
Fluidez territorial como articuladora del turismo con motivos odontológicos en Molar City (Los Algodones, México).

Territorial fluidity as articulator of dental tourism in Molar City (Los Algodones, Mexico)

Fluidez territorial como articuladora do turismo com motivações odontológicas em Molar City (Los Algodones, México)

Adriana Dennise Rodríguez Blanco ¹ <http://orcid.org/0000-0001-9650-987X>

¹ Maestranda en Geografía por la Universidad Nacional Autónoma de México, Lic. en Geografía por la Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de Mexico- Mexico, cyoux16@gmail.com

Resumen

El turismo de salud se ha perfilado en el siglo XXI como una actividad económica de gran relevancia para los países periféricos. Dentro de sus múltiples especialidades, la odontología es quizá uno de los casos más emblemáticos, y ha propiciado que Los Algodones, una localidad fronteriza mexicana, se haya convertido en uno de los destinos preferidos por muchos pacientes. El objetivo de este trabajo es comprender cómo el turismo de salud organiza esta localidad latinoamericana. Mediante la aplicación de 41 entrevistas semiestructuradas a agentes involucrados y recorridos en campo, se descubrió que diferentes núcleos de migración y movilidad se amalgaman en una dinámica de fluidez territorial que explican por qué a esta localidad se le conoce como Molar City.

Palabras clave: Turismo de salud. Molar City. Odontología.

Abstract

Health tourism has emerged in the 21st century as an economic activity of great relevance to peripheral countries. Among its many specialties, dentistry is perhaps one of the most emblematic cases, and has led to Los Algodones, a Mexican border town, to become one of the destinations preferred by many patients. The aim of this paper is to understand how health tourism organizes this Latin American town. Through the application of 41 semi-structured interviews to agents involved and field trips, it was discovered that different cores of migration and mobility merge into a dynamic of territorial fluidity that explains why this town is known as Molar City.

Keywords: Health tourism. Molar City. Odontology.

Resumo

O turismo de saúde surgiu no século XXI como uma atividade econômica de grande relevância para os países periféricos. Entre suas muitas especialidades, a odontologia é talvez um dos casos mais emblemáticos e levou a Los Algodones, uma cidade na fronteira mexicana, a se tornar um dos destinos preferidos por muitos pacientes. O objetivo deste trabalho é entender como o turismo de saúde organiza essa cidade latino-americana. Através da aplicação de 41 entrevistas semiestructuradas aos agentes envolvidos e viagens de

campo, descobriu-se que diferentes núcleos de migração e mobilidade se fundem em uma dinâmica de fluidez territorial que explica por que essa cidade é conhecida como Molar City.

Palavras-chave: Turismo de saúde. Molar City. Odontologia.

Recibido: 30/05/2020

Aceptado para publicación: 30/06/2020

Publicado en 20/07/2020

Introducción

Ha surgido un fenómeno dentro del turismo que ha ganado atención mediática desde inicios del siglo XXI. Factores como el aumento de la esperanza de vida, la privatización gradual de diversos sectores de salud pública y la proliferación de aerolíneas de bajo costo (Cortez, 2008) han facilitado la globalización de la salud, a lo que se suma una creciente tendencia en la que el acceso a la salud comienza a estar cada vez más relacionado con los ingresos del paciente y no con los servicios de su sistema nacional de salud (Connell, 2011a).

Esta dinámica, ligada a la concepción de la salud como mercancía dentro del medio técnico-científico-informacional, provoca que cada vez sea más común la movilización de personas que buscan atenderse fuera de sus países de origen, lo que se ha denominado turismo de salud (Hall, 2013; Laesser, 2011). Cabe señalar que se trata de un movimiento selectivo (determinado por los ingresos y la carencia de atención médica garantizada) más allá de las propias fronteras nacionales para conseguir tratamiento médico (Ruggeri et al 2015).

Estos flujos de pacientes-turistas, de manera generalizada, han revertido la tendencia histórica de buscar atención especializada en países considerados de mayor desarrollo para ahora dirigirse a países de economías emergentes, debido a ahorros sustanciales en los diversos procedimientos médicos. Es el caso de México, que tiene la ventaja competitiva de recibir a los pacientes del mayor emisor de pacientes a nivel mundial (Tham, 2018), Estados Unidos de América (EUA).

Desde la perspectiva de la geografía crítica, postura elegida por ser esta actividad económica un producto de la falta de equidad global en el acceso a la salud y un potencial fragmentador socioespacial de la provisión de atención médica (Barros, 2015), el objetivo de este trabajo es entender cómo la actividad turística ligada al tema

de salud organiza el territorio de una pequeña localidad fronteriza mexicana llamada Los Algodones y conocida en blogs internacionales como Molar City.

Se trata de un caso emblemático para México, e incluso para América Latina, debido a que esta localidad cuenta con antecedentes de ofertar servicios odontológicos para extranjeros de manera prematura, desde la década de 1970 (Judkins, 2007) y su aporte económico es muy significativo a nivel municipal y estatal (CETYS, 2013), además del reconocimiento internacional que creció de forma exponencial a inicios del siglo XXI. Caber señalar que la especialidad odontológica, por cuestiones históricas, es muy frecuente en la frontera México-EUA (Timothy, 2001; Oberle y Arreola, 2004).

La ruta metodológica seguida se basó en la aplicación de entrevistas semiestructuradas (41) con diversos agentes que forman parte de este flujo turístico con motivaciones odontológicas, así como recorridos en campo en los que se implementó observación no participante; ambas actividades permitieron conocer cómo esta actividad organiza el territorio de Los Algodones.

¿Exportación de problemas de salud hacia la periferia? Una revisión teórica.

En una era dominada por la compresión espacio-temporal, los límites geográficos, sociales, políticos y económicos se vuelven cada vez más difusos (Harvey, 1990). El medio técnico-científico-informacional, característico de la globalización (Santos, 2004) constantemente reconfigura objetos y flujos en múltiples escalas, y la salud no está exenta de esta dinámica, especialmente desde que se reconfiguraron los sistemas nacionales de salud debido a la entrada del neoliberalismo (Kaspar y Reddy, 2017).

Los cambios en el sector salud y el Estado no pasaron desapercibidas para el turismo, a lo que se sumaron las particularidades histórico-culturales propias de cada país para conformar un nuevo nicho de mercado, ofertado para extranjeros y especialmente atractivo para países periféricos, debido a los altos ingresos que genera (Connell, 2011a).

Tradicionalmente, la salud ha sido un asunto público o gubernamental; ahora, al considerarla una mercancía más (Lunt et al, 2013), podría afirmarse que el turismo de salud constituye una solución desde lo individual (Pocock y Phua, 2011), lo que modifica las relaciones entre actores e instituciones que forman parte de los circuitos de provisión de servicios de salud.

