de diagnóstico de la imagen, bancos de sangre y una actualización constante de la tecnología.

Ventajas India

Algunas de las ventajas de India es que sus hospitales cuentan con las siguientes acreditaciones: 16 con la JCI (Joint Commission International); 63 NABH (Junta Nacional de Acreditación de Hospitales) y 395 han solicitado la NABA. La mayoría de la población habla inglés y el personal médico lo habla con fluidez. Además ofrecen soluciones naturales para la salud. Para casi todos los tratamientos, India tiene ventajas en costos, su precio es el más bajo entre cualquier nación del mundo.

La industria hotelera, está estrechamente vinculada al turismo de salud y está creciendo rápidamente en los últimos años. Concretamente el número de habitaciones en hoteles de cinco estrellas en 2003 aumentó al rededor de un 103%. Además el número de operadores turísticos reconocidos aumentó en muchos estados de la India.

La disponibilidad de profesionales y enfermeras de alta calidad, servicios médicos durante todo el día, la opción de habitaciones de lujo en hospitales, buenas opciones médicas, altas tasas de éxito, reputación en el segmento de salud avanzada (como cirugía cardiovascular, trasplantes de órganos, la cirugía ocular, la popularidad en los sistemas tradicionales de bienestar, diversidad de destinos turísticos, la fuerza de la tecnología de la información, son aspectos atractivos del turismo médico indio. Cada vez más extranjeros eligen India como su destino para el tratamiento, debido a su rico patrimonio cultural e innumerables atractivos turísticos. Este sector es un ejemplo de cómo la India se está beneficiando de la globalización y la subcontratación.

Según un proyecto encargado por el Gobierno de India al Instituto de Turismo y Gestión de Viajes el tratamiento cardiaco es el más popular (30%), seguido de la

ortopédica incluyendo la de reemplazo (15%), nefrología (12%), neurocirugía (11%), cáncer (11%) y todos los demás, incluyendo la cirugía estética (22%)

Retos

La falta de regulación en el sistema de salud, falta de coordinación entre los diversos actores de la industria (operadores de líneas aéreas, hoteles y hospitales), comportamientos poco éticos, competiciones de muchos otros jugadores, baja inversiones en infraestructuras de salud, aumento de las desigualdades en el acceso a la salud entre los sistemas público y privado, y la fuga de cerebros interna del sector público al sector privado son los principales retos a los que se enfrenta este sector.

Otros autores como Dhodi R. K.; Mahesh Uniyal Y Swati Sharma (2014) en su artículo *Trends and Scope of Medical Tourism: Case Study of Delhi NCR, India*, también han tratado el turismo de salud en India. Industria de la salud de la India ofrece tratamiento especializado como cardiología, cirugía cardiorácica, reemplazo de articulaciones, cirugía ortopédica, urología y trasplante de órganos importantes. Los hospitales de la India sirven al paciente con la última tecnología innovadora a un precio muy económico en comparación con otros países de las naciones especialmente desarrollados, situándose con una cuota de mercado del 2% del mercado de turismo de salud global. De acuerdo con un estudio realizado bajo los auspicios de la Confederación de Industria India (CII), el turismo médico en la India se proyecta para alcanzar 2,3 millones de dólares americanos de la industria con una tasa de crecimiento anual del 30% en 2012 desde el 12% (2002). El turismo médico en India se vende con el lema "los primeros tratamientos del mundo a precios del tercer mundo" una campaña muy eficaz y popular en todo el mundo. Delhi / NCR se ha convertido en un destino

perfecto para turismo médico en la India. El gobierno, así como los agentes privados, están evaluando profundamente el potencial y los medios para aprovechar el mismo. Muchos actores privados han establecido hospitales de alta tecnología y disponen de servicios de cuidado de la salud que coincide con los más altos estándares de prestación de asistencia sanitaria en todo el mundo. Terapias tradicionales de atención de salud de la India, como ayurveda y yoga combinado con tratamientos alopáticos proporciona un bienestar integral, que es una ventaja comparativa. Se ha dicho con razón que en la India "curar con cuidado es una tradición".

Algunos de los retos planteados son:

- El gobierno de la India debe actuar como un regulador de instituir un sistema de clasificación y acreditación uniforme de los hospitales y construir la confianza de los consumidores además de reducir las barreras para conseguir visado
- Realizar campañas agresivas de sensibilización de turismo médico en los mercados internacionales para captar la atención de los turistas médicos.
- Para contrarrestar la creciente competencia en el sector del turismo médico, hospitales de la India deben crear alianzas con instituciones extranjeras, como hospitales, compañías de seguros para los turistas médicos.
- Como a los turistas médicos también le interesa el turismo de monumentos, el ministerio de turismo debería concentrarse en él.

- Los hospitales de la India debería concentrarse en la acreditación internacional para que puedan obtener el reconocimiento en el ámbito internacional.

Este estudio concluye que el futuro del turismo médico es brillante y está considerado como un hito para el crecimiento de la economía india. Instalaciones de clase mundial y la infraestructura harán de la India el destino más adecuado en el turismo médico en el mundo entero. Tomando como partida la situación actual, llegan a la conclusión de que el turismo médico tiene un enorme potencial en los tiempos que están por venir a medida que más y más viajeros extranjeros visitarán la India, especialmente Delhi NCR, para sus necesidades de salud y mantener la vista en el futuro dará lugar a los aumentos cuantitativos y cualitativos, tanto para clientes nacionales e internacionales.

Sudáfrica

En el estudio de Crush, J.; Chikanda, A. (2014): *South-South medical tourism and the quest for health in Southern Africa* ven como Sudáfrica se ha convertido en un destino de turismo médico significativo desde la caída del apartheid (sistema de segregación racial en Sudáfrica y Namibia) en 1994. Dentro de la industria mundial del turismo médico, el país está representado como un destino que combina el tratamiento médico más convencional con actividades turísticas. Este documento sostiene que la experiencia turística "cirujano y safari" es un componente muy pequeño del turismo médico general para el país. La experiencia del turismo médico de Sudáfrica es en gran parte basado en Sur Sur y los viajes entre los países africanos para médicos tratamiento. En este sentido, el turismo médico a Sudáfrica no es muy diferente a otras formas de

turismo para el país, que está cada vez más dominado por los movimientos del Sur del Sur (Rogerson, 2004; Saayman y Saayman, 2012). SouthSouth turismo médico a Sudáfrica comprende tres tipos distintivos del movimiento. En primer lugar, el país está cada vez más considerado por las elites del continente y clases medias como un lugar atención privada donde la alta calidad está disponible para los tratamientos no electivos como la cirugía después de los accidentes, cirugía cardíaca y el tratamiento para el cáncer. En segundo lugar, los pacientes que no pueden obtener cuidado especializado en su propio país pueden hacer uso, financiado por el gobierno, de esquemas de tratamiento en las instalaciones públicas y privadas en Sudáfrica. Estos esquemas se han plagado de problemas y, en Evaluación del Banco Mundial (2012) para programas de Suazilandia, son de un costo altamente ineficaz. En tercer lugar, el mayor crecimiento de la migración médica a Sudáfrica en los últimos años es de los países vecinos cuyos sistemas de atención de la salud pública están en un estado de crisis.

El propio sistema de salud pública de Sudáfrica está en sí sobrecargado y con falta de los recursos necesarios, pero todavía puede ofrecer una calidad de tratamiento que suele no estar disponible en casa.

Estudios de zimbabuenses y refugiados que viven en Sudáfrica, por ejemplo, han demostrado las dificultades que enfrentan para conseguir atención médica del sistema público de salud (Crush y Tawodzera, 2014). Las principales barreras para la exclusión son los acuerdos intergubernamentales y el hecho de que la denegación de tratamiento es en realidad inconstitucional en Sudáfrica.

Grandes grupos de turistas de salud a nivel mundial

Es posible identificar los flujos de turistas de salud en 5 grandes grupos geográficos en búsqueda de tratamientos de salud:

1) Turistas norteamericanos

Motivos: Altos costes de los tratamientos médicos, desprotección médica total (46 millones) o parcial (118 millones) y mayor preocupación por el estado de salud. (Población norteamericana: 317 millones) Donde viajan: Malasia, Tailandia y Sudáfrica para recibir tratamientos de cirugía plástica y cosmética. Volumen viajando a esos 3 países en 2003: 100,000 norteamericanos.

Diferencias de coste: Por ejemplo, un lifting facial cuesta entre 8.000- 20.000 dólares en EE.UU.; 2.682 dólares en Tailandia y 1.252 dólares en Sudáfrica

2) Turistas británicos, canadienses, australianos y escandinavos.

Motivos: Existencia de importantes listas de espera están llevando a alternativas desde la propia administración (acuerdos internacionales con otros países) como desde el ámbito privado (brokers y coordinadoras de pacientes a la búsqueda de ofertas atractivas en el exterior).

El caso del Reino Unido es especialmente atractivo de analizar. Viajan sobre todo a Alemania, Bélgica y Francia. Diferencias de coste: Por ejemplo, una reposición de cadera cuesta 9.000 libras en un hospital privado británico, en Francia 7.600 libras, y en la India 3,180 libras.

Además destinos como la India, Singapur y Malasia están atrayendo un gran número de australianos y canadienses.

3) Turistas de Oriente Medio.

Perfil y motivos: Pacientes con un elevado nivel de ingresos, principalmente de Arabia Saudí, Emiratos Árabes, Qatar, Kuwait y Yemen. Buscan tratamientos basados en la alta tecnología (desde cirugía cardíaca, neurocirugía y tratamientos de infertilidad).

Donde viajan: EE.UU (aunque con caídas importantes a partir del 11 de septiembre), Alemania (gracias sobre todo a acuerdos específicos, visados, partnerships con estos países árabes), Tailandia, Jordania e India. Volumen de pacientes: 500,000 turistas de salud.

Nuevo competidor: Dubái como nueva “Ciudad Sanitaria” para los turistas de Oriente Medio. Esto provocará un cambio importante en los flujos actuales de estos turistas de salud.

4) Turistas provenientes de países en vía de desarrollo

Perfil y motivos: Pacientes con elevados ingresos y falta de servicios e infraestructuras sanitarias. Buscan todo tipo de tratamientos. Falta de datos fiables sobre el volumen total de pacientes (principalmente países africanos y asiáticos). Destinos preferidos; Asia y EEUU.

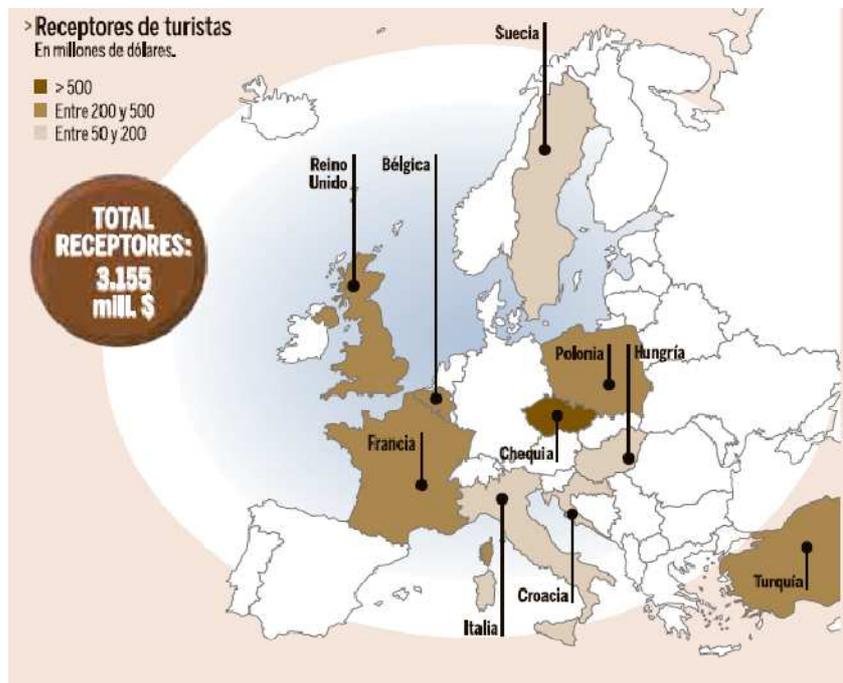
5) Flujo de turistas de reciente impulso

Destaca la situación de los ciudadanos japoneses en busca de tratamientos convencionales en Singapur, Malasia y Tailandia.

En Europa, destacan Polonia, Chequia y Hungría como nuevos países destino con una creciente demanda de servicios médicos, especialmente bucodentales, estética y los basados en tratamientos termales (spas, balnearios, etc.).

Panorama europeo

Gráfico 19. Países receptores de turistas



Fuente: Estudio de Deloitte para la FNCP (2013)

El caso de la República Checa

Ha tenido un rápido crecimiento y se ha convertido en un destino turístico muy popular en Europa. Los servicios de salud poseen una alta calidad, precios competitivos y equipamiento con altos estándares.

Un elemento diferenciador con respecto a otros destinos es la continuidad asistencial gracias a su amplia oferta de spas y balnearios que mejoran el proceso post-operatorio.

Principales tratamientos: cirugía estética, spas, oncología, prótesis y cirugías menores.

Países de origen: Alemania (24%), Austria (24%), Rusia (13%), Polonia (5%), Eslovaquia (5%).

El caso de Turquía

Posee una situación geográfica estratégica con una zona de influencia entre Europa, Asia Central, Rusia y Oriente Medio. Volumen: 200.000 turistas de salud al año.

Claves del éxito:

- Fuerte apoyo institucional (Ministerio de Salud) y desarrollo de programas específico de Transformación de la Salud con el objetivo de mejorar la calidad y eficacia del sistema sanitario y el acceso a sus instalaciones.

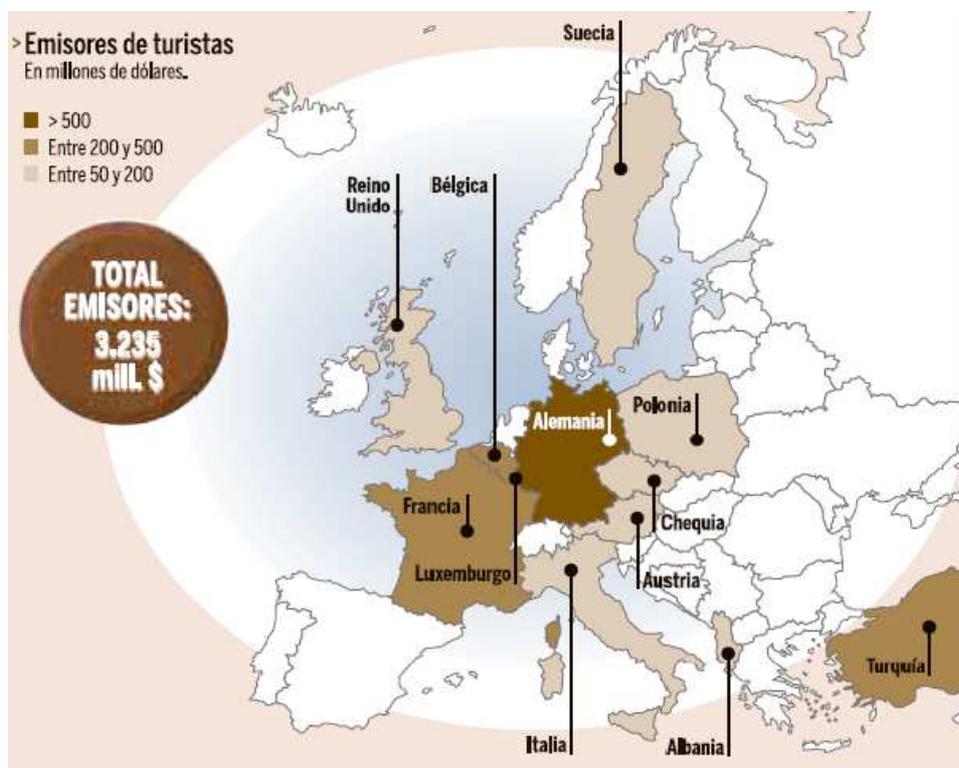
- Infraestructuras avanzadas (44 centros acreditados por JCI).

- Equipamientos avanzados y personal cualificado y experimentado

- Precios competitivos.

- Principales tratamientos: cirugía estética, plástica y reconstructiva, fertilidad y oftalmología.

- Países de origen: Alemania (15%), Rusia (8%), Reino Unido (6%), Holanda (3%), Francia (3%), Bulgaria (2%), Austria (2%), Bélgica (2%), Suiza (2%), EE.UU (2%) e Italia (2%)

Gráfico 20. Países emisores de turistas

Fuente: Estudio de Deloitte para la FNCP (2013)

Latino América

Dentro de esta región, México se configura como un destino de salud estratégico dada su proximidad con Estados Unidos. Entre 40.000-80.000 americanos seniors al año viajan a México para recibir cuidados sociosanitarios. También buscan cirugía plástica, bariátrica y dental (un 75- 80% más barato de media que en EE.UU). Se estima la llegada de 650.000 turistas de salud en 2020. Tiene 9 hospitales acreditados por la JCI, pero la violencia y el riesgo país puede ser una barrera importante.

Otro destino a destacar es Costa Rica, con un volumen estimado de 200.000 turistas en 2008, y buscando principalmente servicios de cirugía cosmética, wellness, dental, diabetes, cardiología, fertilidad, urología y neurología). Los recursos naturales, hospitalidad y estabilidad sociopolítica juegan a su favor.

2.5. ESPECIAL REFERENCIA AL REINO UNIDO

2.5.1. Referencia al Sistema Nacional de Salud (NHS: National Health Service)

Siguiendo los datos publicados por el estudio “Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud” del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2013, el Reino Unido cuenta con los siguientes datos:

- Población: 62,2M (EUROSTAT, 2013).
- Tasa de mortalidad infantil estimada: 4,3/1000 nacidos vivos (OECD Health Data, 2013).
- Gasto total en salud como% del PIB: 9,4 (OECD Health Data, 2013).
- Esperanza de vida al nacer (años): 81,1 (78,8 H/82,7 M) (OECD Health Data, 2013).

1. Estructura y organización

Sistema Nacional de Salud financiado principalmente a través de impuestos, con un limitado papel de otros seguros. Básicamente gratuito en el lugar de asistencia. Funciona como cuatro departamentos independientes de los países que integran el Reino Unido.

2. Modelo de financiación básico

Gasto total per cápita público y privado: 3.405\$ PPP (OECD Health Data, 2013).

- Financiación: cada departamento de Salud de los 4 países gestiona su propio presupuesto. En Inglaterra por ejemplo, se destina un 85% a Atención Primaria en base a una fórmula ponderada que incluye capitación y resultados de

diversos indicadores cumplidos por las Organizaciones de AP (152 Primary Care Trusts).

- Seguros privados: cubren el 12% de la población (proporcionan acceso a determinados tratamientos opcionales, terapias alternativas, salud dental, y similares).
- Pago del propio bolsillo: Copago para medicamentos extrahospitalarios, con excepciones (niños, personas con bajos ingresos, embarazadas, mayores de 60, y personas con enfermedades crónicas).
- Proveedores: los TRUSTs compran sus servicios a hospitales públicos y médicos privados auto-empleados. A los médicos de AP se les paga mediante una combinación de salario, capitación y desempeño de servicios. Los médicos especialistas tanto ambulatorios como hospitalarios perciben un salario.

3. Cobertura de financiación y Cartera de servicios

La cobertura es universal para cualquier residente.

No existe una cartera de servicios como tal. En general, han de proporcionarse los servicios sanitarios ‘razonablemente necesarios’ (Ley Nacional de Sanidad de 1977). La Ley de Sanidad de 2009, recoge el derecho de acceso a la atención sanitaria gratuita, con excepciones limitadas acordadas en el parlamento, y a recibir los tratamientos recomendados por NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), quien emite recomendaciones clínicas y sobre el uso de tecnologías sanitarias que tienen carácter obligatorio para todo el SNS.

Servicios no cubiertos por el SNS: fármacos de venta sin receta, servicios oftalmológicos y los servicios sociales, aunque existen exenciones y precios reducidos en función de rentas. Algunos servicios se incluyen mediante copago, como ciertos cuidados dentales y la prestación farmacéutica.

4. Acceso al sistema sanitario

- Atención Primaria: libre elección de médico.
- Filtro para acceso a especialistas: la Atención Primaria ejerce un papel de comprador de los otros servicios sanitarios.
- Atención especializada: Los pacientes pueden elegir hospital entre una lista ofrecida por su médico de Atención Primaria.
- Lista de espera: sí.

5. Recursos humanos por 1.000 habitantes

- Médicos en activo: 2,8 (OECD Health Data, 2013).
- Enfermeros en activo: 8,6 (OECD Health Data, 2013).

6. Medicamentos

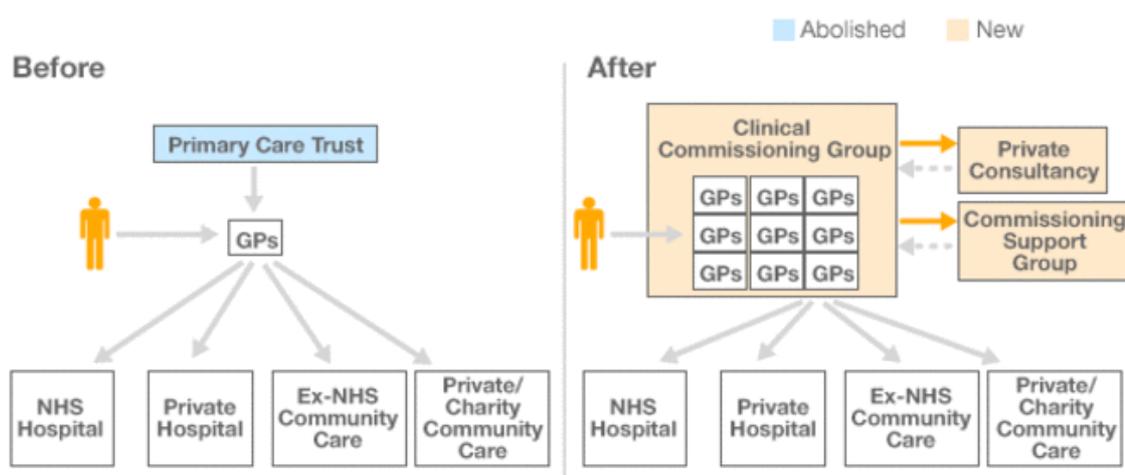
Se paga una cantidad fija por medicamentos extrahospitalarios (£6.85), aunque hay muchos subgrupos exentos (niños, personas con bajos ingresos, embarazadas, mayores de 60, personas con enfermedades crónicas). Existen “bonos” anuales y trimestrales. Gales y Escocia han eliminado este copago recientemente.

7. Detalles de la estructura y cambios desde abril de 2013

Una vez conocido el panorama sanitario en el Reino Unido y según información del artículo “The changing NHS (2013)” publicada en la página <http://www.bbc.com/news/health-19674838>, a continuación detallamos la estructura del NHS haciendo referencia al sistema anterior a abril de 2013.

En abril de 2013 el NHS sufrió la mayor reorganización desde su creación. El NHS es una organización muy grande y compleja. La mayoría de las partes se ven afectadas por los cambios de alguna manera. Los más importantes son sobre quién toma las decisiones y quién gasta el dinero. Se han creado nuevas organizaciones y se han abolido otras. La responsabilidad legal para la gestión de la mayor parte del presupuesto del NHS será entregado a algunas de estas nuevas organizaciones tanto a nivel local como a nivel nacional. A los ayuntamientos también se les está dando un papel más importante en los servicios de salud.

¿Quién planea y compra el tratamiento para los pacientes?



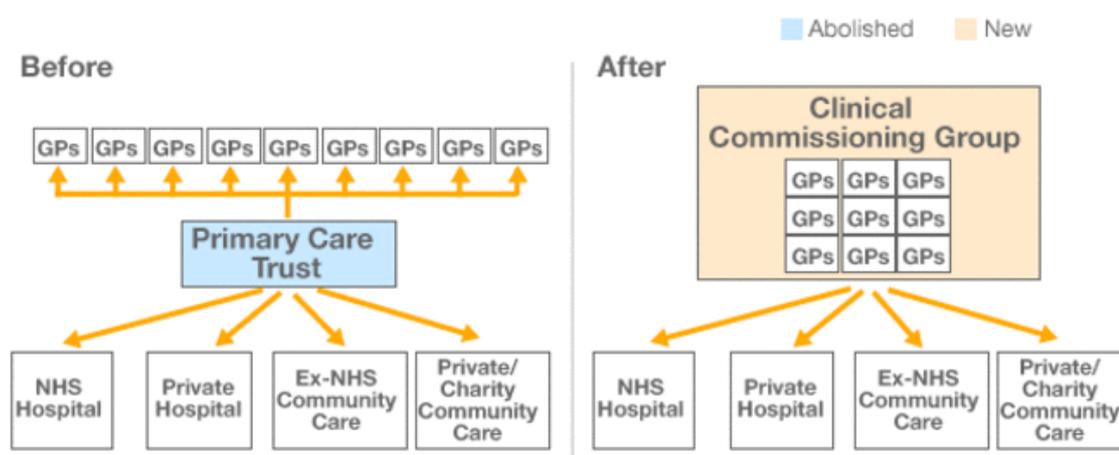
Hasta abril de 2013, 152 cuerpos llamados Primary Care Trusts (PCT) controlaban el gasto local en los dentistas, operaciones hospitalarias y pruebas, y medicamentos -

que representan el 80% del gasto del NHS. En su mayoría se componen de los administradores de salud. Algunos cuidados podían ser proporcionados por las empresas privadas de salud, o de beneficencia. El resto, era controlado a nivel nacional, incluye cosas como la atención especializada.

Desde abril 2013 los PCT han sido reemplazados por más de 200 organizaciones llamadas Clinical Commissioning Groups (CCG). Ellos son los responsables de cerca de 60% del presupuesto del NHS. Todas las organizaciones de cirugía tienen que pertenecer a un CCG, aunque en realidad sólo un pequeño número de médicos tendrá la responsabilidad para decidir cuáles son los servicios locales para financiar.

Se pretende que los médicos sean más sensibles a las necesidades de los pacientes, ya que tienen contacto día a día con ellos. Esto, según la teoría, hará que el NHS más eficiente y mejorar la calidad de la atención.

¿Quién dirige la financiación?



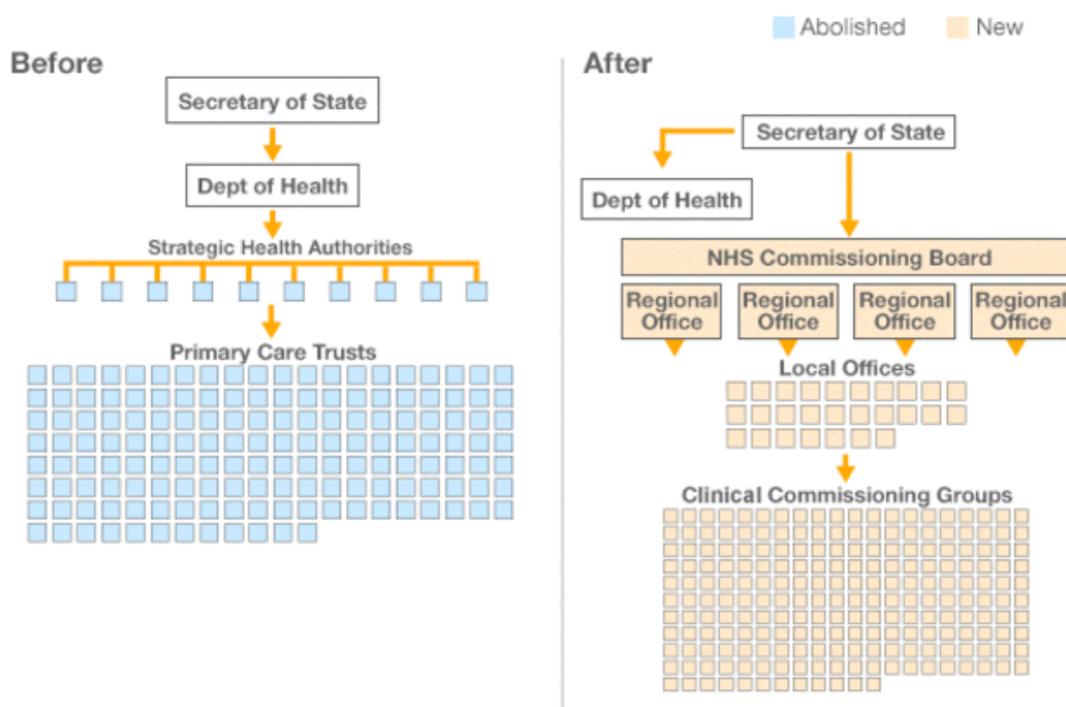
Los CCG decidirán si debe o no pagar por cualquier atención hospitalaria (como lo hacían los PCT).

El gobierno dice que los CCG están en mejores condiciones para decidir sobre las prioridades locales debido a que más médicos y enfermeras están involucrados. Algunos médicos están dispuestos a involucrarse más en estas decisiones - pero otros temen que se ponga en peligro la relación médico-paciente.

La mayor atención es proporcionada por las organizaciones del NHS, pero algunas operaciones de rutina se llevan a cabo por empresas privadas, pero pagado por el NHS.

Bajo el nuevo sistema regulador llamado Monitor se asegura una igualdad de condiciones para las empresas privadas y organizaciones de caridad para competir con las organizaciones del NHS a la hora de proporcionar atención. El sistema Monitor también garantizará que la competencia no afecte al servicio que los pacientes reciben.

¿Cómo se estructura el NHS?



El Secretario de Salud establece las políticas, tales como los tiempos de espera para el NHS.

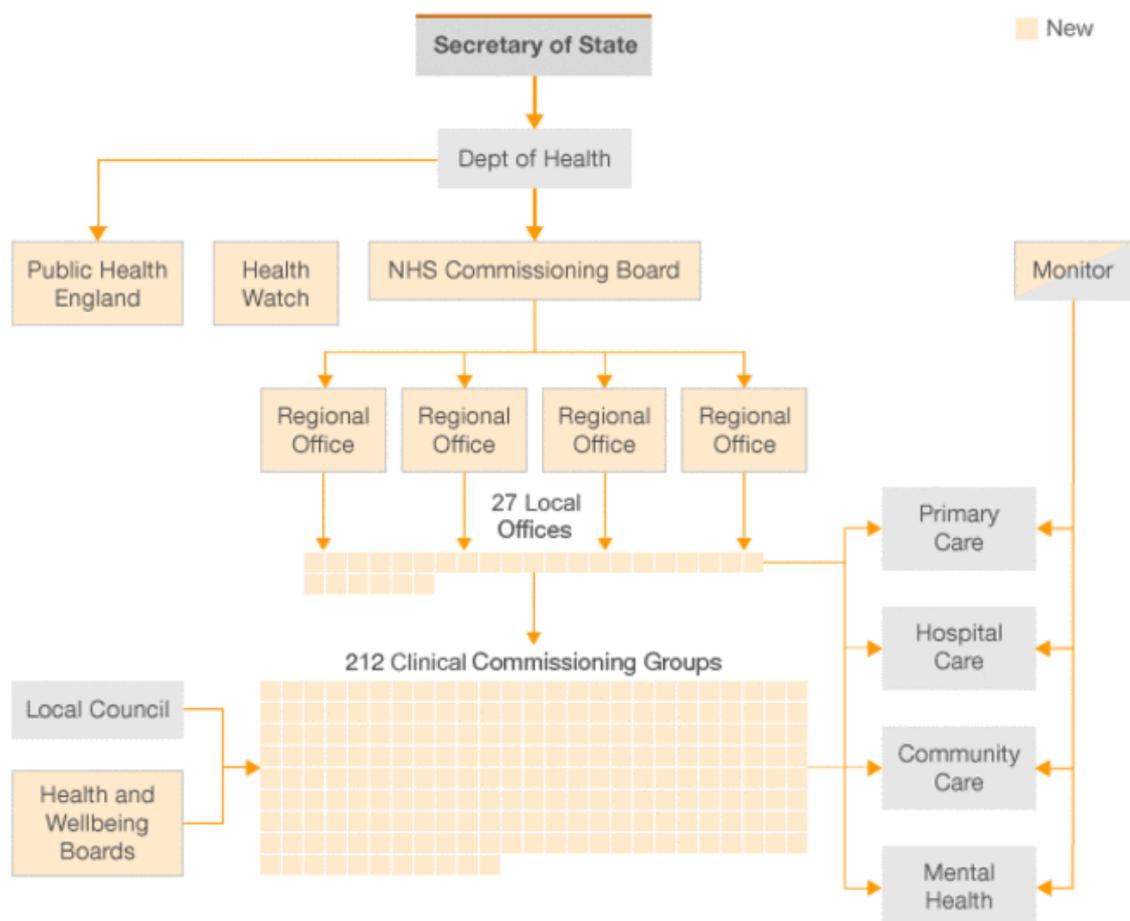
En el anterior sistema, el Departamento de Salud y luego pasa a las 10 autoridades sanitarias estratégicas y luego a los PCT que tienen que garantizaban su aplicación.

Bajo el nuevo sistema las comisiones (clinical commissioning board) se encargan de supervisar el Departamento de Salud del NHS. Las prioridades son entregadas a una comisión (NHS Commissioning Board), con sede en Leeds, pero con cuatro regionales y 50 oficinas locales en todo Inglaterra. Se controla una parte significativa del presupuesto total para que se pueda planificar y comprar servicios especializados y también garantizar que las CCG no se escedan en sus presupuestos.

Los ayuntamientos tienen ahora un más importante en la lucha contra los problemas de salud pública, como la obesidad, en su área, y las nuevas juntas de salud y bienestar le ayudarán a vincular este trabajo con el de las CCGs.

Un cuerpo nacional llamado Healthwatch, con grupos locales, se ha configurado para que los pacientes puedan expresar su opinión sobre el NHS.

Estructura general del nuevo NHS en Inglaterra



Hanefeld J, Horsfall D, Lunt N, Smith R (2013a) en *Medical Tourism: A Cost or Benefit to the NHS?* (NHS: National Health Service en Reino Unido) muestran los resultados de un examen de las entrada y salidas del turismo médico en el NHS del Reino Unido, mediante la estimación de volumen de turismo médico y los costos y beneficios asociados. Usan un método mixtos que incluye el análisis de la Encuesta Internacional de Pasajeros Reino Unido (IPS); entrevistas con 77 turistas médicos que regresan al Reino Unido, 63 legisladores, gestores del NHS y de responsables de políticas relacionados con la industria del turismo médico, y una revisión de la literatura publicada. Los tres tipos de tratamientos para los que los pacientes suelen viajar al

extranjero: un tratamiento de fertilidad, cirugía estética y bariátrica. Los resultados demuestran que, contrariamente a algunos medios de comunicación populares, lejos de ser un importador neto de los pacientes, el Reino Unido es ahora un exportador neto de viajeros médicos. En 2010, un estimado de 63 mil residentes del Reino Unido viajaron para recibir tratamiento, mientras que alrededor de 52.000 pacientes buscaron tratamiento en el Reino Unido. Los turistas médicos entrantes tratados como pacientes privados dentro de las instalaciones del NHS pueden ser especialmente rentable en comparación con los pacientes privados del Reino Unido, produciendo cerca de un cuarto de los ingresos de sólo el 7% del volumen de los datos examinados. Los costos surgen cuando los pacientes viajan al extranjero y regresan con complicaciones. El análisis también indica posibles ahorros en especial en la atención de salud en el futuro y los costes sociales evitados. El turismo médico del Reino Unido es un fenómeno creciente que presenta riesgos y oportunidades para el NHS. Para entender completamente sus implicaciones y orientar la política en cuestiones como las actividades globales del NHS y la seguridad del paciente será necesario invertir en la investigación y el monitoreo. Los resultados apuntan a la probable repercusión del turismo médico en otros sistemas de salud pública universales.

Los resultados confirman que un pequeño pero creciente número de pacientes del Reino Unido viajan al extranjero para recibir tratamiento médico. El viaje médico es complejo y no es un fenómeno uniforme. La mayoría de los pacientes del Reino Unido viajan dentro de Europa, pero un creciente número buscan tratamiento más lejos. Los pacientes están viajando específicamente a Polonia y Hungría, y cada vez más a la India y Este de Asia. Campañas de marketing específicas para cada país, y especialidades en

concreto parecen determinar los patrones de flujos de pacientes del Reino Unido que buscan atención en el extranjero.

En su análisis, los datos sugieren que el Reino Unido es ahora un exportador neto de los turistas médicos. Mientras que los turistas médicos entrantes pueden ser menos propensos a declarar tratamiento como objetivo principal de su visita a la Reino Unido los turistas salientes sí y los datos en el tiempo muestran claramente una mayor aceleración de las salidas de turistas médicos que las entradas. A pesar de las variaciones en el número de pacientes que acuden a diferentes hospitales y en los ingresos por paciente, el número de turistas médicos era comparativamente menor que el porcentaje de los ingresos generados por ellos (7% de los pacientes que genera cerca del 25% de los ingresos privados). Estas cifras sugieren que los residentes fuera del Reino Unido viajan al Reino Unido para recibir tratamiento médico buscando procedimientos costosos con especialistas de alto nivel, y puede generar importantes ingresos. Números pacientes adicionales para procedimientos especializados también pueden ayudar a los médicos del NHS con curvas de aprendizaje quirúrgicas. Los destinos cambiantes de los viajeros del Reino Unido y los diferentes orígenes de los que viajan al Reino Unido muestran que los viajes médicos son un fenómeno dinámico, que puede aumentar y cambiar rápidamente.

