

“Argentina *world friendly*”. Turismo médico y facilitación de la movilidad por salud*

“World Friendly Argentina”. Medical Tourism and Provision of Health Mobility

Lourdes Basualdo**

Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS) y Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Córdoba, Argentina.

Resumen

Este artículo analiza políticas y prácticas institucionales dirigidas a promocionar el segmento emergente del “turismo médico” en la Argentina y facilitar la movilidad por salud hacia este país bajo esta figura. Sostiene que, mediante la promoción de una “Argentina *world friendly*”, buscó transmitirse la imagen de una nación ausente de fronteras y restricciones para quienes quisieran viajar por motivos de salud, al tiempo que la movilidad fue presentada como una condición posible para todas las personas. La

* Este artículo fue realizado en el marco de la investigación doctoral titulada “¿Queremos que vengan? Movilidades por salud en la Argentina: políticas, figuras y categorías en torno al turismo, la migración y la extranjería, que contó con el apoyo del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (CONICET). Quisiera agradecer a Janneth Clavijo Padilla por la lectura atenta de este artículo.

** Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina; magíster en Gestión Política, Universidad Católica de Córdoba y doctoranda en Ciencias Antropológicas, Universidad Nacional de Córdoba. Es integrante del programa de investigación “Migraciones y movilidad en perspectiva crítica” de CIECS-CONICET y UNC/CEA-FCS y UNC, y del proyecto “El régimen sudamericano de migración y fronteras: reconfiguraciones y disputas en torno al control de la movilidad” de SECYT, UNC (2018-2021). Dirección: Jorge Descotte 7356. Córdoba, Argentina. CP: 5147. Correo electrónico: mlubasualdo@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7489-296X>

Cómo citar este artículo: Basualdo, L. (2020). Argentina *world friendly*”. Turismo médico y facilitación de la movilidad por salud. *Si Somos Americanos. Revista de Estudios Transfronterizos*, 20(2), 67-90. doi: 10.4067/S0719-09482020000200067



construcción del “turista médico” como un sujeto que requiere una atención diferenciada conllevó, entre otras medidas, la implementación de iniciativas de flexibilización de visas y circuitos diferenciales de movilidad. La metodología propuesta es de tipo cualitativo y examina observaciones y testimonios producidos en un evento internacional sobre turismo médico realizado en la Argentina; entrevistas con agentes de gobierno del sector turístico; dueños y representantes de instituciones de salud privadas y de organizaciones público-privadas que integran la industria del turismo médico en el espacio local y nacional; fuentes documentales que incluyen planes y programas de turismo; marcos normativos nacionales sobre migraciones y acuerdos para la promoción del turismo médico.

Palabras clave: turismo médico, movilidad por salud, Argentina.

Abstract

This article analyses institutional policies and practices aimed at promoting the emerging segment of "medical tourism" in Argentina and travel to the country for that purpose. The author proposes that Argentina sought to promote itself as “globally friendly” to convey the image of a country without borders and restrictions for anyone who wanted to travel for health reasons. The construction of the "medical tourist" as a subject that requires differentiated attention led, among other measures, to the implementation of visa exemption policies and differential mobility circuits. The methodology employed is qualitative and draws on observations and testimonies from an international conference on "medical tourism" held in Argentina. The author also used interviews with tourism sector agents, owners and/or representatives of private health institutions, and members of public-private organizations that form part of the industry of "medical tourism" in the local and national space, as well as documentary sources such as tourism plans and programs, national regulatory frameworks related to migrations, and agreements for the promotion of "medical tourism."

Keywords: medical tourism, health mobility, Argentina

Introducción

En las últimas dos décadas, la expansión de políticas económicas neoliberales y acuerdos internacionales de liberalización del comercio proporcionaron las condiciones para la emergencia de nuevas formas de regulación de la atención médica y de la movilidad por salud, como el suministro transfronterizo de servicios sanitarios o el consumo de servicios en el extranjero. El crecimiento de la atención médica como un negocio rentable contribuyó a que hospitales y clínicas en el Sur Global expandieran su alcance más allá de las fronteras nacionales, en tanto que muchos gobiernos reconocieron oficialmente el “turismo médico” como un motor para el crecimiento económico (Ormond y Kaspar, 2019). Frente a una asistencia sanitaria presentada como cada vez más “móvil”, Estados nacionales y actores ligados a la regulación de las migraciones y la salud pretenden contener la llegada de los/as migrantes, al mismo tiempo que promover y aprovechar los beneficios (económicos) de ciertos tipos de movilidades con fines sanitarios, como el turismo médico.