Milton Santos ya advertía que la globalización tenía una faceta perversa que profundiza la desigualdad (2004); lo que resulta una novedad es que al desmantelamiento gradual que se ha hecho de la salud pública –por las reformas estructurales que se orientaron a reducir los presupuestos en sectores involucrados en el Estado de bienestar– (Chee, Whittaker y Por, 2017), ahora se suma el turismo de salud. Mientras en los países desarrollados el poder adquisitivo permite la posibilidad de complementar los servicios que ha dejado de proveer el gobierno, en los países periféricos predomina la precariedad (Cohen, 2014; Kaspar y Reddy, 2017).

El turismo de salud es difícil de definir, puesto que aún es una discusión abierta e impulsada en buena medida por los medios masivos de comunicación que popularizaron el término (Connell, 2011a). Su existencia ha creado múltiples posturas en la academia, no obstante, de acuerdo con Hall (2011), el debate se centra principalmente en dos temas: a) el turismo de salud puede representar una solución para los problemas de los sistemas nacionales de salud, y b) el turismo de salud contribuye a la mercantilización de la salud pública al insertarse en las agendas políticas neoliberales.

Según Béland y Zarzecny (2018), vivimos en una era de medicina globalizada, en la cual el turismo de salud debe ser entendido desde dos perspectivas: a) los sistemas nacionales de salud que –en tanto instituciones estables– tienen diferentes coberturas, fuentes de financiamiento y regulaciones en cada país, lo que determina la disponibilidad y accesibilidad de la población a servicios médicos; y b) la perspectiva de salud global, que comienza a ser entendida y administrada como una mercancía inserta en un comercio internacional de servicios, lo que contradice los objetivos de los sistemas de salud, ya que aumenta la atención en lo individual y reduce la responsabilidad gubernamental (Vijaya, 2010).

Esta actividad resulta de especial relevancia para los países periféricos, debido a que los turistas de este segmento gastan más que el promedio (ProMéxico, 2016), lo que prometería grandes ingresos para quienes lo fomenten (Connell, 2011b). En ese sentido, los flujos de información han contribuido a que el patrón espacial de organización de los servicios médicos ya no responda únicamente a una dinámica sur-norte (en la que regía la dependencia tecnológica), sino que ahora la búsqueda de precios menores ha puesto en una posición favorable a estos países (Hanefeld y Smith, 2015).

Además, los tres factores de producción –tierra, trabajo y capital– influyen directamente en el costo de la atención médica, por lo que los países periféricos cuentan con la posibilidad de ofrecer precios más competitivos por diversas circunstancias:

concesión de tierras para construir complejos hospitalarios, salarios menores de los profesionistas de la salud, atracción de corporativos médicos transnacionales que absorban costos de instalación y suplir la demanda de bienes no especializados en maquiladoras (Reisman, 2015).

Dentro del amplio espectro del turismo de salud, se encuentra la especialidad odontológica, que en algunas discusiones comienza a tener su propio término (turismo dental), mismo que es utilizado para referirse al fenómeno por el cual individuos activamente buscan y reciben cuidado dental fuera de su país o ciudad de origen (Chandu, 2015: 403). La odontología destaca por ser una especialidad en la cual no predomina la emergencia, lo que ha permitido la apertura de un mercado que busca generar una respuesta ante los crecientes precios locales; además, resulta una expresión del empoderamiento de los pacientes que tienen la capacidad de aprovechar los flujos de información para buscar servicios de acuerdo a su capacidad de pago (Osterle, Balázs y Delgado, 2009).

Aquellos odontólogos que laboran en la iniciativa privada están insertos en un sistema regido por el mercado, por lo que se instalan en lugares que les ofrezcan ventajas comparativas, como los mayores ingresos que pueden proporcionarles los pacientes extranjeros, o los menores costos en la provisión de servicios dentales en países en desarrollo (Chandu, 2015). Es así que los países periféricos pueden resultar atractivos para ejercer esa profesión, con un margen de ganancias alto si se orientan expresamente a ofrecer sus servicios a extranjeros (Piazolo y Zanca, 2011).

Los principales destinos del turismo dental a nivel internacional –de acuerdo con artículos especializados– son Tailandia, India, Hungría, Polonia, México y Costa Rica. Estos países se distinguen por ofrecer ventajas muy notorias en el precio de los procedimientos y tratamientos en comparación con otros países más desarrollados (Piazolo y Zanca, 2011; Hall, 2013; Connell, 2011b; Cohen, 2014). Todos reciben grandes flujos de pacientes que buscan atención odontológica, principalmente estadounidenses²; no obstante, en este sentido Costa Rica y México presentan una ventaja comparativa: la proximidad geográfica.

² EUA es un país que carece de sistema nacional de salud. Sus principales programas federales para provisión de servicios de salud (*Medicare* y *Medicaid*) dejan fuera a cerca de 50 millones de personas, y sus componentes (médicos, hospitales, insumos, tecnología médica, provisión de fármacos) están totalmente privatizados, lo que explica que sea el principal emisor de pacientes (Morone, Litman y Robins, 2008).

Atención odontológica que trasciende fronteras: estadounidenses en la frontera norte de México.

El turismo de salud posee una gran variedad de procedimientos y especialidades. No obstante, en un análisis de escala nacional y tomando en cuenta que EUA es el mayor emisor de pacientes, México tiene la colindancia geográfica como ventaja fundamental sobre el resto de países que reciben estadounidenses en sus territorios (Ramírez de Arellano, 2011; Cortez, 2008).

Esta colindancia ha otorgado cierto protagonismo para México en el turismo de salud global; por ejemplo, Connell (2011b) hace referencia a una atractiva proximidad con EUA y una gran influencia de los migrantes de retorno para propiciar desplazamientos en busca de atención médica, odontológica o farmacológica; mientras que Eissler (2011) plantea que los pacientes estadounidenses que se atendieron en México recomiendan su experiencia, por la alta calidad médica y la calidez recibida durante su tratamiento.

La frontera norte de México es un caso en el que existe una interdependencia compleja y un desarrollo binacional desigual (Bringas, 2004), dentro de la cual el turismo ha tenido un papel importante. Impulsado en un inicio por estadounidenses que deseaban evadir la Ley Seca en la década de 1920, posteriormente se acopló con otras actividades fronterizas como el comercio y cadenas de distribución, logrando una articulación funcional de diversas ciudades a lo largo de la frontera (Wilson y Lee, 2014).