Residentes del Reino Unido que habían viajado al exterior experimentaron complicaciones después de su regreso. Mientras se calcularon los costos potenciales de éstos en el NHS, estas complicaciones también plantearon una cuestión ética. Actualmente no existe una orientación o la regulación sobre el riesgo o la seguridad de Residentes del Reino Unido que consideran viajar al extranjero para recibir tratamiento.

Este estudio plantea fortalezas y debilidades, si bien el estudio utilizó el conjunto disponible para medir el volumen del turismo médico en el Reino Unido con los datos más sólidos, la Encuesta de Pasajeros Internacional (IPS) tiene varios puntos débiles. El IPS sólo examina el 0,2% de los viajeros que entran y salen del Reino Unido. Además, las cifras de entrada en los turistas médicos no proporcionan información sobre si éstos acceden a tratamiento en el sector público o el privado. Las entrevistas con los turistas médicos sugirieron también que no todos pueden identificarse como viajar con fines médicos. Por otra parte, los costos calculados se basan en la literatura publicada a menudo sobre la base de muestras pequeñas.

Noree et al. (2014) en su artículo *"UK medical tourists in Thailand: they are not who you think they are"* estudian uno de los destinos en auge para turistas de salud del Reino Unido con el uso de la IPS. Como sabemos los viajes por el tratamiento médico es un aspecto de la globalización y de la salud que está comparativamente menos entendido. Poco se sabe sobre el volumen, característica y la motivación de los turistas médicos, lo que limita la comprensión de los efectos sobre los sistemas de salud y los pacientes. Tailandia es uno de una cantidad de países que se han encargado de posicionarse como destino de turismo médico. Noree et al (2014) examina en detalle sin precedentes volumen y las características de los turistas médicos que viajan desde el Reino Unido a Tailandia para el tratamiento.

Como parte de un estudio más amplio de turismo médico, los autores tuvieron acceso a más de 4.000 registros de pacientes de los cinco mayores hospitales privados en Tailandia. Estos incluyen información sobre el país de origen, sexo, edad, mes de la llegada, hospitalización, diagnóstico, procedimientos, duración de la estancia, los gastos médicos y el tipo de pago. Se analizaron los registros de pacientes para entender quién

viaja y los hallazgos fueron triangulados con datos de la Encuesta de Gran Bretaña Internacional de Pasajeros (IPS).

Como resultados obtuvieron que 104.830 turistas médicos visitaron estos hospitales en Tailandia en 2010. Mientras que los pacientes proceden de todo el mundo, los turistas médicos del Reino Unido representan el grupo más grande entre los europeos. Los turistas médicos mayoría del Reino Unido (60%) cuentan con procedimientos relativamente pequeños, electivos, que cuestan menos de USD 500. Una minoría significativa de pacientes viaja para procedimientos ortopédicos y cardiorácicos más graves. Los datos de registros individuales de pacientes procedentes de Tailandia muestran un mayor número de pacientes del Reino Unido que viajaron a Tailandia que el indicado por la IPS.

Ellos concluyen que Tailandia está atrayendo a un gran número de turistas médicos, incluyendo un mayor número de pacientes del Reino Unido que lo estimado previamente. Sin embargo, como muchos pacientes viajan para el tratamiento procedimientos comparativamente menor puede no ser su principal motivación para el viaje. La pequeña pero significativa proporción de residentes mayores del Reino Unido que viajan por procedimientos complejos pueden apuntar a retos dentro del NHS.

Los datos muestran alrededor de 4000 turistas médicos de Reino Unido visitaron los cinco mayores hospitales privados en Tailandia en 2010. Dos tercios de ellos son hombres y un tercio mujeres. Esto difiere de la evidencia disponible a través de la Oficina de la Encuesta Internacional de Pasajeros Nacional de Estadística (IPS). Según datos de IPS en 2010, a sólo 500 residentes del Reino Unido viajaron a Tailandia para recibir tratamiento médico. Los datos de la IPS también indican que la mayoría de los

turistas médicos del Reino Unido son mujeres y que en la última década el mayor porcentaje de los viajeros han estado en el grupo de edad de los jóvenes de 25 a 34 años. Comparando los datos de los hospitales con la Encuesta Internacional de Pasajeros destacan diferentes especificidades de los turistas que viajan a Tailandia (predominantemente varones y mayor número de turistas médicos de Reino Unido que viajan a Tailandia, mientras que en la IPS son predominantemente mujeres y en menor número).

La diferencia entre los datos de IPS, y los resultados de esta encuesta de los turistas médicos del Reino Unido en Tailandia son probablemente debido a las diferencias en la metodología utilizada. Sin embargo, pone de relieve los límites de la información en el Reino Unido los turistas médicos disponibles a través del IPS.

Este análisis muestra que la mayoría de los pacientes del Reino Unido viajan para procedimientos de bajo costo. El 60% de los costos de tratamiento de los pacientes están por debajo de USD 500, estos son probablemente más bajo que el costo de los viajes a Tailandia. Esta cifra apunta a una proporción significativa de las personas que pueden simplemente "agregar" cirugía a un día de fiesta, o como mínimo tienen un elemento sustancial de turismo de ocio como parte de su viaje médico. Se subraya el carácter estacional del turismo médico con la mayoría de los pacientes que viajan entre noviembre y marzo, cuando el clima puede ser un factor importante en la decisión de los pacientes para viajar a Tailandia. El bajo coste de los procedimientos cosméticos es probable que sea una motivación significativa. La cantidad relativamente pequeña de recursos empleados en el tratamiento médico se diferencia de los resultados de las encuestas llevadas a cabo en Europa, donde los costes del tratamiento promedio eran mucho más altos.

Como conclusión, casi 4.000 turistas médicos del Reino Unido visitan Tailandia para el tratamiento anualmente. Si bien los procedimientos más populares son electivos, los pacientes británicos que viajan por procedimientos, como la ortopedia y cardiotorácica, para las que serían tratables bajo el NHS. Los formuladores de políticas en el Reino Unido deben considerar cuidadosamente cómo llegar a diferentes grupos de pacientes cuando se piensa en las salvaguardias para los pacientes británicos que viajan, incluso en términos de información adecuada sobre la calidad y el riesgo. La información proporcionada por este análisis también pone de relieve que debe recibir prioridad en términos de ser transparentes con la información. Aunque es evidente que un gran número de pacientes simplemente viaja por pequeños procedimientos y por la cirugía estética particular, un pequeño número de pacientes mayores viajan por cirugía ortopédica más compleja. Esta evidencia proporciona un punto de entrada para proporcionar información sobre la seguridad y el riesgo para los ciudadanos del Reino Unido. El número de pacientes que viajan a Tailandia para procedimientos cosméticos subrayan la importancia de incluir un enfoque en los turistas médicos en las consideraciones actuales de la regulación de la publicidad para la cirugía estética en el Reino Unido. Este estudio empírico se suma a la pequeña pero creciente evidencia que sugiere que los turistas médicos y el turismo médico puede ser un fenómeno menos unificado que el que se presentaba previamente en la literatura.

Por último, establecidas los proveedores dentro de un destino de turismo médico en datos a gran escala, Tailandia indica las limitaciones de la evidencia actual sobre el volumen del turismo médico de Reino Unido disponible a través del IPS. Se necesitan mejores datos para entender completamente los viajes médicos del Reino Unido y su probable impacto en los pacientes y el NHS. Por tanto, los hallazgos sugieren que los

datos actuales pueden subestimar el número de pasajeros del Reino Unido que recorren el extranjero para acceder a un tratamiento médico.

Redes y decisión del turismo médico

Hanefeld, J., et al. (2014) en *Why do medical tourists travel to where they do? The role of networks in determining medical travel*, apuntan a que el turismo médico, incluyendo la motivación del paciente, va en aumento. Los estudios existentes se han centrado en la identificación de factores de empuje y atracción a través de diferentes tipos de tratamiento, por ejemplo cosmética o cirugía bariátrica, o en grupos, como los pacientes que regresan del exilio al "hogar" para el tratamiento. Menos atención se ha prestado sobre el por qué las personas viajan a lugares o proveedores específicos y sobre cómo se toma esta decisión. Su estudio se centra en el papel de las redes, que se define como vínculos formal e informal entre los proveedores individuales, los pacientes y los facilitadores para explicar por qué y dónde viajan los pacientes. Las conclusiones se basan en un proyecto de investigación que examinó los efectos del turismo médico en el NHS del Reino Unido. La investigación incluyó entrevistas en profundidad con 77 turistas médicos que regresaban y más de sesenta gestores, facilitadores de viajes médicos, médicos y proveedores de turismo médico en los países receptores para entender la industria del turismo médico. Las entrevistas se realizaron entre 2011 y 2012, grabadas y transcritas, o documentadas a través de la toma de notas. Autores llevaron a cabo un análisis temático de las entrevistas para identificar las vías de tratamiento por los pacientes, y los vínculos profesionales entre los médicos y los facilitadores para comprender la elección de destino de tratamiento. Los resultados ponen de manifiesto que a través de una amplia muestra de pacientes viajando para una variedad de tratamientos: dental, estética y cirugía bariátrica, a través de la atención

especializada, el papel de las redes es fundamental para entender la elección del tratamiento, el proveedor y destino. Si bien la distancia, los costos, la experiencia y disponibilidad de tratamiento todos eran factores que influyen en la decisión de los pacientes para viajar, la elección del destino y proveedor fue en gran parte el resultado de las redes informales, incluyendo foros web, recomendaciones personales y grupos de apoyo. Cuando los pacientes fueron informados por los médicos o facilitadores del Reino Unido estos siguieron las redes informales. En conclusión, esta investigación del viaje médico a través del enfoque en las redes de los pacientes y los proveedores abre nueva concepción del turismo médico, la profundización de la comprensión de los patrones de los viajes mediante la combinación de investigación de la industria con la motivación del paciente.

Los resultados de esta investigación indican claramente que las motivaciones para el tratamiento de los turistas médicos son complejas y múltiples. En el caso de los pacientes británicos entrevistados para esta investigación, esta decisión en muchos casos consistió en varios pasos. En primer lugar, fue la decisión de buscar tratamiento en privado, fuera del sistema público de salud (NHS). En segundo lugar, fue la decisión de viajar para recibir tratamiento. El foco del análisis en esta segunda parte es la decisión de viajar al extranjero para recibir tratamiento. A través de los diferentes tipos de tratamiento aquí la motivación no se basa en un factor específico. Más bien, la decisión de viajar para el tratamiento está basada en varios criterios diferentes, y estos a su vez varían en función de decisiones individuales, sin embargo surgieron factores específicos como por ejemplo la habilidad o pericia, más importante en un grupo de pacientes, en este caso bariátrica.

Tabla 9. Vías para la elección de proveedor por tipo de tratamiento

Pathway for provider choice by treatment type.

MT type	Motivation	Choice of destination and providers
Bariatric	Expertise.	Online and in person support groups, Facilitators who have been patients, personal networks, clinicians networks.
Fertility Dental	Availability and waiting times. Expertise, availability, to combine within holiday, cost.	Online and in person support groups, Facilitators who have been patients, clinicians networks. Personal networks.
Cosmetic Diaspora (cutting across treatment types listed here)	Cost, to combine with holiday. Cultural, expertise, cost.	Online and in person support groups, Facilitators who have been patients, clinicians networks. Personal networks.

Fuente: Hanefeld, J., et al. (2014)

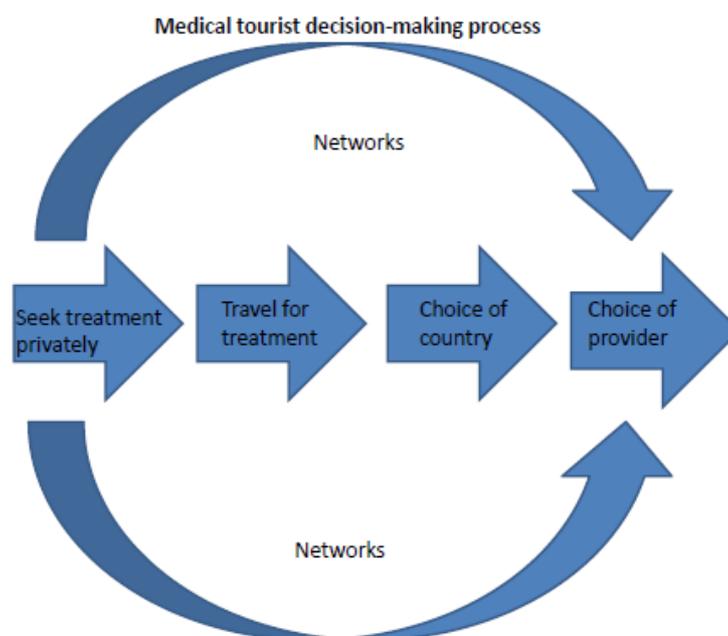
Por otra parte, lo que los hallazgos encontrados por estos autores demuestran es la diferente motivación del paciente que a su vez determina el lugar de información acerca de donde viajan. En ausencia de otra orientación clara disponibles, se determina la elección del proveedor a través de las redes, ya sean redes personales, grupos de apoyo o vínculos entre proveedor y paciente, como facilitadores. Una vez más, estos parecen a seguir un patrón correspondiente según el tipo de tratamiento (y por lo tanto estructura de la industria). Hay una gama de diferentes redes que emergen como importantes para la elección de los pacientes a los proveedores y éstos varían según el tratamiento. Estas redes ponen de relieve la importancia de las relaciones de turismo médico y si bien estos son explotados comercialmente por algunos, en el caso de los facilitadores o redes clínicas, la naturaleza informal de muchos de estos medios no son una empresa puramente comercial. Apuntan a la medida en la que el turismo médico es incrustado en experiencias compartidas que ayudan a los pacientes a conectar con proveedores. Los mercados están mediados por redes y facilitadores.

La importancia de las redes de información y recomendación sobre proveedores específicos destaca la importancia de "suavidad" versus "dureza" de la información a los pacientes y se hace eco de la importancia dada a los testimonios de los pacientes que

observan en una revisión de los sitios web los proveedores de turismo médico (Horsfall et al., 2013).

Los resultados de su análisis destacan que la decisión de que un turista médico que busca tratamiento se puede descomponer en una de cuatro proceso de pasos, (1) la decisión de buscar tratamiento en privado 2) la decisión de viajar al extranjero 3) elección del país de destino 4) elección de proveedor a través de redes (gráfico 21). La motivación de viajar para recibir tratamiento es compleja y las razones son múltiples. A pesar de ser una decisión individual, los factores considerados habitualmente por los pacientes son evidentes. Estos incluyen la experiencia, disponibilidad, costo, razones culturales y el deseo de ir de vacaciones. La importancia relativa de cada uno de estos factores varía según el tipo de tratamiento.

Gráfico 21. Proceso de decisión en el turismo médico



Fuente: Hanefeld, J., et al. (2014)

Los factores que motivan a los pacientes a viajar para recibir tratamiento son fundamentales para la comprensión de la selección de destino para el tratamiento. A su vez los diferentes factores de motivación luego determinan cómo los pacientes a eligen su proveedor o clínica específica. Dentro de estas redes informales, incluyendo los lazos existentes entre las familias y amigos, grupos de apoyo, las redes entre las clínicas y ex pacientes y redes entre los proveedores en el Reino Unido y en el extranjero (todos los resultantes de las conexiones informales) juegan un papel importante. Curiosamente, mientras que estas redes aparecen reconocidas y aprovechadas por algunos sectores de la industria del turismo médico, cirugía estética y bariátrica ante todo, siguen siendo poco exploradas por otros, como la odontología.

La centralidad de personal, y de redes de pacientes y proveedores, para explicar el turismo médico surgió como un hallazgo incidental desde la investigación destinada a comprender el turismo médico Reino Unido de una manera integral. Los resultados presentados ponen de relieve su importancia para la comprensión de la industria del turismo médico, donde las estimaciones e investigaciones fiables ha demostrado ser un desafío (Lunt, N. et al., 2013).

3. DATOS

Los datos utilizados son los de la IPS, encuesta dirigida por la Oficina Nacional de Estadística (ONS) del Reino Unido. Entre sus objetivos principales está la producción de estimaciones relativas a los viajes y turismo internacional.

Los datos relativos a viajes y turismo internacional son de dos tipos:

1. Base de datos agregados denominados “TravelPac”, la cual permite a los usuarios replicar trimestralmente estimaciones contenidas en las publicaciones de la ONS

2. Bases de datos desagregados, que contienen una selección de importantes variables que permiten a los usuarios analizar con más detalle los patrones de comportamiento de los viajes internacionales. Esta última a su vez se divide en: Qcontact, QRegTown, AirMiles y Alcohol.

Nosotros utilizaremos la Qcontact que produce estimaciones anuales de aproximadamente 250.000 personas y contiene las variables clave para identificar el perfil del turista de salud que es el objeto de nuestro estudio.

4. MÉTODO

Con el uso de Stata hemos conseguido elaborar una serie de datos que engloba los años desde 2000 a 2014. Algunos ajustes han sido necesarios, como unir los trimestres en los que estaban separados los años de 2000 a 2006, 2009 y 2012, para crear una única base de datos por año. Posteriormente y tras unificar las variables que cambiaban en los distintos años y crear otras variables nuevas, tal cual se detalla en el apartado anterior, se han unido todos los años creando una base de datos global de los años 2000 a 2014 y es con esta con la que hemos trabajado.

Con posterioridad y para facilitar el trabajo y manejo de datos hemos creado seleccionado sólo los datos que representan al sector objeto de nuestro estudio, es decir, hemos acotado la muestra a las personas cuyo propósito principal de visita es el tratamiento médico (variable purp=55).

Según la IPS el propósito codificado con el número 55 hace referencia a: residentes extranjeros que se marchan del Reino Unido y a residentes del Reino Unido que vuelven desde el extranjero. El tratamiento médico debe referirse a la parte demandada.

○ Incluye:

- Consulta médica, tener un chequeo, recibir tratamiento (incluso si por alguna razón el tratamiento se ha cancelado).

- Cuidado dental

○ No incluye:

- Si el demandado sólo ha recibido atención no médica en una ciudad, por ejemplo Spa, sólo beber el agua, bañarse en un resort spa en Europa. Escribir notas de cualquier modo donde el demandado dice que el propósito principal fue el tratamiento médico.

- Si el demandado es acompañante o trae a alguien a tener un tratamiento médico y el propósito médico para viajar no es propio.

- Si el demandado sólo ha recibido atención no médica, por ejemplo, en una granja de la salud o la ciudad balneario.

Finalmente tras quedarnos con esta información, trabajamos con una muestra de 2.492 observaciones, que a efectos poblacionales representan a 1.832.516 individuos.

Las entradas están referidas a las personas que llegan al Reino Unido en busca de tratamiento médico, y las salidas, son las realizadas por los residentes en el Reino Unido al resto del mundo en busca de tratamiento médico.

	TAMAÑO MUESTRAL	TAMAÑO POBLACIONAL
	2.492 observaciones	1.832.516 observaciones
Medical Treatment (purp=55)	1.606 entradas	1.099.518 entradas
	886 salidas	732.998 salidas
Medical Treatment (purp=55)	2.152 observaciones	1.534.004 observaciones
(eliminando las Islas del Canal y de Man)	1.266 entradas	801.006 entradas
	886 salidas	732.998 salidas

A la vista de los datos, la eliminación en la muestra de las Islas de Canal e Isla de Man, ha afectado exclusivamente al volumen de entradas.

Mediante la combinación de las variables presentadas, podemos mostrar un perfil del turista de salud que entra y sale del Reino Unido para el periodo 2000-2014.

Comparado con otras muestras referidas a otros propósitos de visita, el tamaño que manejamos es pequeño, aunque son los únicos datos de los que disponemos para realizar nuestro estudio.

	TAMAÑO MUESTRAL	TAMAÑO POBLACIONAL
Holiday (purp=1)	1.280.653 observaciones	1.135.634.518 observaciones
Business (purp=3)	432.462 observaciones	330.725.009 observaciones
Visit Family & Friends (purp= 61+62)	463.623 observaciones	404.336.453 observaciones

5. RESULTADOS

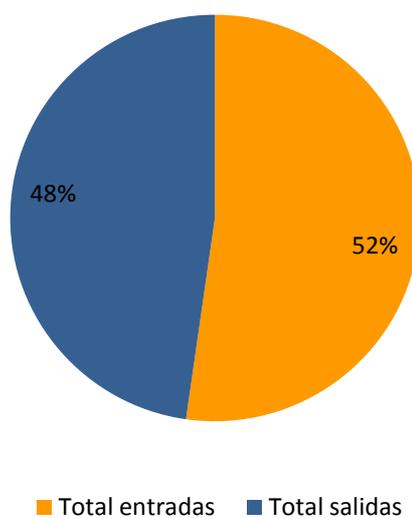
Gracias a la elaboración de nuestra base de datos y al uso de las tablas de datos y gráficos en Excel, conseguiremos el **objetivo principal** de este estudio que es conocer el perfil del turista médico, analizando sus características sociodemográficas y

económicas. Para ello iremos desarrollando cada uno de los objetivos específicos, planteados.

Como avance al análisis de los datos, se muestra este gráfico para ver, en términos generales, cómo se distribuyen las entradas y salidas de turistas de salud en el Reino Unido durante la serie analizada, en la que se observa una distribución 52%-48% de las entradas frente a las salidas:

Gráfico 1. Porcentaje de salidas y entradas de turistas de salud

Porcentaje de salidas y entradas de turistas de salud



5.1. OBJETIVO 1: CONOCER EL VOLUMEN DE TURISTAS QUE HAN SALIDO Y ENTRADO AL REINO UNIDO DURANTE LOS AÑOS 2000 A 2014 PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO

Tabla 1. Evolución de las entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU por años

Años	Entradas	Salidas
2000	34.452	13.228
2001	46.533	22.897
2002	44.538	19.130
2003	35.274	32.148
2004	49.438	24.913
2005	50.419	59.280
2006	66.453	76.775
2007	67.093	71.255
2008	62.671	52.508
2009	51.094	53.809
2010	51.575	63.132
2011	58.378	63.605
2012	63.897	67.367
2013	62.867	64.761
2014	56.322	48.190

Gráfico 2. Gráfico de líneas. Evolución de las entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU por años

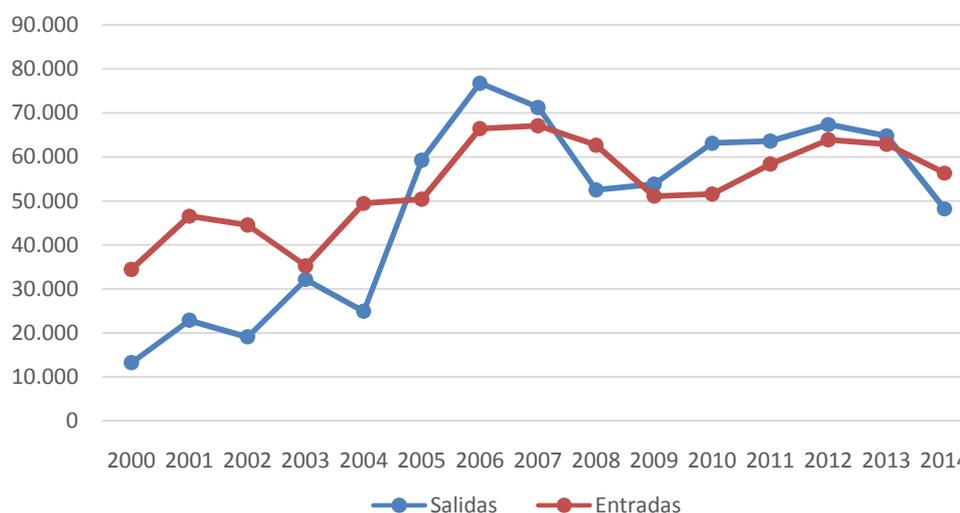
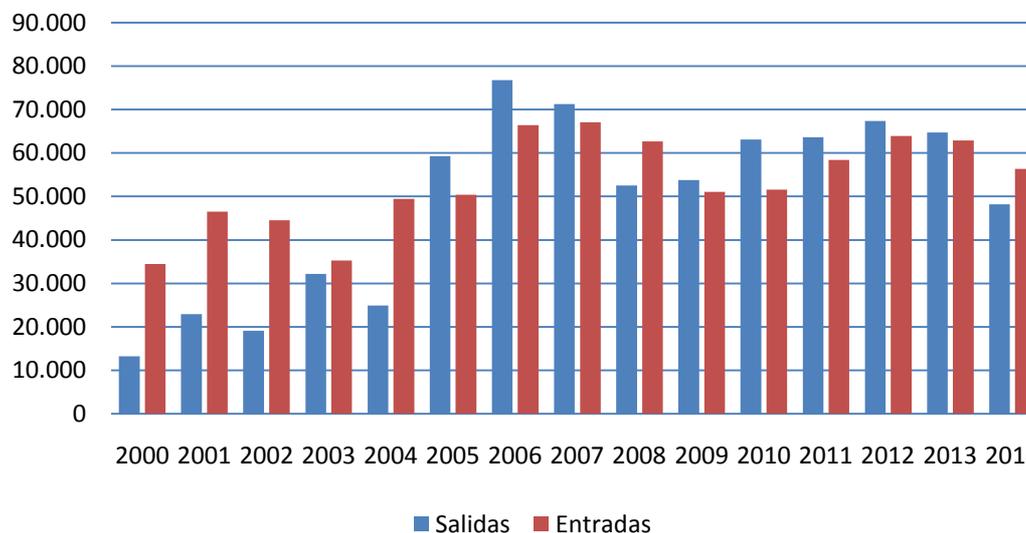


Gráfico 3. Gráfico de barras. Evolución de las entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU por años



El volumen total de desplazamientos efectuados en la serie asciende a 1.534.004. Estos gráficos nos muestran el volumen total de salidas y entradas a lo largo de la serie 2000-2014. Para el conjunto de los años las salidas asciende a 732.998 y las entradas a

801.006, por tanto podemos ver como hay más entradas de turistas en busca de tratamientos de salud en el Reino Unido que salidas en términos globales. Si nos fijamos año a año las entradas superan a las salidas en los años 2000 a 2004, 2008 y 2014; las salidas superan a las entradas en los años restantes 2005 a 2007 y 2009 a 2013. El pico más alto en las entradas lo encontramos en 2007 con 67.093 y el más bajo en el 2000 con 34.452. En las salidas, el año con mayor número fue el 2006 con 76.775 y el menor el 2000 con 13.228. Destacar que tanto las salidas como las entradas para 2014 han sufrido un gran descenso, pasando las entradas de 62.867 a 56322 y las salidas de 64.761 a 48.190, dejando un volumen de desplazamientos totales que ha pasado de 127.628 en 2013 a 104.512 en 2014.

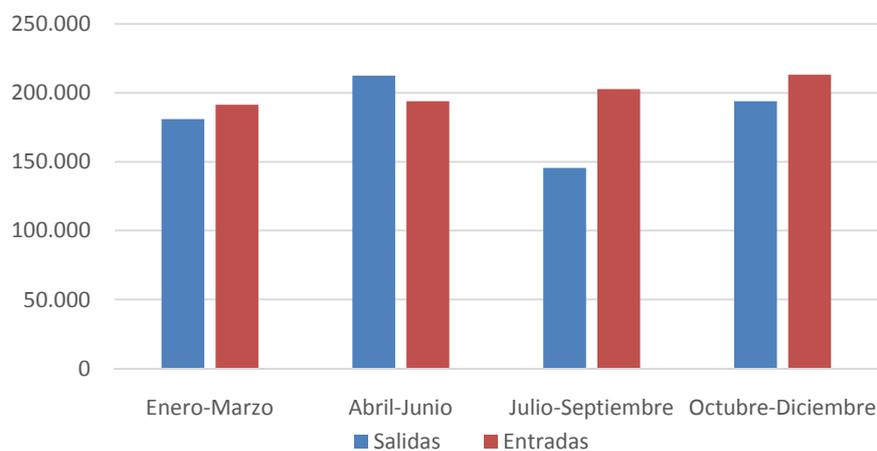
Si analizamos los datos trimestralmente, nos encontramos la siguiente imagen:

Tabla 2. Evolución de las entradas y salidas de clientes de turismo de salud en UK por trimestres

Trimestres	Entradas	Salidas
Enero-Marzo	191.325	180.849
Abril-Junio	193.888	212.558
Julio-Septiembre	202.744	145.588
Octubre-Diciembre	213.049	194.003

Gráfico 4. Evolución de las entradas y salidas de clientes de turismo de salud en UK

por trimestres



El último trimestre del año es el que mayor número de desplazamientos ha tenido con 407.052 y el menor el tercero con 349.172. Las mayores entradas son en el último trimestre del año y las salidas en el segundo trimestre del año. Las entradas han sido superiores en todos los trimestres salvo en el segundo trimestre que las salidas han sido mayores, 212.558 frente a 193.888.

El mejor trimestre para las entradas ha sido de octubre a diciembre y el peor de enero a marzo. Para las salidas el mejor fue el de abril a junio y el peor de enero a marzo.

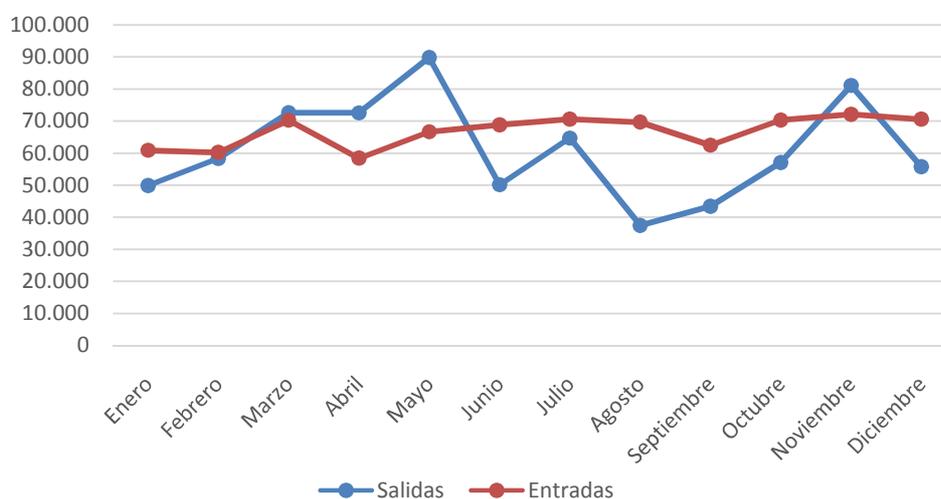
Si estos mismos datos los analizamos por meses:

Tabla 3. Evolución de las entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU por meses

Meses	Entradas	Salidas
Enero	60.869	49.913
Febrero	60.212	58.346
Marzo	70.244	72.589
Abril	58.402	72.570

Mayo	66.647	89.854
Junio	68.839	50.134
Julio	70.592	64.703
Agosto	69.692	37.435
Septiembre	62.459	43.450
Octubre	70.327	57.078
Noviembre	72.134	81.131
Diciembre	70.587	55.794

Gráfico 5. Evolución de las entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU por meses



En términos generales, las entradas se mantienen estables a lo largo de todos los meses. Las salidas han evolucionado de forma cambiante, destacando los picos más alto en mayo con 89.854 y noviembre con 81.131. Las bajadas más importantes se producen en el mes de agosto con 37.435 y septiembre con 43.450.

5.2. OBJETIVO 2: ANALIZAR EL TIPO DE TURISTA QUE HA SALIDO Y ENTRADO AL REINO UNIDO POR EDAD, SEXO, NACIONALIDAD DURANTE LOS AÑOS 2000 A 2014 CON EL OBJETIVO DE RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO

Por sexo:

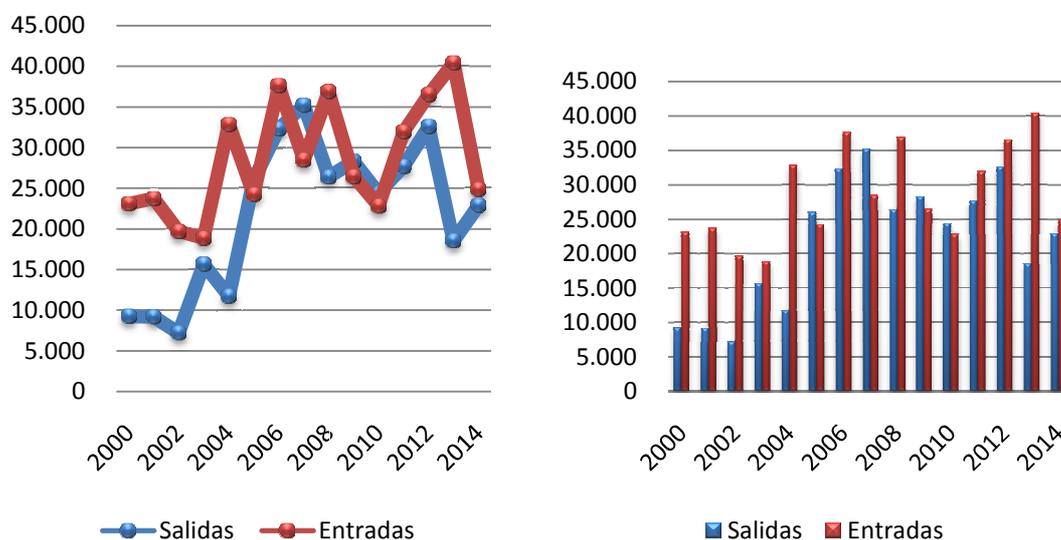
Hombres

Tabla 4. Evolución de las entradas y salidas de clientes de turismo de salud hombres en RU por años

Años	Entradas	Salidas
2000	23.066	9.246
2001	23.701	9.192
2002	19.667	7.213
2003	18.844	15.662
2004	32.832	11.715
2005	24.218	26.000
2006	37.607	32.309
2007	28.444	35.183
2008	36.853	26.386
2009	26.427	28.286
2010	22.801	24.382
2011	31.913	27.689
2012	36.499	32.564
2013	40.379	18.528
2014	24.831	22.886

Gráfico 6. Evolución de las entradas y salidas de clientes de turismo de salud hombres

en UK por años



En los hombres, el volumen total de entradas asciende a 428.080 y las salidas a 327.240.