Este artículo tiene por objetivo analizar las políticas y prácticas institucionales dirigidas a promocionar el turismo médico y facilitar la movilidad por salud hacia la Argentina bajo la figura del turismo médico. Se enmarca en una preocupación mayor orientada hacia la comprensión de los procesos sociopolíticos que intervienen en el control y la desigualdad del movimiento y en la diferenciación y jerarquización de las movilidades por salud. Para lograr el objetivo propuesto en este artículo, se indaga en las nociones y clasificaciones sobre las fronteras, la movilidad y la figura de los “turistas médicos” producidas o resultantes de las políticas y prácticas de fomento del turismo médico abordadas.

Se sostiene en el texto que, mediante la promoción de una “Argentina *world friendly*”, la industria del turismo médico buscó transmitir la imagen de un país ausente de fronteras y restricciones para quienes quisieran viajar por motivos de salud, y la movilidad fue presentada como una condición posible para todas las personas. La figura del turista médico fue producida bajo la idea de un sujeto que requiere una atención diferenciada y, en esa dirección, se pusieron en marcha iniciativas dirigidas a facilitar su ingreso y su estancia tanto en el país como en las instituciones en que recibiría asistencia, que incluyeron medidas selectivas de visados y circuitos diferenciales de movilidad.

La metodología empleada para el presente trabajo es de tipo cualitativa y combina observación participante, entrevistas en profundidad y análisis documental. Las observaciones fueron realizadas en el marco del II Congreso Internacional de Turismo Médico (CITM), desarrollado durante el 13 y 14 de junio de 2017 en Buenos Aires, Argentina, y en los recorridos por diferentes instituciones médicas privadas vinculadas al segmento de turismo médico en esta provincia, contemplados como parte de las actividades programadas para el evento. Se recogen aquí testimonios oficiales derivados de las exposiciones de los disertantes del II CITM y de los “recorridos acompañados” a las clínicas, diseñados para dar a conocer a referentes de compañías internacionales de salud,

expertos y facilitadores de turismo médico nacionales y extranjeros, la oferta sanitaria local. Lo anterior permitió aprehender y observar las interacciones, intercambios, negociaciones, formas de hacer y pensar de los actores *in situ* (Arias, 2017). Los diálogos que ocurrieron sobre la marcha no solo fueron fuente de relatos y comentarios que enriquecieron la investigación, sino que el caminar juntos/as se convirtió en una posibilidad para establecer lazos de confianza con algunos/as organizadores/as del congreso y con integrantes (o potenciales integrantes) de la industria, a quienes se entrevistó posteriormente. También se rescatan entrevistas mantenidas con agentes de gobierno del sector turístico y dueños y/o representantes de instituciones de salud privadas que ofrecen servicios de turismo médico o “turismo de salud” en la ciudad de Córdoba, Argentina. Para el análisis de documentos, se examinan planes y programas de turismo y turismo médico, resoluciones y decretos de organismos gubernamentales como el Instituto nacional de Promoción Turística (INPROTUR), la Cámara de Instituciones Argentinas para la Promoción de la Salud (CIAPSA), la Dirección Nacional de Migraciones (DNM) y acuerdos interinstitucionales e intergubernamentales para la promoción del segmento.