Históricamente, la frontera México-EUA ha tenido una génesis y evolución conflictiva. Después de la pérdida de territorio mexicano a manos de estadounidenses, a mediados del siglo XIX, los soldados norteamericanos frecuentaban pueblos del lado mexicano para divertirse, a los que se sumaron migrantes provenientes del este de EUA, que, desplazados por conflictos de tierras y alejados de ciudades centrales, interactuaban más con poblados mexicanos (Alegría, 1989).

La consolidación de los Estados-nación a ambos lados de la frontera siguió trayectorias diferentes, pero con una necesidad común de poseer una estructura centralizada que permitiera ejecutar las políticas de control sobre las actividades económicas, lo que obligó a hacer un trazado nítido de la frontera física; no obstante, los pueblos fronterizos siempre contaron con un estatus ambiguo y permisivo, en primer lugar por el régimen de zona de libre comercio (que terminó en 1994 con la entrada en

vigor del TLCAN) y en segundo por su poca conectividad con las respectivas capitales de ambos países (Alegría, 1989; Cohen, 2000).

La década de 1940 marcó un cambio significativo en la región fronteriza. La urbanización acelerada, producto de la creación de nuevos asentamientos tras la instalación de bases navales y militares en ciudades estadounidenses como San Diego (California), El Paso (Texas) y Tucson (Arizona), en conjunto con el impulso de ciudades mexicanas cercanas a recursos mineros y agrícolas como Hermosillo (Sonora) y Ensenada (Baja California), modificó la configuración de estos espacios. Esto se reforzó veinte años después con la introducción de las maquiladoras, marcando una mayor intensidad de la dependencia económica y demográfica de las ciudades mexicanas con respecto a sus homólogas estadounidenses (Alegría, 1989).

Además, según Timothy (2001), la dinámica entre México y EUA otorga un papel muy importante a las localidades mexicanas fronterizas, que son muy populares entre los ciudadanos estadounidenses para hacer compras –principalmente de artesanías, frutas tropicales, alimentos, bebidas y licores, muebles, productos de piel, así como consumo de entretenimiento, reparaciones de automóvil– y recibir atención médica (en especial, prescripciones farmacológicas³) y odontológica.

Es así que la atención odontológica en la frontera norte de México siempre ha tenido un papel importante. En el caso específico de Los Algodones, se trata de una localidad única a nivel mundial debido a una altísima concentración de odontólogos (Judkins, 2007). De acuerdo con la OMS, una tasa idónea de disponibilidad de dentistas es de uno por cada 3500 habitantes (Europa Press, 2018)⁴; no obstante, al ser una localidad completamente enfocada en la oferta de servicios odontológicos para extranjeros, presenta una concentración de 350 consultorios. Calculando una media conservadora de dos dentistas por consultorio, habría 700 dentistas en menos de un kilómetro cuadrado, lo que justifica que en medios digitales se le conozca como Molar City (Ramírez, 2005).

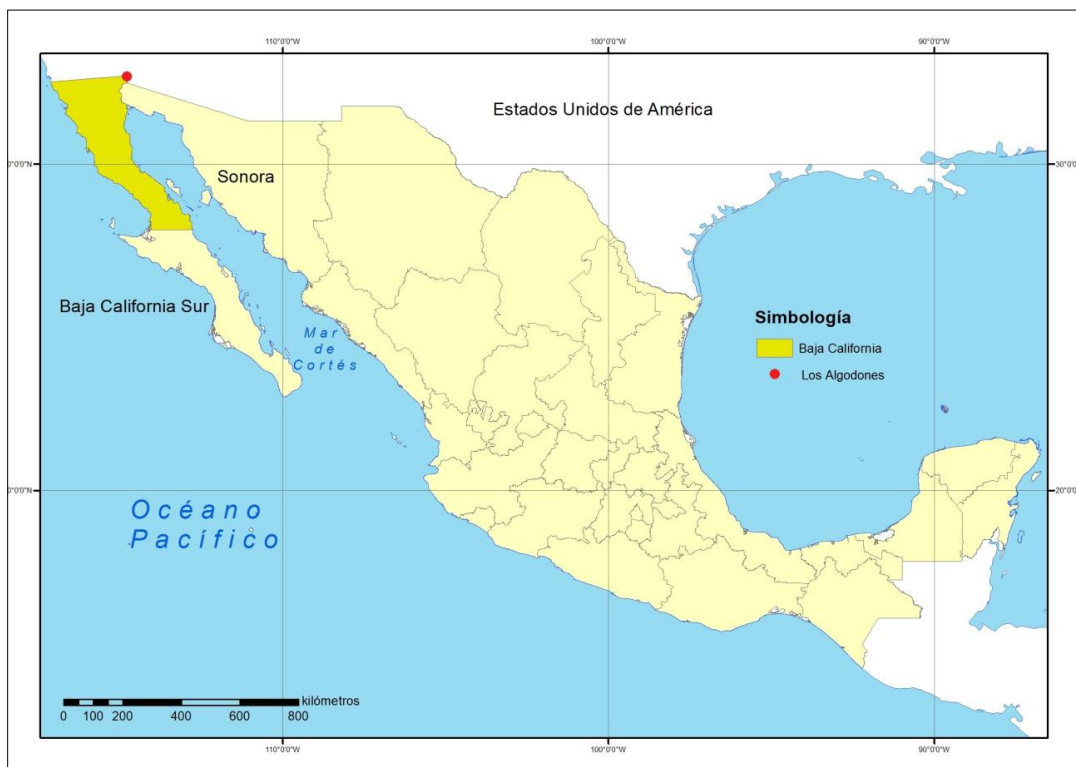
Los Algodones es la localidad latinoamericana situada más al norte del continente (mapa 1, al final del párrafo), y el primer punto geográfico de conexión entre América Latina y EUA (Periódico Oficial de Baja California, 1999), que se localiza a escasos

³ Los fármacos en México suelen ser más económicos que en su vecino del norte (Oberle y Arreola, 2004); y de acuerdo con Dalstrom (2012), además pueden ser adquiridos sin receta debido a una regulación más laxa, lo que desencadena incluso que algunos pacientes establezcan sus propias redes de adquisición ilegal de medicamentos en México.

⁴ Los Algodones, con una población menor a 6000 personas para 2010 (INEGI, 2010), requeriría únicamente de dos dentistas para satisfacer la demanda local.

metros del cruce fronterizo de Andrade. Por mucho tiempo ligada al turismo de ocio, especialmente durante y después del prohibicionismo de alcohol durante la década de 1920 en EUA (Rojas y Courtade, 2010), la localidad comenzó a resultar atractiva para quienes buscaban atención odontológica más económica, debido a la iniciativa de un dentista que comenzó a promocionar su trabajo en medios de Arizona entre 1970 y 1980 (La Voz de la Frontera, 2019). Destaca además que resulta ser prácticamente el único sitio en la frontera norte de México que se enfoca en una sola especialidad (Adams et al, 2017).