Las mayores entradas las encontramos para los años 2013 con 40.379, 2006 con 37.607 y 2008 con 36.853 y las menores son en los años 2000 con 23.066, 2002 con 19.667 y 2003 con 18.844. Las mayores salidas las encontramos en 2006 con 32.309, 2007 con 35.183 y 2012 con 32.564 y las menores salidas son en 2000 con 9.246, 2001 con 9.192 y 2002 con 7.213. **Por tanto, entran más hombres a Reino Unido que los que salen.**

Mujeres

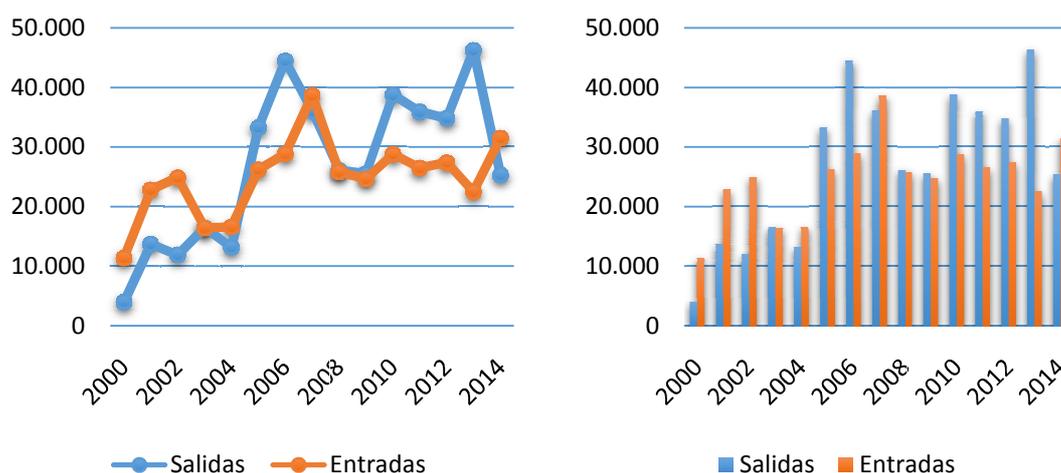
Tabla 5. Evolución de las entradas y salidas de clientes de turismo de salud mujeres en

UK por años

Años	Entradas	Salidas
2000	11.386	3.983
2001	22.832	13.705
2002	24.871	11.917
2003	16.430	16.486
2004	16.606	13.198

2005	26.201	33.281
2006	28.846	44.466
2007	38.649	36.072
2008	25.819	26.122
2009	24.667	25.523
2010	28.774	38.750
2011	26.466	35.916
2012	27.398	34.804
2013	22.488	46.233
2014	31.492	25.304

Gráfico 7. Evolución de las entradas y salidas de clientes de turismo de salud mujeres en RU por años



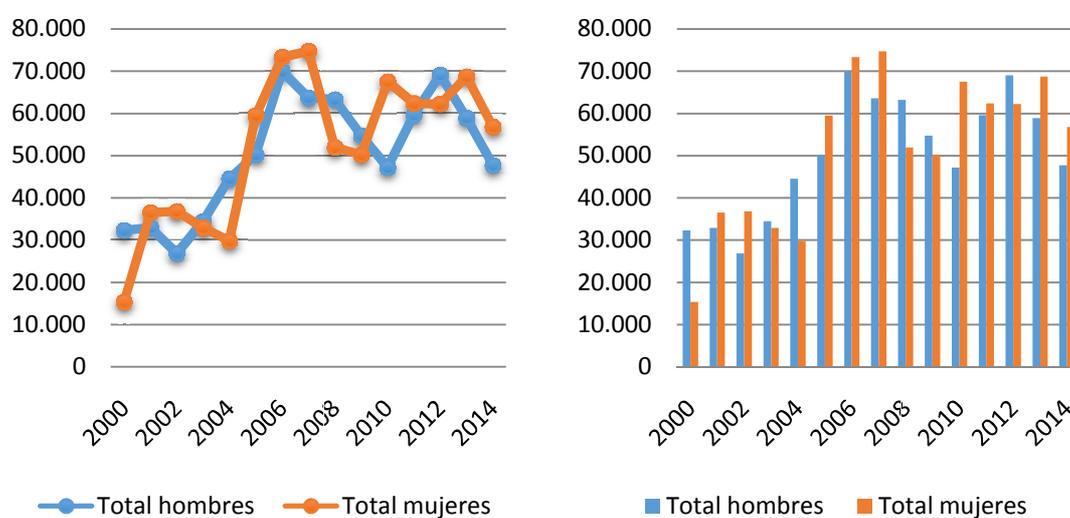
En el caso de las mujeres, el año con mayor número de desplazamientos es el 2007 con un total de 74.722 desplazamientos. El total de salidas asciende a 405.759 y el total de entradas a 372.926, **al contrario que en los hombres, las salidas son superiores a las entradas**. Los años de mayores entradas son 2007 con 38.649, 2010 con 28.774 y 2014 con 31.492; los de menores son 2000 con 11.386, 2003 con 16.430 y 2004 con 16.606. Las mayores salidas las encontramos 2006 con 44.466, 2010 con 38.750 y 2013 con 46.233.

Comparativa por sexo de los desplazamientos

Tabla 6. Comparativa por sexo de las entradas y salidas totales de turismo de salud en RU por años ¿Quiénes están dispuestos a moverse más, hombres o mujeres?

Años	Total hombres	Total mujeres
2000	32.312	15.369
2001	32.892	36.538
2002	26.880	36.788
2003	34.506	32.916
2004	44.547	29.804
2005	50.218	59.482
2006	69.916	73.312
2007	63.627	74.722
2008	63.239	51.940
2009	54.712	50.190
2010	47.183	67.524
2011	59.602	62.382
2012	69.063	62.202
2013	58.907	68.722
2014	47.716	56.796

Gráfico 8. Comparativa por sexo de las entradas y salidas totales de turismo de salud en RU por años ¿Quiénes están dispuestos a moverse más, hombres o mujeres?



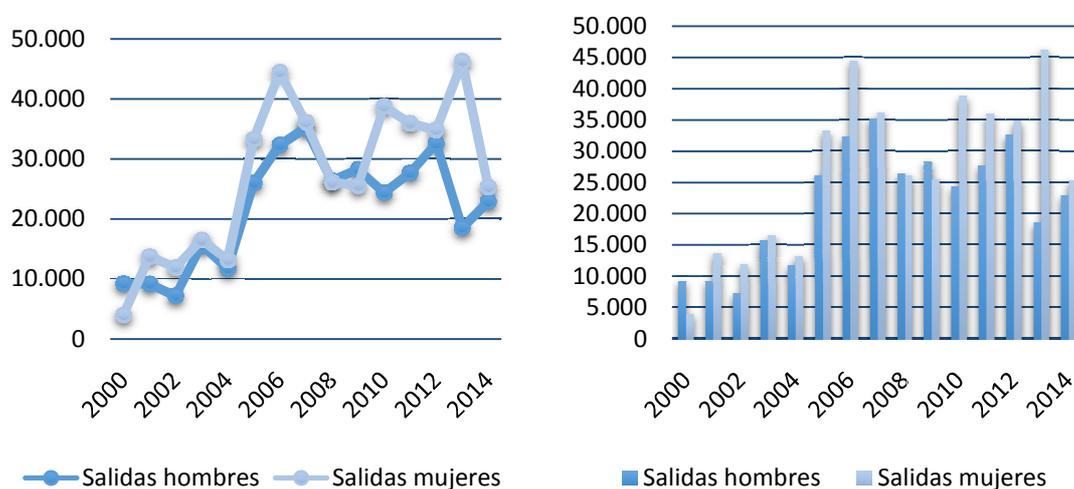
Comparativamente, si miramos en términos globales el volumen total de desplazamientos, nos encontramos que las mujeres registran 779.525 desplazamientos frente a los 755.319 de los hombres. **Por lo que, para la serie 2000-2013, podemos afirmar que las mujeres están más dispuestas a desplazarse en busca de un tratamiento médico que los hombres**, a pesar de que hay algunos años, 2000, 2003, 2004, 2008 y 2009 en el que los desplazamientos masculinos superan a los femeninos.

Comparativa de las salidas por sexo

Tabla 7. Comparativa por sexo de las salidas de turismo de salud en RU por años ¿Quiénes están dispuestos a salir más al extranjero para buscar tratamientos de salud, hombres o mujeres?

Años	Salidas hombres	Salidas mujeres
2000	9.246	3.983
2001	9.192	13.705
2002	7.213	11.917
2003	15.662	16.486
2004	11.715	13.198
2005	26.000	33.281
2006	32.309	44.466
2007	35.183	36.072
2008	26.386	26.122
2009	28.286	25.523
2010	24.382	38.750
2011	27.689	35.916
2012	32.564	34.804
2013	18.528	46.233
2014	22.886	25.304

Gráfico 9. Comparativa por sexo de las salidas de turismo de salud en UK por años
¿Quiénes están dispuestos a salir más al extranjero para buscar tratamientos de salud, hombres o mujeres?



Las salidas de los hombres han ascendido a 327.240, frente a las 405.759 de las mujeres. Destacar el punto más alto en las salidas de mujeres y también de la serie en el 2013 con 46.233. **Podemos afirmar que para el periodo 2000-2014 las mujeres han estado más dispuestas a salir para buscar tratamiento médico que los hombres.** Aunque en los años 2000, 2008 y 2009 los registros de salidas de hombres fueron superiores de las mujeres.

Comparativa de las entradas por sexo

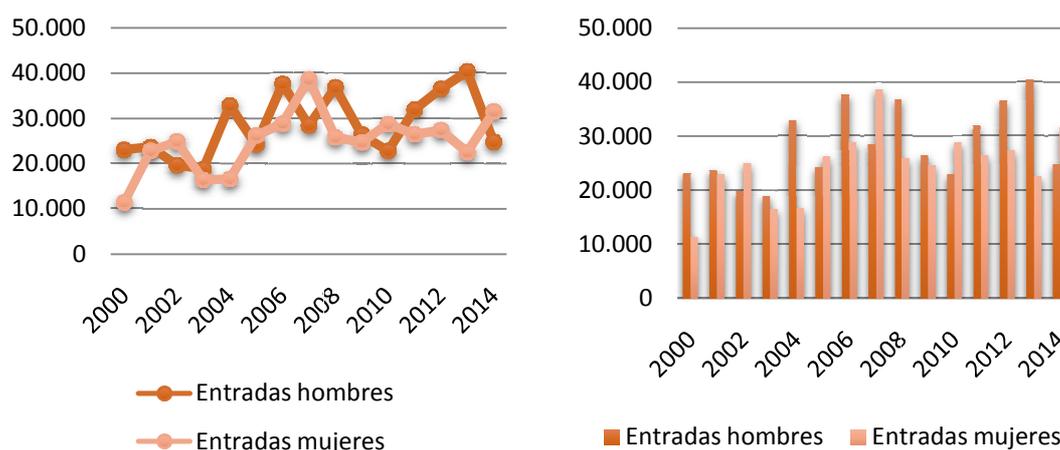
Tabla 8. Comparativa por sexo de las entradas de turistas de salud en UK por años
¿Quiénes visitan más RU en busca de tratamientos de salud, hombres o mujeres?

Años	Entradas hombres	Entradas mujeres
2000	23.066	11.386
2001	23.701	22.832
2002	19.667	24.871
2003	18.844	16.430
2004	32.832	16.606

2005	24.218	26.201
2006	37.607	28.846
2007	28.444	38.649
2008	36.853	25.819
2009	26.427	24.667
2010	22.801	28.774
2011	31.913	26.466
2012	36.499	27.398
2013	40.379	22.488
2014	24.831	31.492

Gráfico 10. Comparativa por sexo de las entradas de turistas de salud en UK por años

¿Quiénes visitan más UK en busca de tratamientos de salud, hombres o mujeres?



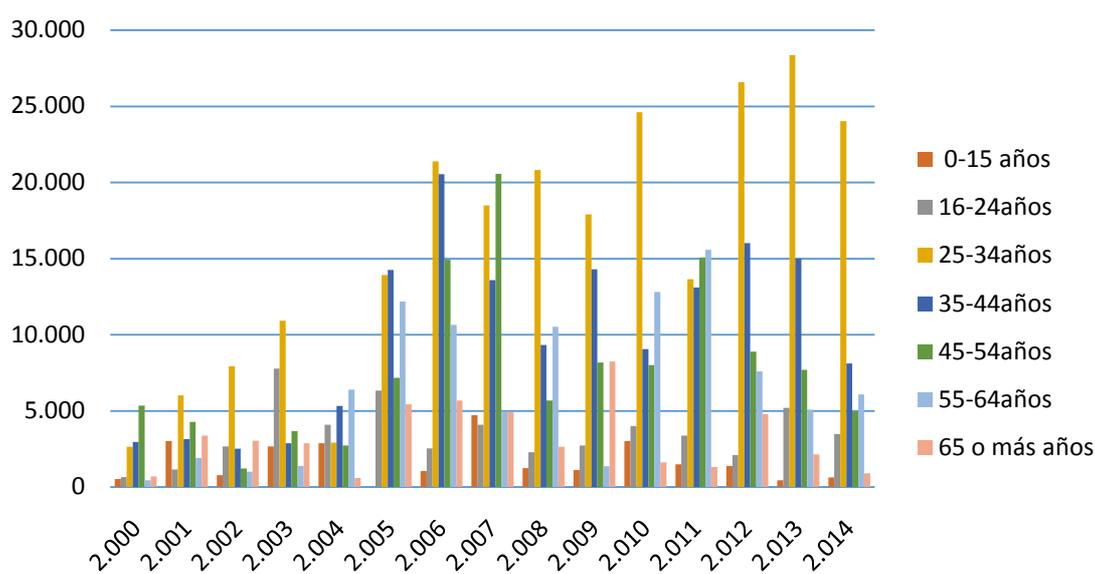
Las entradas de los hombres superan a las de las mujeres, estas son de 428.080 frente a 372.926. Teniendo su punto máximo y también el de la serie en 2013 con 40.379 entradas de hombres al Reino Unido. **Podemos afirmar que, para el periodo 2000-2014, los hombres han visitado más el Reino Unido para buscar tratamiento médico que las mujeres.** A pesar de que en 2002, 2005, 2007, 2010 y 2014 los registros de entradas de las mujeres hayan sido superiores a los de los hombres.

Por edad:

Salidas

Tabla 9 . Evolución de las salidas de clientes de turismo de salud en RU por grupos de edad

Años	0-15 años	16-24años	25-34años	35-44años	45-54años	55-64años	65 o más años
2.000	526	649	2.636	2.947	5.337	435	699
2.001	3.028	1.154	6.022	3.136	4.281	1.900	3.377
2.002	771	2.652	7.932	2.522	1.224	997	3.032
2.003	2.663	7.785	10.926	2.863	3.669	1.377	2.864
2.004	2.873	4.098	2.914	5.326	2.717	6.402	583
2.005	0	6.325	13.917	14.258	7.163	12.179	5.438
2.006	1.054	2.539	21.384	20.538	14.916	10.656	5.688
2.007	4.707	4.090	18.492	13.587	20.563	4.907	4.909
2.008	1.227	2.280	20.807	9.327	5.687	10.534	2.645
2.009	1.101	2.724	17.902	14.303	8.170	1.371	8.239
2.010	3.026	3.996	24.623	9.048	8.013	12.815	1.612
2.011	1.482	3.369	13.652	13.113	15.083	15.587	1.321
2.012	1.394	2.097	26.589	16.012	8.886	7.596	4.793
2.013	440	5.202	28.357	15.001	7.699	5.066	2.137
2.014	620	3.471	24.030	8.114	4.975	6.074	907

Gráfico 11 . Evolución de las salidas de clientes de turismo de salud en UK por grupos de edad

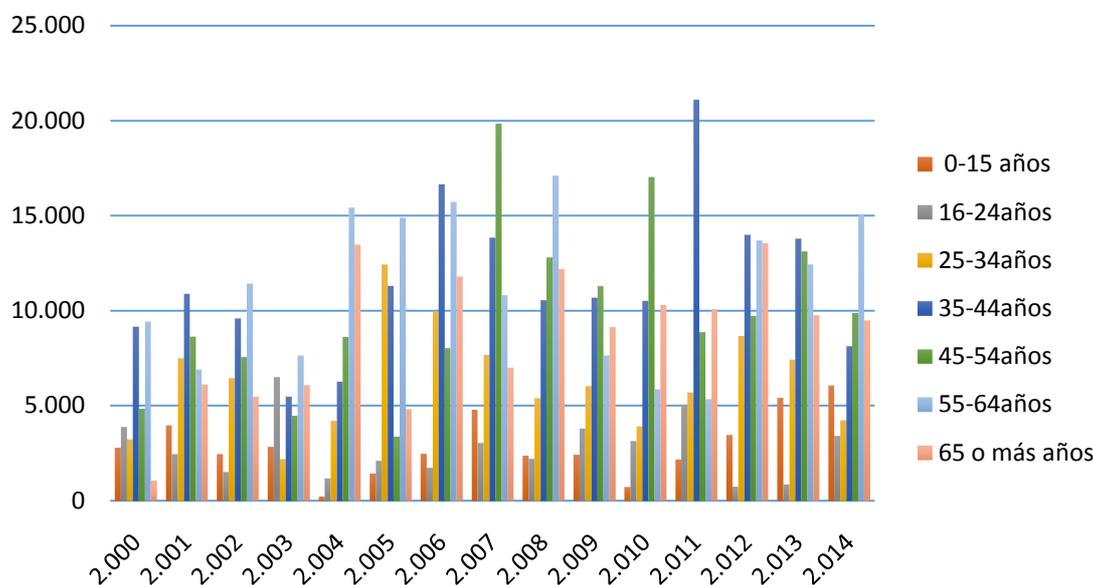
Si nos fijamos en los grupos de edad, en términos generales a lo largo de toda la serie, los grupos con más movimiento han sido los de: 25 a 34 años con 240.181; 35 a 44 años con 150.092 y el de 45 a 54 años con 118.383. **Registrando el mayor número de salidas el situado entre los 25 y 34 años con un valor de 240.181 salidas.** Los máximos de la serie los encontramos para el grupo de edad de 25 a 34 años en los años 2012 con 26.589, 2013 con 28.357 y 2014 con 24.030. Los mínimos de la serie son en 2005 con 0 registros en el grupo de edad de 0-15 años, 2000 con 435 para el grupo de 55 a 64 años y 2013 con 440 para el grupo de edad de 0-15 años.

Entradas

Tabla 10. Evolución de las entradas de clientes de turismo de salud en RU por grupos de edad

Años	0-15 años	16-24años	25-34años	35-44años	45-54años	55-64años	65 o más años
2.000	2.803	3.894	3.232	9.168	4.854	9.427	1.074
2.001	3.978	2.459	7.500	10.901	8.647	6.920	6.129
2.002	2.461	1.527	6.459	9.609	7.568	11.429	5.485
2.003	2.854	6.520	2.190	5.495	4.476	7.647	6.092
2.004	227	1.180	4.210	6.281	8.629	15.423	13.488
2.005	1.446	2.108	12.439	11.312	3.384	14.892	4.838
2.006	2.489	1.741	9.973	16.664	8.033	15.741	11.811
2.007	4.806	3.045	7.686	13.851	19.858	10.837	7.011
2.008	2.375	2.206	5.405	10.560	12.811	17.111	12.203
2.009	2.430	3.812	6.049	10.696	11.303	7.647	9.157
2.010	738	3.145	3.920	10.531	17.050	5.876	10.314
2.011	2.170	5.069	5.703	21.109	8.886	5.352	10.089
2.012	3.469	747	8.671	14.006	9.734	13.704	13.565
2.013	5.412	862	7.435	13.805	13.129	12.445	9.779
2.014	6.068	3.418	4.241	8.145	9.891	15.052	9.507

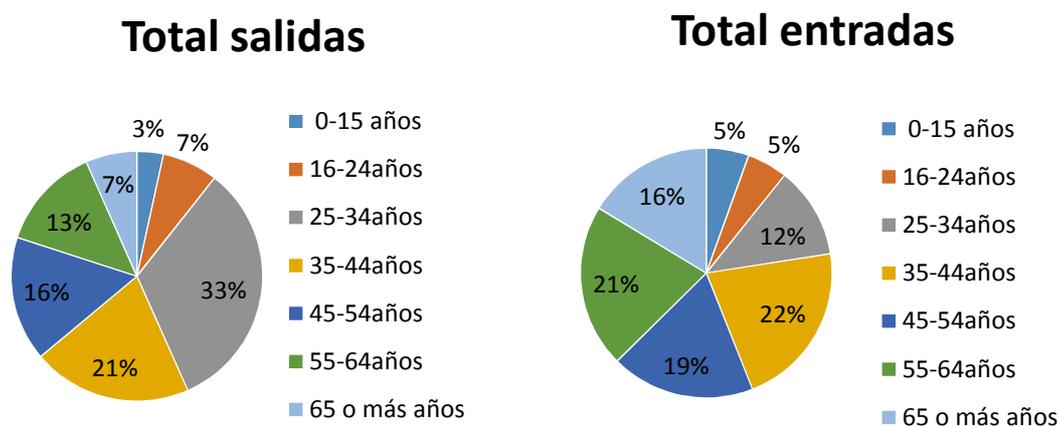
Gráfico 12. Evolución de las entradas de clientes de turismo de salud en RU por grupos de edad



El grupo que mayores entradas ha tenido durante la serie ha sido el de 35 a 44 años con 172.132. El punto máximo de la serie es también para este grupo de edad en el 2011 con 21.109 entradas. Otros máximos de la serie son en 2007 con 19.858 para el grupo de edad de 45 a 54 años y 2008 con 17.111 para el grupo de 55 a 64 años. Los valores mínimos se registraron para el tramo de edad de 0 a 15 años en el año 2004 con 227 registros, 2010 para el mismo tramo con 738 y 2012 con 747 para el tramo edad de 16 a 24 años.

En términos globales:**Tabla 11.** Entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU por grupos de edad acumuladas de 2000-20013

Años	0-15 años	16-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	65 o más años
Total entradas	43.727	41.735	95.113	172.132	148.253	169.503	130.543
Total salidas	24.911	52.433	240.181	150.092	118.383	97.896	48.242
Total desplazamientos	68.638	94.168	335.294	322.224	266.636	267.399	178.785

Gráfico 13. Entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU por grupos de edad acumulados de 2000-20013

El grupo que mayor número de desplazamientos ha tenido a lo largo de la serie ha sido el de 25 a 34 años con 335.294, representando un 22% de los desplazamientos totales. Por edades, vemos como el comportamiento de las salidas, por orden de mayor a menor número, en primer lugar el grupo con mayores salidas es el de 25 a 34 años, representando un 33% del total de las salidas; seguido por los del grupos de 35 a 44 años con un 21% y 45 a 54 años con un 16% cada uno; en cuarto lugar se encuentra el grupo de 55 a 64 años con un 13%. Para las entradas el comportamiento es diferente, en

primer lugar el mayor número de entradas se produce en el grupo de 35 a 44 años con un 22%, seguido muy de cerca por el grupo de 55 a 64 años con un 21%, en tercer lugar el grupo de 45 a 54 años con un 19% y en cuarto lugar el grupo de 65 o más años con un 16%.

Por tanto el grupo que más dispuesto está a desplazarse por motivos de salud es el de 25 a 34 años seguido del de 34 a 44 años y el que menos, probablemente por las propias razones e impedimentos de la edad, es el de 0 a 15 años y el de 16 a 24 años.

Por nacionalidad:

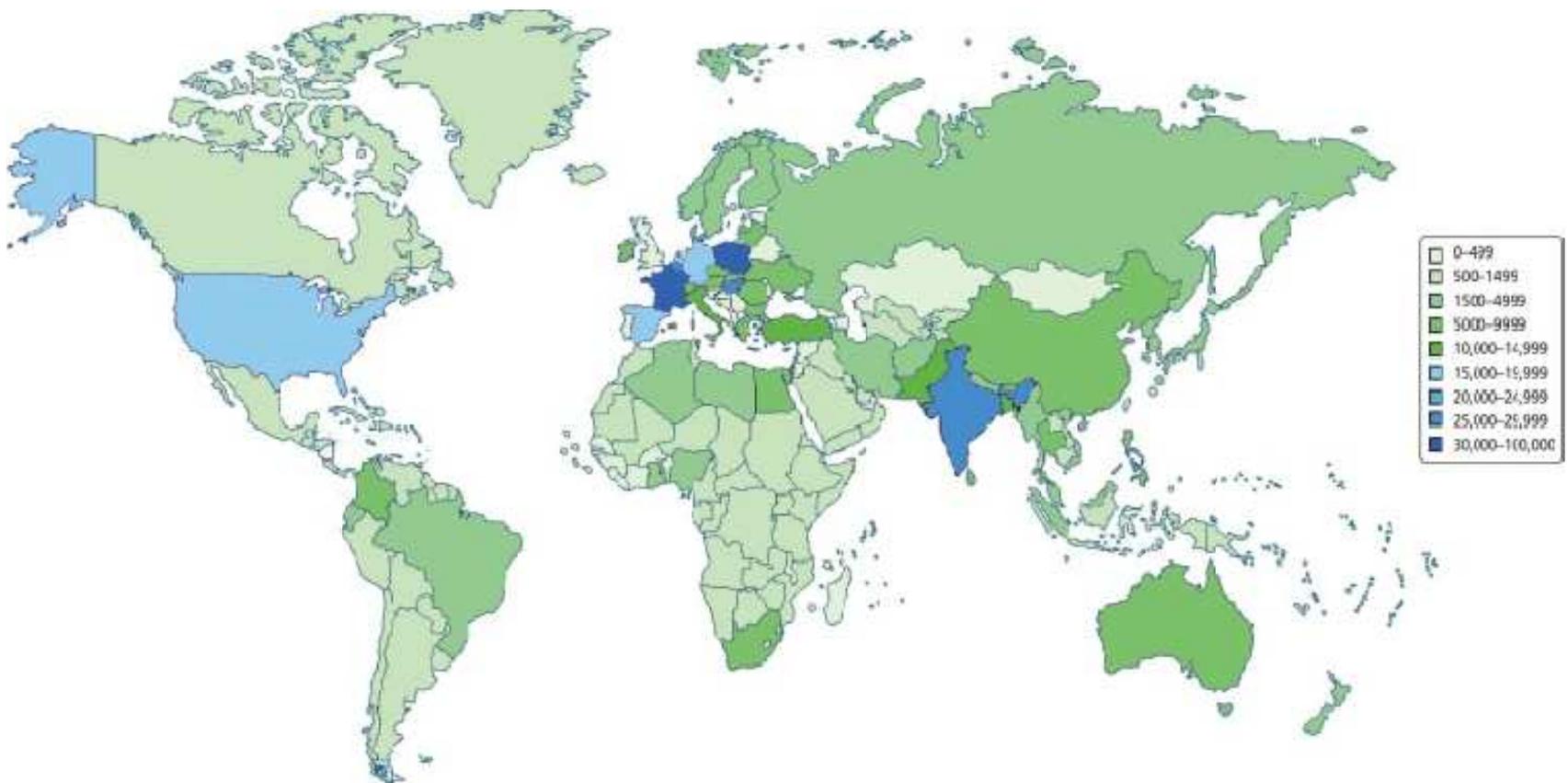
Para estudiar la nacionalidad, tomaremos de referencia el estudio publicado por Lunt N, Smith RD, Mannion R, et al (2014) en el que estudian la evolución de los movimientos de personas en busca de tratamiento sanitario y su procedencia y destino para la serie temporal 2000-2010. Y continuaremos el estudio para la serie 2011-2014, para ver los últimos cambios producidos.

Salidas:

Periodo 2000-2010

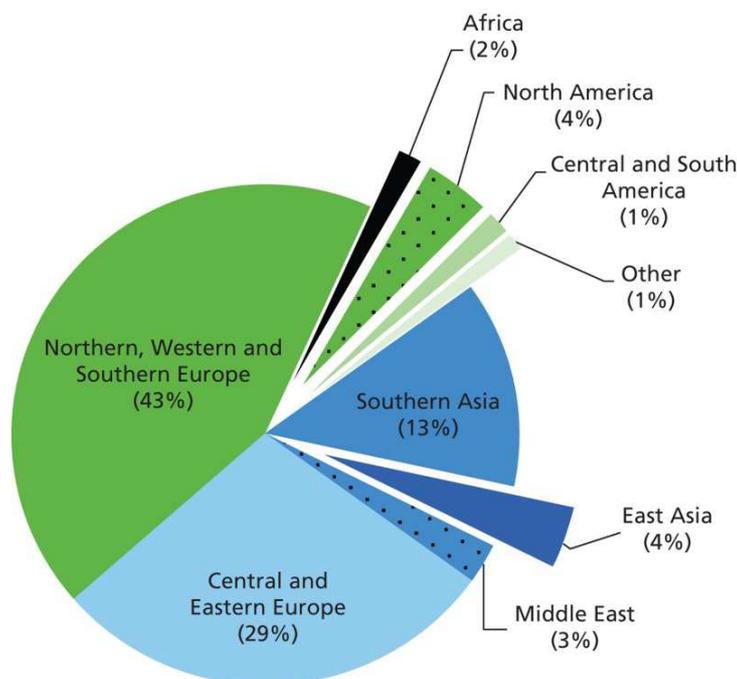
Gráfico 14. Mapa que representa el número total de salidas de viajeros médicos del Reino Unido y sus destinos durante el período

2000-2010



Fuente: Lunt et al (2014) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK263180/figure/fig3/?report=objectonly>

Gráfico 15. Gráfico de sectores que muestra el total de viajes médicos al extranjero de los residentes del Reino Unido por región de destino durante el periodo 2000-10



Fuente: Lunt et al (2014). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK263180/figure/fig2/?report=objectonly>

Para los residentes del Reino Unido que viajan al extranjero para recibir tratamiento médico, el Norte, Oeste y Sur de Europa son las regiones más comunes de destino, como se desprende del mapa y del gráfico de sectores. Francia es el país que más visitas ha tenido durante la década. Europa central y oriental están en segundo lugar como los destinos más populares. Un alto número de viajeros visitan Polonia, el segundo destino turístico más popular en la década, y el más popular en los últimos años, con aproximadamente 11.000 y 13.500 viajeros en 2009 y 2010 respectivamente. También Hungría desde 2006 indica una popularidad en los viajes médicos.

El Sur de Asia (principalmente India) atrae a un gran número de pacientes del Reino Unido, por lo que es la región no europea más visitada. Los datos más recientes

muestran el patrón relativamente estable de los viajes a la India, Pakistán y (en números mucho más bajos) Sri Lanka y Bangladesh. Los viajes médicos a Asia Oriental muestran un patrón diferente al de Asia del Sur. No se registraron viajeros médicos del Reino Unido para el Este de Asia por el IPS hasta el 2003, cuando 1.500 personas viajaron desde el Reino Unido al Este de Asia. En 2010, 4000 personas hicieron el mismo viaje, lo que representa un incremento del 171%. Para el año 2010, el 15% de todos los viajeros médicos del Reino Unido fueron a Asia Oriental. América del Norte, Oriente Medio, África y Centro y Sur de América representan un pequeño porcentaje de los que realizan viajes médicos.

Francia, Polonia e India son los destinos más populares para los turistas médicos del Reino Unido. Francia se mantiene relativamente estable, la India demuestra un aumento gradual y Polonia ha experimentando un rápido aumento a partir de 2007. El caso francés puede explicarse como una opción histórica y geográfica, por su proximidad al Reino Unido además de una familiaridad de los turistas británicos con Francia. Del mismo modo, Bélgica y España se encuentran entre los 10 mejores destinos en todo el decenio (quinto y octavo, respectivamente), tal vez por razones similares.

Polonia ha demostrado el aumento más grande en popularidad y en 2009 fue el destino más visitado por los viajeros médicos del Reino Unido. Esto puede reflejar el hecho de que el Reino Unido es el hogar de una gran población de personas con lazos históricos y familiares a Polonia, una población que ha florecido considerablemente durante la segunda mitad de la década pasada. Aunque esto es probable que sea, la proximidad y accesibilidad de la Europa Central y del Este y la aparición de una reputación para el cuidado cosmético de alta calidad también son sin duda factores. Hungría, con una reputación como líder en el cuidado dental, es, al igual que Polonia, de fácil acceso por

las compañías aéreas de bajo coste que operan en el Reino Unido y es el cuarto destino más visitado por los viajeros del Reino Unido. Del mismo modo, la República Checa es el 12º destino más visitado y, como Hungría y Polonia, ha desarrollado una reputación para determinados tipos de tratamiento y está bien comunicado por aerolíneas de bajo coste. India ha demostrado ser un destino popular y cada vez más visitado durante el período de tiempo analizado, que, al igual que Polonia, podría reflejar el hecho de que el Reino Unido tiene una población grande, con lazos históricos con la India y que el viaje a esta región se ha convertido en mucho más accesible en años recientes. Del mismo modo, Pakistán fue el décimo destino más popular para los viajeros de medicina del Reino Unido, una vez más, posiblemente, un reflejo de una gran población de personas en el Reino Unido con lazos históricos con Pakistán.

Salidas para la serie 2011-2014:

Tabla 12. Número total de salidas y destinos para recibir tratamiento médico de los residentes en RU para la serie 2011-2014

Países	2011	2012	2013	2014	Total salidas
Polonia	10.923	14.554	12.113	13.888	51.479
India	7.284	4.028	3.572	4.075	18.960
Francia	4.157	5.644	3.462	4.515	17.778
Lituania	2.388	5.911	4.094	2.027	14.420
Alemania	3.446	4.572	701	3.992	12.711
Hungría	5.972	2.386	1.211	2.381	11.949
Sudáfrica	0	917	8.696	0	9.612
Bélgica	2.146	4.905	1.628	810	9.488
Irlanda	5.754	2.763	860	0	9.378
Turquía	1.294	323	4.086	3.567	9.270
España	3.841	1.830	1.561	935	8.167
Eslovaquia	1.005	3.417	2.628	561	7.611
Rumania	302	1.601	2.446	2.545	6.893
Republica Checa	604	506	5.268	0	6.378
Italia	774	3.556	0	0	4.330
Bulgaria	575	506	1.068	2.064	4.213

Portugal	759	0	1.105	1.574	3.438
Países Bajos	666	768	1.262	0	2.696
Pakistán	943	1.745	0	0	2.689
Suiza	1.426	0	961	0	2.387
Letonia	556	896	895	0	2.347
Grecia	615	1.409	0	0	2.024
Dinamarca	0	896	0	1.077	1.973
EE.UU.	1.598	328	0	0	1.927
Corea del Sur Rep	752	0	1.101	0	1.854
Líbano	0	0	322	1.507	1.829
Suecia	1.014	0	481	0	1.495
Sri Lanka	641	819	0	0	1.460
Japón	0	0	1.264	0	1.264
Malta	1.220	0	0	0	1.220
Ucrania	0	506	653	0	1.159
Malasia	0	658	0	440	1.099
Austria	664	323	0	0	987
Irak	0	963	0	0	963
Ghana	0	0	937	0	937
Túnez	0	0	753	0	753
Estados Emrts Árabe	0	637	0	0	637
Australia	0	0	594	0	594
Hong Kong	574	0	0	0	574
México	0	0	574	0	574
China / Tíbet	0	0	0	550	550
Argelia	0	0	0	534	534
Israel	503	0	0	0	503
Colombia	498	0	0	0	498
Egipto	0	0	464	0	464
Marruecos	0	0	0	440	440
Filipinas	0	0	0	383	383
Azerbaiyán	0	0	0	323	323
Irán	310	0	0	0	310
Serbia	302	0	0	0	302
Canadá	99	0	0	0	99

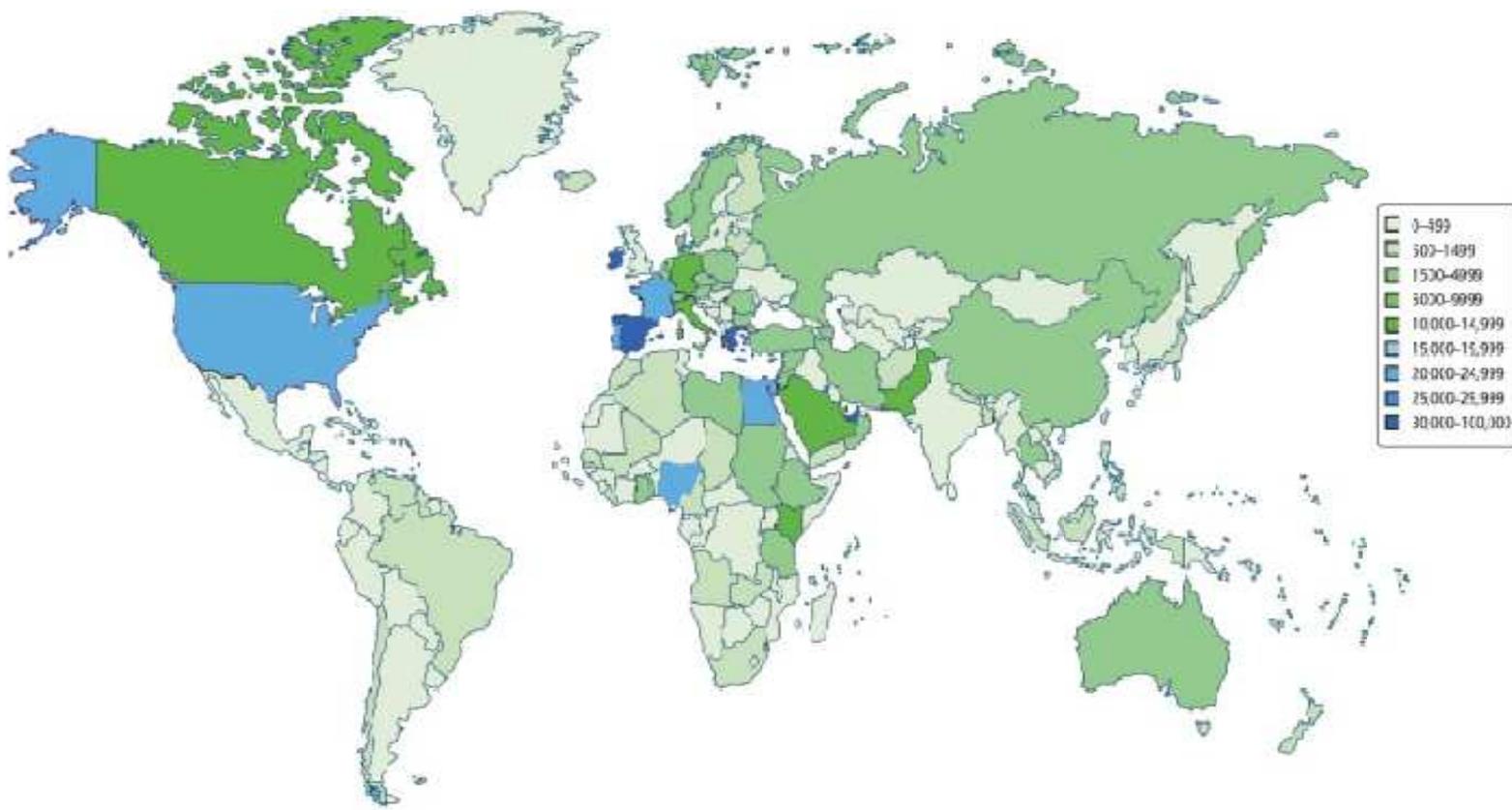
El volumen total de salidas para la serie analizada fue de 243.924. Para los años 2011 a 2014 los destinos principales son similares que para la serie 2000-2010, aunque ahora se sitúa en primer lugar Polonia con 51.479 visitas, en segundo lugar India con 18.960

visitas, en tercer lugar Francia con 17.778 visitas y en cuarto lugar Lituania con 14.420 visitas.