La estructura del artículo responde a cuatro secciones. En la primera sección se realiza una breve reconstrucción del debate actual en torno a la categoría turismo médico, los elementos teóricos que acompañan el recorrido del artículo y se ofrecen ciertas precisiones acerca del uso de la noción movilidades por salud propuesta. En la segunda sección, se identifican las principales instituciones gubernamentales y no gubernamentales de promoción y producción del turismo médico en la Argentina y las principales acciones de promoción desarrolladas, a partir de las cuales se comunicaron ideas sobre la Argentina como un país ausente de fronteras y restricciones para llevar a cabo la movilidad por salud. En la tercera sección, se analizan políticas y prácticas institucionales de facilitación de la movilidad, como medidas selectivas de visados, que se pusieron en marcha para favorecer el ingreso de potenciales turistas médicos. En la cuarta sección se abordan las ideas y clasificaciones que emergen en torno a la figura del turista médico, que cobran un sentido particular en el marco de la producción del turista médico como un sujeto que requiere una atención jerarquizada.

Turismo médico y movilidades por salud. Consideraciones para el análisis

La emergencia en el escenario internacional de una “nueva” modalidad de atención sanitaria presentada y difundida como turismo médico inspiró una multiplicidad de investigaciones, particularmente en el Sur Global, dirigidas a conocer aspectos específicos de este fenómeno (Crush y Chikanda, 2015). En la región Asia-Pacífico, algunas de las discusiones se han centrado en la expansión del turismo médico (Connell, 2006), el papel del Estado en el apoyo a la industria (Leng y Whittaker, 2010), el impacto negativo del turismo médico en los sistemas de salud de los contextos de recepción (Connell, 2011;

Ormond y Sulianti, 2014). En la región sudamericana se han analizado las estrategias de marketing empleadas para promocionar a la Argentina como un destino de turismo médico (Viladrich y Baron-Faust, 2014) y los desafíos éticos que presenta para el Estado este segmento, en términos de equidad en salud (Vindrola-Padrós, 2015). En muchas de las investigaciones mencionadas se ha constatado que los desplazamientos estudiados no necesariamente involucran un componente “turístico”, sino que se producen en respuesta a una necesidad que no logra ser cubierta de manera económica y oportuna en el lugar de origen, como se mostró en el análisis de la movilidad por salud en una zona fronteriza entre Chile y Perú (Liberona, Tapia y Contreras, 2017). En este sentido, como han advertido Liberona et al. (2017), la categoría turismo médico comenzó a ser objeto de debate en el ámbito académico, y nociones como “viajes médicos” (Ackerman, 2010; Alsharif, Labonté y Lu, 2010; Connell, 2013; Vindrola-Padrós y Whiteford, 2012; Whittaker, Manderson, y Cartwright, 2010), “movilidad transfronteriza de pacientes” (Glinos, Baeten, Helble y Maarse, 2010), o “movilidad por salud” (Liberona, et al., 2017), han sido propuestas dada la mayor capacidad heurística para la comprensión de los movimientos transfronterizos por motivos sanitarios.

Los estudios mencionados se han orientado a indagar aspectos que permiten un conocimiento más acabado de las movilidades por salud a partir de la caracterización y el análisis del tiempo de duración de los desplazamientos, los países de origen y de destino, y los circuitos de circulación, las razones, motivaciones y experiencias de los sujetos de la movilidad. El libro, *Critical ethnographic perspectives on medical travel*, recientemente editado por Vindrola-Padrós (2019), reúne una serie de trabajos efectuados en distintos contextos nacionales que analizan aspectos que intervienen en los procesos de (in)movilidad por salud, vinculados a las políticas y prácticas sanitarias que restringen o promueven el movimiento. Muchas de las investigaciones mencionadas se han ocupado de explorar las experiencias de movilidad en contextos de acceso a los servicios sanitarios y durante las interacciones institucionales que se producen una vez en destino, pero han prestado menor atención al papel de actores estatales y no estatales en la producción de distintas figuras de la movilidad por salud, como el turismo médico, y a la puesta en marcha de políticas e iniciativas de regulación de la movilidad y las fronteras. Al mismo tiempo, el diálogo entre las contribuciones provenientes de los estudios críticos de la movilidad, la migración y las fronteras ha sido escaso en el estudio de la movilidad por salud.