Mapa 1- Localización de Los Algodones, Baja California.



Fuente: elaborado con base en CONABIO (2019).

Las fronteras poseen diversos grados de permeabilidad: mientras algunas permiten la libre circulación de mercancías y personas, otras colocan restricciones (Timothy, 2001). En el caso de Los Algodones (frontera México-EUA) existe una relación asimétrica, pues mientras México no restringe la circulación de mercancías (salvo legislaciones vigentes, en especial sobre fármacos) ni de personas, EUA exige a las personas visa o *green card* (tarjeta de residencia); por lo que la fluidez territorial entre ambos países –que refiere a la circulación de información, imaginarios y materiales en el contexto de la globalización (Santos, 1996, 2004)– perpetúa las diferencias históricas y socioeconómicas.

Diversos procesos a múltiples escalas se ensamblan en Los Algodones: internacionales –flujos de pacientes mediados a través de la frontera–, regionales –oferta

de turismo de salud en la frontera norte de México y llegada de profesionistas– y locales (la promoción intencional de consultorios odontológicos de Los Algodones en medios estadounidenses e internet) se articulan en la oferta de la localidad. Por esta multiescalaridad, es conveniente utilizar el concepto fluidez territorial para comprender la dinámica del turismo dental.

Metodología aplicada

Para la comprensión y análisis de la organización territorial (lo que incluye entender las relaciones entre los actores involucrados y sus respectivas percepciones, así como los flujos que conforman la actividad y su despliegue en el territorio) del turismo de salud con motivos odontológicos en Los Algodones se empleó una metodología mixta.

En primer lugar, se utilizó información cualitativa proveniente de la aplicación de tres tipos de entrevistas semiestructuradas –con proveedores de servicios odontológicos, residentes de la localidad y pacientes– a un total de 41 informantes, entre enero y junio de 2019.

Las variables tomadas en cuenta para el análisis –por eje temático y grupo de interés– se estructuraron de la siguiente forma: i) pacientes: experiencias en la localidad, proceso de toma de decisión para atenderse en Los Algodones, actividades realizadas en el lugar, movilidad y transporte, seguridad social, procedencia; ii) residentes: opinión sobre la llegada de pacientes, relación con el turismo dental, atención médica y seguridad social, transporte y movilidad, procedencia; y iii) profesionistas: perfil y experiencia profesional, ventajas y desventajas de trabajar con extranjeros, medios de promoción, experiencias en la localidad, procedencia, transporte y residencia.

Las entrevistas fueron aplicadas en temporalidades diferentes para dar cuenta de la dinámica de la actividad en los momentos que otros trabajos (Adams et al 2017; Adams, Snyder y Crooks, 2018 y 2019; Dalstrom, 2012) han identificado como picos estacionales⁵ para el caso de la frontera norte de México: temporada alta, entre los meses de noviembre y marzo (trabajo de enero de 2019) y temporada baja, entre los meses de abril y octubre (trabajo hecho en junio de 2019).

La información obtenida fue procesada mediante análisis de contenido, que, de acuerdo con Bardin (1986), es un conjunto de instrumentos metodológicos aplicados a

⁵ Estas fluctuaciones están directamente relacionadas con las temperaturas: al ser una región predominantemente árida, las temperaturas entre abril y octubre (primavera-verano) superan los 40 grados (Gobierno de Baja California, 2015).

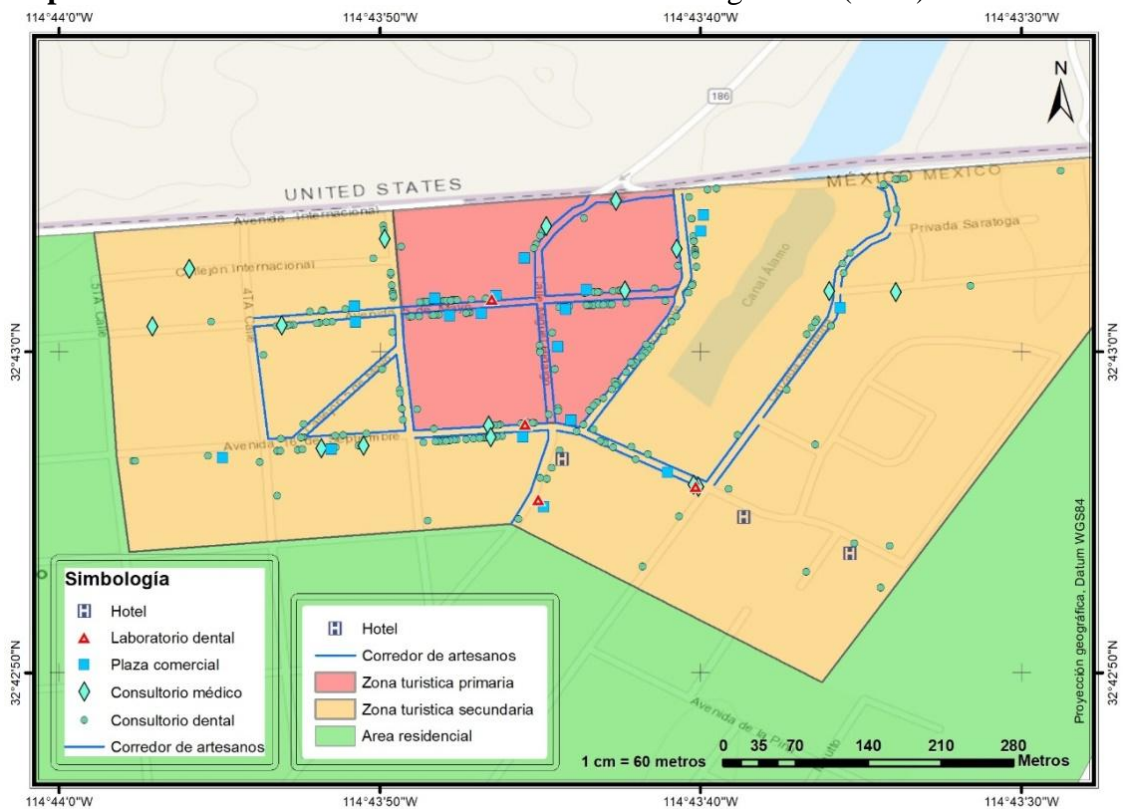
diversos discursos, cuyo común denominador es una hermenéutica controlada y basada en deducción. Sirve para identificar de forma sistemática y objetiva las aportaciones del material obtenido en relación con el tema de estudio (Neuendorf, 2017).