Entradas:

Periodo 2000-2010

Gráfico 16. Mapa que representa el número total de viajeros médicos en el Reino Unido y sus países de origen durante el período 2000-2010



Fuente: Lunt et al (2014). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK263180/figure/fig4/?report=objectonly>

El mayor número de viajeros médicos entrantes son de Europa del Norte, Occidental y Meridional. En cuanto a los distintos países, el mayor número de pacientes que viajan al Reino Unido para recibir tratamiento son de Irlanda y España, y estos dos países también muestran una tendencia creciente de pacientes que vienen al Reino Unido. El número de griegos y chipriotas que viajan al Reino Unido para acceder al tratamiento aumentó rápidamente en 2009 y 2010. Este aumento puede ser el resultado de la crisis económica, que a su vez ha provocado severos recortes del sector público, incluyendo en la salud. Un número significativo de pacientes también viajan desde países de Oriente Medio (específicamente de los Emiratos Árabes y Kuwait Unidas, aunque el número de visitantes se redujo drásticamente en 2008 y 2009 respectivamente). A pesar de algunas variaciones en los últimos años, un flujo estable de entrada de viajeros médicos de Nigeria es también evidente en la última década.

Entradas 2011-2014:

Tabla 13. Número total de entradas y países de origen de los turistas médicos que visitan RU para la serie 2011-2014

Países	2011	2012	2013	2014	Total entradas
Francia	4.991	7.097	5.009	7.532	24.630
Irlanda	7.909	6.201	6.009	2.651	22.770
España	4.180	7.738	3.771	4.080	19.768
Kuwait	4.173	1.375	3.247	5.833	14.628
Estados Emrts Árabe	909	3.610	3.151	2.699	10.368
Alemania	2.412	5.517	679	1.468	10.077
Italia	1.243	0	3.182	4.718	9.143
Chipre	3.486	2.423	0	2.890	8.799
Portugal	2.761	2.033	3.190	0	7.984
Malta	1.415	3.066	452	1.518	6.452
Suiza	0	0	4.346	1.052	5.399
Polonia	0	2.158	2.264	949	5.371

Bélgica	2.811	1.093	1.382	0	5.286
Gibraltar	1.651	1.009	946	1.426	5.033
Nigeria	947	3.236	410	0	4.593
Grecia	361	1.214	1.753	1.069	4.397
Egipto	481	363	633	2.155	3.632
Katar	236	1.645	797	504	3.181
Suecia	0	2.093	987	0	3.081
Rumania	627	339	2.021	0	2.986
Países Bajos	559	1.539	0	584	2.682
Sudán	426	258	0	1.866	2.550
Noruega	622	1.923	0	0	2.545
Arabia Saudita	1,617.332	435	0	404	2.456
EE.UU.	624	259	596	901	2.380
Jordania	0	0	830	1.423	2.252
Rusia	1.413	0	758	0	2.171
Finlandia	0	0	0	2.037	2.037
Kenia	1.480	0	0	415.911	1.895
India	1,065,201	798	0	0	1.863
Bahrein	0	452	1.323	0	1.775
Dinamarca	1.189	0	0	494	1.683
Luxemburgo	0	0	0	1.669	1.669
Bulgaria	608	0	629	432	1.669
Australia	1.223	0	400	0	1.623
Canadá	632	0	749	0	1.381
Barbados	1.051	302	0	0	1.353
Libia	0	478	428	443	1.348
Irak	0	0	1.060	267	1.327
Tailandia	682	0	0	637	1.319
Marruecos	0	0	1.282	0	1.282
Mónaco	0	0	1.256	0	1.256
Gambia	0	0	1.073	0	1.073
Hungría	0	1.043	0	0	1.043
Fiji	0	0	1.037	0	1.037
Austria	0	0	0	1.019	1.019
Santa Lucía	0	1.008	0	0	1.008
Yemen	352	327	296	0	974
Irán	340	0	623	0	963
Hong Kong	564	264	0	0	829
Pakistán	0	0	367	448	815
Omán	805	0	0	0	805
Uganda	418	0	365	0	783
Afganistán	0	734	0	0	734
Montenegro	0	684	0	0	684
Croacia	0	0	671	0	671
Nueva Zelanda	648	0	0	0	648

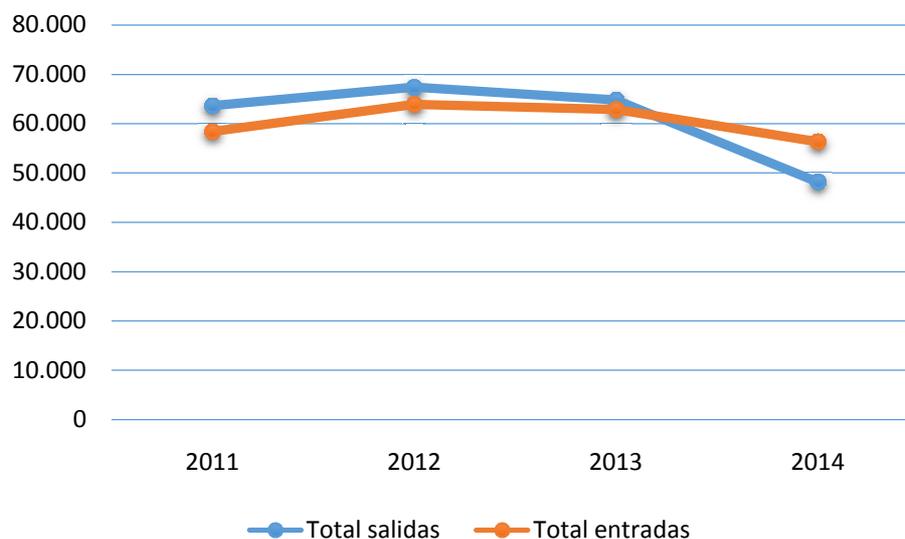
Granada	645	0	0	0	645
Ucrania	607	0	0	0	607
Singapur	0	0	0	595	595
Kazajstán	0	0	567	0	567
Papúa Nueva Guinea	0	0	0	557	557
Liberia	0	0	552	0	552
Túnez	0	0	551	0	551
Ghana	0	0	550	0	550
Kosovo	0	0	545	0	545
Bahamas	0	0	527	0	527
Mauricio	0	0	523	0	523
Serbia	0	0	0	514	514
Sierra Leona	0	492	0	0	492
Brunei	0	0	0	423	423
Argelia	0	0	410	0	410
Sri Lanka	0	400	0	0	400
Sudáfrica	0	0	381	0	381
Japón	0	0	0	347	347
China / Tíbet	0	0	0	302	302
Colombia	0	292	0	0	292
República Dominicana	0	0	290	0	290
Turquía	214	0	0	0	214

El volumen total de entradas para la serie analizada fue de 241.465. Los orígenes que más han visitado el Reino Unido por motivos médicos en el periodo 2011-2014 han sido, siguiendo con la tendencia de la serie analizada por Lunt, en primer lugar Francia con 24.630 entradas, en segundo lugar Irlanda con 22.770 entradas, en tercer lugar España con 19.768 entradas y en cuarto lugar Kuwait con 14.628 entradas.

Entradas y salidas de la serie 2011-2014:

Tabla 14. Evolución de entradas y salidas para la serie 2011-2014

	2011	2012	2013	2014
Total salidas	63.605	67.367	64.761	48.190
Total entradas	58.378	63.897	62.867	56.322
Total desplazamientos	123.995	133.276	129.641	106.526

Gráfico 17. Evolución de entradas y salidas para la serie 2011-2014

Se observa un ligero aumento de las entradas y salidas de 2011 a 2012, pero a partir de ahí empieza a descender suavemente en 2013 para acentuarse más el descenso en 2014.

5.3. OBJETIVO 3: EXAMINAR LA FORMA EN LA QUE SE REALIZA EL TURISMO DE SALUD DURANTE 2000 A 2014. ES DECIR, LA DURACIÓN DE LA ESTANCIA, SI ES UN VIAJE INDIVIDUAL O EN GRUPO

Duración de la estancia:

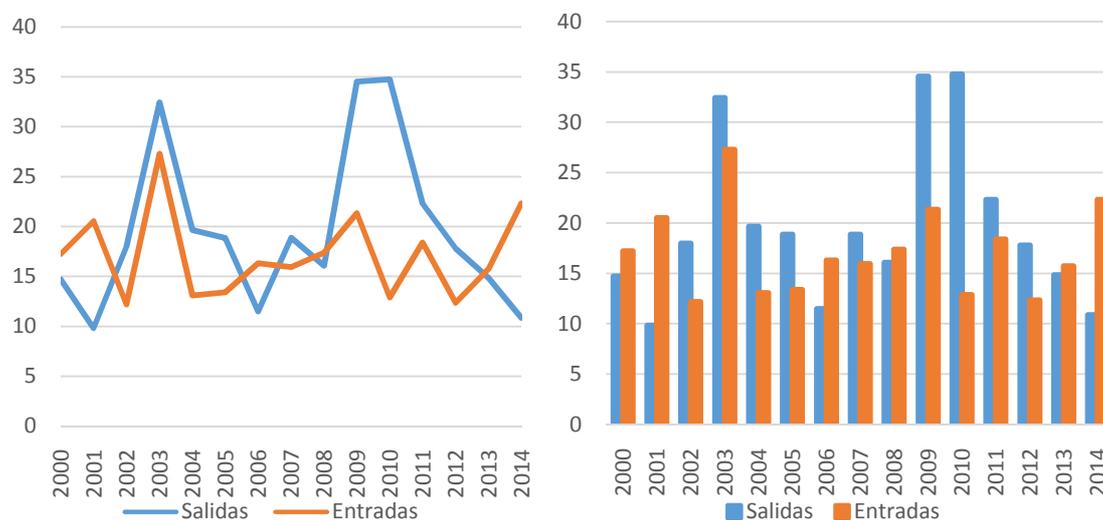
Si nos fijamos en la duración de la estancia:

Tabla 15. Estancia media en las entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU

Años	Entradas	Salidas
2000	17	15
2001	21	10
2002	12	18
2003	27	32
2004	13	20
2005	13	19

2006	16	11
2007	16	19
2008	17	16
2009	21	35
2010	13	35
2011	18	22
2012	12	18
2013	16	15
2014	22	11

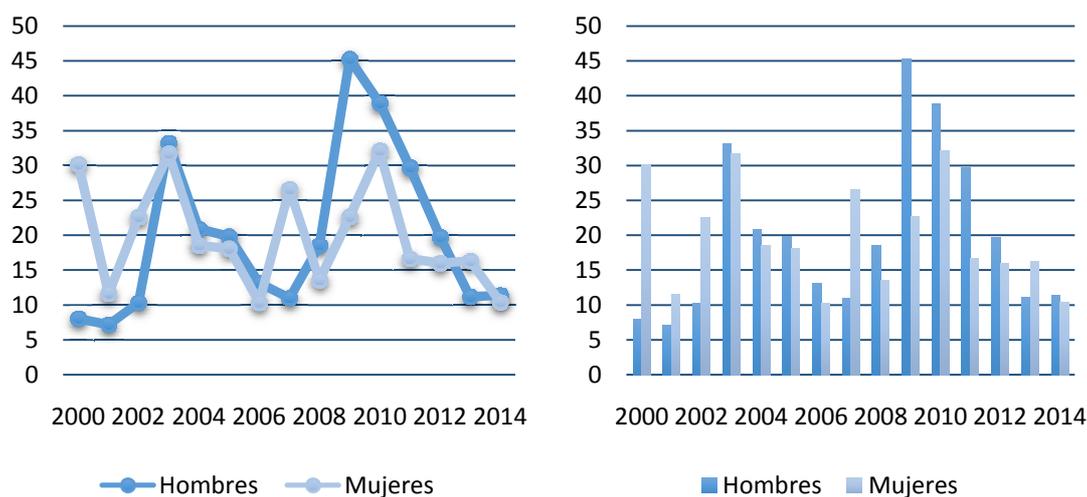
Gráfico 18. Estancia media en las entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU



La duración media para las estancias durante la serie analizada es de 20 días para las salidas y 17 días para las entradas. Como subidas más importantes de las salidas encontramos el año 2003 con una estancia media de 18 días, en 2009 y 2010 de 35 días y como descensos encontramos 2001 con 10 días y los años 2006 y 2014 con 11 días. Respecto a las entradas, observamos tres máximos en 2003 con 27 días, 2009 con 21 días y 2014 con 22 días, los mínimos en las entradas son en 2002 y 2012 con 12 días y 2004, 2005 y 2010 con 13 días cada uno.

Salidas:**Tabla 16.** Estancia media en las salidas de turistas de salud en RU por sexo

Años	Hombres	Mujeres
2000	8	30
2001	7	12
2002	10	23
2003	33	32
2004	21	19
2005	20	18
2006	13	10
2007	11	27
2008	19	14
2009	45	23
2010	39	32
2011	30	17
2012	20	16
2013	11	16
2014	11	10

Gráfico 18. Estancia media en las salidas de turistas de salud en RU por sexo

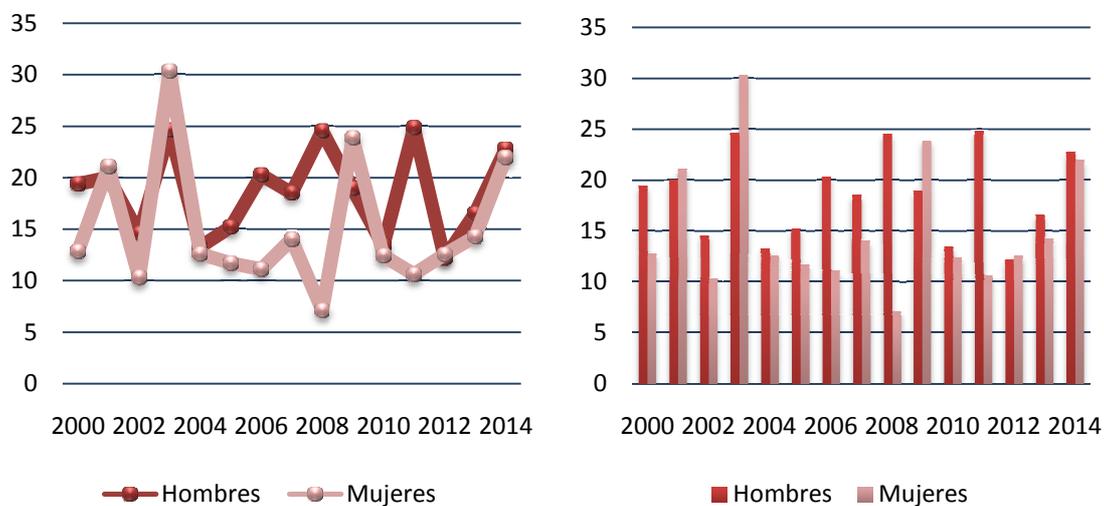
La estancia media global para las entradas es superior en los hombres que en las mujeres con un total de 21 frente a 19 días. El punto máximo de la serie lo encontramos en los hombres con 45 días en 2009 de estancia media, seguido de los registros en este

mismo colectivo para 2010 con 39 días y 2003 con 33 días. Los mínimos registrados se encuentran también en el colectivo de hombres en los años 2000 con 8 días, 2001 con 7 días y 2002 con 10 días de estancia media.

Entradas:

Tabla 17. Estancia media en las entradas de turistas de salud en RU por sexo

Años	Hombres	Mujeres
2000	19	13
2001	20	21
2002	15	10
2003	25	30
2004	13	13
2005	15	12
2006	20	11
2007	19	14
2008	25	7
2009	19	24
2010	13	12
2011	25	11
2012	12	13
2013	17	14
2014	23	22

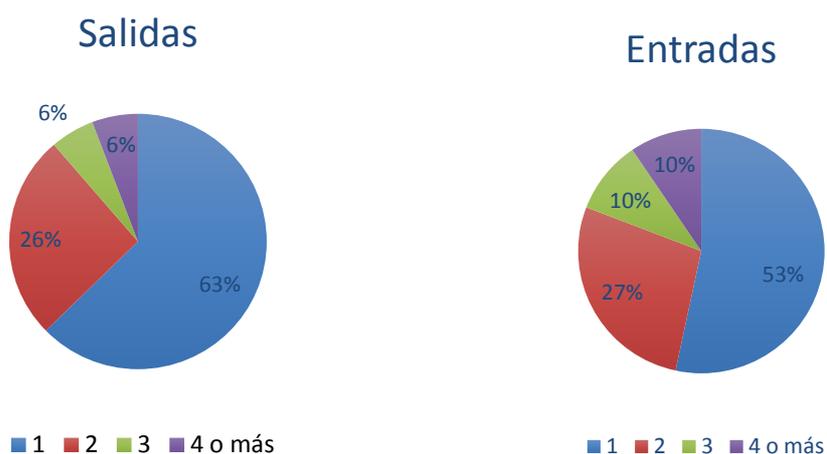
Gráfico 19. Estancia media en las entradas de turistas de salud en RU por sexo

A lo largo de todos los años analizados, la media de estancia de los turistas de salud que visitan el Reino Unido de los hombres ha sido mayor (19 días) respecto de las mujeres (15 días). En once de los quince años analizados las estancias de los hombres han sido mayor que las de las mujeres. Los tres valores máximos de la serie son en 2003 para el colectivo de las mujeres con 30 días, en 2003 y 2011 para los hombres con 25 días. Los mínimos registrados pertenecen al grupo de mujeres, registrados en 2008 con 7 días, 2006 y 2011 con 11 días.

Tanto en las entradas como en las salidas la estancia media de los hombres es superior a la de las mujeres.

Número de viajeros:**Tabla 18.** Número de viajeros en las entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU

Número de viajeros	Entradas	Salidas
1	53	63
2	27	26
3	10	6
4 o más	9	6

Gráfico 20. Número de viajeros en las entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU

Si nos fijamos en las salidas, vemos como el mayor número de salidas se hace de forma individual (63%), seguido del grupo de dos personas (26%). En las entradas se repite el mismo patrón, los viajes individuales que alcanzan el 53%, seguido de los viajes en grupos de dos que alcanza el 27%.

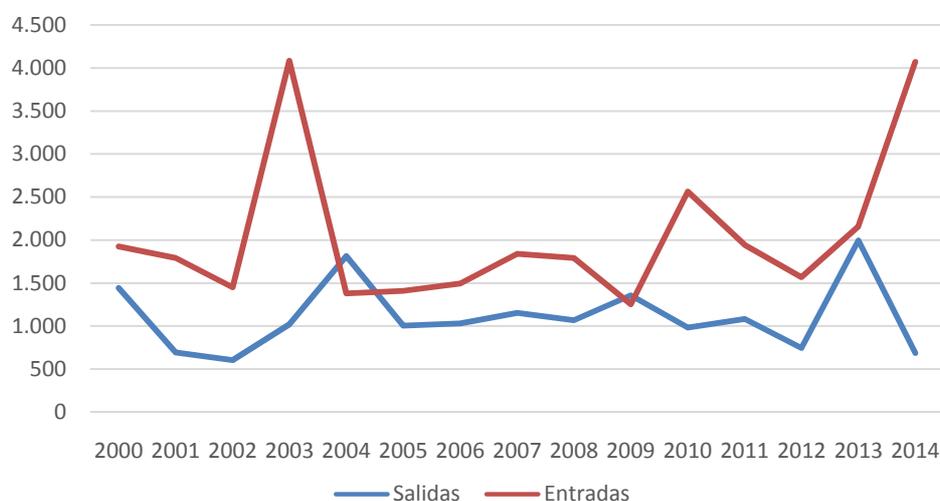
Por tanto, el predominio de viajes para recibir tratamiento médico es individual.

5.4. OBJETIVO 4: CUANTIFICAR EL GASTO QUE REALIZAN LOS TURISTAS DE LA SALUD EN EL PERIODO DE 2000 A 2014

Tabla 19. Gasto medio individual en las entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU

Años	Entradas	Salidas
2000	1.925	1.443
2001	1.789	691
2002	1.449	602
2003	4.085	1.020
2004	1.378	1.815
2005	1.407	1.004
2006	1.493	1.029
2007	1.837	1.154
2008	1.790	1.066
2009	1.252	1.358
2010	2.562	983
2011	1.943	1.082
2012	1.566	743
2013	2.156	1.997
2014	4.071	685

Gráfico 21. Gasto medio individual en las entradas y salidas de clientes de turismo de salud en UK.

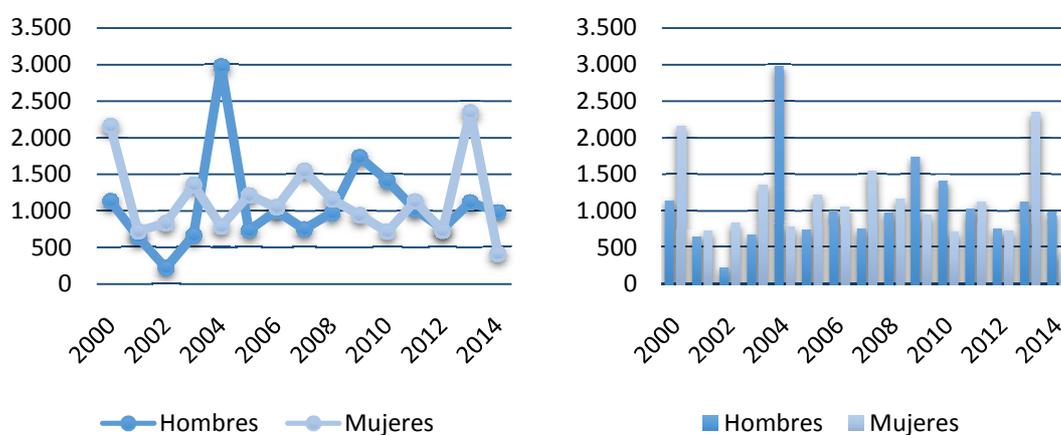


El gasto medio de las entradas para toda la serie asciende a 2.005 euros y para las salidas 1.112 euros. Los máximos de la serie los encontramos en las entradas en los años 2003 con 4.085 euros, en el 2014 con 4.071 euros y en 2013 con 2.156 euros. Los mínimos son en el año 2001 con 691 euros, 2002 con 602 euros y 2012 con 743 euros. Por tanto, las entradas generan más ingresos para el Reino Unido que las salidas en el exterior.

Salidas:

Tabla 20. Gasto medio en las salidas de turistas de salud en RU por sexo

Años	Hombres	Mujeres
2000	1.134	2.160
2001	645	722
2002	223	832
2003	668	1.356
2004	2.975	786
2005	734	1.215
2006	1.001	1.050
2007	752	1.547
2008	975	1.158
2009	1.733	943
2010	1.410	714
2011	1.021	1.129
2012	756	731
2013	1.118	2.349
2014	984	415

Gráfico 22. Gasto medio en las salidas de turistas de salud en RU por sexo

Para toda la serie analizada, el gasto medio mayor es el de las mujeres con 1.161 euros frente al de los hombres con 1.059 euros. El punto máximo de la serie lo encontramos en el colectivo de hombres con 2.975 euros de gasto medio en 2004, seguido muy de lejos por las mujeres con registros en 2000 de 2.160 euros y 2013 con 2.349 euros. Los mínimos hallados son en el 2001 con 645 y en 2002 con 223 euros para el colectivo de hombres y en 2014 con 415 euros para el colectivo de las mujeres.

Por tanto las mujeres, en la serie analizada, han tenido un gasto medio mayor que los hombres en los viajes realizados al extranjero con motivos médicos.

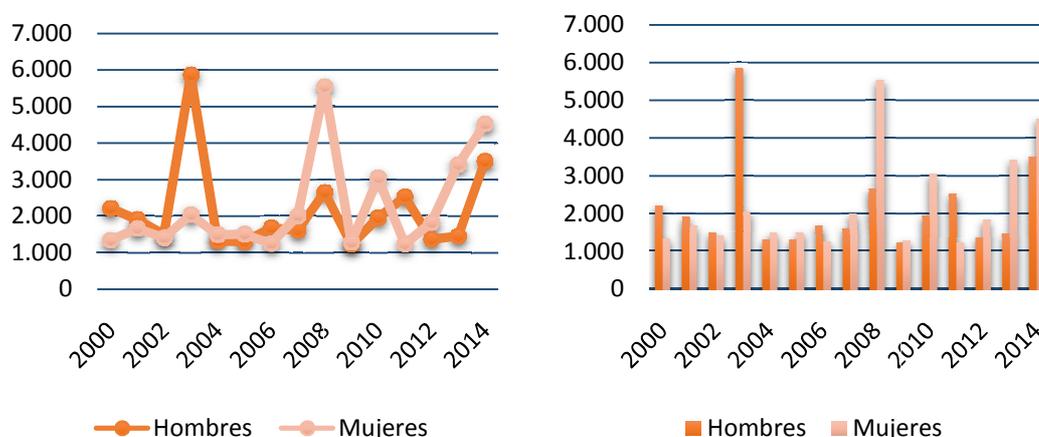
Entradas:

Tabla 21. Gasto medio en las entradas de turistas de salud en RU por sexo

Años	Hombres	Mujeres
2000	2.213	1.343
2001	1.911	1.662
2002	1.500	1.408
2003	5.865	2.044
2004	1.322	1.490
2005	1.300	1.506
2006	1.679	1.250
2007	1.611	2.003

2008	2.656	5.544
2009	1.228	1.278
2010	1.953	3.045
2011	2.530	1.236
2012	1.370	1.827
2013	1.455	3.415
2014	3.500	4.521

Gráfico 23. Gasto medio en las entradas de turistas de salud en RU por sexo



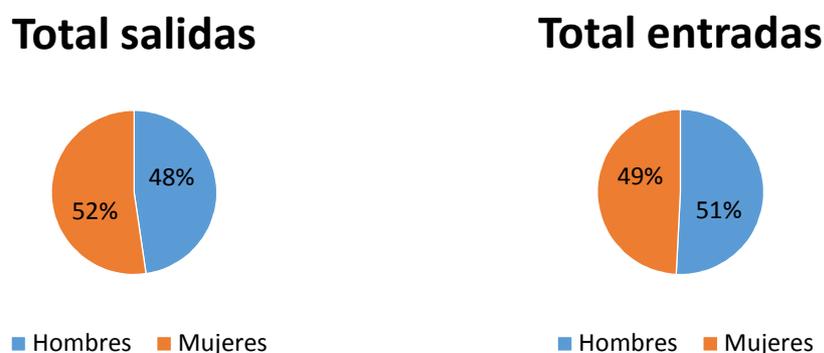
Si analizamos las entradas, el gasto medio mayor lo encontramos en los hombres con una media para la serie de 2.036 euros frente a los 1.970 euros de las mujeres. Los máximos de la serie los encontramos en los hombres con 5.865 euros en el 2003, y en 2014 para los hombres 3.500 euros y para las mujeres 4.521 euros. Los mínimos registrados son en 2006 con 1.250 euros y 2011 con 1.236 euros pertenecen al colectivo de mujeres y en 2009 con 1.228 euros para el colectivo de hombres.

Por tanto las entradas de hombres a lo largo de la serie han generado más ingresos que las entradas de mujeres.

Tabla 22. Comparativa gasto medio en las salidas y entradas de turistas de salud en RU por sexo acumulado de 2000-2014

Totales	Hombres	Mujeres
Total entradas	2.036	1.970
Total salidas	1.059	1.161

Gráfico 24. Comparativa gasto medio en las salidas y entradas de turistas de salud en RU por sexo acumulado de 2000-2014



Gráficamente podemos ver como en las entradas, el 51% del gasto medio lo realizan los hombres frente al 49% de las mujeres. En las salidas, el 52% del gasto medio lo realizan las mujeres frente al 48% de los hombres. Por tanto, el gasto en las salidas de las mujeres reporta más ingresos al exterior que el de los hombres; mientras que las entradas de los hombres reportan más ingresos al Reino Unido que las de las mujeres.

5.5. ANÁLISIS DE LAS SALIDAS DE LOS TURISTAS MÉDICOS DEL REINO UNIDO HACIA EL EXTRANJERO

A continuación presentamos una tabla donde vemos el volumen total de salidas de turistas médicos hacia el extranjero durante la serie analizada:

Tabla 23. Destino de las salidas de los residentes en RU en busca de tratamiento médico

Países	Años																	Total
	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004	2.005	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	2.014			
Polonia	0	0	0	0	583	4.739	9.813	16.460	5.847	13.720	11.948	10.923	14.554	12.113	13.888	114.589		
Francia	3.986	13.044	7.251	4.136	6.408	6.979	13.569	4.058	10.036	5.648	7.837	4.157	5.644	3.462	4.515	100.730		
India	1.128	428	528	461	2.369	4.153	5.708	9.494	3.658	3.193	4.336	7.284	4.028	3.572	4.075	54.415		
Hungría	0	1.290	0	4.372	2.299	0	1.789	9.314	7.752	2.388	5.785	5.972	2.386	1.211	2.381	46.937		
Bélgica	1.435	2.152	1.224	4.101	2.887	5.497	6.810	2.576	769	2.618	0	2.146	4.905	1.628	810	39.556		
Alemania	1.347	2.047	2.676	968	533	2.687	4.314	2.385	2.706	1.422	4.103	3.446	4.572	701	3.992	37.898		
España	0	0	3.126	795	885	3.567	5.016	8.737	1.256	816	1.245	3.841	1.830	1.561	935	33.610		
Turquía	332	0	0	0	0	2.644	2.014	628	3.484	3.468	1.427	1.294	323	4.086	3.567	23.268		
Italia	0	0	2.081	2.670	1.208	5.156	2.008	698	0	0	1.349	774	3.556	0	0	19.501		
Lituania	0	0	0	0	0	573	1.328	0	951	1.647	0	2.388	5.911	4.094	2.027	18.919		
USA	2.576	0	0	1.630	573	1.775	2.070	2.377	1.758	948	1.560	1.598	328	0	0	17.194		
Pakistan	0	459	0	866	507	1.090	649	764	0	5.900	3.818	943	1.745	0	0	16.740		
Irlanda	0	0	0	2.412	0	0	0	0	2.110	0	1.708	5.754	2.763	860	0	15.607		
Rep. Checa	0	754	0	515	0	1.584	2.887	644	1.134	1.163	415	604	506	5.268	0	15.475		
Sudáfrica	0	460	988	0	0	0	835	0	0	0	400	0	917	8.696	0	12.296		
Eslovaquia	0	0	0	0	921	0	0	1.717	0	903	770	1.005	3.417	2.628	561	11.922		
Suiza	0	824	0	2.787	0	3.003	1.314	0	0	0	0	1.426	0	961	0	10.314		
Bulgaria	0	0	0	462	949	0	564	0	2.303	686	280	575	506	1.068	2.064	9.457		
Grecia	0	747	0	0	1.010	612	2.163	1.344	0	0	1.263	615	1.409	0	0	9.163		
Holanda	1.180	0	0	0	0	3.694	0	696	510	0	0	666	768	1.262	0	8.776		
Rumanía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.381	302	1.601	2.446	2.545	8.275		
Letonia	0	0	0	0	0	977	2.095	0	1.112	1.356	0	556	896	895	0	7.887		
Chipre	0	0	0	0	2.249	2.184	586	0	2.138	0	0	0	0	0	0	7.157		

Sri Lanka	0	0	0	1.705	0	0	884	0	1.238	1.270	641	819	0	0	6.558
Austria	0	0	0	1.584	884	0	0	613	586	664	323	0	0	0	4.654
Portugal	0	0	0	0	0	0	0	0	1.099	759	0	1.105	1.574	4.537	4.501
Ucrania	809	0	0	0	1.286	0	857	0	389	0	506	653	0	0	4.501
Tailandia	0	0	0	901	520	564	1.281	0	658	553	0	0	0	0	4.478
Suecia	0	0	0	0	0	0	738	0	0	1.772	1.014	0	481	0	4.005
Filipinas	0	0	0	1.134	0	0	877	1.597	0	0	0	0	0	383	3.990
Líbano	0	0	0	556	0	0	0	0	654	754	0	0	322	1.507	3.794
Dinamarca	0	0	0	0	417	1.206	0	0	0	0	0	896	0	1.077	3.595
Colombia	0	0	0	1.075	519	0	1.028	0	0	0	498	0	0	0	3.119
Malawi	0	0	0	0	0	3.003	0	0	0	0	0	0	0	0	3.003
Japón	0	0	0	0	0	0	1.139	0	0	420	0	0	1.264	0	2.824
Argelia	0	0	0	0	0	0	2.043	0	0	0	0	0	0	534	2.577
Israel (Palestina inc)	0	0	0	0	0	0	1.076	922	0	0	503	0	0	0	2.500
Australia	0	0	787	0	0	0	1.107	0	0	0	0	0	594	0	2.488
Egipto	0	0	0	494	0	0	0	781	0	590	0	0	464	0	2.330
Corea, Rep sur	0	0	0	0	0	461	0	0	0	0	752	0	1.101	0	2.315
Malasia	0	0	0	0	0	570	0	0	570	0	0	558	0	440	2.239
Bangladesh	0	0	0	0	0	443	567	0	1.205	0	0	0	0	0	2.214
Libia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.024	0	0	0	0	2.024
Ghana	0	0	0	0	0	0	0	1.055	0	0	0	0	937	0	1.992
China (Taiwan excl)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.439	0	0	0	550	1.989
Noruega	0	0	0	603	0	1.324	0	0	0	0	0	0	0	0	1.927
Emiratos Árabes Unidos	435	0	0	0	0	0	642	0	0	0	0	637	0	0	1.713
Irán	0	0	0	0	0	0	822	0	552	0	310	0	0	0	1.684
Luxemburgo	0	0	0	0	0	0	1.352	0	0	0	0	0	0	0	1.352
Mala	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.220	0	0	0	1.220
Brasil	0	0	0	0	0	0	511	0	688	0	0	0	0	0	1.199

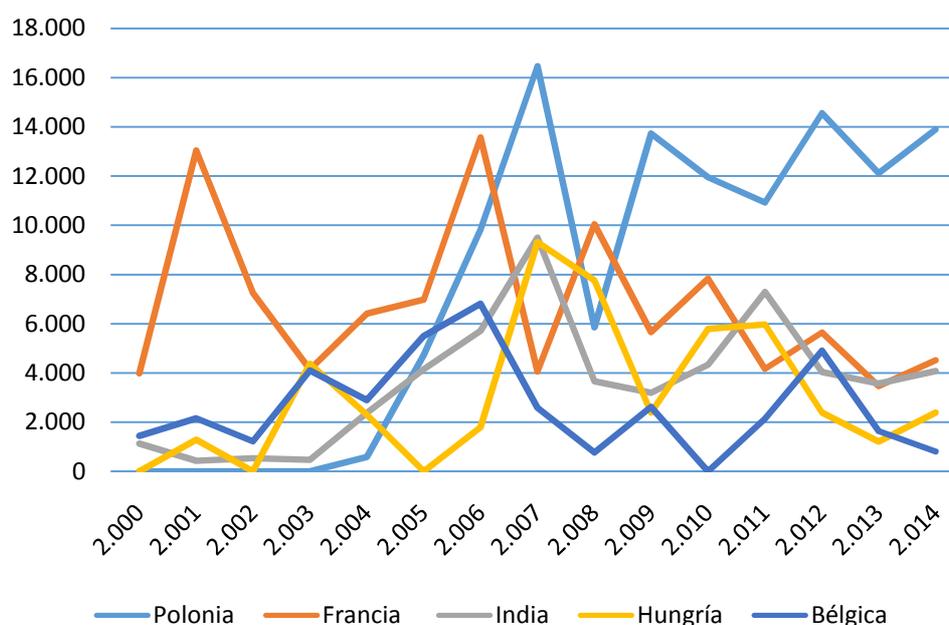
Iraq	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	963	0	0	963
Costa Rica	0	0	0	0	0	0	0	0	793	0	0	0	0	0	0	793
Túnez	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	753	0	753
Rusia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	732	0	0	0	0	732
Finlandia	0	693	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	693
Bielorrusia	0	0	0	0	0	0	0	643	0	0	0	0	0	0	0	643
Afganistán	0	0	0	0	0	0	0	0	0	623	0	0	0	0	0	623
Omán	0	0	0	0	0	0	0	0	0	620	0	0	0	0	0	620
Hong kong	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	574	0	0	0	574
México	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	574	0	574
Ecuador	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	519	0	0	0	0	519
Estonia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	512	0	0	0	0	0	512
Albania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	510	0	0	0	0	510
Nueva Zelanda	0	0	469	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	469
Marruecos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	440	440
Vietnam	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	424	0	0	0	0	424
Nigeria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	424	0	0	0	0	424
Azerbaiyán	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	323	323
Serbia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	302	0	0	0	302
Canadá	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	99	0	0	0	99
Total	13.228	22.897	19.130	32.148	24.913	59.280	76.775	71.255	51.010	53.809	63.132	63.605	67.367	64.761	48.190	731.500

Nota: Hemos eliminado el país catalogado como “british overseas q1” con 1.498 observaciones que son las que hacen el total de 732.998, que es el dato poblacional que estamos manejando en todo el estudio

Con esta tabla podemos ver como los destinos preferidos por los residentes en el Reino Unido son: en primer lugar Polonia con 114.589 visitas; en segundo lugar Francia con 100.730; en tercer lugar India con 54.415; en cuarto lugar Hungría con 46.415 y en quinto lugar Bélgica con 39.556.