En términos teóricos, el recorrido propuesto en este artículo se nutre de las perspectivas provenientes del cruce entre los estudios críticos de la movilidad, la migración y las fronteras, que explican los modos por los cuales la movilidad ocurre de manera desigual en función de criterios como la raza, la nacionalidad y la clase social, y prestan atención a los procesos y prácticas que intervienen en el control y la libertad del movimiento y en la diferenciación y estratificación de la movilidad. En esta línea, la noción de “regímenes de movilidad” (Glick Shiller y Salazar, 2013) posibilita contemplar el papel de los Estados y de las administraciones internacionales de regulación y vigilancia que afectan la movilidad,

en tanto normalizan los movimientos de algunas personas mientras que criminalizan o bloquean los de otras.

Diversos estudios críticos han llamado la atención sobre los procesos por los cuales determinadas movi­lidades son percibidas en términos de confiables/no-confiables, deseables/no deseables por parte de los Estados nacionales y los organismos de control de la migración y las fronteras, los efectos que las valoraciones alcanzadas generan en las desigualdades de privilegios para los sujetos en sus cruces de fronteras (Pallito y Heyman, 2008), y las maneras en que las fronteras se activan para distintos grupos de población de acuerdo con los perfiles construidos previamente (Guild y Bigo, 2003). En este sentido, la implementación de medidas como las políticas selectivas de visados (Salter y Mutlu, 2010) y la creación de circuitos de movilidad y espacios de flujos diferenciales (Cresswell, 2006) operan como herramientas de flexibilización de las fronteras que no solo restringen la movilidad, sino que la facilitan y crean jerarquías entre distintos tipos de movi­lidades. La propuesta abreva, además, por la problematización de las categorías de “migración” y “turismo” dentro del campo más amplio de la movilidad (Heyman, 2012; Salazar, 2017), en sintonía con discusiones iniciadas en el contexto local de los estudios migratorios, que invitan a romper con abordajes de las políticas de migraciones internacionales como “ámbitos de estudio autónomos” en los que suelen asumirse divisiones producidas por lógicas estatales (Domenech y Pereira, 2017, p. 85).

En este marco, se propone aquí la noción de *movi­lidades por salud* para referir a los movimientos que involucran un cruce de fronteras con el objetivo de acceder a servicios o tratamientos de salud, independientemente de la situación administrativa migratoria de las personas, de la duración o la periodicidad de estos desplazamientos y del carácter público o privado de los establecimientos de destino de la movilidad. Esta noción permite contemplar una multiplicidad de movimientos sin tomar como punto de partida las categorías construidas estatalmente y atender, por el contrario, a los diferentes procesos de producción de ciertas figuras de la movilidad por salud a través de las cuales las personas extranjeras-migrantes son interpeladas en función de las categorías que les son adjudicadas.

Un análisis que articula y contrasta distintas figuras de la movilidad por salud lleva necesariamente a considerar la diversidad de actores estatales y no estatales, públicos y privados, que intervienen en el control de la movilidad y las fronteras, el conjunto de instituciones públicas y privadas que conforman el ámbito de la salud, y las distintas escalas en las que son producidas y reguladas estas movi­lidades. En esta línea, el análisis de la regulación de la movilidad por salud implica atender, en primer lugar, las políticas, prácticas institucionales e iniciativas tendientes a estructurar los cruces de fronteras por salud y el acceso a la asistencia sanitaria en un determinado Estado, que puede comprender: a) marcos jurídico-legales sobre migraciones internacionales que fijan las condiciones de ingreso y permanencia de la población extranjera-migrante y que estructuran las posibilidades de acceso a la asistencia sanitaria, incluidas las políticas de visados: visas por

tratamientos médicos, visas humanitarias por razones de salud y visas de turismo; b) políticas de salud que establecen condiciones diferenciadas para el acceso a la salud en grupos nacionales y no-nacionales; c) políticas de turismo e iniciativas de articulación público-privadas dirigidas a impulsar el turismo de salud y/o el turismo médico internacional.