Posteriormente, durante recorridos de campo y mediante el uso del software *GPS Essentials*, se cartografiaron los elementos que estructuran el turismo con fines odontológicos en la localidad y su distribución, además de realizar observación no participante para entender la dinámica de la llegada de pacientes a los consultorios y la funcionalidad de los espacios en la localidad.

Hallazgos relevantes

Los elementos territoriales que forman parte del turismo por motivaciones odontológicas en la localidad de Los Algodones son: consultorios odontológicos, farmacias, servicios complementarios (laboratorios dentales, servicios de análisis médicos como rayos X, otros especialistas), hoteles, establecimientos de comida y bebida, bares y establecimientos (formales e informales) de venta de artesanías y otros productos. Su distribución en el territorio se concentra en las dos cuadras más cercanas al cruce fronterizo, lo que permitió elaborar una zonificación de la actividad turística.

Mapa 2- Zonificación de la actividad turística de Los Algodones (2019)



Fuente: elaborado por Andrés Prado Lallande, con base en el trabajo de campo (2019).

En el mapa anterior se observa, en primera instancia, la gran concentración de consultorios dentales, principalmente en las dos cuadras más próximas al cruce fronterizo, y su posterior dispersión hacia las orillas del poblado. La distribución de consultorios y del equipamiento complementario propio de la actividad económica estudiada fue el criterio principal para la delimitación de tres zonas:

- i) *Zona turística primaria*, que comprende las dos manzanas próximas al cruce fronterizo (garita de Andrade). Se trata de las calles en las que, de acuerdo con información proporcionada en varias entrevistas, se instalaron los primeros dentistas que ofertaron sus servicios a extranjeros, lo que explica una cierta tendencia por parte de los turistas a buscar atenderse en los consultorios que se localizan inmediatamente después del cruce.

Además de una gran concentración de consultorios, esta zona también posee una gran presencia de plazas comerciales que aglomeran más consultorios (a veces hasta en dos niveles), así como densos corredores de venta de artesanías, que de manera general se corresponden con la venta de alimentos.

- ii) *Zona turística secundaria*, representada en color amarillo, hace referencia a las calles aledañas al núcleo principal de la actividad. Cabe mencionar que en estos consultorios, al tener una ubicación más periférica con respecto al cruce fronterizo, es más frecuente la presencia de promotores (*jaladores*)⁶. También hay presencia de plazas que aglomeran consultorios, pero de una sola planta y con menor afluencia de pacientes.

En estas calles se localizan muchos laboratorios dentales (mencionados por los entrevistados): están cerca de la actividad principal para proveer a los consultorios, pero en una parte que ya no es tan frecuentada por los turistas. Existe también una alta presencia de servicios complementarios a la atención odontológica, como consultorios de otras especialidades médicas. También hay hospedaje para los pacientes que lo requieran, pero este tipo de establecimientos permanecen relegados del núcleo principal porque por mucho tiempo se priorizó la atención compactada en una sola visita.

- iii) *Zona residencial*, que comprende las zonas en color verde, son las calles en donde los habitantes de Los Algodones llevan a cabo sus tareas (estudio, compras,

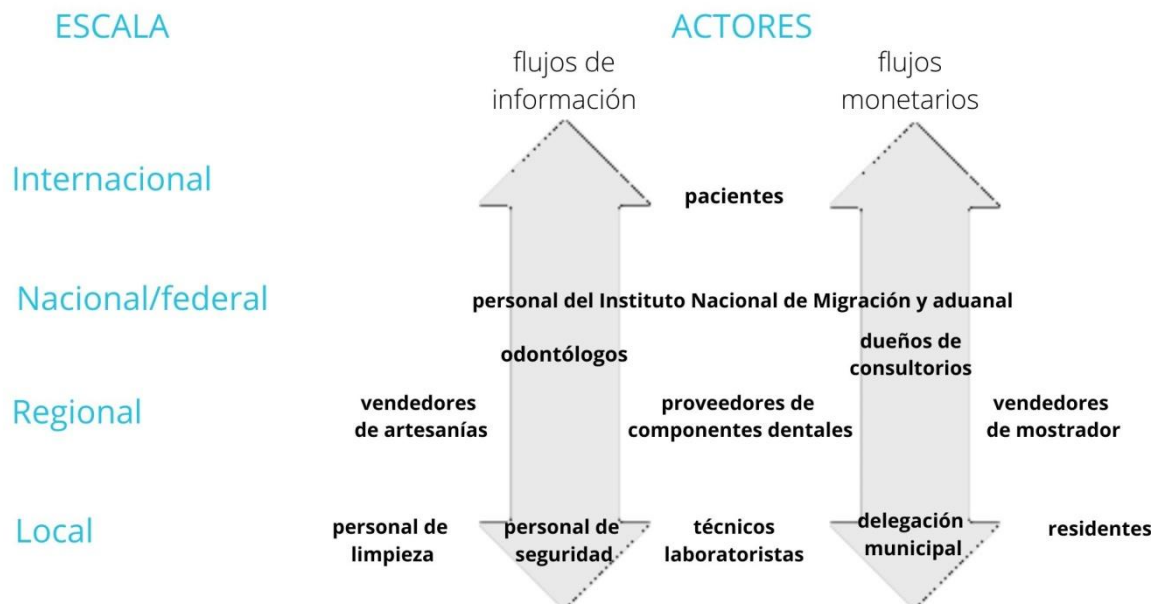
⁶ Un *jalador* es, generalmente, un migrante de retorno o un deportado, empleado por un consultorio bajo un esquema de informalidad. Su finalidad es atraer a los pacientes (debido a la intensidad de la competencia), pues es bilingüe y conoce cómo funcionan los seguros privados de salud en EUA.

etcétera), poseen muy pocos consultorios y no se observan turistas en ellas.

Varias de estas calles no tienen un nombre visible, e incluso hacia la presa (sureste del poblado), muchas ni siquiera están asfaltadas. Es muy frecuente observar viviendas en condiciones precarias (techos de lámina, muros de materiales endebles), así como perros callejeros: las condiciones de esta área no son propicias para recibir turistas.

La zonificación propuesta para la localidad hace referencia a un fenómeno recurrente en el turismo, la segmentación socioespacial. Sea en ciudades históricas, cuyos recursos turísticos son expresiones de patrimonio (Alvarado-Sizzo, 2015) o en destinos de sol y playa (López-López, Cukier y Sánchez-Crispín, 2006), la dinámica turística genera territorios cuya funcionalidad y estética difiere según el uso: mientras que aquellos sitios pensados para turistas son planeados (y percibidos) como seguros, los sitios de vivienda y trabajo se convierten en enclaves alejados del turista, en los que reina la pobreza (Judd, 1999). Entonces, se comprobó que en Los Algodones el turismo de salud genera una dinámica territorial similar a otros segmentos de mercado.