En las siguientes tablas vemos como se han comportando estos 5 destinos a lo largo de toda la serie.

Tabla 24. Los cinco destinos principales de turistas médicos del RU en la serie 2000-2014



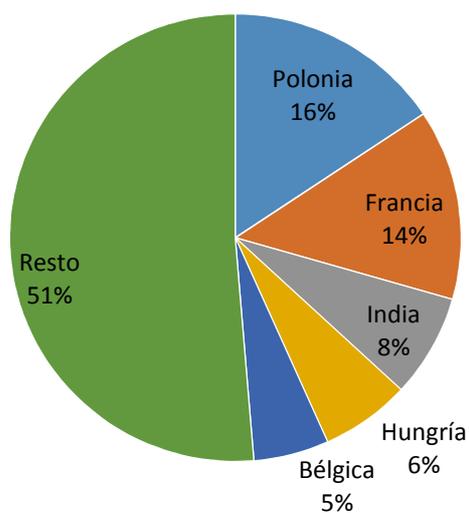
A simple vista no detectamos ningún patrón de comportamiento en ninguno de los países a lo largo del tiempo. Podemos destacar la tendencia creciente de Polonia que pasa de tener cero registros en los años 2000 a 2003 y seguir una evolución creciente, aunque inestable con muchas bajadas y subidas, de 2004 a 2014. En Francia se aprecia una evolución a la baja para el periodo 2004 a 2014.

Tabla 24. Peso del volumen de turistas médicos por países de destino

Países	Porcentaje de salidas totales
Polonia	16%
Francia	14%
India	7%
Hungría	6%
Bélgica	5%
Resto	51%

Gráfico 25. Peso del volumen de turistas médicos por países de destino

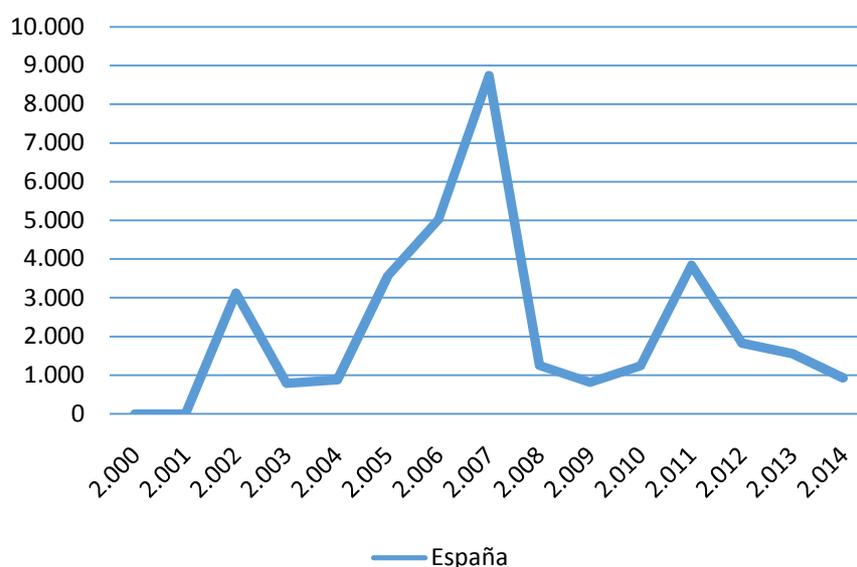
Porcentaje de salidas totales



Como se puede observar el 49% de los desplazamientos totales van dirigidos a los 5 países con mayor volumen de visitas, como hemos comentado anteriormente: Polonia con un 16%, Francia con un 14%, India con un 8%, Hungría con un 6% y Bélgica con un 5%. El restante 51% de desplazamientos lo forman 66 países, por tanto la concentración es muy grande.

España se sitúa en séptima posición con 39.556 visitas. Podemos ver su evolución temporal con el siguiente gráfico:

Gráfico 26. Evolución de las salidas del RU hacia España para la serie 2000-2014



Encontramos tres puntos máximos en la serie en 2002, 2007 y 2011, con 3.126, 8.737 y 1.830 respectivamente. Aunque la tendencia desde 2011 a 2014 es decreciente pasando de 1.830 a 935 personas.

Tipo de salida:

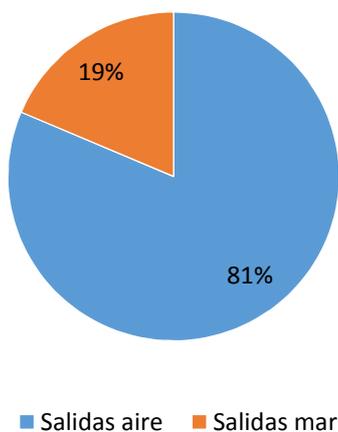
Si analizamos las salidas por forma de realizarla, si por mar o aire, encontramos lo siguiente:

Tabla 25. Volumen de salidas de turistas de salud del RU por aire y mar en la serie 2000-2014

Años	Salidas aire	Salidas mar
2000	8.974	4.254
2001	9.132	13.765

2002	10.949	8.181
2003	23.065	9.083
2004	18.306	6.606
2005	47.613	11.667
2006	63.881	12.894
2007	66.131	5.124
2008	43.600	8.908
2009	47.593	6.216
2010	56.366	6.766
2011	50.961	12.645
2012	52.136	15.231
2013	54.498	10.263
2014	43.467	4.723

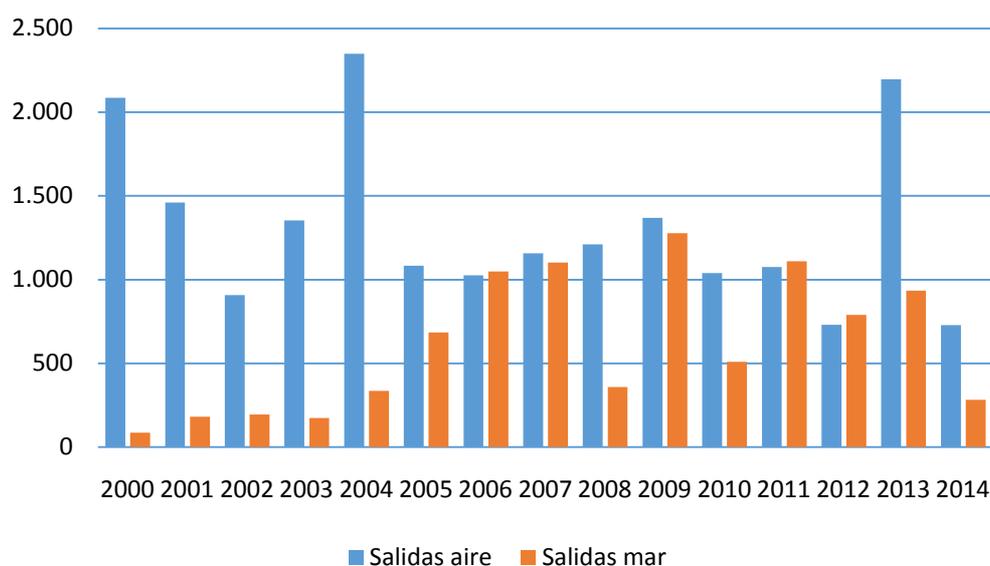
Gráfico 27. Volumen de salidas de turistas de salud del RU por aire y mar en la serie 2000-2014



El volumen de salidas por aire ha sido superior en toda la serie a las salidas por mar salvo en 2001 que las que estas últimas fueron superiores. El total de salidas por aire a lo largo de toda la serie asciende a 596.672,51 desplazamientos frente a los 136.325,70 por mar. Esto es un 81% frente a un 19%.

Gasto dependiendo de la salida:**Tabla 26.** Gasto medio individual por tipo de salida

Año	Salidas aire	Salidas mar
2000	2.086	86
2001	1.460	181
2002	907	194
2003	1.354	173
2004	2.349	336
2005	1.082	685
2006	1.025	1.049
2007	1.158	1.103
2008	1.211	359
2009	1.369	1.278
2010	1.040	509
2011	1.076	1.110
2012	729	790
2013	2.197	934
2014	729	282

Gráfico 28. Gasto medio individual por tipo de salida

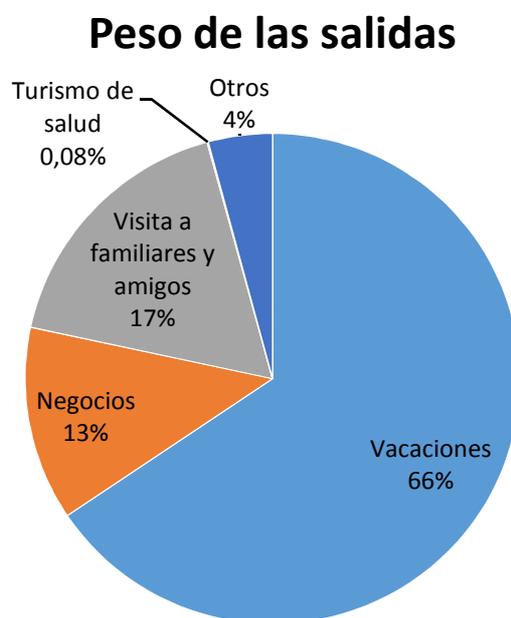
Existe un predominio de gasto superior en las salidas por aire. De media el gasto en las salidas por aire asciende a 1.255 euros frente a las salidas por mar que ascienden a 638

euros. A lo largo de toda la serie el gasto en las salidas por aire ha sido superior a la de por mar, salvo en 2006, 2011 y 2012 que son ligeramente superiores las realizadas por mar.

Salidas por tipo de propósito:

Tabla 27. Volumen de salidas por propósito (en miles)

Años	Vacaciones	Negocios	Visita a familiares y amigos	Turismo de salud	Otros	Total
2000	36.685	8.872	7.178	13	4.089	56.837
2001	38.670	8.220	7.727	23	3.641	58.281
2002	39.902	8.073	7.870	19	3.513	59.377
2003	41.197	7.892	8.527	32	3.775	61.424
2004	42.912	8.140	9.799	25	3.318	64.194
2005	44.175	8.556	10.648	59	3.004	66.441
2006	45.287	9.102	11.963	77	3.108	69.536
2007	45.437	9.018	12.214	71	2.710	69.450
2008	45.531	8.920	12.392	53	2.116	69.011
2009	38.492	6.887	11.592	54	1.590	58.614
2010	36.422	6.639	10.850	63	1.589	55.562
2011	36.819	6.846	11.594	64	1.513	56.836
2012	36.173	6.956	11.797	67	1.544	56.538
2013	37.149	6.750	12.313	65	1.515	57.792
2014	38.519	6.756	13.272	48	1.487	60.082
Total	603.370	117.627	159.737	733	38.510	919.976

Gráfico 29. Volumen de salidas por propósito

Como se desprende del gráfico, el motivo principal por el que viajan al extranjero los residentes del Reino Unido es vacacional, con un 66%, en segundo lugar por visitas familiares o de amigos con un 17%, en tercer lugar por negocios con un 13% y nos encontramos que el motivo de recibir tratamiento médico queda en último lugar con un 0,08% seguido de otros motivos. En términos absolutos el número de personas que se desplazan hacia el extranjero por turismo de salud asciende a 733 mil.

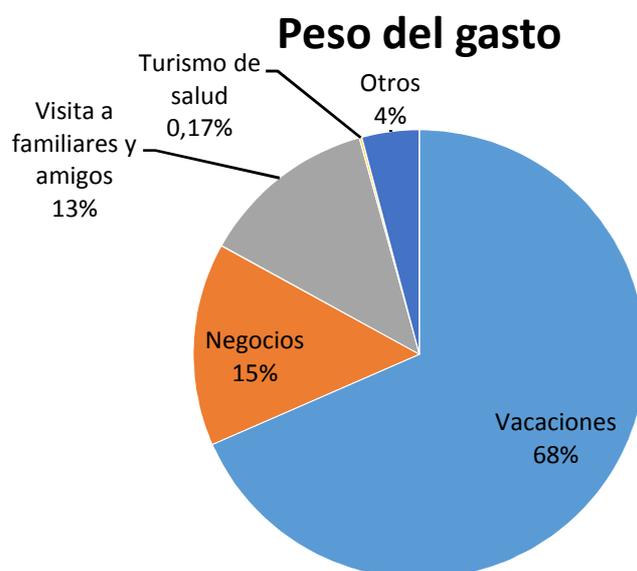
Si vemos el impacto económico que genera cada motivo de viaje medido por el gasto realizado en cada uno de los desplazamientos, encontramos:

Tabla 28. Gasto total en las salidas por motivo de viaje (£ millones)

Año	Vacaciones	Negocios	Visita a familiares y amigos	Turismo de salud	Otros	Total
2000	15.784	4.732	2.258	19	1.458	24.251
2001	17.317	4.391	2.512	16	1.096	25.332

2002	18.576	4.263	2.741	12	1.369	26.961
2003	19.788	4.040	2.910	33	1.780	28.550
2004	21.153	4.158	3.413	45	1.517	30.285
2005	22.272	4.611	3.748	60	1.464	32.154
2006	23.300	5.067	4.286	79	1.680	34.411
2007	23.949	5.122	4.375	82	1.485	35.013
2008	25.526	5.319	4.758	56	1.179	36.838
2009	21.787	4.384	4.410	73	1.040	31.694
2010	21.992	4.432	4.417	62	917	31.820
2011	21.541	4.532	4.588	69	972	31.701
2012	21.804	4.841	4.685	50	1.071	32.450
2013	23.366	4.649	5.179	129	1.187	34.510
2014	24.407	4.471	5.516	33	1.110	35.537
Total	322.561	69.011	59.795	818	19.324	471.508

Gráfico 30. Gasto total en las salidas por motivo de viaje (£ millones)



En el gasto total, también los viajes vacacionales son los más importantes, representando el 68% del gasto total para la serie, seguido de los viajes de negocios que ahora ocupan la segunda posición con un 15%, y en tercer lugar se encuentran el volumen de gastos por motivos de visitas a familiares y amigos. El turismo de salud

vuelve a quedar en último lugar con un 0,17% después de otros motivos. Es terminos absolutos el gasto en turismo de salud asciende a 818 £ millones.

5.6. ANÁLISIS DE LA TIPOLOGÍA DE TRATAMIENTO DEMANDADO POR LOS TURISTAS DE SALUD DEL REINO UNIDO QUE BUSCA TRATAMIENTO EN EL EXTRANJERO

Con los datos de la IPS no podemos saber qué tratamientos son los que demandan los turistas de salud del Reino Unido en el resto del mundo, es por esto que nos valemos de los estudios de Hanefeld et al (2014) y Pollard (2012). Gracias a ellos podemos indentificar las principales motivaciones de búsqueda de los distintos tipos de intervención y cuáles son las intervenciones más demandadas en los distintos países.

Según el estudio de Hanefeld (2014):

Para tratamientos de fertilidad: fecundación in vitro (FIV); La inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI); donación de óvulos; la donación de esperma los principales países son República Checa; Ucrania; Suecia; España; Chipre.

Para cirugía bariátrica: Banda gástrica; Bypass gástrico; envoltura gástrica; manga gástrica; cruce duodenal; desvío de páncreas y el puente duodenal, los países son Bélgica; Francia; República Checa.

Para tratamientos dentales: coronas; puentes; trabajo de rutina y chequeos; empastes; llaves; placas dentales; implantes, destacan Hungría; Alemania; Croacia; India; Polonia; Italia; Lituania.

Para cosmética: facelift; liposucción; abdominoplastia; Mínimo Acceso craneal
Suspensión lavado de cara (MACS); nariz, la cara y los ojos, los países son Bélgica;
Polonia; República Checa; Pakistán.

Para otros tratamientos: Cirugía de los nervios; ginecología; ultrasonido;
inmunoterapia;
estabilización del hombro; aguja para la contractura de Dupuytren los países son
Francia, Grecia, Bélgica; Alemania, EE.UU.

Siguiendo a Pollard (2012) las motivaciones para realizar los diferentes
tratamientos, la razón principal es el precio bajo, aunque dependen del tipo de
tratamiento.

Cirugía cosmética

Los procedimientos de cirugía estética más comunes para los pacientes que viajan
al extranjero desde el Reino Unido son el aumento de senos, reducción de mama,
abdominoplastia, liposucción y cirugía estética.

- Se ha popularizado el "cambio de imagen.
- Los precios de la cirugía cosmética en el extranjero son asequibles para los
grupos de menores ingresos.
- Algunas personas quieren tener la cirugía estética y mantenerlo en secreto.

Odontología

Los procedimientos dentales más comunes para los pacientes que viajan al
extranjero desde el Reino Unido son las coronas, implantes dentales, puentes y carillas.

-
- Reducción de la gratuidad en el NHS odontología.
 - Los altos precios de la odontología privada.
 - El aumento de popularidad de la odontología cosmética.

Tratamiento de la infertilidad

- Ahorro en costes en las clínicas en el extranjero.
- La escasez de donantes de esperma en el Reino Unido
- La escasez de huevos en el Reino Unido.
- Los cambios en la ley sobre los derechos del niño para identificar al padre "donante"
- Disponibilidad de subrogación.
- Posibilidad de seleccionar el sexo del niño en algunos países.

La obesidad y la cirugía electiva

Los procedimientos de cirugía electiva más comunes para los pacientes que viajan al extranjero desde el Reino Unido son de reemplazo de cadera, prótesis de rodilla, la cirugía ocular con láser y la eliminación de cataratas.

- A pesar de grandes inversiones, todavía existen listas de espera del NHS y con las futuras reducciones en el gasto del NHS pueden aumentar de nuevo. Cirugía de la obesidad no puede ser cubierta por el NHS.

- El crecimiento del mercado de "pago yo" del Reino Unido. La gente está cada vez más dispuesta a pagar por tratamiento privado si lo necesitan, en lugar de utilizar el seguro de salud.

Según el estudio *UK medical tourists in Thailand: they are not who you think they are* de Noree et al (año) los turistas del Reino Unido que viajan a Tailandia en busca de tratamiento médico lo hacen por las operaciones en el sistema tegumento (principalmente de mama y estiramientos faciales) que son los procedimientos más comunes, que representan el 25% de los procedimientos totales de los pacientes del Reino Unido; seguido de operaciones el músculo-esquelético, ojos y el sistema digestivo respectivamente. Los pacientes varones son los mayores demandantes de todos los procedimientos a excepción de procedimientos cosméticos relacionados (integumento, los ojos y la nariz) y los en los órganos genitales femeninos. Las mujeres constituyen la gran mayoría de los pacientes para la cirugía estética. Ahí está también una diferencia ligera de edad entre los pacientes; en los procedimientos cosméticos el promedio de edad es más jóvenes que pacientes ortopédicos.

Mercado español

Para el mercado español y según el estudio Turismo de España (2013), podemos encontrar las áreas más demandadas descritas por diferentes especialistas en la materia.

Según la FNCP, las áreas más demandadas en España por el paciente internacional son la cirugía estética, la ocular, los trasplantes y las terapias relacionadas con la fertilidad humana. Los tratamientos más demandados son: Tratamientos dentales, cirugía ortopédica, cirugía cardíaca, Tratamientos de belleza y salud termal,

Oftalmología, Cirugía plástica, Retiros estacionales en centros sanitarios, Diagnósticos y chequeos, tratamientos de infertilidad.

Según Juan Bosco, Gerente de Clientes en XANIT Internacional, y uno de los mayores expertos en turismo de salud en España, los tratamientos más demandados son la cirugía estética, la cirugía ocular, los trasplantes o los tratamientos relacionados con la fertilidad y la reproducción.

Según Tourism and Health, los tratamientos estrella terapias de fertilidad y estética, por su dosis de voluntariedad. Otros serían cardiología, traumatología, implantología oral y capilar, tratamientos con más prevalencia. Madrid Centro Médico apunta a la cirugía estética, la cirugía ocular, tratamientos dentales o los relacionados con la fertilidad y la reproducción.

Para Barcelona Centre Mèdic, las intervenciones más demandadas se producen en Oftalmología, Oncología, cirugía Plástica, Traumatología y Cardiología.

En las fuentes internacionales se destacan la cirugía estética y la reproducción asistida, junto con los tratamientos de salud y belleza (wellness).

Sin duda, los tratamientos con más demanda actual son la Cirugía Estética y la Reproducción Asistida.

Cirugia plastica

España es el cuarto país del mundo con mayor número de operaciones de cirugía plástica y estética después de EEUU, Brasil y Venezuela. Los principales clientes foráneos son alemanes e ingleses.

Reproducción asistida

España es, tras Francia y Alemania, el tercer país donde más tratamientos de reproducción asistida se realizan al año, con 54.000 ciclos anuales, según la Clínica Tambre (publicado en el V Simposio Internacional de Reproducción Asistida).

Entre un 10% y un 20% de los pacientes de las clínicas españolas es extranjero, principalmente de Italia, Alemania y Francia, y en menor medida, de Portugal, Gran Bretaña y Suecia. La razones que explican este crecimiento son: España posee una legislación que permite tratamientos no disponibles y/o no permitidos en otros países; precios competitivos (un ciclo de fecundación in vitro en EEUU cuesta 9.500 euros, en

España el máximo asciende a 6.000 euros); es uno de los países con mayores tasas de embarazo, 50-70% (Espino, 2005); con una política de donación de óvulos flexible, anónima y sujeta a contraprestación económica, en comparación con países de nuestro entorno.

Otras especialidades demandadas

Algunos datos aportados por los centros sanitarios en diferentes medios son:

- El hospital privado barcelonés Quirón, recibió en 2012 entre 400 y 500 pacientes extranjeros, la mayoría del golfo Pérsico y Europa del Este. Para tratarse de especialidades como oncología, traumatología o neurocirugía.
- El 1,1% de los pacientes de Teknon son extranjeros, la mayoría de Rusia y países árabes.

Análisis de la demanda

- La clínica oftalmológica Barraquer, estima que del 10 al 15% de sus 14.000 cirugías anuales son a pacientes de otros países; muchos llegan del golfo Pérsico y del norte de África.

- BIM A se centra en la demanda de pacientes rusos y del Golfo Pérsico.

- El 53% de los 166.000 pacientes anuales de la clínica de la Universidad de Navarra (privada), en Pamplona, son de fuera de la comunidad, y el 1,6%, de otros países, sobre todo, europeos. Van a Navarra para chequeos, tratamientos de oncología, cirugía diversa, hematología...

- Según Med&Beauty, la demanda del turismo de belleza y salud ha aumentado un 38% por ciento en los últimos años y un 3% de las llegadas que recibe Andalucía están relacionadas con este segmento, que sólo en Europa genera cada año 9,4 millones de viajes al extranjero.

Según datos arrojados por la encuesta realizada para el estudio, Reino Unido y Alemania estarían por delante en la demanda de turismo de salud en España, si bien en la encuesta se incluyen algunos agentes no puramente sanitarios (wellness, balnearios, belleza y otros).

Aunque los centros y clínicas no disponen de la información cuantitativa cruzada (demanda de pacientes por especialidades), sí que han aportado la información cualitativa relacionando países y especialidades, con los siguientes resultados:

-
- **Alemania, Holanda, Inglaterra y Suecia**, como emisores más consolidados, que viajan a España para realizarse principalmente tratamientos de cirugía estética y plástica.
 - Los procedimientos médicos más demandados por estos turistas son, y en este orden: aumento de pecho, abdominoplastia, liposucción y tratamientos faciales.
 - El periodo medio de hospitalización para este tipo de tratamientos es de una noche, pero se trata de turistas que se quedan en el destino una media de 10 días. Generalmente, se quedan alojados en el mismo hotel con el que el hospital o clínica tiene el acuerdo. En este sentido, algunos agentes echan en falta que las terapias complementarias sean incluidas en los paquetes de manera que esta estancia media de 10 días, (ligeramente superior a la de un Turista que no viaja por salud), sea optimizada con el uso de otras terapias y rehabilitaciones. “Lo ideal es que la persona se marchase a su país habiéndose realizado el tratamiento completo aquí en España”.
 - Son turistas de clase media-alta que escogen España por los siguientes motivos:
 - El precio de los tratamientos es ligeramente inferior que en sus países de origen.
 - El precio de los viajes, en ocasiones es menor que el desplazamiento hacia países competidores.
 - La calidad percibida en el sistema de Salud Español.
 - **Rusia y Países Árabes**, como emisores emergentes del mercado Español:
 - Países Árabes: Perfil clase alta que viaja a la costa del sol.
 - Rusos: Perfil de clase alta que viajan a Costa del Sol, Barcelona, etc.

- También en este caso, los procedimientos más demandados son los de cirugía estética.
- Franceses, ingleses e italianos:
 - Que acuden de manera específica a tratamientos de fertilidad o reproducción asistida.
 - Uno de los destinos con mayor demanda para estos tratamientos es Barcelona.
 - El promedio de días de estancia en destino es de unos 15 días, pudiendo variar entre 5 y 30 en función del tratamiento.
 - Se trata de pacientes de clase media que acuden a España por la no disponibilidad del tratamiento en país de origen.

Tabla 29. Principales países emisores identificados por los prestadores de servicios españoles. Por tratamientos buscados, motivos de la elección, perfil de cliente

Países emisores	Tratamientos prioritarios	Motivos de elección del destino	Perfil cliente
Alemania, Holanda, Reino Unido y Suiza	Aumento de pecho, abdominoplastia, liposucción y tratamientos faciales Cirugías electivas: cardiología, obesidad, otros	Precio tratamiento menor que país de procedencia; precio viaje menor en comparación con países competidores; precio El precio de los viajes, en ocasiones es menor que el desplazamiento hacia países competidores; calidad percibida de la sanidad	Clase media-alta
Rusia y Países Árabes	Cirugía estética, Wellness	Buscan una combinación de turismo y salud . Técnicas no disponibles en sus países de origen y conocimiento del destino España	Clase alta
Francia, Reino Unido, Italia	Reproducción asistida	Técnicas no disponibles en su país de origen	Clase media

Fuente: Encuesta Turisalud AUREN.

Demanda de balnearios y spas

La demanda de los Balnearios si se ha contabilizado en España. El volumen de negocio de las 115 estaciones termales nacionales se situó en 250 millones de euros en 2011, según datos de la consultora DBK. Además, los otros establecimientos orientados al turismo de salud y bienestar, incluyendo hoteles con spa, centros especializados en salud y bienestar, y centros de talasoterapia, facturaron un total de 3.250 millones de euros en 2011.

También cabe destacar que en los últimos tres años un total de 120.000 *seniors* europeos de 16 nacionalidades distintas disfrutaron de los destinos españoles gracias al *Programa de Turismo Social Europeo*.

Los principales países emisores para España son:

- Alemania. Primer mercado emisor. Son los consumidores que más viajan al extranjero para realizar estancias turísticas de salud. Destinos: Alemania y países vecinos (Austria, Suiza, Hungría y República Checa) y España (atraídos por spa y talasoterapia de Islas Baleares y Canarias).
- Reino Unido. Cuentan con gran oferta en su país. Destinos: viajan principalmente a Portugal, España, Grecia, Turquía, Hungría (balnearios) y el Caribe (alojamientos con spa).
- Francia. Destinos: Principalmente Francia y España (turismo de proximidad hacia Cataluña), Túnez, Marruecos y el Caribe francés.

• Austria. Destinos: Permanecen en su país y visitan los países vecinos: Hungría, República Checa, Italia, Suiza (austriacos) y Austria (suizos). No existen barreras idiomáticas para estos mercados.

• Resto de Europa. Destinos: consumen el turismo de salud sólo en su propio país. Este también es el caso de España.

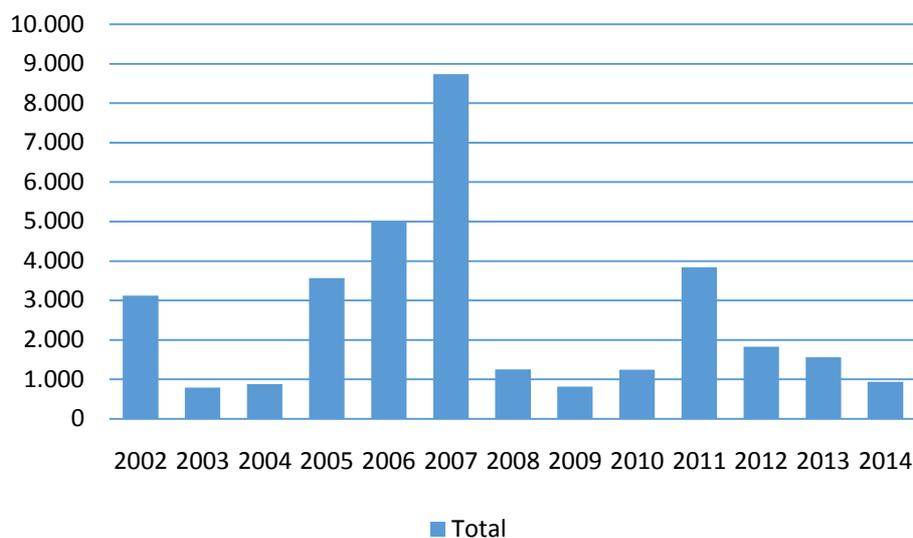
• Rusia. Mercado emergente, muy interesado en la cultura del bienestar.

5.7. ANÁLISIS DE LOS TURISTAS DE SALUD DEL REINO UNIDO QUE LLEGAN A ESPAÑA

En este apartado nos centraremos en conocer concretamente el perfil de turista de salud procedente del Reino Unido que elige como destino España.

Tabla 30. Turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido por años

Años	Total
2002	3.126
2003	795
2004	885
2005	3.567
2006	5.016
2007	8.737
2008	1.256
2009	816
2010	1.245
2011	3.841
2012	1.830
2013	1.561
2014	935

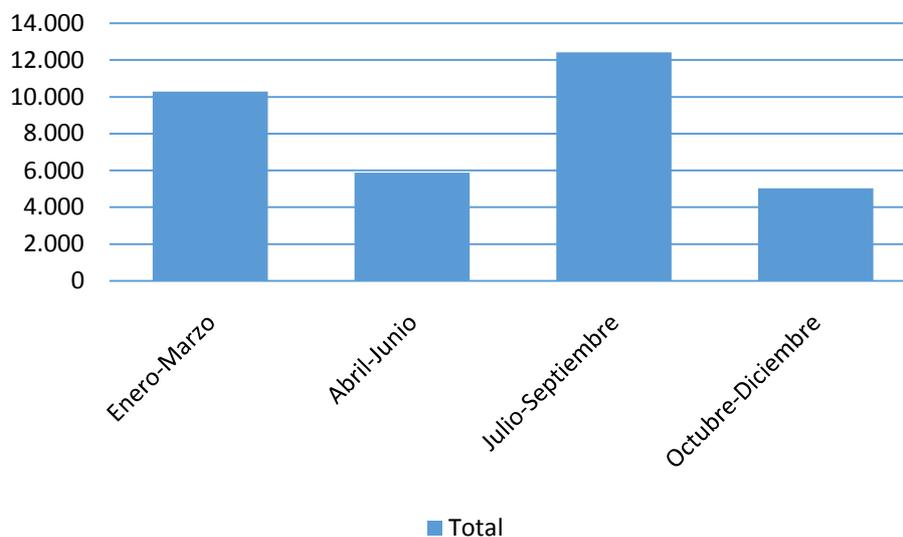
Gráfico 31. Turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido por años

El volumen total registrado de llegadas a España desde el Reino Unido para la serie analizada 2000-2014 ha sido de 33.610 personas. Para los años 2000 y 2001 no han existido desplazamientos registrados por la IPS hacia España. El mejor año ha sido el 2007 con 8.737 de visitas, seguidas del año 2006 con 5.016 y 2011 con 3.841. a lo largo de la serie han existido altibajos, aunque desde 2011 se aprecia un descenso que va de los 3.841 registrados en ese año hasta los 935 de 2014.

Por trimestres:

Tabla 31. Turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido por trimestres

Trimestres	Total
Enero-Marzo	10.281
Abril-Junio	5.873
Julio-Septiembre	12.419
Octubre-Diciembre	5.037

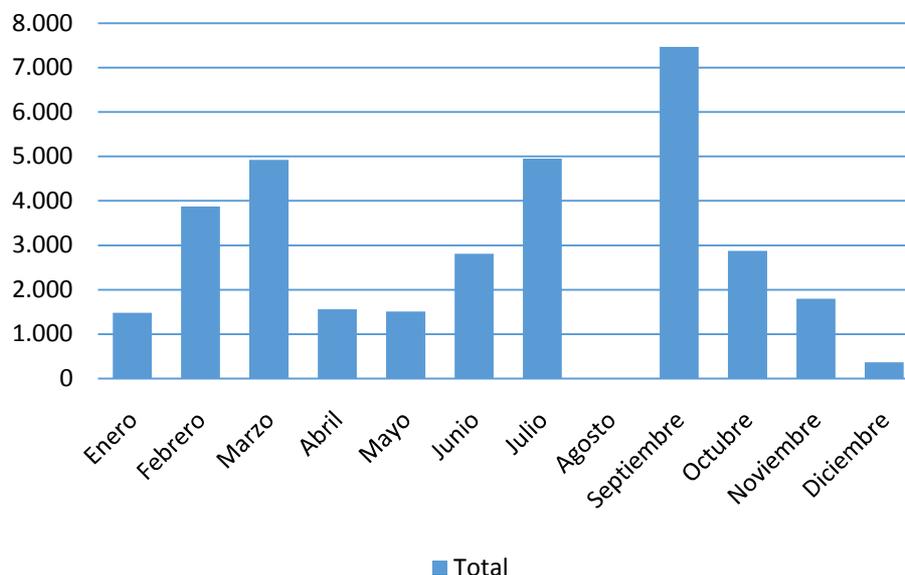
Gráfico 32. Turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido por trimestres

Los mejores registros de turistas se concentran en el trimestre de julio a septiembre con 12.419, seguidos del primer trimestre con 10.281. El peor trimestre es el de octubre-diciembre con 5.037.

Por meses:

Tabla 32. Turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido por meses

Meses	Total
Enero	1.480
Febrero	3.875
Marzo	4.926
Abril	1.559
Mayo	1.507
Junio	2.807
Julio	4.951
Agosto	0
Septiembre	7.468
Octubre	2.874
Noviembre	1.799
Diciembre	364

Gráfico 33. Turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido por meses

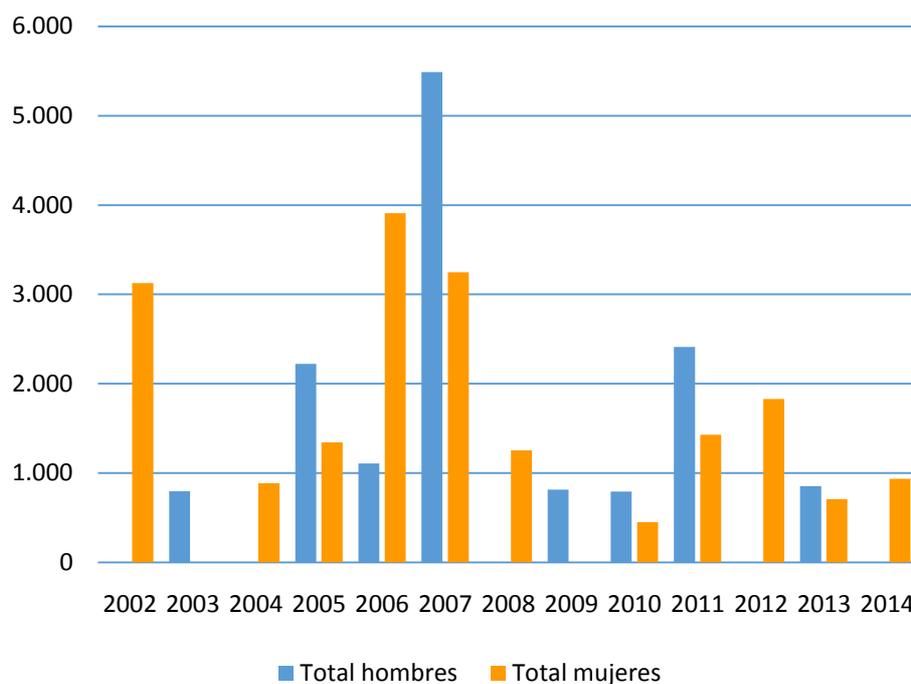
Por meses, el que mejores registros ha tenido ha sido septiembre con 7.468, a pesar de que en agosto no han existido registros, seguido de julio con 4.951 y marzo con 4.926. Estos datos son los que hacen que los mejores trimestres sean el tercero y primero del año.