“Argentina conectada, abierta y generosa”. Turismo médico, fronteras abiertas y libre movilidad

El turismo médico, difundido como la práctica de viajar al extranjero en búsqueda de servicios de salud mientras se participa de actividades turísticas, se ha convertido en las últimas décadas en una cuestión de interés principalmente para sectores gubernamentales y empresariales. Muchos hospitales y clínicas privadas del Sur Global se han posicionado como competidores con instituciones de salud del Norte Global, ofreciendo asistencia a personas extranjeras que no pueden acceder a las prestaciones locales (Ormond y Kaspar, 2019). En la Argentina, el impulso gubernamental por promover el turismo médico mediante el arribo de personas extranjeras a instituciones de salud privadas a recibir tratamiento médico es relativamente reciente y ha tenido como actores centrales al Instituto Nacional de Promoción Turística (INPROTUR) y a la Cámara de Instituciones Argentinas para la Promoción de la Salud (CIAPSA). La CIAPSA fue creada en el 2010 para comandar las acciones de promoción de este nuevo segmento, conjuntamente con INPROTUR, entidad responsable de planificar y ejecutar la promoción turística en el ámbito nacional desde la sanción de la Ley argentina de Turismo 25.997.

El lanzamiento del programa “Argentina *Healthcare*” en el año 2011 por parte del INPROTUR, con el apoyo de la Fundación ExportAr y la CIAPSA y, posteriormente, la realización de dos Congresos Internacionales de Turismo Médico en la ciudad de Buenos Aires, en los años 2015 y 2017, han sido algunas de las principales acciones de promoción y oficialización de este nuevo producto-segmento turístico. Al mismo tiempo, las estrategias para favorecer la llegada de turistas médicos incluyeron como primera medida estudios de mercado dirigidos a identificar a los países considerados “derivadores” o “potenciales derivadores” de “turistas médicos” y, en consecuencia, realizar acciones de promoción específicas del segmento en o hacia estos países-mercados identificados. El INPROTUR definió países-mercados “prioritarios, estratégicos y potenciales” para la puesta en marcha de diferentes acciones de promoción del turismo médico y de Argentina como destino. Como expresara una representante del INPROTUR en el II Congreso Internacional de Turismo Médico (CITM) de Buenos Aires: “¿Queremos que vengan? Sí. Entonces estamos trabajando para que vengan. Y en este plan estratégico que hemos comenzado en esta nueva gestión, venimos trabajando en distintas trabas, llámese, que

hemos ido viendo cuando promocionamos el país” (Presentación, II CITM, 13 de junio de 2017).

Los nichos de mercado a potenciar que delimitó el INPROTUR fueron agrupados en cuatro categorías: países limítrofes, América del Sur, Centroamérica y América del Norte (INPROTUR, 2014). Las acciones de promoción diseñadas para cada uno de los mercados, se definieron atendiendo las variables que permitiesen destacar las ventajas competitivas de Argentina, incluidas el costo, la calidad y la disponibilidad de prestaciones no ofrecidas en otros países. No obstante lo anterior, las estrategias de promoción se construyeron también a partir de la identificación de los llamados países “consolidados” (o “líderes”) y “emergentes” en turismo médico en el ámbito internacional, lo que permitió a los/as referentes de la industria en Argentina posicionarse frente a otros países de la región que operaban como competencia.

Los países de la región sudamericana, como Chile y Uruguay, que, de acuerdo a la CIAPSA y al INPROTUR ya registraban flujos de movilidad por salud hacia la Argentina, fueron considerados mercados prioritarios, y lo que se buscó en estas naciones fue ampliar la “emisión” de turistas médicos. Los mercados estratégicos fueron aquellos países que mostraban flujos incipientes y que presentaban un potencial de crecimiento, por lo que las acciones se orientaron a consolidar los flujos. Aquí se identificaron a Bolivia y Paraguay, dejando al resto de las naciones de América del Sur en segundo lugar. En el caso de países que suponían una oportunidad para la llegada de turistas a mediano y largo plazo, se ejecutaron acciones dirigidas a visibilizar a la Argentina frente a los tomadores de decisiones de una industria que aún no contemplaba al país como un destino prioritario (Ministerio de Turismo de la Nación, 2012). En este grupo, las naciones de Centroamérica se consideraron más difíciles de captar, debido a la existencia de otros destinos cercanos de turismo médico como Costa Rica y México. Sin embargo, se desarrollaron estrategias orientadas a mostrar la ventaja comparativa en ciertos procedimientos médicos con relación a los “líderes centroamericanos” (INPROTUR, 2014, p. 69). Los países comprendidos en América del Norte fueron considerados como “potenciales nichos” a captar a largo plazo, y se buscó resaltar la diferencia en los tiempos de espera y en los precios de las prestaciones y tratamientos médicos.