Infográfico 1- Un acercamiento al entramado de actores involucrados en el turismo dental de Los Algodones (2019).



Fuente: trabajo de campo, enero y junio de 2019.

Una mirada más profunda desde el territorio permite vislumbrar que los flujos en Los Algodones son diversos y multidireccionales. Pacientes, odontólogos, recepcionistas, laboratoristas, proveedores de componentes dentales, personal de limpieza, vendedores de artesanías, empleados de gobierno, personal militar,

vendedores de mostrador, residentes de la localidad... Esta localidad constituye un polo de atracción para diversos actores, como se puede apreciar en la infografía 1.

Derivado de la fluidez territorial desplegada en el territorio de Los Algodones, existen consecuencias de las que es preciso dar cuenta, puesto que, como actividad económica derivada de la globalización, el turismo de salud también genera territorios ganadores y perdedores (Merchand-Rojas, 2007) *al interior* de la localidad estudiada. La más evidente se vislumbró desde la zonificación turística, y es la desigualdad.

Con frecuencia, los dueños de consultorios y el personal especializado que labora en ellos (odontólogos y especialistas diversos) no son originarios de Los Algodones, por lo que los ingresos que reciben en realidad no permanecen en la localidad. Los empleos menos especializados (y peor pagados) se quedan para los habitantes de la localidad, en funciones como limpieza y vigilancia, lo que perpetúa una desigualdad ya existente.

Una de las cuestiones que menos se ha tratado en artículos publicados sobre el turismo de salud en Los Algodones, y que durante las entrevistas implementadas se abordó de manera superficial, atañe a dónde reciben atención dental las personas nativas y/o residentes de la localidad. Lo más común entre los 19 residentes entrevistados, fue que no contaran con ningún tipo de seguridad social o plan de salud (73%), mientras que el resto contaba con seguridad social por parte del Estado. A decir de una de las entrevistadas,

(...) pues sí, yo tengo el seguro popular pero no es como que te sirva de mucho. Nunca tienen nada, a veces no hay doctor, o no tienen materiales, o no tienen medicinas. Entonces aquí uno no se puede enfermar... si es algo de dentista, pues hay algunos que te atienden, así más económico, ya sea que sólo cobren los materiales o que te dejen pagar poco o a plazos, porque lo conocen a uno, pero está difícil” (información verbal).⁷

Acerca de los servicios de Los Algodones, se mencionaron temas como la carencia de guarderías, educación media superior y superior, transporte público eficiente y digno, y, lo más paradójico y contradictorio, de servicios médicos de calidad para los habitantes (no sólo odontológicos). En palabras de uno de los entrevistados,

Aquí te puedes morir en la noche porque no hay ambulancia, porque no hay hospital, porque no hay farmacia abierta, porque no tienes un médico. Y eso, ¿por qué? Porque la mayoría de la gente, los fuertes

⁷ Entrevista con residente de 53 años, en Los Algodones. Entrevista aplicada por Adriana Dennise Rodríguez Blanco el 24 de junio de 2019

BLANCO, A. D.R.

empresarios e inversionistas no viven aquí, ellos viven en Mexicali, allá tienen 24 horas ambulancia y farmacia y hospital. Aquí han fallecido personas porque no hay ambulancia, y si hay está descompuesta... (información verbal)⁸

Es así que en un destino de turismo de salud de alcance internacional, los residentes locales pueden morir por falta de servicios médicos, un fenómeno ligado a la contradicción capitalista que en primer lugar origina los flujos internacionales de pacientes de los cuales se ha hablado.

Otro aspecto que refleja las relaciones desiguales que se mantienen con Estados Unidos es el huso horario utilizado en Los Algodones. Derivado de la intensidad de las relaciones con la ciudad fronteriza de Yuma (Arizona), desde hace años la localidad mexicana comenzó a utilizar la misma franja horaria “para no perder clientes, como una estrategia de mercado, más que nada” (información verbal)⁹

Cabe señalar que en Los Algodones, al igual que toda la entidad de Baja California, rige el horario del Noroeste (UTC-8)¹⁰; sin embargo, los dentistas utilizan el horario de Arizona (UTC-7), por lo que existe un desfase entre la hora “real” y la hora con la que trabajan los negocios de la localidad. Esa particularidad se observó de lunes a sábado (los días laborales; los domingos la localidad recupera su espacialidad y temporalidad habituales, con muy poco movimiento turístico).

La precariedad resultó evidente en calles sin pavimentar, falta de señalización, calles sin nombres y familias hacinadas en pequeñas viviendas de materiales endeble, se hacen presentes en la localidad (en especial en el sector más alejado de la parte turística), y contrastan con el colorido de las dos manzanas que concentran toda la actividad comercial y turística del poblado. Esta fragmentación socioespacial, si bien tiene origen desde el primer auge turístico de la localidad como foco de turismo de esparcimiento (siglo XX), se agrava con la diferenciación salarial especializada que acarrea el turismo de salud, y revela conflictos en el uso del territorio de Los Algodones.

⁸ Entrevista con Agente institucional K., en Los Algodones. Entrevista aplicada por Adriana Dennise Rodríguez Blanco el 25 de junio de 2019

⁹ Entrevista con Trabajador A, en Los Algodones. Entrevista aplicada por Adriana Dennise Rodríguez Blanco el 16 de enero de 2019.

¹⁰ En México existen cuatro husos horarios: noroeste (UTC -8), Pacífico (UTC -7), centro (UTC -6) y sureste (UTC -5), que es el único que no cambia en verano (los demás suman una hora en esa estación).

Cuadro 1- Diversidad de flujos de migración que configuran el territorio de Los Algodones para la recepción de pacientes extranjeros.

Grado de movilidad	Núcleos de migración	Escala de la movilidad	Justificación
Muy alta	Dueños de consultorios	Transfronteriza	Los recursos generados en la localidad generalmente favorecen que posean más de un consultorio, lo que les permite migrar en caso necesario.
			Es muy frecuente que no sean originarios de la localidad, lo que facilita la salida de capitales. Además, muchos viven en EUA.
Alta	Pacientes	Internacional/transfronteriza	Poseen recursos económicos suficientes para salir de su país en busca de atención adecuada. La decisión de elegir un destino para atenderse, además de la capacidad económica, también depende de la disponibilidad de información.
	Odontólogos empleados en los consultorios	Nacional	La gran mayoría de los profesionistas del sector dental son de otros estados. Al tener una gran calificación, podrían migrar con facilidad a otras ciudades en donde el sector privado también tenga una presencia fuerte.
Media	Artesanos	Regional	Los artesanos de mayores ingresos o con mucho tiempo laborando en la localidad suelen tener camionetas propias, lo que les permite ir a otros puntos turísticos cercanos en verano. Acostumbran ir a sitios en Baja California, Baja California Sur o Sonora.
	Promotores (<i>jaladores</i>)	Regional	En posesión del idioma inglés, algunos de ellos poseen la facilidad para trasladarse a otras localidades que también reciben extranjeros para atención médica, un fenómeno frecuente a lo largo de la frontera norte de México.
Baja	Otros trabajadores (repcionistas, limpieza) o técnicos de laboratorio	Estatal	La menor calificación que requieren esos puestos, en comparación con los profesionistas de la salud, permite que estos empleos recaigan en personas que normalmente son de Mexicali y Tijuana, así como de ejidos y comunidades cercanos a Los Algodones.
Muy baja	Población local	Nulo	Generalmente su nivel socioeconómico no les permite salir de la localidad, a no ser que intenten cruzar de manera ilegal a EUA.