Por sexo:

Tabla 33. Turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido por sexo

Años	Total hombres	Total mujeres
2002	0	3.126
2003	795	0
2004	0	885
2005	2.223	1.344
2006	1.107	3.909
2007	5.489	3.248
2008	0	1.256
2009	816	0
2010	793	451
2011	2.412	1.429
2012	0	1.830

2013	853	708
2014	0	935

Gráfico 34. Turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido por sexo

Los datos registrados a lo largo de la serie nos informan de que las llegadas a España han sido predominantemente femeninas con 19.122 registros frente a 14.488 de hombres. Para el año 2006 las mujeres han sido superiores a los hombres, incluso para los años 2002, 2004, 2008, 2012 y 2014 sólo hay registros para ellas. Y para los hombres 2005, 2007, 2010, 2011 y 2013 han sido superiores a las mujeres, incluido el año 2003 y 2009 para que los que sólo hay datos de hombres. Curiosamente el mayor dato de la serie es para los hombres en el año 2007 con 5.489, seguido de 3.909 para las mujeres en 2006.

Destacar que todos los desplazamientos realizados desde el Reino Unido hacia España han sido por aire.

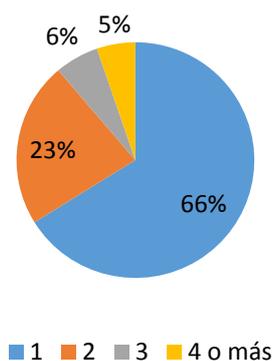
Por número de viajeros:

Tabla 34. Número de viajeros en las entradas turistas de salud del RU a España

Número de viajeros	% Número de viajeros
1	66
2	23
3	6
4 o más	5

Gráfico 35. Número de viajeros en las entradas turistas de salud del RU a España

% Número de viajeros



Coincidiendo con la tónica general de las entradas y salidas que hemos estudiados, también las llegadas a España son eminentemente individuales con un 66%, seguidas de en pareja con un 23%.

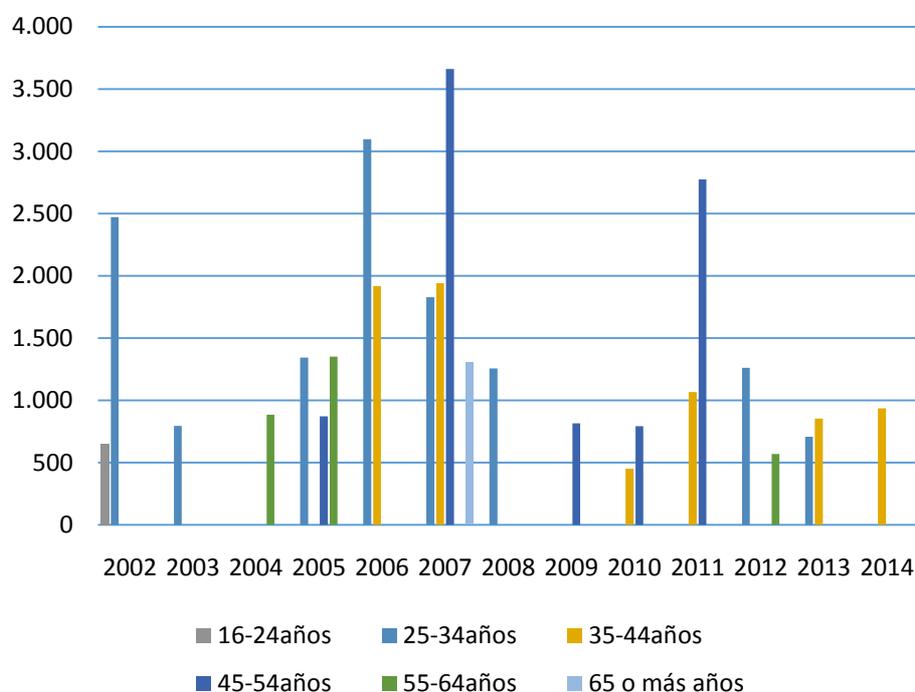
Por edades:

Tabla 35. Turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido por edades

Años	16-24años	25-34años	35-44años	45-54años	55-64años	65 o más años
2002	654	2.472	0	0	0	0
2003	0	795	0	0	0	0
2004	0	0	0	0	885	0
2005	0	1.344	0	871	1.352	0
2006	0	3.097	1.919	0	0	0

2007	0	1.827	1.942	3.662	0	1.306
2008	0	1.256	0	0	0	0
2009	0	0	0	816	0	0
2010	0	0	451	793	0	0
2011	0	0	1.066	2.775	0	0
2012	0	1.261	0	0	569	0
2013	0	708	853	0	0	0
2014	0	0	935	0	0	0

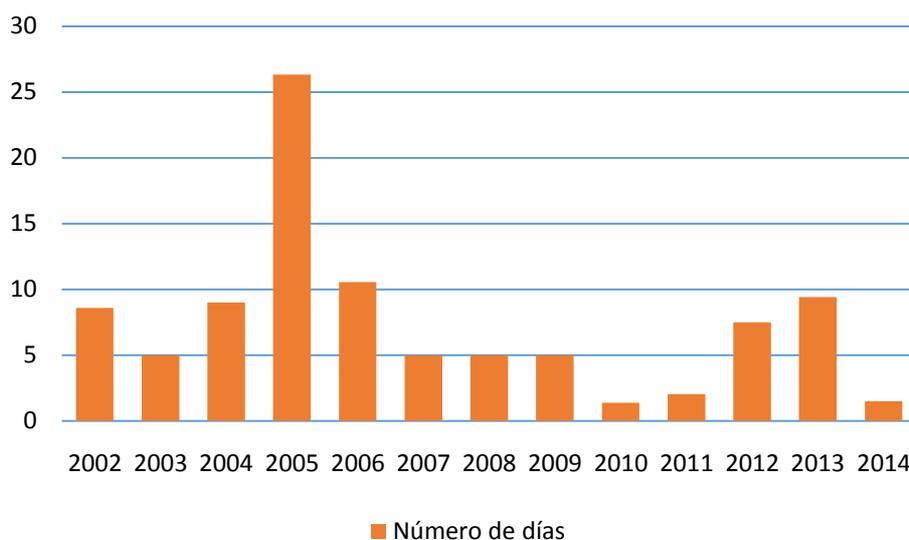
Gráfico 36. Turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido por edades



Por edades, también coincidiendo con los datos analizados para todas las salidas y entradas del Reino Unido, el grupo de edad con mayores desplazamientos ha sido el de 25 a 34 años con 12.760, seguidos del grupo de 45 a 54 con 8.917 y 35 a 44 con 7.166. Estos dos últimos grupos tienen el orden contrario en el análisis global de entradas y salidas. El punto máximo lo encontramos en el año 2007 con 3.662 para el grupo 45 a 54, seguido del 2006 con 3.097 para el grupo 25 a 34 y 2011 con 2.775 para el grupo 45 a 54.

Estancia media:**Tabla 36.** Estancia media de los turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido

Años	Número de días
2002	9
2003	5
2004	9
2005	26
2006	11
2007	5
2008	5
2009	5
2010	1
2011	2
2012	7
2013	9
2014	2

Gráfico 37. Estancia media de los turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido

La estancia media de la serie es de 8 días, alejada de la estancia media de las entradas y salidas de todos los desplazamientos del Reino Unido que eran 17 y 20 respectivamente. Los años con mayores estancias con 2005 con 26, 2006 con 11 y 2002,2004 y 2013 con 9 días.

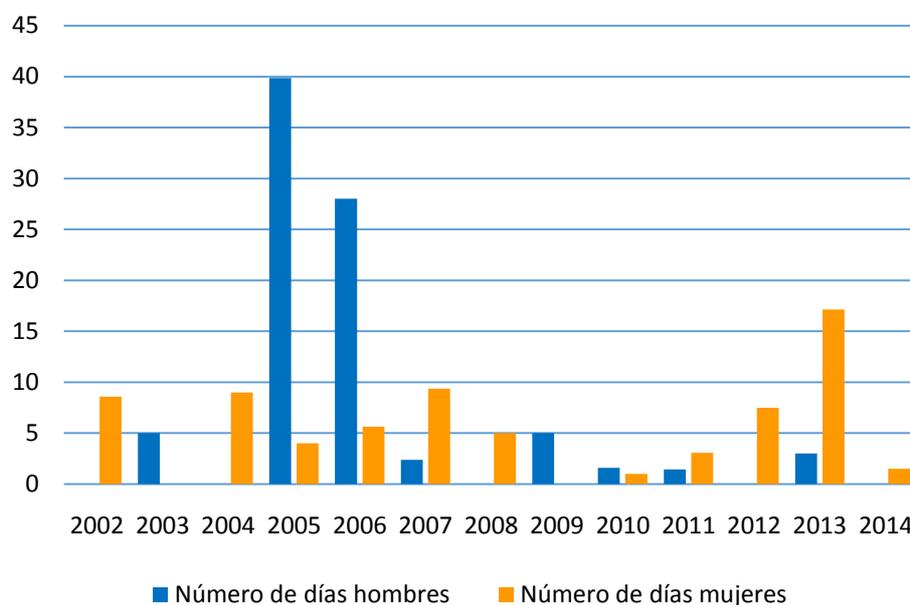
Estancia media por sexo:

Tabla 37. Estancia media de los turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido por sexo

Años	Número de días hombres	Número de días mujeres
2002	0	9
2003	5	0
2004	0	9
2005	40	4
2006	28	6
2007	2	9
2008	0	5
2009	5	0
2010	2	1
2011	1	3
2012	0	7
2013	3	17
2014	0	2

Gráfico 38. Estancia media de los turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido por sexo

Unido por sexo



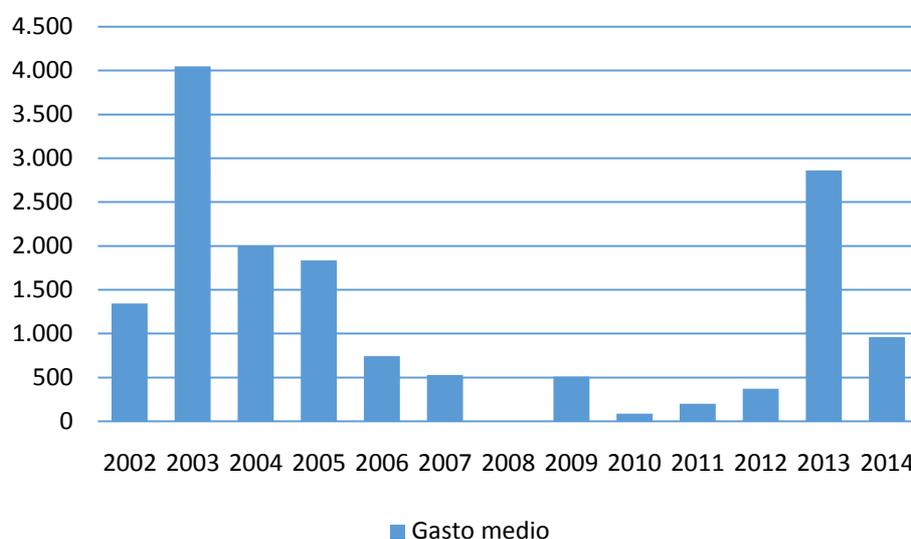
La estancia media para los hombres es de 10 días y para las mujeres 7 días, este dato coincide con los datos de las salidas totales del Reino Unido, en el que las estancias de los hombres por término medio son mayores que las de las mujeres, aunque éstas eran 21 frente a 19 días. Los máximos de la serie son en 2005 y 2006 con 40 y 28 días para los hombres y en 2013 con 17 días para las mujeres.

Gasto medio:**Tabla 38.** Gasto medio individual de los turistas médicos del RU en España

Años	Gasto medio
2002	1.344
2003	4.050
2004	2.000
2005	1.836
2006	741
2007	527

2008	0
2009	509
2010	86
2011	202
2012	373
2013	2.861
2014	963

Gráfico 39. Gasto medio individual de los turistas médicos del RU en España

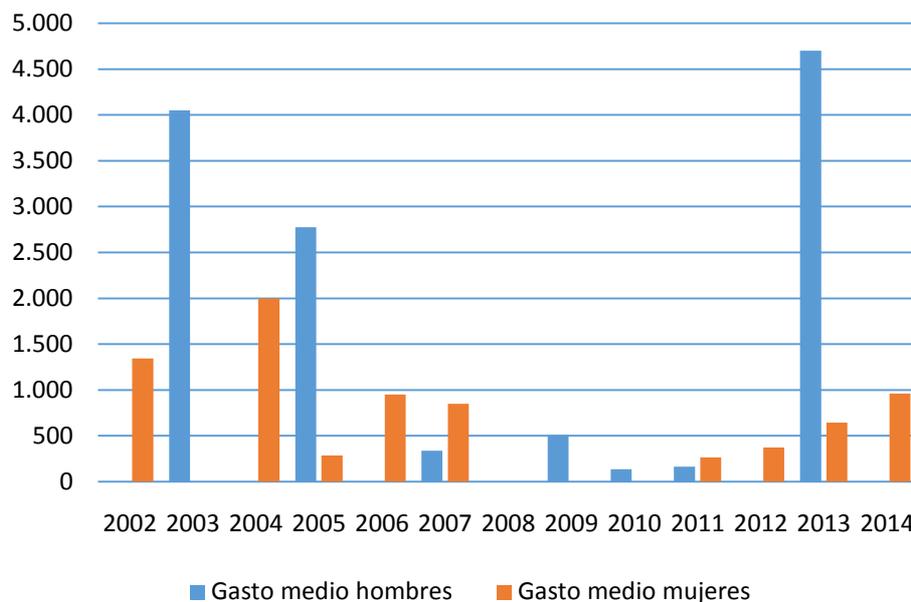


El gasto medio ha tenido una evolución decreciente desde el 2003 a 2008, pasando desde 4.050 euros (máximo de la serie) hasta alcanzar 0. Desde el 2010 a 2013 la evolución es creciente pasando de 86 a 2.861 euros. En 2014 los registros vuelven a bajar hasta los 963 euros.

En 2008 el gasto realizado es de 0 euros, aunque sí que han existido desplazamientos, concretamente para el grupo de edad de 24 a 34 años y el sexo femenino con 1.256 personas, esto apunta a que tal vez estos desplazamientos hayan sido revisiones de tratamientos que no hayan producido ningún gasto.

Gasto medio por sexo:**Tabla 39.** Gasto medio individual de los turistas médicos del RU en España por sexo

Años	Gasto medio hombres	Gasto medio mujeres
2002	0	1.344
2003	4.050	0
2004	0	2.000
2005	2.774	285
2006	0	951
2007	336	850
2008	0	0
2009	509	0
2010	134	0
2011	164	265
2012	0	373
2013	4.700	646
2014	0	963

Gráfico 40. Gasto medio individual de los turistas médicos del RU en España por sexo

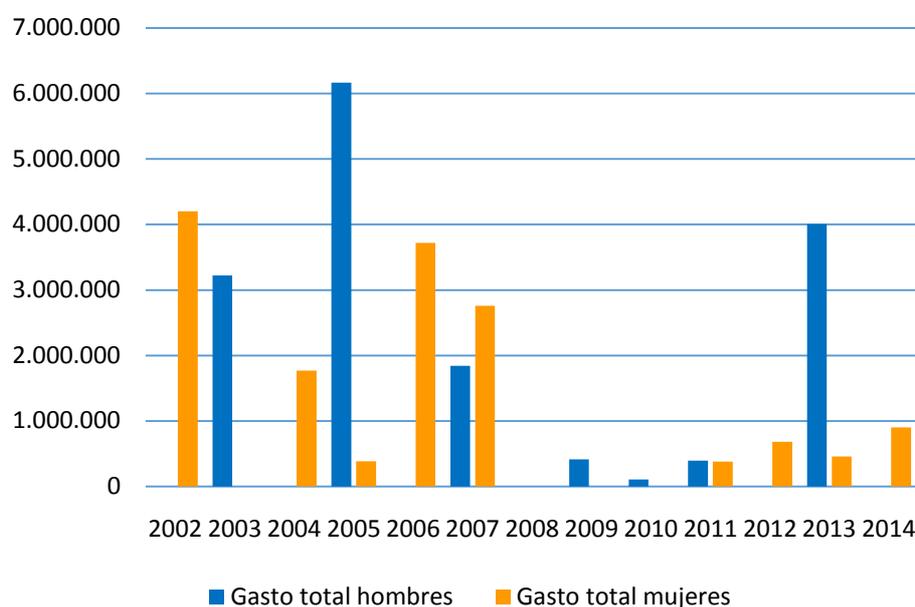
A lo largo de la serie el gasto medio de los hombres ha sido superior al de las mujeres, 1.115 frente a 798. Los máximos de la serie son para el colectivo de los hombres con

4.700 euros para el año 2013, 4.050 para el 2003 y 2.771 en 2005. Por tanto los hombres realizan un mayor gasto en sus visitas a España por motivos de salud que las mujeres, a pesar de que los desplazamientos de las mujeres son superiores.

Gasto total por sexo:

Tabla 40. Gasto total de los turistas médicos del RU en España por sexo

Años	Gasto total hombres	Gasto total mujeres
2002	0	4.202.397
2003	3.220.321	0
2004	0	1.769.942
2005	6.165.774	383.044
2006	0	3.718.927
2007	1.844.944	2.760.867
2008	0	0
2009	415.521	0
2010	106.639	0
2011	396.506	379.433
2012	0	682.560
2013	4.008.527	457.393
2014	0	900.325

Gráfico 41. Gasto total de los turistas médicos del RU en España por sexo

El gasto total de hombres es superior al gasto total de las mujeres en el periodo analizado, 16.158.232 euros frente a 15.254.887 euros. Los máximos de la serie son en 2005 para los hombres con 6.165.774, seguidos del 2002 con 4.202.397 para las mujeres y 2013 con 4.008.527 para los hombres.

Podemos decir que el mayor gasto individual de los hombres no ha sido compensado con el mayor volumen de mujeres que se desplaza hacia España para recibir tratamiento médico.

Conclusiones- resumen panorama turistas de salud del Reino Unida en España:

El mejor año en volumen de visitas ha sido 2007 con 8.737 entradas. Dentro de la serie el mejor trimestre ha sido el tercero (julio a septiembre) con un volumen de 12.419 y el mes con superiores entradas el de septiembre con 7.468. Las mujeres que se han desplazado por motivos de salud han sido superiores a los hombres, 19.122 frente a 14.488. Los viajes han sido principalmente individuales con un 66%, seguidos de en

pareja con un 23%. El tramo de edad con mayores registros el de 25 a 34 años con 12.760, seguidos del tramo 45 a 54 con 8.917. La estancia media de la serie 8 días en términos generales y de 10 días en hombres y 7 en mujeres. El gasto medio es mayor para los hombres que para las mujeres con 1.115 euros frente a 798 euros. El gasto total también es mayor para los hombres que las mujeres con 16.158.232 y 15.254.887 respectivamente.

Aunque las mujeres superan el volumen de desplazamientos, los hombres están dispuestos a quedarse más tiempo y gastarse más dinero en sus estancias.

Las distintas políticas pueden ir orientadas en reforzar este colectivo de hombres comprendido en edades de entre 25 a 54 años, o bien en aumentar el número de mujeres. Tal vez estaríamos hablando de diferentes tratamientos y estrategias, es decir, para el colectivo de los hombres que se gastan más dinero buscan la calidad de las intervenciones y metodologías más innovadoras con el consecuente gasto superior; sin embargo para las mujeres el precio puede ser el principal motivo de que viajen a nuestro país.

Al grupo de los hombres hay que hacerle llegar la información sobre las nuevas técnicas quirúrgicas, innovadoras que se desarrollan en nuestro país y al grupo de las mujeres hay que captarlas por el precio principalmente. Esto no quita que se busquen unos estándares de calidad y seguridad en los tratamientos.

6. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Tras el estudio pormenorizado del comportamiento del turista de salud en la serie temporal 2000-2014, podemos concluir que las entradas de turistas de salud del Reino

Unido han sido superiores a las salidas. Representando las entradas un 52% frente al 48% de las salidas del volumen total de desplazamientos por motivo de salud. La evolución en los dos casos ha sido creciente.

En las salidas se ha pasado de 13.228 en 2000 a 48.190 en 2014, y en las entradas se ha pasado de 34.452 en 2000 a 56.322 en 2014. Aunque el trimestre con mayor volumen de desplazamientos ha sido el de octubre a diciembre, el mes que más desplazamientos ha registrado ha sido el de mayo con un total de 156.500. El trimestre con mayores salidas es de abril a junio con 212.558 y el de mayores entradas el de octubre a diciembre. El mes con mayores salidas ha sido noviembre y el de menores agosto con 37.435. El mes con mayores entradas también ha sido noviembre y el de menores abril.

Del total de las salidas los hombres han realizado 327.240 y las mujeres 405.759. De las entradas, 428.080 han sido de los hombres y 372.926 han sido de mujeres. Por tanto, **predominio femenino en las salidas y masculino en las entradas.**

Por sexo, los que mayor número de desplazamientos han realizado son las mujeres con un total de 779.525 frente a los 755.319 de los hombres. **Por tanto ellas están más dispuestas a moverse por temas de salud que ellos.**

Por tramos de edad, el que mayor número de desplazamientos ha tenido ha sido el de 25 a 34 años con un total de 335.294 seguido del grupo del grupo de 35 a 44 años con 322.224. El tramo de edad con mayores salidas totales coincide con el de 25 a 34 años con 240.181 y el de mayores entradas el de 35 a 44 años con 172.132. **Esto quiere decir que las personas que se encuentran en el tramo de edad entre 25 a 44 años está más dispuesta a desplazarse que el resto.**

La estancia media ha sido mayor en las salidas que en las entradas, de 20 días con respecto a 17 días. En las salidas la estancia media de los hombres del periodo es de 21 días frente a los 19 días de las mujeres, y en las entradas también la estancia media de los hombres es de 19 frente a 15 de las mujeres. **Por tanto las estancias de los hombres son más prolongadas que las de las mujeres.**

Respecto al número de personas que viaja para recibir estos tratamientos, la mayoría lo hace de forma individual. En las salidas, el viaje individual representa un 63% seguido del de dos personas que es de un 26%; y en las entradas el 53% lo hacen de forma individual y el 26% dos personas.

Por esta característica podríamos decir que la persona que va o viene a recibir tratamiento médico parece ir con ese objetivo y no con el de disfrutar de una oferta complementaria turística como es el sistema que se está intentando implantar. Tal vez porque esta nueva filosofía esté calando poco a poco en la población.

El gasto medio en las entradas es superior al de las salidas, 2.005 euros frente a 1.115 euros. El gasto en las salidas ha mantenido una tendencia más estable en las salidas que en las entradas. En las salidas el mayor gasto es efectuado por el colectivo de las mujeres con 1.161 euros frente a los 1.059 euros de los hombres. Y en las entradas el mayor gasto efectuado es por las mujeres con 2.036 euros frente a los 1.970 euros de los hombres. Comparativamente el gasto en las entradas es superior al de las salidas. La diferencia entre las salidas y entradas es de 890 euros por individuo de media, es decir, **existe una entrada de capitales superior a las salidas.**

Este hecho tal vez requiera de **un nuevo planteamiento de este tipo de turismo** por las autoridades de los países extranjeros que quieren promover esta industria,

dirigidas a aumentar el número de visitas por motivos médicos a sus países y a realizar un gasto mayor.

Respecto a la nacionalidad, entre las preferencias de los países destino se encuentran: Polonia, Francia, India, Hungría, y, dentro de los diez primeros, se encuentran Bélgica y España. Las nacionalidades de los turistas que buscan el Reino Unido como destino para sus tratamientos médicos son: franceses, irlandeses y españoles; Oriente Medio con un número también muy significativo (principalmente Emiratos Árabes y Kuwait), griegos y chipriotas con un rápido aumento y destaca Nigeria con un flujo evidente.

Resultados e hipótesis planteadas

A continuación vemos si se cumplen las hipótesis planteadas:

✓ Para el primer objetivo: 1) Conocer el volumen de turistas que han salido y entrado al Reino Unido durante los años 2000 a 2014 para recibir tratamiento médico, se proponía la siguiente hipótesis:

Hipótesis I: ¿Existe una relación positiva y creciente entre las entradas y salidas producidas a lo largo de la serie temporal 2000-2014? Efectivamente existe una evolución creciente en el volumen de entradas y salidas de turistas en el periodo estudiado.

✓ Para el segundo objetivo: 2) Analizar el tipo de turista que ha salido y entrado al Reino Unido por edad, sexo, nacionalidad durante los años 2000 a 2014 con el objetivo de recibir tratamiento médico, se proponen las siguientes hipótesis:

Hipótesis II: ¿El mayor o menor volumen de salidas/entradas depende del sexo de la persona que realiza el desplazamiento? Los datos evidencian que las mujeres son las que realizan más salidas y los hombres más entradas en el Reino Unido.

Hipótesis III: ¿La edad condiciona a la hora de realizar un desplazamiento por motivos médicos? Ciertamente el rango de edad que efectúa más desplazamientos es: en las salidas el de 25 a 34 años y en las entradas el de 35 a 44 años.

Hipótesis IV: ¿Los países nuevos en el sector del turismo médico (por ejemplo India,...) son líderes en el sector (en volumen de visitas)? podemos decir que, sin ser líderes en el sector, están muy bien posicionados y su volumen de visitas va en aumento. India concretamente se encuentra en la tercera posición en volumen de salidas.

✓ Para el tercer objetivo: 3) Examinar la forma en la que se realiza el turismo de salud durante 2000 a 2014. Es decir, la duración de la estancia, si es un viaje individual o en grupo, se proponen las siguientes hipótesis:

Hipótesis V: ¿Influye el sexo en la duración de la estancia? los datos apuntan a que tanto en las entradas como en las salidas los hombres tienen una estancia más prolongada que las mujeres

✓ Para el tercer objetivo: 4) Cuantificar el gasto que realizan los turistas de la salud en el periodo de 2000 a 2014, se proponen la siguiente hipótesis:

Hipótesis VI: ¿Condiciona el sexo en el gasto realizado en los viajes de salud? Sí, para las salidas el gasto medio de las mujeres es superior al de los hombres y para las entradas el gasto de los hombres es superior al de las mujeres.

7. CONCLUSIONES E IDEAS

Auge del turismo médico e información disponible

El auge del turismo médico ha sido como resultado de cambios asociados a la globalización, que han visto la aparición de una infraestructura global, incluyendo vuelos más barato y una mayor comunicación a través de internet, permitiendo a los proveedores de un país a comercializar con los consumidores en otro, y mayores requisitos para los gastos fuera de su bolsillo de la asistencia sanitaria en muchos países (Noree, T. et al, 2014).

Muchos autores coinciden en que, a pesar de la evidencia incidental de casos individuales y una creciente literatura sobre el tema, poco se sabe sobre el volumen, características y motivación de los turistas médicos, lo que limita la comprensión de los efectos sobre los sistemas de salud y los pacientes, además la información sobre los efectos de ese tipo de viajes en las personas y los sistemas de salud receptores sigue siendo limitada (Noree, T. et al 2014). Hanefeld, J. et al (2013b) señala que hay poca información del tamaño real, el alcance y efecto de pacientes del Reino Unido de entrada y salida. Gómez Muñoz, B. (2013) hace referencia al documento Equality Analysis (Análisis de la Igualdad de la Directiva europea 2011/24/EU), que forma parte de la consulta que se está llevando a cabo en el Reino Unido sobre la Directiva Europea de Asistencia Sanitaria, que hace hincapié en la escasez de datos que existen sobre el

sector en Europa, desconociéndose tanto el número como el tipo de paciente que viaja al extranjero para recibir tratamiento

Noree, T., et al (2014) hacen referencia a la necesidad de mejores datos para entender completamente los viajes médicos del Reino Unido y su probable impacto en los pacientes y el NHS (Sistema Nacional de Salud). A pesar de que Gómez Muñoz, B. (2013) indica que según estimaciones del National Health Service (NHS), las cifras del turismo médico público son en la actualidad bajas y no se espera que aumenten en gran medida en un futuro próximo, los hallazgos en el estudio de Noree, T (2014) sugieren que los datos actuales pueden subestimar el número de pasajeros del Reino Unido que viajan al extranjero para recibir tratamiento.

La industria del turismo médico comercializa cómo ofrecer una experiencia vital, pero agradable, sin embargo, muchos pacientes cruzan las fronteras para recibir atención médica de mala gana, de necesidad, la desesperación y la frustración, sin pensar en el turismo (Connell, J. 2015).

Tipos de turismo, motivaciones y cambios en patrones

Según Gómez Muñoz, B. (2013), el sector de turismo sanitario se puede dividir en dos segmentos principales: el público, las personas que viajan financiadas por el organismo de sanidad estatal del país donde residen, en el caso de Inglaterra el NHS England; y el privado, financiado por el individuo que se desplaza. En muchos casos los ciudadanos del Reino Unido eligen a autofinanciar su propio tratamiento en el extranjero y viajar a menudo a las áreas menos desarrolladas económicamente del mundo (Carrera 2006; Ehrbeck *et al.* 2008).

El patrón global de movimiento del paciente desde la década de 1990 se ha alejado de las personas que viajan desde los países de bajos ingresos para acceder a la asistencia sanitaria con mejores recursos e instalaciones en los países de ingresos más altos hacia los pacientes que viajan desde los países con altos ingresos, incluyendo el Reino Unido, a los de bajos y medios ingresos, a menudo para evitar largas listas de espera para recibir tratamiento en su propio país y para aprovechar una atención de salud más barata (Whittaker 2008; Cooks *et al.* 2010).

Incluso los viajeros de cirugía estética pueden no ser ricos, pero tienen ingresos modestos y son sensibles a los precios (Holliday *et al.*, 2015). Cultura, costo y calidad son importantes para cada viajero médico (Connell, J., 2015)

Una atracción clave para las personas del Reino Unido que buscan atención de salud en el extranjero es la creciente disponibilidad de la atención médica de bajo coste y después de los servicios de atención. Algunos pacientes también son susceptibles de ser atraídos por la privacidad y confidencialidad conferida por destinos lejanos Lunt, N.T. *et al* (2012). Otros pueden ser atraídos por la disponibilidad de una variedad más amplia de alternativas holísticas y enfoques complementarios de servicios de medicina y de la salud previstas en algunos países (por ejemplo, las ciudades de spa) (Gesler 1992).

La mezcla de pacientes, aquellos que viajan en condiciones más graves, así como aquellos que buscan sólo los tipos de tratamiento más pequeños, sugiere que los turistas médicos son un grupo heterogéneo (Noree, T., *et al* 2014). Estos autores en su estudio de la IPS también indican que la mayoría de los turistas médicos del Reino Unido son mujeres y que en la última década el mayor porcentaje de los viajeros de haber estado

en el grupo de edad de 25- 34 años de edad, **coincidiendo con los resultados obtenidos en nuestra investigación.**

Crecimiento del sector

El crecimiento en la atención sanitaria transnacional ejemplifica una industria que se privatiza cada vez más competitivo y orientado al consumidor. El éxito en un escenario altamente competitivo requiere estabilidad, inversión, una imagen positiva e identidad e difícil de crear en un mercado volátil (Connell, J., 2015)

Calidad y riesgo

Siguiendo a Noree, T., et al (2014), aunque es evidente que un gran número de pacientes simplemente viaja para procedimientos pequeños y la cirugía estética en particular, un pequeño número de pacientes mayores realiza viajes de cirugía ortopédica más complejos. Esta evidencia proporciona un punto de entrada a la necesidad de información sobre la seguridad y el riesgo para los ciudadanos del Reino Unido. Los formuladores de políticas en el Reino Unido deben considerar cuidadosamente cómo llegar a los diferentes grupos de pacientes del Reino Unido para salvaguardarlos cuando viajan, incluso en términos de la información adecuada sobre la calidad y el riesgo.

Ahora los médicos ya no ven a los pacientes como " suyos "en el sentido de que se siente un la responsabilidad por el bienestar de un paciente '(Pellegrino, 1999: 253).

Se estima que las tasas de error clínicos es mucho más alta en los países en desarrollo (Laing *et al.*, 2001; Zaidi *et al.* 2,005). Esto ha dado lugar a una mayor regulación, inspección y acreditación de los proveedores de atención médica para asegurar la alta calidad y una atención segura en la mayoría de los sistemas de salud

desarrollados (Power, 1997). Sin embargo, hay poca información respecto a la calidad y seguridad de la atención proporcionada por muchos de los destinos visitados por los turistas médicos del Reino Unido. Hay una cierta evidencia que sugiere que la mala calidad en la atención de los pacientes del Reino Unido en el extranjero puede aumentar el uso de los servicios del NHS. En algunos casos, turistas médicos del Reino Unido posteriormente han sido tratados por el NHS por complicaciones derivadas de la mala atención recibida en el extranjero (Jeevan y Armstrong A., 2008; Birch *et al.* 2007).

Poco se sabe sobre el impacto del tratamiento autofinanciado en el extranjero: las tasas de readmisión del NHS, los patrones de morbilidad y mortalidad de los pacientes (Green, 2009); los datos son escasos. Los pacientes también generalmente carecen de los conocimientos técnicos para evaluar la calidad y la adecuación de la atención y no pueden luchar con un idioma extranjero o navegar por un sistema de salud diferente (Legido-Quigley *et al.* 2008). En muchos casos, la principal fuente de información sobre la calidad es proporcionada por un sitio web creado por organizaciones intermediarias (Lunt *et al.* 2010).

La toma de decisiones y la elección no son únicamente una preocupación individual, sino que tienen amplias implicaciones para la política pública. A los efectos de la protección y regulación del consumidor. Por ejemplo, es necesario entender cómo individuos juzgan la información, dado que dicha información puede ser confusa, abrumadora y hasta contradictoria, además, dicha información normalmente promueve los beneficios del tratamiento en el extranjero, mientras que resta importancia a los riesgos asociados (Mason y Wright 2011).

Tipo de procedimientos buscados por los residentes en el Reino Unido

El viaje puede ser para tratamientos especializados contra el cáncer, la cirugía reconstructiva, enfermedad cardiovascular y el trasplante de órganos, o para los procedimientos no disponibles en los países de origen (Crush y Chikanda, 2015), así como para las necesidades básicas, chequeos y procedimientos dentales electrónicos que son mucho más mundanos (y con menos preocupación por la calidad, las diferencias culturales y lo incierto de los procedimientos). La odontología y el Wellness sin son a menudo ignorados como procedimiento médico. No existe una definición única y simple del turista médico internacional (Connell, J. ,2015).

Algunos viajeros médicos están pasando de los países donde ciertos procedimientos son imposibles, incluso ilegales, por lo que tratan de evadir leyes y reglamentos, especialmente los relacionados con el aborto, la infertilidad y subrogación, y para evitar el vacío legal ausente por grupos minoritarios tales como lesbianas (Lozanski, 2015;. van Hoof et al, 2015). Tales movimientos constituyen el "turismo elusión", ya que los pacientes viajan al extranjero para los servicios que son legales en el país de destino pero ilegal en el país de origen del paciente (Cohen, 2011).

Por tanto, el turismo médico se extiende por toda la gama de especialidades médicas, pero habitualmente incluye cirugía estética y procedimientos dentales, cirugía ortopédica, cirugía cardíaca, técnicas de reproducción asistida y trasplante celular y de órganos (Lunt, N.T. et al 2012)

La mayoría de los turistas médicos del Reino Unido (60%) se realizan procedimientos relativamente pequeños, y electivos, que cuestan menos de 500 USD. Una minoría significativa de pacientes viaja para procedimientos ortopédicos y

cardiorrácicos más graves. Estos residentes mayores del Reino Unido que viajan por complejo procedimientos pueden apuntar a nuevos retos dentro del NHS (Noree, T., et al, 2014).

Principales destinos

Según los datos presentados en el estudio de Gómez Muñoz, B. (2013), los resultados de una encuesta más reciente, de marzo 2012 (Treatment Aboard), mostraron que por países los más visitados por residentes en el Reino Unido fueron: Bélgica y Hungría (16%), seguidos de Polonia (10%), Republica Checa (9%) y Turquía (9%). Por sectores, el 42% se desplazó para someterse a operaciones de cirugía estética, el 32% a tratamiento dental, el 9% a operaciones de obesidad, el 4% a tratamientos de fertilidad y otro 4% para cirugía ortopédica. Según este mismo estudio, Hungría es el destino más popular para tratamiento dental (elegido por el 38%), Bélgica para cirugía estética (18%), Bélgica y la Republica Checa para operaciones de obesidad (50% y 21% respectivamente). Mientras que los líderes en el sector de tratamientos para infertilidad son España, Chipre y la República Checa. El motivo principal por el que los británicos viajan al extranjero para recibir tratamiento médico es que el coste es menor que en su país, junto con las listas de espera en operaciones ortopédicas y de obesidad.