Fuente: elaboración con base en el trabajo de campo (2019).

Finalmente, otro aspecto a considerar es el de la movilidad. Directamente relacionado con los salarios desiguales y la salida de capitales de la localidad, la movilidad sintetiza la fluidez territorial que hace posible el turismo de salud en Los Algodones, y a la vez es capaz de explicar la relativa inmovilidad de los habitantes de la localidad, que viven en condiciones precarias (Cuadro 1).

Consideraciones finales

En Los Algodones, el desarrollo del turismo de salud con motivaciones odontológicas está directamente relacionado con la intensa llegada de pacientes desde EUA y Canadá. Los pacientes llegan (especialmente en invierno) debido a que la combinación de aglomeración de consultorios, precios bajos y atención odontológica de

calidad les resulta atractiva, y esto incide en la organización territorial de la localidad al generar segregación socioespacial: dos núcleos turísticos y una zona para los habitantes, fuera del circuito turístico. Esto confirma que el turismo de salud organiza el territorio de una manera que resulta funcional para el desarrollo de esta actividad económica, pero no privilegia las necesidades de los habitantes de la localidad.

Derivado de un “pasado” como centro de entretenimiento y ocio durante el siglo XX, la localidad fue capaz de adaptarse a las necesidades de los turistas estadounidenses y ofrecer una solución a sus problemas de salud odontológica, ligados a un creciente deterioro del sistema privatizado de servicios de salud existente en EUA (Morone, 2008). La conveniente localización a unos pasos del cruce fronterizo de Andrade llevó a una concentración espacial de los consultorios en menos de dos manzanas, lo que genera dos núcleos (el primario, que se limita a la primera cuadra inmediatamente después del cruce fronterizo; el secundario, la siguiente cuadra) en los cuales los locales generalmente no entran.

Los procesos territoriales referidos (que engloban la temporalidad) inciden en la conformación de Los Algodones y se suman a la estructura territorial existente –los elementos físicos y humanos que posibilitan la actividad económica, como consultorios, farmacias, servicios complementarios, establecimientos de hospedaje, alimentos y bebidas, además de toda la mano de obra detrás de esas actividades– para explicar la dinámica multiescalar tras la organización territorial de la localidad.

Se concluye que el principal elemento explicativo de esta segregación socioespacial es la fluidez territorial existente en la localidad, puesto que esta actividad económica funciona con base en cuatro tipos de flujos de personas: el de los dueños de consultorios y odontólogos (limitado a territorio nacional), el de los vendedores de artesanías y personal menos calificado (vendedores, personal de elaboración de alimentos, cuya movilidad se da a nivel regional), el de los propios pacientes (de carácter internacional y basado principalmente en flujos de información sobre el lugar), y el de los residentes (que en su mayoría no son nacidos en la localidad, pero difícilmente vuelven a salir de ella).

Referencias

ADAMS, K.; SNYDER, J.; CROOKS, V.; BERRY, N. ‘Stay cool, sell stuff cheap, and smile’. Examining how reputational management of dental tourism reinforces structural oppression in Los Algodones, Mexico. **Social Science & Medicine** 190, 157-164. 2017.

ADAMS, K.; SNYDER, J.; CROOKS, V. A critical examination of empowerment discourse in medical tourism: the case of the dental tourism in Los Algodones, Mexico. **Globalization and Health** 14 (70), 1-10. 2018.

ADAMS, K.; SNYDER, J.; CROOKS, V. Narratives of a 'dental oasis': examining media portrayals of dental tourism in the border town of Los Algodones, Mexico. **Journal of Borderlands Studies** 34 (3), 325-341. 2019.

ALEGRÍA, T. La ciudad y los procesos transfronterizos entre México y Estados Unidos. **Frontera Norte** 1 (2), p. 53-90. 1989.

ALVARADO-SIZZO, I. Territorial dynamics of cultural tourism in Izamal, Yucatán, México. **GeoJournal** 81 (5), 751-770. 2015.

BARDIN, L. (1986). **El análisis de contenido**. Madrid: Akal.

BARROS, P. Health systems and medical tourism. In **Handbook on Medical Tourism and Patient Mobility**. Chettenham: Edward Elgar, 2015, p. 71-81.

BÉLAND, D. & ZARZECNY, A. Medical tourism and national health care systems: an institutionalist research agenda. **Globalization and health**, 14 (1), 68. 2018.

BRINGAS, N. **Un acercamiento al turismo fronterizo y los obstáculos para su consolidación**. Ponencia en el VI Congreso Nacional de Investigación Turística (CESTUR). 2004.

CETYS (2013). **Derrama Económica del Turismo Médico en Mexicali**. Mexicali: CETYS Universidad.

CHANDU, A. Dental tourism. En: Lunt, N.; D. Horsfall y J. Hanefeld, (ed). **Handbook on medical tourism and patient mobility**. Chettenham: Edward Elgar, 2015, pp. 403-410.

CHEE, H.; WHITTAKER, A. & POR, H. Medical travel facilitators, private hospitals and international medical travel in assemblage. **Asia Pacific Viewpoint** 58 (2), 242-254. 2017.

COHEN, I. **Patients with passports: medical tourism, law and ethics**. Estados Unidos: OUP. 2014.

COHEN, J. **Politics and economic policy in the United States**. Estados Unidos: Houghton Mifflin. 2000.

CONNELL, J. A new inequality? Privatisation, urban bias, migration and medical tourism. **Asia Pacific Viewpoint** 52 (3), 260-271. 2011a.

CONNELL, J. **Medical Tourism**. United Kingdom: CAB International. 2011b.

CORTEZ, N. Patients without borders: the emerging global market for patients and the evolution of modern health care. **Indiana Law Journal** 83 (1), p. 71-132. 2008.