Información: Internet,...facilitadores

Bell, D. et al (2015) afirman que este tipo de viajes médicos serían imposibles sin los recursos electrónicos que proporcionan información en hospitales, clínicas, cirujanos, agentes y comunidades de pacientes-consumidores. Las comunidades de pacientes en línea proporcionan flujos de información y el intercambio de experiencias,

que, si bien no están reconocidas normalmente por el establecimiento médico, son la fuente más confiable y accesible para los futuros viajeros.

Estudios publicados subrayan los papeles de diversas redes, tanto formales como informales, para facilitar las prácticas de salud transnacionales. Arreglos formales como redes particulares a través de los acuerdos bilaterales con los principales actores que operan. Agentes de viajes médicos / facilitadores también tener un papel de redes de gran alcance, en algunos casos que definen las vías por las que se viaja. Pero las redes informales, a menudo basada en el boca a boca y los contextos sociales locales, se muestran igualmente importantes (Bell, D. et al, 2015).

Los corredores o agentes de viajes médico y una serie de sitios web de mercado a elaboran paquetes quirúrgicos a medida adaptados específicamente a las necesidades individuales de los pacientes. Los servicios típicos cubiertos incluyen la reserva de vuelos y hoteles, tratamientos y servicios de recuperación. Algunos corredores también ofrecen exámenes médicos a los pacientes potenciales (Lunt, N.T. et al, 2012). Cormany (2010) argumenta que los procedimientos de turismo médico puede ser segmentado en tres líneas: tratamientos invasivos, incluyendo cosméticos, sin peligro de muerte (de cadera o cirugía de los ojos) y potencialmente mortales (trasplante); de diagnóstico; y estilo de vida que incluye tratamientos de spa y no quirúrgicos y terapias alternativas.

Gómez Muñoz, B. (2013) apunta q en el sector de turismo médico privado en Reino Unido existe la figura del facilitador médico, dedicada a posibilitar el contacto entre los residentes de este país y los centros médicos en el extranjero. Sin embargo, no consta que tengan un papel relevante, siendo en los subsectores de cirugía estética, operaciones de obesidad y en general operaciones electivas, donde tienen más importancia. En cambio, cada vez más los centros/clínicas extranjeros cuentan con algún tipo de representación en el Reino Unido para promocionar y facilitar todo el proceso, sobre

todo en el sector de odontología. Así, en la página web del Medical Travel International Journal se puede consultar una relación de clínicas en el extranjero que ofrecen sus servicios médicos en Reino Unido.

Esta misma autora destaca el caso de la odontología en especial, ya que es una de las especialidades médicas con más desplazamientos, sobre todo para tratamientos más complicados y costosos como coronas, puentes, recubrimientos e implantes. Las empresas extranjeras de odontología ofrecen sus servicios a los pacientes británicos de forma directa por medio de páginas web en inglés y con dominio británico "co.uk". Algunas empresas tienen también un número de teléfono en Reino Unido o/y ofrecen la posibilidad de hacerles consultas mediante chat o skype. La mayoría incluyen información de vuelos, hoteles, alquiler de coches, información sobre la zona donde se encuentran y sobre cualquier otro tema que pueda facilitar la estancia de las personas que vayan a desplazarse para recibir tratamiento dental. A veces las mismas empresas gestionan la estancia de los clientes, desde la reserva de vuelos y hoteles, hasta el transporte del aeropuerto al hotel etc.

Cada vez más, estas clínicas cuentan con una sucursal en Reino Unido, donde se puede ir para una primera consulta; una vez que se informa al cliente del tratamiento que necesita, cuanto le va a costar etc., éste se desplaza a la clínica dental al país extranjero para recibirlo, y posteriormente puede ir a la consulta del Reino Unido para el seguimiento y revisiones. Todo ello hace al paciente sentirse más cómodo y confiado con el proceso, se reduce el número de viajes al extranjero, teniendo que viajar solo cuando se va a recibir la parte más cara del tratamiento, ahorrando así costes en tratamiento, viajes y estancia. Algunas empresas, una vez ha tenido lugar la consulta en la clínica de Reino Unido, ofrecen la posibilidad de recibir el tratamiento tanto en el extranjero como en Reino Unido, pagando tarifas diferentes.

Implicaciones de política de salud

Lunt, N.T. et al (2012) apunta a que el proceso de tratamiento de salud en el extranjero comprende una serie de etapas secuenciales, cada una con amenazas potenciales e implicaciones de riesgo para el sistema de salud financiado con fondos públicos. Hay cinco específicas implicaciones para las políticas de salud.

1. En primer lugar, viajar a un país un clima tropical o subtropical como Tailandia o la India, con diferentes enfermedades, requiere un asesoramiento previo a los viajes, especialmente si el paciente está en una categoría "de riesgo". La reciente introducción de una superbacteria en el Reino Unido desde India relacionada con los tratamientos en el extranjero, incluyendo la cirugía estética, genera importantes problemas de salud pública (Kumarasamy *et al* 2010;. Hall and James 2011).

2. En segundo lugar, existe la preocupación con respecto a la información previa y consentimiento informado. Si los individuos tienen una enfermedad preexistente (por ejemplo, diabetes mellitus, la deficiencia cardiovascular, enfermedad respiratoria) o toma otros medicamentos, tales factores necesitarán ser conocidos por los profesionales de la salud lo antes posible (cf Krishnan *et al.* 2010).

3. En tercer lugar, aproximadamente el 8 por ciento de todos los viajeros a países de bajos ingresos requieren atención médica durante o después de su viaje (Freedman *et al.* 2006). Por lo tanto, los viajeros médicos pueden enfermar, mientras están en el extranjero por razones muy ajenas a la razón principal de su viaje y, alternativamente, pueden desarrollar complicaciones o efectos secundarios relacionados a su tratamiento. La calidad de la atención post-operatoria puede variar dramáticamente dependiendo del centro de atención médica y el país de destino, y puede ser diferente de las normas del NHS (Green, 2009).

4. En cuarto lugar, el viaje a casa desde el país de destino puede ser difícil y doloroso, especialmente después de una cirugía compleja. Se puede desarrollar problemas durante el vuelo de regreso, como la trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar, o incluso un infarto de miocardio (Arya et al. 2002; Handschin et al. 2007).

Finalmente, después de llegar a casa, complicaciones, efectos secundarios y post-operatorios convertirse en la responsabilidad del sistema de atención médica en el país de origen, y los pacientes pueden tener problemas con el acceso de atención médica adecuada si no tienen registros de tratamiento precisos porque la historia, los tratamientos y medicamentos no se conocen plenamente.

Inversión del sector privado

Connell, J. (2015) Mientras que los gobiernos nacionales han promovido el turismo médico, su desarrollo está siempre a cargo del sector privado, que implica la inversión extranjera y cadenas de hospitales globales (Connell, 2014).

Bell, D. et al (2015) plantea una cuestión que toma una dimensión transnacional: ¿Qué significa para la salud pública cuando un nuevo tratamiento no está disponible en el Reino Unido, pero se ofrece en la República Checa? En el sector privado, por su parte, el negocio está en auge.

Flujo de pacientes extranjeros en el Reino Unido

Lunt, N.T. et al (2012) Los proveedores en los mercados internacionales de los pacientes en el Reino Unido son propiedad de empresas matrices en el extranjero, como el Grupo Internacional de HCA (EE.UU.), Ramsay Healthcare (Australia) y la corporación Cinven / Spire (un euro-pea Buyout Firm).

El turismo médico puede proporcionar incentivos y oportunidades para el personal de clínica y auxiliar de los países en desarrollo para volver a casa. Esto tendría el efecto de invertir la fuga de cerebros de los médicos y de los profesionales de la salud calificados para el Reino Unido y otros países desarrollados. Aunque en la actualidad, existe poca evidencia sobre el impacto del turismo médico en el mercado internacional de profesionales de la salud. Del mismo modo, ha habido preocupaciones planteadas sobre la posibilidad de inducir una fuga interna de cerebros en los países menos desarrollados, hacia proveedores privados para tratar a pacientes internacionales y estimular el abandono de profesionales de la salud del sistema de salud pública para perseguir mejores salarios y oportunidades de trabajo en el sector privado. Como Botten *et al.* (2004) apunta a que una actividad más alta en el sector privado (suponiendo un mercado laboral rígido) tendrá un impacto en la actividad del sector público a pesar de que las listas de espera puedan reducirse en el sector público.

Lunt, N.T. *et al.* (2012) Los centros son gestionados de forma privada y construidos junto a los hospitales privados regionales - aunque una aspiración futuro es la creación de centros dentro de los hospitales del NHS

Flujo de salida de pacientes del Reino Unido a los proveedores extranjeros

Lunt, N.T. *et al.* (2012) señala que los costos de rectificar los problemas causados por el mal tratamiento en el extranjero pueden recaer en el NHS. Este mismo autor dice que si la elegibilidad para servicios tales como la fertilidad o dental el tratamiento se reduce, entonces aquellos con recursos privados pueden "elegir" si viajar al extranjero para obtener acceso al tratamiento. Sin embargo, viajar al extranjero para cuidado de la salud que no se proporciona en casa o es ilegal en el país de origen puede normalizar dichos tratamientos y generar debate en el país sobre la importancia de proporcionarlos

a nivel local (por ejemplo, los últimos tratamientos de fertilidad, reasignación de género y el trasplante de órganos). En relación con la cirugía bariátrica, por ejemplo, un reciente estudio estadounidense sugiere que este tipo de cirugía debe estar universalmente disponible para todos los grupos de personas (Chang *et al.* 2011).

Conclusiones

Todo lo anterior, pone de relieve la importancia vital de seguir de cerca lo que es seguro que será un campo en evolución y expansión. Un enfoque multidisciplinar es necesario, combinado con una profunda inmersión en las particularidades de las prácticas, si estos son promulgadas por trabajadores del cuidado de la salud, trabajadores del turismo, pacientes, familias, cuidadores, o a través de redes (tanto formal e informal) que reúnen a muchos actores diferentes. No hay que perderse en el concepto de turismo y abandonar la complejidad de los procedimientos (Bell, D. *et al.*, 2015).

Destacar el cambio del papel del paciente, en lugar del paciente pasivo que deja las decisiones de atención médica y la responsabilidad de las autoridades médicas, los ciudadanos están siendo disciplinados a ser más activos y comprometidos a los consumidores de la salud por el bien no sólo de sí mismos sino también de sus familias y de los sistemas nacionales de salud (Ormond y Sothern, 2012).

El crecimiento del turismo médico no sólo presenta nuevas oportunidades internacionales y beneficios para los individuos, sino, al mismo tiempo, aporta una gama de posibles problemas, riesgos y desafíos. Tanto las oportunidades y como los desafíos necesitan ser mejor comprendidos y abordados (Lunt, N.T. *et al.*, 2012).

Algunas necesidades detectadas por Lunt, N.T. *et al.* (2012) son las siguientes:

1. Mejores datos de los flujos de pacientes entre los países. Hay una necesidad urgente de reunir datos fiables sobre el número de turistas médicos viajan hacia y desde la Reino Unido para el tratamiento encaminadas a promover la comprensión del paciente internacional flujos. Estos números son importantes para evaluar el impacto económico de turismo médico y también para evaluar el riesgo potencial y las oportunidades de negocio.

2. Una mejor comprensión de la toma de decisiones del paciente. Esto incluirá asegurar que las decisiones tomadas estén inmersas en un amplio contexto organizativo y estructural (por ejemplo, unidades personales, influencias familiares, los imperativos culturales, circunstancia socio-económico y la demanda inducida por el proveedor).

3. Una mejor comprensión de los impactos clínicos de los que viajan al extranjero. Para llenar estas lagunas de conocimiento de los índices de infección no deseados y los costos de rectificación de la búsqueda de tratamiento en el extranjero, la investigación requerirá la cooperación de las organizaciones que pueden ser capaces para capturar esos costos en sus actividades de rutina y los organismos profesionales que pueden estar atentos a la evolución y las consecuencias emergentes.

Respecto a la especialización, los principales destinos de Europa y otros, tales como Tailandia, Malasia y México, han tenido éxito en una serie de procedimientos, por ejemplo Tailandia se dio a conocer con el cambio de sexo (Whittaker, 2008) y ha conservado ese enfoque especializado. La especialización ha permitido un enfoque en las áreas de conocimiento local, y en la experiencia local de gran prestigio (Van Hoof et al., 2015). En un mercado altamente competitivo con el marketing agresivo, la especialización y el desarrollo de un nicho distintivo son esenciales. La especialización no puede basarse en el procedimiento, pero en el mercado, donde temas prosaicos como las rutas de las aerolíneas y los tiempos de vuelo son cruciales, además del idioma y la

religión. Mientras algunos gobiernos han tratado de fomentar y promover el turismo médico, otros están tratando de limitar el número de turistas médicos que salen debido a la sustancial pérdida de gastos y mediante el desarrollo de instalaciones nacionales (Connell, 2006).

Para aquellos que buscan la promoción de instalaciones turísticas médicos, una reputación establecida para la atención de alta calidad, la competencia lingüística Inglés, y los activos naturales tales como un clima moderado, la costa y hermosos paisajes son propensos a ser factores importantes que influyen en la disposición de los potenciales pacientes viajar a determinados destinos (Lunt y Carrera 2011)

El turismo médico genera ingresos para el sector de la salud en el país de destino, además de lo que gastan los turistas médicos en las tarifas aéreas, alojamiento, manutención y excursiones que son una importante fuente de ingresos para los países de destino (Johnson y Garman 2010). El mayor gasto de los turistas médicos y sus compañeros no está relacionado con atención médica. Se estima que los acompaña a la paciente pueden gastar alrededor de dos veces más en los hoteles y las actividades turísticas que el paciente (Naranong y Naranong 2011).

Por tanto, y a pesar de que no podemos olvidar las implicaciones que supone un tratamiento o cirugía médica en el extranjero, el abanico es mucho más amplio. El nicho de mercado engloba tanto las necesidades y procesos puramente médicos de la persona implicada como otros de carácter complementario de estas y los relacionados con sus acompañantes, esto es: habitaciones de hotel, restauración, oferta complementaria cultural, de salud y belleza,... Nuestro estudio evidencia que el mayor volumen de salidas en el Reino Unido ha sido de forma individual (63%) y en segundo lugar en

pareja (26%). En el caso de España los datos son parecidos (66% individual, 23% en pareja). Sería necesario desarrollar estrategias encaminadas a fomentar el turismo médico en compañía y una gran oferta complementaria de productos y servicios.

Claramente, entonces, los flujos de pacientes dentro y fuera del Reino Unido plantean una serie de preguntas importantes para la política de salud nacional. Lo que sorprende es la falta de atención a las implicaciones de estos flujos en el debate académico actual (Lunt, N.T. et al, 2012).

Respecto al sistema público de salud y relacionado con la Directiva Europea Transfronteriza, Gómez Muñoz, B. (2013), señala que de acuerdo con el informe Equality Analysis (Análisis de Igualdad de la Directiva Europea 2011/24/EU), no se espera que la implementación de la Directiva Europea en Reino Unido resulte en un aumento considerable de la sanidad transfronteriza, ya que los pacientes necesitarán tener en cuenta muchos aspectos antes de viajar, como la diferencia en idioma y cultura, estándares profesionales y de seguridad, indicadores de resultados, alojamiento, viajes y otros costes. Se considera que podría haber un aumento dentro del grupo de personas residentes en Reino Unido y que tengan lazos de algún tipo con algún país europeo o en aquellos casos con bajo riesgo de complicación o enfermedades menos graves. Aunque las cifras de turismo sanitario privado son más altas, destacando las especialidades de odontología y cirugía estética.

Ya que la imagen del turismo médico en general se ha visto afectada por la publicidad que, en los últimos años, han recibido varios casos de personas que han sufrido complicaciones después de volver al Reino Unido, las empresas españolas tienen aquí una oportunidad para aprovechar su imagen de seriedad y respetabilidad como una ventaja competitiva. Para ello, además de anunciar sus servicios en los portales mencionados y, si es posible, establecer algún tipo de representación en el

Reino Unido para tener contacto directo y dar confianza al paciente, es primordial contar con una página web en inglés, bien diseñada, incluyendo referencias de clientes y las certificaciones de calidad de que se dispongan. Es importante que tanto el personal médico como administrativo hable inglés, como lo es la claridad de la información sobre el tratamiento/ operación recibidos Gómez Muñoz, B. (2013).

Limitaciones del estudio y mejoras

Hanefeld, J. et al (2013b) apunta a las limitaciones incluyen pequeño tamaño de la muestra y la necesidad de una mayor vigilancia de turismo médico del Reino Unido, incluyendo si el tratamiento en el acceso de los pacientes sector público o privado, para permitir la predicción más precisa de costos y ahorros.

Marco legal: S2 y Directiva Europea sobre asistencia sanitaria

Gómez Muñoz, B. (2013) nos explica el proceso que deben seguir los ciudadanos residentes en el Reino Unido para recibir tratamiento médico en el extranjero subvencionado por el NHS es complejo. En primer lugar, deberán ponerse en contacto con su médico de cabecera, quien les remitirá a la autoridad competente para decidir su caso e informarle de las opciones disponibles en su zona, como qué tratamiento subvenciona el NHS y en qué porcentaje y condiciones.

Las opciones para recibir tratamiento en el exterior dependerán de las condiciones específicas de cada caso (listas de espera, estado del paciente etc.) y se necesitará la opinión de un médico especialista que recomiende el tratamiento. Una vez valorado el coste del tratamiento, y el presupuesto del NHS para esa zona, se llegará a una decisión.

Existen dos rutas en Reino Unido para ser tratado en un centro del Espacio Económico Europeo (EEE)⁴, denominadas localmente S2 y Artículo 56.

La S2 (anteriormente E112), es un acuerdo directo entre el NHS y el suministrador estatal de servicios de sanidad de otro país del Espacio Económico Europeo (EEE) o Suiza. Los puntos principales de la ruta S2 son:

- El Reino Unido pagará el coste del tratamiento directamente al sistema sanitario del otro país.
- El tratamiento solo se puede recibir en un hospital público.
- El paciente debe solicitar el tratamiento a NHS England, que decide si el interesado tiene derecho a recibir financiación por esta ruta.
- No existe un límite en el coste del tratamiento, aunque sea mayor de lo que hubiera costado en el NHS.

La otra ruta es la establecida en la Directiva sobre Atención Sanitaria Transfronteriza, o “Artículo 56”, que confiere el derecho de acceder a los servicios sanitarios de cualquier país del Espacio Económico Europeo (EEE), siempre que el tratamiento sea clínicamente necesario y esté disponible en el NHS. La autorización del NHS es simplemente un reconocimiento del derecho del enfermo a ser tratado en otro país, y no un proceso para remitir de forma oficial a los enfermos a hospitales en otros países. Por este motivo, el NHS no guarda un registro de hospitales extranjeros recomendados, y cualquier autorización de tratamiento bajo esta ruta es responsabilidad del enfermo.

Sus principales características son:

- Normalmente el interesado pagará el coste del tratamiento por adelantado y el organismo NHS England se lo reembolsará a su vuelta.

- El tratamiento puede recibirse en un centro extranjero público ó privado.

- El paciente solo puede reclamar lo que el tratamiento hubiera costado en Reino Unido.

Si fuera más caro, el enfermo tiene que pagar la diferencia. Si costara menos, no se puede reclamar un reembolso del NHS.

Portales donde las empresas españolas pueden promocionar sus servicios

Gómez Muñoz, B. (2013), en el documento *Turismo Sanitario en Reino Unido: Breve Panorámica* nos informa de dónde las empresas españolas pueden promocionarse. La compañía Intuition Communication, gestiona varios portales relacionados con la salud, entre ellos varios del sector de turismo médico dirigidos al consumidor, como Treatment Abroad, con información para personas que quieran desplazarse al extranjero con el fin de recibir tratamiento médico. También publican guías sobre varios países específicos, entre ellas una de España, Treatment in Spain. En estas páginas los interesados pueden consultar información sobre hospitales en el extranjero que anuncian sus servicios médicos. Asimismo se puede solicitar información sobre centros médicos, más ajustada a las necesidades de cada persona, rellenando un formulario con detalles sobre el tipo de tratamiento que necesitan etc. Otro de sus portales, Fertility Treatment Abroad, contiene información específica sobre la especialidad de tratamientos para fertilidad.

La publicación International Medical Travel Journal IMTJ también ofrece la posibilidad de añadir los datos de empresas del sector médico, tanto hospitales como facilitadores médicos, en su directorio, rellenando un formulario. Asimismo se pueden consultar diferentes artículos relacionados con el sector.

CONCLUSIÓN FINAL

Nuestro estudio viene a aportar mayor claridad a un sector en auge y con grandes perspectivas de crecimiento, del que aún falta mucho por conocer.

Se trata de un proceso complejo y heterogéneo, el cuál necesita mayores inversiones para su estudio pormenorizado. En la literatura encontramos muchas publicaciones que, de uno u otro modo, intentan explicar cómo funciona esta industria, pero en todos los consultados no hemos encontrado ninguno que detalle el perfil de turista de salud y al cual deben ir dirigidas las diferentes políticas y campañas de marketing. Hemos querido desglosar las características del perfil del de turista que sale y entra del Reino Unido, y finalmente centrarnos en las llegadas de esos turistas hacia nuestro país, precisamente para cubrir esta carencia de información. Todo ello teniendo en cuenta la limitación de los datos proporcionados por la IPS que, aunque son los únicos disponibles para la realización del estudio, cuentan con algunas limitaciones ya comentadas, entre ellas la muestra reducida para el propósito de viaje “tratamiento médico”.

8. ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO

- Arya, R., Barnes, J. A., Hossain, U., Patel, R. K. and Cohen, A. T. (2002): Long-haul flights and deep vein thrombosis: a significant risk only when additional factors are also present, *British Journal of Haematology*, 116, 3: 653–4
- Bell, D, Holliday, R, Ormond, M y Mainil, T (2015): Transnational healthcare, cross-border perspectives. White Rose research URL for this paper: <http://eprints.whiterose.ac.uk/82781/>
- Birch, J., Caulfield, R. and Ramakrishnan, V. (2007): The complications of ‘cosmetic tourism’ – an avoidable burden on the NHS, *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, 60, 9: 1075–7
- Boletín de la Organización Mundial de la Salud (2011): Recopilación de artículos. Volumen 89: 2011. Volumen 89, Número 5, mayo 2011, 317-392
- Botten, G., Grepperud, S. and Nerland, S. M. (2004): Trading patients: Lessons from Scandinavia, *Health Policy*, 69, 3: 317–27
- Carrera, P. (2006), Medical tourism, *Health Affairs*, 25, 5: 1453
- Chang, S. H., Stoll, C. R. and Colditz, G. A. (2011): Cost-effectiveness of bariatric surgery: should it be universally available? *Maturitas*, 69, 3: 230–8
- Chung- Ping A. Loh (2013): Health tourism on the rise? Evidence from the Balance of Payments Statistics. *Eur J Health Econ* 15:759-766
- Cohen, G. (2011): Circumvention tourism. *Cornell Law Rev.* 97, 1309e1398

-
- Connell, J. (2006): Medical tourism: sea, sun, sand and ... surgery. *Tour. Manag.* 27, 1093e1100
- Connell, J. (2014): Transnational health care: global markets and local marginalization in medical tourism? In: Greenhough, B., Parry, B. (Eds.), *Bodies across Borders: The Global Circulation of Body Parts, Medical Tourists and Professionals*. Ashgate, Farnham
- Connell, J. (2015). From medical tourism to transnational health care? An epilogue for the future. *Social Science & Medicine* 124. Pag 398-401
- Cormany, D. (2010): Hospitality and destination marketing's role in medical tourism: a call for research, *International Journal of Behavioural and Healthcare Research*, 2, 1: 38–58
- Crooks, V. A., Kingsbury, P., Snyder, J. and Johnston, R. (2010): What is known about the patient's experience of medical tourism? A scoping review, *BMC Health Services Research*, 10: 266
- Crush, J., Chikanda, A. (2015): SoutheSouth medical tourism and the quest for health in Southern Africa. *Soc. Sci. & Med.* 124, 313e320
- Crush, J.; Chikanda, A. (2014): South-South medical tourism and the quest for health in Southern Africa. *Social Science & Medicine*
- Deloitte (2008): *Medical Tourism: Consumer in Search of Value*
- Deloitte (2009): *Medical tourism: Update and implications*
- Deloitte (2011): *Survey of Healthcare Consumers Global Report*

Dhodi R. K.; Mahesh Uniyal Y Swati Sharma (2014): Trends and Scope of Medical Tourism: Case Study of Delhi *NCR, India*. Global Wisdom Research Publications. Volume nº II

Ehrbeck, T., Guevara, C. and Mango, P. D. (2008): Mapping the market for medical tourism, *McKinsey Quarterly*, May: 1–11

Freedman, D. O., Weld, L. H., Kozarsky, P. E., Fisk, T., Robins, R., von Sonnenburg, F., Keystone, J. S., Pandey, P. and Cetron, M. S. (2006): Spectrum of disease and relation to place of exposure among ill returned travellers, *New England Journal of Medicine*, 354, 2: 119–30

Fundación Madeca: Salud y Turismo: Nuevos Enfoques y Tendencias

Gan L.L. y Frederick, J.R. (2013): Medical Tourists: Who goes and what motivates them?

Gan L.L. y Frederick, J.R. (2013): Medical Tourists: Who goes and what motivates them? *Health Marketing Quarterly*, 30:2, 177-194

Gesler, W. (1992): Therapeutic landscapes: Medical issues in light of the new cultural geography, *Social Science Medicine*, 34: 735–46

Gómara Casasolas, E. (2014): El mercado del equipamiento médico y hospitalario en Tailandia. Bajo la supervisión de la Oficina Económica y Comercial de la Embajada de España en Bangkok

Gómez Muñoz, B. (2013). Turismo Sanitario en Reino Unido: Breve Panorámica. Oficina Económica y Comercial de la Embajada de España en Londres

Green, S. T. (2009): Quality control and accreditation of health service providers and facilities, paper prepared for the World Health Organization, Workshop on the

movement of patients across international borders – Emerging challenges and opportunities for health care systems, Kobe, Japan, 24–25 February

Green, S. T. (2009): Quality control and accreditation of health service providers and facilities, paper prepared for the World Health Organization, Workshop on the movement of patients across international borders – Emerging challenges and opportunities for health care systems, Kobe, Japan, 24–25 February.

Hall, C. M. and James, M. (2011): Medical tourism: emerging biosecurity and nosocomial issues, *Tourism Review*, 66, 1/2: 118–26

Handschin, A. E., Banic, A. and Constantinescu, M. A. (2007): Pulmonary Embolism After Plastic Surgery Tourism, *Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis*, 13, 3: 340.

Hanefeld J, Horsfall D, Lunt N, Smith R (2013a): Medical Tourism: A Cost or Benefit to the NHS? *PLoS ONE* 8(10): e70406. doi:10.1371/journal.pone.0070406

Hanefeld, J., et al. (2014): Why do medical tourists travel to where they do? The role of networks in determining medical travel, *Social Science & Medicine*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.05.016>

Hanefeld, J., Horsfall, D., Lunt N., Smith R. (2013b): Medical tourism—cure or malaise for the National Health Service: a mixed methods study. *Global Health and Development* (J Hanefeld PhD) and Faculty of Public Health and Policy (Prof R Smith PhD), London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK; and University of York, York, UK (D Horsfall PhD, N Lunt PhD)

- Holliday, R., Bell, D., Cheung, O., Jones, M., Probyn, E. (2015): Brief encounters: Assembling cosmetic surgery tourism. *Soc. Sci. & Med.* 124, 298e304
- Horsfall, D.G., Lunt, N., King, H., Hanefeld, J., Smith, R.D. (2013): The impact of the internet on medical tourism. In: Botterill, D., Pennings, G. (Eds.), *Medical Tourism and Transnational Health Care*. Palgrave Macmillan, London
- Hurtado M. (1998): The What, How and Why of Health Tourism. Report Prepared for the Pan American Health Organization. Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, OPS/OMS, Washington DC
- Jeevan, R. and Armstrong, A. (2008): Cosmetic tourism and the burden on the NHS, *Journal of Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery*, 61, 12: 1423–4
- Johnson, T. J. and Garman, A. N. (2010): Impact of medical travel on imports and exports of medical services, *Health Policy*, 98: 171–7
- Krishnan. N., Cockwell, P., Devulapally, P., Gerber, B., Hanvesakul, R., Higgins, R., Ready, A., Carmichael, P., Tomlinson, K., Kumar, S., Baharani, J. and Dasgupta, I. (2010): Organ trafficking for live donor kidney transplantation in Indoasians Resident in the West Midlands: high activity and poor outcomes, *Transplantation*, 89, 12: 1455–61
- Kumarasamy, K. K. *et al.* (2010): Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India, Pakistan, and the UK: a molecular, biological, and epidemiological study, *The Lancet Infectious Diseases*, 10, 9: 597–602
- Laing, R., Hogerzeil, H. and Ross-Degnan, D. (2001): Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries, *Health Policy and Planning*, 16, 1: 13–20

Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E. and Glinos, I. (2008): *Assuring the Quality of Health Care in the European Union: a case for Action*, European Observatory on Health Systems and Policies, Report No 12, Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: Características e indicadores de salud (2013): Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/home.htm>

Lozanski, K. (2015): Transnational surrogacy: Canada's contradictions. *Soc. Sci. & Med* 124, 383e390

Lunt N, Smith RD, Mannion R, et al. (2014): Implications for the NHS of inward and outward medical tourism: a policy and economic analysis using literature review and mixed-methods approaches. *Health Services and Delivery Research*, No. 2.2. Southampton (UK): NIHR Journals Library

Lunt N. T., Mannion R. and Exworthy M. (2012): A Framework for Exploring the Policy Implications of UK Medical Tourism and International Patient Flows. *Social Policy & Administration* issn 0144-5596. DOI: 10.1111/j.1467-9515.2011.00833.x

Lunt, N. and Carrera, P. (2011): Advice for Prospective Medical Tourists: systematic review of consumer sites, *Tourism Review*, 66: 57-67

Lunt, N., Hardey, M. and Mannion, R. (2010): Nip, tuck and click: medical tourism and the emergence of web-based health information, *Open Medical Informatics Journal*, 4: 1-11

- Lunt, N., Horsfall, D., Exworthy, M., Smith, R., Hanefeld, J. (2013): Market size, market share and market strategy: three myths of medical tourism. Policy Politics. Print ISSN 0305 5736, Online ISSN 1470 8442, <http://dx.doi.org/10.1332/030557312X655918>
- Makensi & Company (2008): Mapping the market of medical travel. Health Care
- Mason, A. and Wright, K. B. (2011): Framing medical tourism: an examination of appeal, risk, convalescence, accreditation, and interactivity in medical tourism web sites, *J Health Commun*, 16: 163–77
- McKinsey & Company (2010): *McKinsey&Company*. Retrieved May 09, 2014, from McKinsey&Company: <http://www.mckinsey.com/>
- NaRanong, A. and NaRanong, V. (2011): The effects of medical tourism: Thailand's experience, *Bulletin of the World Health Organization*, 89, 5: 336–4
- Noree et al. (2014): UK medical tourists in Thailand: they are not who you think they are. *Globalization and Health* 10:29
- Noree, T., Hanefeld J. and Smith, R. (2014): UK medical tourists in Thailand: they are not who you think they are. *Globalization and Health* 2014, 10:29
- Ormond, M., Sothern, M. (2012): You, too, can be an international medical traveller: reading medical travel guidebooks. *Health & Place* 18 (5), 935 e 941
- Ortiz, C.F.; Bonales, J. y Arévalo G. J. (2014): Turismo como detonante de desarrollo local regional en la ruta de la salud, Michoacán. *Revista Nicolaita de Estudios Económicos*
- Pagán, R.B. (2014): material didáctico de la “Cátedra de Turismo, Salud y Bienestar“
- Pollard K. (2012): Medical tourism: Key facts. www.treatmentboard.com

Power, M. (1997): *The Audit Society: rituals of verification*, Oxford: Oxford University Press

Shanmugam, K.R. (2013): *Medical Tourism in India: Progress, Opportunities and Challenges*. Monograph 26/2013. Madras School of Economics

The changing NHS (2013): <http://www.bbc.com/news/health-19674838>

TRAM (Tourism Research and Marketing) (2006)

Turismo de salud en España (2013): dirección del proyecto Eduardo Lizarralde. Director de Conocimiento Área de Investigación OPTI Escuela de Organización Industrial. Autor: Auren. **Fundación eoi, 2013**. www.eoi.es. Esta publicación ha contado con la cofinanciación del Fondo Social Europeo a través del Programa Operativo Plurirregional de Adaptabilidad y Empleo 2007-2013

User Guide (Volume 1) (2014): *International Passenger Survey. Overseas Travel and Tourism. Background & Methodology*

Van Hoof, W., Pennings, G., De Sutter, P. (2015): Cross-border reproductive care for law evasion: A qualitative study into the experiences and moral perspectives of French women who go to Belgium for treatment with donor sperm. *Soc. Sci. & Med.* 124, 391e397

Van Hoof, W., Pennings, G., De Sutter, P. (2015): Cross-border reproductive care for law evasion: A qualitative study into the experiences and moral perspectives of French women who go to Belgium for treatment with donor sperm. *Soc. Sci. & Med.* 124, 391e397.

-
- Vargas, L. y A. M. Luque (2002): Las estaciones termales en Andalucía: de la explotación tradicional a la configuración de un nuevo producto turístico integral. Cuadernos de Turismo, No. 10. Pp. 101-122
- Wasserman E., Cornejo, S.; Vieira, C.A.; Bolis, M.. (1999): Trade in health services in the Region of the Americas. Washington, D.C; Pan American Health Organization; Nov. 1999. 37 p. ilus. Monography in En | PAHO | ID: pah-30987
- Whittaker, A. (2008): Pleasure and pain: medical travel in Asia, *Global Public Health*, 3, 3: 271–90
- Whittaker, A. (2008): Pleasure and pain: medical travel in Asia. *Glob. Public Health* 3, 271e290
- Zaidi, A. K. M., Huskins, W. C., Thaver, D., Bhutta, Z. A., Abbas, Z. and Goldmann, D. A. (2005): Hospital-acquired neonatal infections in developing countries, *The Lancet*, 365, 9465: 1175–88

9. ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

9.1. GRÁFICAS Y TABLAS DE LA REVISIÓN DE LITERATURA

Gráficos:

Grafico 1. Clasificación de los productos

Grafico 2. Ranking de los mejores países en el sector turístico

Grafico 3. Llegada de turistas a España en 2013

Grafico 4. Ranking de los mejores sistemas de salud en el mundo

Grafico 5. Prioridades de los clientes

Grafico 6. Turistas médicos por lugar de origen

Grafico 7. Proyecciones-evolución del número de clientes outbound

Grafico 8. Proyecciones-evolución del número de clientes inbound

Grafico 9. Tipos de tratamiento demandados por los clientes inbound

Grafico 10. Envejecimiento de la población

Grafico 11. Porcentaje de personas con 60 o más años. Ranking de países

Grafico 12. Pirámide de población. Años 2010-2020

Grafico 13. Proximidad geográfica

Grafico 14. Ecosistema

Grafico 15. Composición turismo de salud

Grafico 16. ¿Cómo es la oferta de productos y servicios de turismo de salud?

Grafico 17. Llegada de turistas internacionales por meses

Grafico 18. Turistas médicos por lugar de origen

Grafico 19. Países receptores de turistas

Grafico 20. Países emisores de turistas

Grafico 21. Proceso de decisión en el turismo médico

Tablas:

Tabla 1. Clasificación del turismo

Tabla 2. Comparativa de precios según tratamiento

Tabla 3. Porcentaje de viajeros para obtener servicios médicos

Tabla 4. Porcentaje de viajeros para obtener servicios médicos

Tabla 5. Necesidades de cuidados y deseo de viajar para obtener un mejor o rápido servicio médico

Tabla 6. Porcentaje de personas con 60 o más años. Ranking de países

Tabla 7. Tratamientos más demandados en turismo de salud

Tabla 8. Comparación del coste de las operaciones entre Estados Unidos y Tailandia (en dólares) (2013)

Tabla 9. Vías para la elección de proveedor por tipo de tratamiento

9.2. GRÁFICAS Y TABLAS DE LOS RESULTADOS

Gráficos:

Gráfico 1. Porcentaje de salidas y entradas de turistas de salud

Gráfico 2. Gráfico de líneas. Evolución de las entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU por años

Gráfico 3. Gráfico de barras. Evolución de las entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU por años

Gráfico 4. Evolución de las entradas y salidas de clientes de turismo de salud en UK por trimestres

Gráfico 5. Evolución de las entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU por meses

Gráfico 6. Evolución de las entradas y salidas de clientes de turismo de salud hombres en UK por años

Gráfico 7. Evolución de las entradas y salidas de clientes de turismo de salud mujeres en UK por años

Gráfico 8. Comparativa por sexo de las entradas y salidas totales de turismo de salud en RU por años ¿Quiénes están dispuestos a moverse más, hombres o mujeres?