DALSTROM, M. Winter Texans and the re-creation of the American experience in Mexico. **Medical Anthropology** 31 (2), 162-177. 2012.

EISSLER, L. A. **The lived experience of seeking healthcare through medical tourism: an interpretative phenomenological study of Alaskan patients traveling internationally for medical dental care**. Mánoa: UMI dissertation publishing. 2011.

EUROPA PRESS. **Los países de la UE no cumplen con el ratio de dentista por habitante: ¿cuál es la situación actual del sector?** Infosalus, 19 de agosto de 2018. Recuperado de <https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-paises-ue-no-cumplen-ratio-dentista-habitante-cual-situacion-actual-sector-20180919110903.html>. (23/04/2020). 2018.

GOBIERNO DE BAJA CALIFORNIA. **Nuestro Estado**. Recuperado el 2 de diciembre de 2018, de http://www.bajacalifornia.gob.mx/portal/nuestro_estado/historia/transformacion.jsp. (13/04/2019). 2015.

- HALL, M. **The ethics regulation and marketing of health mobility**. Oxon: Routledge. 2013.
- HANEFELD, J.; SMITH, R. Globalization and trade in health services. In **Handbook on Medical Tourism and Patient Mobility**. Chettenham: Edward Elgar, 2015, p. 37-44.
- HARVEY, D. La condición de la posmodernidad. Madrid: Akal. 1990.
- JUDD, D. Constructing the tourist bubble. En: Judd, D. y S. Fainstein (ed.). *The tourist city*. Yale University Press. 1999.
- JUDKINS, G. Persistence of the U.S. - Mexico border: expansion of medical tourism amid trade liberalization. **Journal of Latin American Geography** 6 (2), 11-33. 2007.
- KASPAR, H. & REDDY, S. Spaces of connectivity: the formation of medical travel destinations in Delhi National Capital Region (India). **Asia Pacific Viewpoint** 58 (2), 228-241. 2017
- LAESSER, C. Health travel motivation and activities: insights from a mature market – Switzerland. **Tourism Review** 66 (1-2), 83-89. 2011.
- LA VOZ DE LA FRONTERA. **Algodones, un poblado en el “mapa mundial”**. Periódico local, 10 de agosto de 2019. Recuperado de <https://www.lavozdelafrontera.com.mx/local/algodones-un-poblado-en-el-mapa-mundial-4017917.html/amp>. (16/08/2019). 2019.
- LÓPEZ-LÓPEZ, Á.; CUKIER, J., & SÁNCHEZ-CRISPÍN, Á. Segregation of tourist space in Los Cabos, Mexico. **Tourism Geographies**, 8 (4), 359-379. 2006.
- LUNT, N.; GREEN, S.; MANNION, R.; HORSFALL, D. (2013). Quality, safety and risk in medical tourism. In: HALL, M. **Medical Tourism. The ethics regulation and marketing of health mobility**. Oxon: Routledge, pp. 31-46. 2013.
- MERCHAND-ROJAS, M.A. Convergencia entre teorías que explican por qué hay territorios ganadores y otros perdedores. **Análisis económico** 49 (22), 195-222. 2017.
- MORONE, J. Introduction. En: Morone, J., T. Litman, T. y L. Robins (ed.). **Health politics and policy**. Estados Unidos: Delmar, pp. 1-22. 2008.
- Neuendorf, K. A. **The Content Analysis Guidebook**. 2º edición. Los Ángeles: SAGE. 2017.
- OBERLE, A. & ARREOLA, D. Mexican Medical Border Towns: a case study of Algodones, Baja California. **Journal of Borderland Studies** 19 (2), p. 1-18. 2004.
- OSTERLE, A.; BALÁZS, P. & DELGADO, J. Travelling for teeth: characteristics and perspectives of dental care tourism in Hungary. **British Dental Journal**, 206 (8), p. 425-428. 2009.
- PERIÓDICO OFICIAL DE BAJA CALIFORNIA. Programa de Desarrollo Urbano del Centro de Población de Los Algodones, Baja California, 2020. Publicación del 19 de noviembre de 1999. (13/04/2019). 1999.
- PIAZOLO, M. & ZANCA, N. Medical tourism –a case study for the USA and India, Germany and Hungary. **Acta Polytechnica Hungarica** 8 (1), 137-160. 2011.
- POCOCK, N.; PHUA, KH. Medical tourism and policy implications for health systems. **Globalization and health**, 7 (12), 1-12. 2011.
- PROMÉXICO. **Diagnóstico sectorial: turismo de salud**. México: Secretaría de Economía. 2016.
- RAMÍREZ, J. C. Border of words/border of images: Tijuana and Los Algodones. **Delaware Review of Latin American Studies** 6 (1). Recuperado el 18 de noviembre de 2018, de <http://udspace.udel.edu/bitstream/handle/19716/19551/Vol6-1RamirezPimienta.pdf?sequence=1>. (13/04/2019). 2005.

- RAMÍREZ DE ARELLANO, A. Medical tourism in the Caribbean. **Signs: Journal of women in culture and society** 36 (2), 289-297. 2011.
- REISMAN, D. The economics of health and medical tourism. En: Lunt, N., D. Horsfall y J. Hanefeld (ed). **Handbook on medical tourism and patient mobility**. Chettenham: Edward Elgar, pp. 82-91. 2015.
- RUGGERI, K., IVANOVIC, N., RAZUM, J., KÁCHA, O., MENEZES, I., ZAFARI, Z., & GARCÍA-GARZÓN, E. An evidence-based policy for improving choice in global health access through medical travel. **Health Policy** 122 (12), 1372-1376. 2018.
- ROJAS, M. & COURTADE, E. **Paso de los Algodones (21 de septiembre de 1858)**. México: Gobierno del Estado de Baja California y XIX Ayuntamiento de Mexicali. 2010.
- SANTOS, M. **A Natureza do Espaço. Técnica e tempo – razão e emoção**. São Paulo: HUCITEC. 1996.
- SANTOS, M. **Por otra globalización: del pensamiento único a la conciencia universal**. Bogotá: Convenio Andrés Bello. 2004.
- THAM, A. Sand, surgery and stakeholders: a multi-stakeholder involvement model of domestic medical tourism for Australia's Sunshine Coast. **Tourism Management Perspectives** 25 (208), 29-40. 2018.
- TIMOTHY, D. **Tourism and political boundaries**. London: Routledge. 2001.
- VIJAYA, R. Medical tourism: revenue generation or international transfer of healthcare problems? **Journal of Economic Issues** 44 (1), 53-70. 2010.
- WILSON, C. & LEE, E. **Informe del estado de la frontera. Un análisis integral de la frontera México – Estados Unidos**. México: UNAM. 2014.