Gráfico 9. Comparativa por sexo de las salidas de turismo de salud en UK por años ¿Quiénes están dispuestos a salir más al extranjero para buscar tratamientos de salud, hombres o mujeres?

Gráfico 10. Comparativa por sexo de las entradas de turistas de salud en UK por años

¿Quiénes visitan más UK en busca de tratamientos de salud, hombres o mujeres?

Gráfico 11 . Evolución de las salidas de clientes de turismo de salud en UK por gru

Gráfico 12. Evolución de las entradas de clientes de turismo de salud en RU por grupos de edad

Gráfico 13. Entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU por grupos de edad acumulados de 2000-20013

Gráfico 14. Mapa que representa el número total de salidas de viajeros médicos del Reino Unido y sus destinos durante el período 2000-10

Gráfico 15. Gráfico de sectores que muestra el total de viajes médicos al extranjero de los residentes del Reino Unido por región de destino durante el periodo 2000-10

Gráfico 16. Mapa que representa el número total de viajeros médicos en el Reino Unido y sus países de origen durante el período 2000-10

Gráfico 17. Evolución de entradas y salidas para la serie 2011-2014

Gráfico 18. Estancia media en las entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU

Gráfico 19. Estancia media en las entradas de turistas de salud en RU por sexo

Gráfico 20. Número de viajeros en las entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU

Gráfico 21. Gasto medio individual en las entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU

Gráfico 22. Gasto medio en las salidas de turistas de salud en RU por sexo

Gráfico 23. Gasto medio en las entradas de turistas de salud en RU por sexo

Gráfico 24. Comparativa gasto medio en las salidas y entradas de turistas de salud en RU por sexo acumulado de 2000-2014

Gráfico 25. Peso del volumen de turistas médicos por países de destino

Gráfico 26. Evolución de las salidas del RU hacia España para la serie 2000-2014

Gráfico 27. Volumen de salidas de turistas de salud del RU por aire y mar en la serie 2000-2014

Gráfico 28. Gasto medio individual por tipo de salida

Gráfico 29. Volumen de salidas por propósito

Gráfico 30. Gasto total en las salidas por motivo de viaje (£ millones)

Gráfico 31. Turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido por años

Gráfico 32. Turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido por trimestres

Gráfico 33. Turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido por meses

Gráfico 34. Turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido por sexo

Gráfico 35. Número de viajeros en las entradas turistas de salud del RU a España

Gráfico 36. Turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido por edades

Gráfico 37. Estancia media de los turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido

Gráfico 38. Estancia media de los turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido por sexo

Gráfico 39. Gasto medio individual de los turistas médicos del RU en España

Gráfico 40. Gasto medio individual de los turistas médicos del RU en España por sexo

Gráfico 41. Gasto total de los turistas médicos del RU en España por sexo

Tablas:

Tabla 1. Evolución de las entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU por años

Tabla 2. Evolución de las entradas y salidas de clientes de turismo de salud en UK por trimestres

Tabla 3. Evolución de las entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU por meses

Tabla 4. Evolución de las entradas y salidas de clientes de turismo de salud hombres en RU por años

Tabla 5. Evolución de las entradas y salidas de clientes de turismo de salud mujeres en UK por años

Tabla 6. Comparativa por sexo de las entradas y salidas totales de turismo de salud en RU por años ¿Quiénes están dispuestos a moverse más, hombres o mujeres?

Tabla 7. Comparativa por sexo de las salidas de turismo de salud en RU por años
¿Quiénes están dispuestos a salir más al extranjero para buscar tratamientos de salud, hombres o mujeres?

Tabla 8. Comparativa por sexo de las entradas de turistas de salud en UK por años
¿Quiénes visitan más RU en busca de tratamientos de salud, hombres o mujeres?

Tabla 9 . Evolución de las salidas de clientes de turismo de salud en RU por grupos de edad

Tabla 10. Evolución de las entradas de clientes de turismo de salud en RU por grupos de edad

Tabla 11. Entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU por grupos de edad acumuladas de 2000-20013

Tabla 12. Número total de salidas y destinos para recibir tratamiento médico de los residentes en RU para la serie 2011-2014

Tabla 13. Número total de entradas y países de origen de los turistas médicos que visitan RU para la serie 2011-2014

Tabla 14. Evolución de entradas y salidas para la serie 2011-2014

Tabla 15. Estancia media en las entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU

Tabla 16. Estancia media en las salidas de turistas de salud en RU por sexo

Tabla 17. Estancia media en las entradas de turistas de salud en RU por sexo

Tabla 18. Número de viajeros en las entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU

Tabla 19. Gasto medio individual en las entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU

Tabla 20. Gasto medio en las salidas de turistas de salud en RU por sexo

Tabla 21. Gasto medio en las entradas de turistas de salud en RU por sexo

Tabla 22. Comparativa gasto medio en las salidas y entradas de turistas de salud en RU por sexo acumulado de 2000-2014

Tabla 23. Destino de las salidas de los residentes en RU en busca de tratamiento médico

Tabla 24. Los cinco destinos principales de turistas médicos del RU en la serie 2000-2014

Tabla 25. Volumen de salidas de turistas de salud del RU por aire y mar en la serie 2000-2014

Tabla 26. Gasto medio individual por tipo de salida

Tabla 27. Volumen de salidas por propósito (en miles)

Tabla 28. Gasto total en las salidas por motivo de viaje (£ millones)

Tabla 29. Principales países emisores identificados por los prestadores de servicios españoles. Por tratamientos buscados, motivos de la elección, perfil de cliente

Tabla 30. Turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido por años

Tabla 31. Turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido por trimestres

Tabla 32. Turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido por meses

Tabla 33. Turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido por sexo

Tabla 34. Número de viajeros en las entradas turistas de salud del RU a España

Tabla 35. Turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido por edades

Tabla 36. Estancia media de los turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido

Tabla 37. Estancia media de los turistas de salud que llegan a España desde el Reino Unido por sexo

Tabla 38. Gasto medio individual de los turistas médicos del RU en España

Tabla 39. Gasto medio individual de los turistas médicos del RU en España por sexo

Tabla 40. Gasto total de los turistas médicos del RU en España por sexo

ANEXO I: CODIFICACIÓN DE VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO

Las variables principales en nuestro estudio han sido las siguientes:

VARIABLES	VALORES	
Year: año de la entrevista	Value = 1.0	Label = 2000
	Value = 2.0	Label = 2001
	Value = 3.0	Label = 2002
	Value = 4.0	Label = 2003
	Value = 5.0	Label = 2004
	Value = 6.0	Label = 2005
	Value = 7.0	Label = 2006
	Value = 8.0	Label = 2007
	Value = 9.0	Label = 2008
	Value = 10.0	Label = 2009
	Value = 11.0	Label = 2010
	Value = 12.0	Label = 2011
	Value = 13.0	Label = 2013
	Value = 14.0	Label = 2014
Qtr: trimestre de la entrevista	Value = 1.0	Label = Jan-Mar
	Value = 2.0	Label = Apr-Jun
	Value = 3.0	Label = Jul-Sep
	Value = 4.0	Label = Oct-Dec
Month: mes de la entrevista	Value = 1.0	Label = January
	Value = 2.0	Label = February
	Value = 3.0	Label = March
	Value = 4.0	Label = April
	Value = 5.0	Label = May
	Value = 6.0	Label = June
	Value = 7.0	Label = July
	Value = 8.0	Label = August
	Value = 9.0	Label = September
	Value = 10.0	Label = October
	Value = 11.0	Label = November
	Value = 12.0	Label = December
Age: tramos de edad	Value = 0.0	Label = 0-15
	Value = 1.0	Label = 0-15 prty
	Value = 2.0	Label = 16-24
	Value = 3.0	Label = 16-24 yth prty
	Value = 4.0	Label = 25-34
	Value = 5.0	Label = 35-44
	Value = 6.0	Label = 45-54
	Value = 7.0	Label = 55-64
	Value = 8.0	Label = 65 or over
Flow: formas de entrada y salida	Value = 1.0	Label = Overseas air departure
	Value = 2.0	Label = UK air departures
	Value = 3.0	Label = Overseas air arrival
	Value = 4.0	Label = UK air arrival
	Value = 5.0	Label = Overseas sea departure
	Value = 6.0	Label = UK sea departures
	Value = 7.0	Label = Overseas sea arrivals
	Value = 8.0	Label = UK sea arrival

Purp. Propósito del viaje	Value = 64.0	Label = Olympics Watch	
	Value = 1.0	Label = Holiday/pleasure	
	Value = 2.0	Label = Cruise 0-2 nights ashore	
	Value = 3.0	Label = Business; Work	
	Value = 5.0	Label = Formal course (check residence and definition)	
	Value = 7.0	Label = Looking for work	
	Value = 8.0	Label = Au Pair	
	Value = 9.0	Label = OTHER	
	Value = 66.0	Label = Getting married	
	Value = 19.0	Label = Personal shopping	
	Value = 89.0	Label = Overnight transit	
	Value = 90.0	Label = Same day transit	
	Value = 92.0	Label = Definite job to go to	
	Value = 93.0	Label = Military or embassy (serving on duty)	
	Value = 94.0	Label = Merchant navy (joining or leaving ship)	
	Value = 31.0	Label = Visit trade fair	
	Value = 32.0	Label = Conference 20+ people	
	Value = 97.0	Label = Immigrating/Emigrating	
	Value = 40.0	Label = University degree or diploma	
	Value = 44.0	Label = Accompany / join	
	Value = 96.0	Label = Unacc schoolchild (16 or under, school to parents)	
	Value = 50.0	Label = Unresolved	
	Coding Query		
	Value = 55.0	Label = Medical treatment	
	Value = 95.0	Label = Airline crew (positioning)	
	Value = 60.0	Label = Olympics participate	
	Value = 61.0	Label = Visit family (priority)	
	Value = 62.0	Label = Visit friends	
	Value = 63.0	Label = Olympics Work	
	Sex: sexo	Value = 1.0	Label = Male
		Value = 2.0	Label = Female
Value = 9.0		Label = Dont know	
Persons: número de personas por grupo de gasto			
Residence: nombre del país de residencia	Value = 0.0	Label = Staff/military/embassy	
	Value = 4.0	Label = Afghanistan	
	Value = 8.0	Label = Albania	
	Value = 10.0	Label = Antarctica etc (Foreign)	
	Value = 12.0	Label = Algeria	
	Value = 16.0	Label = American Samoa/Oceania	
	Value = 20.0	Label = Andorra	
	Value = 24.0	Label = Angola	
	Value = 28.0	Label = Barbuda/Antigua	
	Value = 31.0	Label = Azerbaijan	
	Value = 32.0	Label = Argentina	
	Value = 36.0	Label = Australia	
	Value = 40.0	Label = Austria	
	Value = 44.0	Label = Bahamas	
	Value = 48.0	Label = Bahrain	
	Value = 50.0	Label = Bangladesh	

Value = 51.0	Label = Armenia
Value = 52.0	Label = Barbados
Value = 56.0	Label = Belgium
Value = 60.0	Label = Bermuda
Value = 64.0	Label = Bhutan
Value = 68.0	Label = Bolivia
Value = 70.0	Label = Bosnia
Herzegovina	
Value = 72.0	Label = Botswana
Value = 74.0	Label = Bouvet Island
Value = 76.0	Label = Brazil
Value = 84.0	Label = Belize
Value = 86.0	Label = British Indian
Ocean Territory	
Value = 90.0	Label = Solomon Island
Value = 92.0	Label = Virgin Islands (Br)
Value = 96.0	Label = Brunei
Value = 100.0	Label = Bulgaria
Value = 104.0	Label = Myanmar (Burma)
Value = 108.0	Label = Burundi
Value = 112.0	Label = Belarus
Value = 116.0	Label = Cambodia
Value = 120.0	Label = Cameroon
Value = 124.0	Label = Canada
Value = 132.0	Label = Cape Verde
Islands	
Value = 136.0	Label = Cayman Islands
Value = 140.0	Label = Central African
Rep	
Value = 144.0	Label = Sri Lanka
Value = 148.0	Label = Chad
Value = 152.0	Label = Chile
Value = 156.0	Label = China/Tibet
Value = 158.0	Label = Taiwan
Value = 162.0	Label = Christmas
Is/Oceania	
Value = 166.0	Label = Cocos Is/Oceania
Value = 170.0	Label = Colombia
Value = 174.0	Label = Comoros
Value = 175.0	Label = Mayotte
Value = 178.0	Label = Congo
(Brazzaville)	
Value = 180.0	Label = Democratic
Republic of Congo	
Value = 184.0	Label = Cook Is/Oceania
Value = 188.0	Label = Costa Rica
Value = 191.0	Label = Croatia
Value = 192.0	Label = Cuba
Value = 203.0	Label = Czech Republic
Value = 204.0	Label = Benin (formerly
Dahomey)	
Value = 208.0	Label = Denmark
Value = 212.0	Label = Dominica
Value = 214.0	Label = Dominican
Republic	
Value = 218.0	Label = Ecuador
Value = 222.0	Label = El Salvador
Value = 226.0	Label = Equatorial Guinea
Value = 231.0	Label = Ethiopia
Value = 232.0	Label = Eritrea
Value = 233.0	Label = Estonia
Value = 234.0	Label = Faroe Isl
Value = 238.0	Label = Falkland Is/Brtsh
Antarctic	
Value = 239.0	Label = South Georgia and
South Sanwich isl	
Value = 242.0	Label = Fiji
Value = 246.0	Label = Finland
Value = 250.0	Label = France
Value = 254.0	Label = French Guiana
Value = 258.0	Label = French
Polynesia/Tahiti	
Value = 260.0	Label = French

Sthrn/Antrctic Terrs	
Value = 262.0	Label = Djibouti
Value = 266.0	Label = Gabon
Value = 268.0	Label = Georgia
Value = 270.0	Label = Gambia
Value = 275.0	Label = Palestine
Value = 276.0	Label = Germany
Value = 288.0	Label = Ghana
Value = 292.0	Label = Gibraltar
Value = 296.0	Label = Oceania Islands
Value = 300.0	Label = Greece
Value = 304.0	Label = Greenland
Value = 308.0	Label = Grenada
Value = 312.0	Label = Guadeloupe
Value = 316.0	Label = Guam
Value = 320.0	Label = Guatemala
Value = 324.0	Label = Guinea
Value = 328.0	Label = Guyana
Value = 332.0	Label = Haiti
Value = 334.0	Label = Heard Island and
McDonald Islands	
Value = 336.0	Label = Vatican
Value = 340.0	Label = Honduras
Value = 344.0	Label = Hong Kong
Value = 348.0	Label = Hungary
Value = 352.0	Label = Iceland'
Value = 356.0	Label = India
Value = 360.0	Label = Indonesia
Value = 364.0	Label = Iran
Value = 368.0	Label = Iraq
Value = 372.0	Label = Eire
Value = 376.0	Label = Israel
Value = 380.0	Label = Italy
Value = 384.0	Label = Ivory Coast
Value = 388.0	Label = Jamaica
Value = 392.0	Label = Japan
Value = 398.0	Label = Kazakhstan
Value = 400.0	Label = Jordan
Value = 404.0	Label = Kenya
Value = 408.0	Label = Korea, North
Value = 410.0	Label = Korea, South Rep
Value = 414.0	Label = Kuwait
Value = 417.0	Label = Kyrgyzstan
Value = 418.0	Label = Laos
Value = 422.0	Label = Lebanon
Value = 426.0	Label = Lesotho
Value = 428.0	Label = Latvia
Value = 430.0	Label = Liberia
Value = 434.0	Label = Libya
Value = 438.0	Label = Liechtenstein
Value = 440.0	Label = Lithuania
Value = 442.0	Label = Luxembourg
Value = 446.0	Label = Macao
Value = 450.0	Label = Madagascar
Value = 454.0	Label = Malawi
Value = 458.0	Label = Malaysia
Value = 462.0	Label = Maldives
Value = 466.0	Label = Mali
Value = 470.0	Label = Malta
Value = 474.0	Label = Martinique
Value = 478.0	Label = Mauritania
Value = 480.0	Label = Mauritius
Value = 484.0	Label = Mexico
Value = 492.0	Label = Monaco
Value = 496.0	Label = Mongolia
Value = 498.0	Label = Moldova
Value = 499.0	Label = Montenegro
Value = 500.0	Label = Montserrat
Value = 504.0	Label = Morocco
Value = 508.0	Label = Mozambique
Value = 512.0	Label = Oman
Value = 516.0	Label = Namibia
Value = 520.0	Label = Nauru/Oceania

Value = 524.0	Label = Nepal
Value = 528.0	Label = Netherlands
Value = 530.0	Label = Antilles/Curacao
Value = 533.0	Label = Aruba
Value = 540.0	Label = New Caledonia
Value = 548.0	Label = Vanuatu
Value = 554.0	Label = New Zealand
Value = 558.0	Label = Nicaragua
Value = 562.0	Label = Niger
Value = 566.0	Label = Nigeria
Value = 570.0	Label = Niue Island
Value = 574.0	Label = Norfolk Island
Value = 578.0	Label = Norway
Value = 583.0	Label = Micronesia
Value = 585.0	Label = Palau
Value = 586.0	Label = Pakistan
Value = 591.0	Label = Panama
Value = 598.0	Label = Papua New Guinea
Value = 600.0	Label = Paraguay
Value = 604.0	Label = Peru
Value = 608.0	Label = Philippines
Value = 612.0	Label = Pitcairn Isl/Oceania
Value = 616.0	Label = Poland
Value = 620.0	Label = Portugal/Portugalense/Portugal
Value = 621.0	Label = Madeira/Azores
Value = 624.0	Label = Guinea - Bissau
Value = 626.0	Label = East Timor
Value = 630.0	Label = Puerto Rico
Value = 634.0	Label = Qatar
Value = 638.0	Label = Reunion Island
Value = 642.0	Label = Romania
Value = 643.0	Label = Russia
Value = 646.0	Label = Rwanda
Value = 652.0	Label = St Barthelemy
Value = 654.0	Label = Ascension I/St Helena/Trist
Value = 659.0	Label = Nevis/St Kitts
Value = 660.0	Label = Anguilla
Value = 662.0	Label = St Lucia
Value = 663.0	Label = St Martin
Value = 666.0	Label = St Pierre et Miquelon
Value = 670.0	Label = Grenadines/St Vincent
Value = 674.0	Label = San Marino
Value = 678.0	Label = Sao Tome
Value = 682.0	Label = Saudi Arabia
Value = 686.0	Label = Senegal
Value = 688.0	Label = Serbia
Value = 690.0	Label = Seychelles
Value = 694.0	Label = Sierra Leone
Value = 702.0	Label = Singapore
Value = 703.0	Label = Slovakia
Value = 704.0	Label = Vietnam
Value = 705.0	Label = Slovenia
Value = 706.0	Label = Somalia
Value = 710.0	Label = South Africa
Value = 716.0	Label = Zimbabwe
Value = 732.0	Label = Western Sahara
Value = 736.0	Label = Sudan
Value = 740.0	Label = Dutch Guiana
Value = 744.0	Label = Svalbard and Jan Mayen
Value = 748.0	Label = Swaziland
Value = 752.0	Label = Sweden
Value = 756.0	Label = Switzerland
Value = 760.0	Label = Syria
Value = 762.0	Label = Tajikistan
Value = 764.0	Label = Thailand
Value = 768.0	Label = Togo

Value = 772.0	Label = Tokelau
Is/Oceania	
Value = 776.0	Label = Tonga/Oceania
Value = 780.0	Label = Trinidad &
Tobago	
Value = 784.0	Label = United Arab Emrts
Value = 788.0	Label = Tunisia
Value = 792.0	Label = Turkey
Value = 795.0	Label = Turkmenistan
Value = 796.0	Label = Turks & Caicos
Islands	
Value = 798.0	Label = Ellice Is/Oceania
Value = 800.0	Label = Uganda
Value = 804.0	Label = Ukraine
Value = 807.0	Label = Macedonia
Value = 818.0	Label = Egypt
Value = 830.0	Label = British Overseas
Value = 831.0	Label = Guernsey -
Channel Islands	
Value = 832.0	Label = Jersey - Channel
Islands	
Value = 833.0	Label = Isle of Man
Value = 834.0	Label = Tanzania/Zanzibar
Value = 840.0	Label = USA/ United
States America	
Value = 850.0	Label = Virgin Islands
(USA)	
Value = 854.0	Label = Burkina Faso
Value = 858.0	Label = Uruguay
Value = 860.0	Label = Uzbekistan
Value = 862.0	Label = Venezuela
Value = 876.0	Label = Wallis and Futuna
Islands	
Value = 882.0	Label = Samoa,
Western/Oceania	
Value = 887.0	Label = Yemen/Nth & Sth
Value = 894.0	Label = Zambia
Value = 901.0	Label = SCY Southern
(Greek) Cyprus	
Value = 902.0	Label = NCY Turkish Rep
North Cyprus	
Value = 911.0	Label = Spain/Balearic
Value = 912.0	Label = Canary Islands
Value = 921.0	Label = England
Value = 922.0	Label = Northern Ireland
Value = 923.0	Label = Scotland
Value = 924.0	Label = Wales
Value = 926.0	Label = UK / United
Kingdom	
Value = 931.0	Label = Channel Islands
Value = 940.0	Label = Cruise -
Europe/Dep	
Value = 941.0	Label = Cruise -
Elsewh/Dep	
Value = 942.0	Label = Cruise -
Europe/Arr: UK ship	
Value = 943.0	Label = Cruise -
Europe/Arr:foreign	
Value = 944.0	Label = Cruise -
Europe/Arr:~dk ship	
Value = 945.0	Label = Cruise -
Elsewh/Arr: UK ship	
Value = 946.0	Label = Cruise -
Elsewh/Arr:foreign	
Value = 947.0	Label = Cruise -
Elsewh/Arr:~dk ship	
Value = 949.0	Label = Cruise --DK
where: Arr & dep	
Value = 950.0	Label = Short Haul/SOB
Value = 951.0	Label = Kosova
Value = 958.0	Label = Other stateless
Value = 968.0	Label = Coding Query
Value = 969.0	Label = dk country of

Country	Value	Label
Visit: nombre del principal país visitado en el extranjero por residentes del Reino Unido	973.0	Yugoslavia
	0.0	
	Staff/military/embassy	
	4.0	Afghanistan
	8.0	Albania
	10.0	Antarctica etc (Foreign)
	12.0	Algeria
	16.0	American Samoa/Oceania
	20.0	Andorra
	24.0	Angola
	28.0	Barbuda/Antigua
	31.0	Azerbaijan
	32.0	Argentina
	36.0	Australia
	40.0	Austria
	44.0	Bahamas
	48.0	Bahrain
	50.0	Bangladesh
	51.0	Armenia
	52.0	Barbados
	56.0	Belgium
	60.0	Bermuda
	64.0	Bhutan
	68.0	Bolivia
	70.0	Bosnia Herzegovina
	72.0	Botswana
	74.0	Bouvet Island
	76.0	Brazil
	84.0	Belize
	86.0	British Indian Ocean Territory
	90.0	Solomon Island
	92.0	Virgin Islands (Br)
	96.0	Brunei
	100.0	Bulgaria
	104.0	Myanmar (Burma)
	108.0	Burundi
	112.0	Belarus
	116.0	Cambodia
	120.0	Cameroon
	124.0	Canada
	132.0	Cape Verde Islands
	136.0	Cayman Islands
	140.0	Central African Rep
	144.0	Sri Lanka
	148.0	Chad
	152.0	Chile
	156.0	China/Tibet
	158.0	Taiwan
	162.0	Christmas Is/Oceania
	166.0	Cocos Is/Oceania
	170.0	Colombia
	174.0	Comoros
175.0	Mayotte	
178.0	Congo (Brazzaville)	
180.0	Democratic Republic of Congo	
184.0	Cook Is/Oceania	
188.0	Costa Rica	
191.0	Croatia	
192.0	Cuba	
203.0	Czech Republic	
204.0	Benin (formerly Dahomey)	
208.0	Denmark	

Value = 212.0	Label = Dominica
Value = 214.0	Label = Dominican Republic
Value = 218.0	Label = Ecuador
Value = 222.0	Label = El Salvador
Value = 226.0	Label = Equatorial Guinea
Value = 231.0	Label = Ethiopia
Value = 232.0	Label = Eritrea
Value = 233.0	Label = Estonia
Value = 234.0	Label = Faroe Isl
Value = 238.0	Label = Falkland Is/Brtsh Antarctic
Value = 239.0	Label = South Georgia and South Sanwich isl
Value = 242.0	Label = Fiji
Value = 246.0	Label = Finland
Value = 250.0	Label = France
Value = 254.0	Label = French Guiana
Value = 258.0	Label = French Polynesia/Tahiti
Value = 260.0	Label = French Sthrn/Antrctic Terrs
Value = 262.0	Label = Djibouti
Value = 266.0	Label = Gabon
Value = 268.0	Label = Georgia
Value = 270.0	Label = Gambia
Value = 275.0	Label = Palestine
Value = 276.0	Label = Germany
Value = 288.0	Label = Ghana
Value = 292.0	Label = Gibraltar
Value = 296.0	Label = Oceania Islands
Value = 300.0	Label = Greece
Value = 304.0	Label = Greenland
Value = 308.0	Label = Grenada
Value = 312.0	Label = Guadeloupe
Value = 316.0	Label = Guam
Value = 320.0	Label = Guatemala
Value = 324.0	Label = Guinea
Value = 328.0	Label = Guyana
Value = 332.0	Label = Haiti
Value = 334.0	Label = Heard Island and McDonald Islands
Value = 336.0	Label = Vatican
Value = 340.0	Label = Honduras
Value = 344.0	Label = Hong Kong
Value = 348.0	Label = Hungary
Value = 352.0	Label = Iceland'
Value = 356.0	Label = India
Value = 360.0	Label = Indonesia
Value = 364.0	Label = Iran
Value = 368.0	Label = Iraq
Value = 372.0	Label = Eire
Value = 376.0	Label = Israel
Value = 380.0	Label = Italy
Value = 384.0	Label = Ivory Coast
Value = 388.0	Label = Jamaica
Value = 392.0	Label = Japan
Value = 398.0	Label = Kazakhstan
Value = 400.0	Label = Jordan
Value = 404.0	Label = Kenya
Value = 408.0	Label = Korea, North
Value = 410.0	Label = Korea, South Rep
Value = 414.0	Label = Kuwait
Value = 417.0	Label = Kyrgyzstan
Value = 418.0	Label = Laos
Value = 422.0	Label = Lebanon
Value = 426.0	Label = Lesotho
Value = 428.0	Label = Latvia
Value = 430.0	Label = Liberia
Value = 434.0	Label = Libya
Value = 438.0	Label = Liechtenstein
Value = 440.0	Label = Lithuania
Value = 442.0	Label = Luxembourg

Value = 446.0	Label = Macao
Value = 450.0	Label = Madagascar
Value = 454.0	Label = Malawi
Value = 458.0	Label = Malaysia
Value = 462.0	Label = Maldives
Value = 466.0	Label = Mali
Value = 470.0	Label = Malta
Value = 474.0	Label = Martinique
Value = 478.0	Label = Mauritania
Value = 480.0	Label = Mauritius
Value = 484.0	Label = Mexico
Value = 492.0	Label = Monaco
Value = 496.0	Label = Mongolia
Value = 498.0	Label = Moldova
Value = 499.0	Label = Montenegro
Value = 500.0	Label = Montserrat
Value = 504.0	Label = Morocco
Value = 508.0	Label = Mozambique
Value = 512.0	Label = Oman
Value = 516.0	Label = Namibia
Value = 520.0	Label = Nauru/Oceania
Value = 524.0	Label = Nepal
Value = 528.0	Label = Netherlands
Value = 530.0	Label = Antilles/Curacao
Value = 533.0	Label = Aruba
Value = 540.0	Label = New Caledonia
Value = 548.0	Label = Vanuatu
Value = 554.0	Label = New Zealand
Value = 558.0	Label = Nicaragua
Value = 562.0	Label = Niger
Value = 566.0	Label = Nigeria
Value = 570.0	Label = Niue Island
Value = 574.0	Label = Norfolk Island
Value = 578.0	Label = Norway
Value = 583.0	Label = Micronesia
Value = 585.0	Label = Palau
Value = 586.0	Label = Pakistan
Value = 591.0	Label = Panama
Value = 598.0	Label = Papua New Guinea
Value = 600.0	Label = Paraguay
Value = 604.0	Label = Peru
Value = 608.0	Label = Philippines
Value = 612.0	Label = Pitcairn Isl/Oceania
Value = 616.0	Label = Poland
Value = 620.0	Label = Portugal/Portucalense/Portugal
Value = 621.0	Label = Madeira/Azores
Value = 624.0	Label = Guinea - Bissau
Value = 626.0	Label = East Timor
Value = 630.0	Label = Puerto Rico
Value = 634.0	Label = Qatar
Value = 638.0	Label = Reunion Island
Value = 642.0	Label = Romania
Value = 643.0	Label = Russia
Value = 646.0	Label = Rwanda
Value = 652.0	Label = St Barthelemy
Value = 654.0	Label = Ascension I/St Helena/Trist
Value = 659.0	Label = Nevis/St Kitts
Value = 660.0	Label = Anguilla
Value = 662.0	Label = St Lucia
Value = 663.0	Label = St Martin
Value = 666.0	Label = St Pierre et Miquelon
Value = 670.0	Label = Grenadines/St Vincent
Value = 674.0	Label = San Marino
Value = 678.0	Label = Sao Tome
Value = 682.0	Label = Saudi Arabia
Value = 686.0	Label = Senegal
Value = 688.0	Label = Serbia

Value = 690.0	Label = Seychelles
Value = 694.0	Label = Sierra Leone
Value = 702.0	Label = Singapore
Value = 703.0	Label = Slovakia
Value = 704.0	Label = Vietnam
Value = 705.0	Label = Slovenia
Value = 706.0	Label = Somalia
Value = 710.0	Label = South Africa
Value = 716.0	Label = Zimbabwe
Value = 732.0	Label = Western Sahara
Value = 736.0	Label = Sudan
Value = 740.0	Label = Dutch Guiana
Value = 744.0	Label = Svalbard and Jan Mayen
Value = 748.0	Label = Swaziland
Value = 752.0	Label = Sweden
Value = 756.0	Label = Switzerland
Value = 760.0	Label = Syria
Value = 762.0	Label = Tajikistan
Value = 764.0	Label = Thailand
Value = 768.0	Label = Togo
Value = 772.0	Label = Tokelau
Is/Oceania	
Value = 776.0	Label = Tonga/Oceania
Value = 780.0	Label = Trinidad & Tobago
Value = 784.0	Label = United Arab Emrts
Value = 788.0	Label = Tunisia
Value = 792.0	Label = Turkey
Value = 795.0	Label = Turkmenistan
Value = 796.0	Label = Turks & Caicos
Islands	
Value = 798.0	Label = Ellice Is/Oceania
Value = 800.0	Label = Uganda
Value = 804.0	Label = Ukraine
Value = 807.0	Label = Macedonia
Value = 818.0	Label = Egypt
Value = 830.0	Label = British Overseas
Value = 831.0	Label = Guernsey - Channel Islands
Value = 832.0	Label = Jersey - Channel Islands
Value = 833.0	Label = Isle of Man
Value = 834.0	Label = Tanzania/Zanzibar
Value = 840.0	Label = USA/ United States America
Value = 850.0	Label = Virgin Islands (USA)
Value = 854.0	Label = Burkina Faso
Value = 858.0	Label = Uruguay
Value = 860.0	Label = Uzbekistan
Value = 862.0	Label = Venezuela
Value = 876.0	Label = Wallis and Futuna
Islands	
Value = 882.0	Label = Samoa,
Western/Oceania	
Value = 887.0	Label = Yemen/Nth & Sth
Value = 894.0	Label = Zambia
Value = 901.0	Label = SCY Southern (Greek) Cyprus
Value = 902.0	Label = NCY Turkish Rep North Cyprus
Value = 911.0	Label = Spain/Balearic
Value = 912.0	Label = Canary Islands
Value = 921.0	Label = England
Value = 922.0	Label = Northern Ireland
Value = 923.0	Label = Scotland
Value = 924.0	Label = Wales
Value = 926.0	Label = UK / United Kingdom
Value = 931.0	Label = Channel Islands
Value = 940.0	Label = Cruise - Europe/Dep

	Value = 941.0	Label = Cruise -
	Elsewh/Dep	
	Value = 942.0	Label = Cruise -
	Europe/Arr: UK ship	
	Value = 943.0	Label = Cruise -
	Europe/Arr:foreign	
	Value = 944.0	Label = Cruise -
	Europe/Arr:~dk ship	
	Value = 945.0	Label = Cruise -
	Elsewh/Arr: UK ship	
	Value = 946.0	Label = Cruise -
	Elsewh/Arr:foreign	
	Value = 947.0	Label = Cruise -
	Elsewh/Arr:~dk ship	
	Value = 949.0	Label = Cruise --DK
	where: Arr & dep	
	Value = 950.0	Label = Short Haul/SOB
	Value = 951.0	Label = Kosova
	Value = 958.0	Label = Other stateless
	Value = 968.0	Label = Coding Query
	Value = 969.0	Label = dk country of
	residence/birth	
	Value = 973.0	Label = Yugoslavia
Stay: duración de la estancia	range: [0,362]	
Spend: gasto total del viaje	range: [0,132.012]	
Fweight: Peso final de las variables para elevar a datos poblacionales	range: [74.784,8695.556]	

Posteriormente se han hecho algunas modificaciones para trabajar con la base de datos en la serie completa 2000-2014 y se han creado las siguientes variables:

VARIABLES	VALORES	
Flujo: movimientos de entrada y salida de viajeros	Value = 1.0	Label = outbound
	Value = 2.0	Label = inbound
Dage: intervalos de edad	Value = 1.0	Label = 0-15
	Value = 2.0	Label = 16-24
	Value = 3.0	Label = 25-34
	Value = 4.0	Label = 35-44
	Value = 5.0	Label = 45-54
	Value = 6.0	Label = 55-64
	Value = 7.0	Label = 65 or over

Numerodeviajeros:	Value = 1.0	Label = 1
	Value = 2.0	Label = 2
Número de viajeros	Value = 3.0	Label = 3
por grupo de gasto	Value = 4.0	Label = 4 or over

FE DE ERRATAS

Tesis doctoral: "Flujos de entrada y salida de turistas de salud en Reino Unido"

- Índice:

donde dice: "epígrafe 2.2.1. Evolución y factores que explican el crecimiento del turismo de salud"

debe decir: "epígrafe 2.2.1. Evolución del turismo de salud"

- Página 36:

donde dice: "epígrafe 2.2.1. Evolución y factores que explican el crecimiento del turismo de salud"

debe decir: "epígrafe 2.2.1. Evolución del turismo de salud"

- Páginas de 43-45:

estas páginas deben de formar parte del epígrafe "2.3.JUSTIFICACIÓN DEMANDA DEL TURISMO DE SALUD. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN" en la página 55 donde dice "Pagán, R. B. (2004) señala como factores que han contribuido al crecimiento del turismo de salud:..." el primer punto sería "1) Envejecimiento de la población"

- Página 110:

donde dice "el mejor trimestre para las entradas....y el peor de enero a marzo"

debe decir "el mejor trimestre para las entradas....y el peor de junio a septiembre"

- Página 122:

donde dice: "Tabla 11. Entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU por grupos de edad acumuladas de 2000-20013"

debe decir: "Tabla 11. Entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU por grupos de edad acumuladas de 2000-2014"

donde dice: "Gráfico 13. Entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU por grupos de edad acumulados de 2000-20013"

debe decir: "Gráfico 13. Entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU por grupos de edad acumulados de 2000-20014"

- Página 140 y siguientes:

donde dice: "euros"

debe decir: " libras"

- Página 148:

donde dice: "de 2004 a 2004"

deber decir: "de 2004 a 2014"

-Página 156: en la primera línea

donde dice: "Es términos..."

debe decir "En términos..."

- Página 181: último párrafo, penúltima línea

donde dice: " se encuentras en el tramo..."

debe decir: " se encuentran en el tramo..."

- Página 182 : penúltimo párrafo, última línea

donde dice: "superior a las salidas."

debe decir: "superior a la salida."

- Página 217:

donde dice: "Gráfico 13. Entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU por grupos de edad acumulados de 2000-20013"

debe decir: "Gráfico 13. Entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU por grupos de edad acumulados de 2000-20014"

- Página 220:

donde dice: "Tabla 11. Entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU por grupos de edad acumuladas de 2000-20013"

debe decir: "Tabla 11. Entradas y salidas de clientes de turismo de salud en RU por grupos de edad acumuladas de 2000-2014"