Entre 2010 y 2018, las acciones de promoción desarrolladas por el INPROTUR y la CIAPSA hacia el exterior se concentraron en: participación en congresos, cumbres y ferias internacionales de turismo médico, en su mayoría en Estados Unidos y, en menor medida, en México, Canadá y España; viajes de prensa o *fam press* para periodistas extranjeros, fundamentalmente de países de la región sudamericana como Paraguay, Bolivia y Perú (2014), y Uruguay, Paraguay, Perú, Ecuador y Bolivia (2015) con el objetivo de mostrar las instalaciones médicas y los atractivos turísticos de Argentina; “misiones comerciales” en las ciudades capitales de Uruguay, Perú y Ecuador y en las ciudades de La Paz y Santa Cruz de la Sierra, Bolivia (2014) y, en el 2018, conjuntamente con el Ministerio de

Relaciones Exteriores y Culto y con el apoyo de la Embajada Argentina, se realizó una misión comercial a Asunción, Paraguay. Estas misiones fueron realizadas con el fin de exponer ante médicos, agentes de viaje y sectores de la prensa la oferta de medicina argentina y capacitar a operadores turísticos y profesionales médicos. También se pusieron en marcha “misiones comerciales inversas”, mediante las cuales se recibieron a especialistas de Estados Unidos y Canadá (2014).

En la promoción del turismo médico, el empleo de imágenes visuales y audiovisuales fue una de las herramientas clave por medio de las cuales la industria dio a conocer su oferta.¹ La imagen transmitida sobre Argentina como destino de turismo médico se enmarcó en la estrategia más amplia de la “marca país” como pilar para el alcance de la identificación y el posicionamiento de un destino turístico (Ministerio de Turismo de la Nación, 2012). Dentro de un conjunto de características distintivas, Argentina fue presentada como un país “conectado, abierto y generoso”.

Esta nueva Argentina es una Argentina que se ha vuelto a abrir al mundo, que ha vuelto a plantearse relaciones normales. Es un país que ha tendido lazos de amistad, de solidaridad con el mundo entero y, gracias a Dios, como al hijo pródigo, el mundo entero nos ha recibido con los brazos abiertos (...) Esta nueva Argentina está conectada, abierta y generosa (...) En esta línea, la Argentina ha querido dar señales, también a través del turismo, de que queremos ser amables con el mundo (...) Y a los amigos que nos visitan de afuera, decirles que bienvenidos a esta tierra generosa, que siempre sepan que detrás de cada uno de nosotros hay un corazón abierto y una mano tendida. (Exposición del presidente del INPROTUR, II CITM, 13 de junio de 2017, énfasis propio)

Todas estas herramientas que estamos trabajando desde el año pasado y este año se deben a una nueva comunicación. *Esta nueva comunicación es la Argentina world friendly. Esta es una expresión que inventamos nosotros en inglés, es una comunicación fresca, clara, y que queremos decir que estamos abiertos al mundo, queremos que vengan, somos friendly para el mundo (...) Dentro de esta campaña, tenemos distintos ejes: nature, naturaleza, comida, nieve ¿y turismo médico dónde está? En todos estos, en todos los ejes y en todas las experiencias (...) Argentina está lista para recibirlos a todos. (Exposición de un representante del INPROTUR, II CITM, 13 de junio de 2017, énfasis propio)*

El lenguaje moral que recobra la parábola bíblica del hijo pródigo para transmitir a referentes internacionales del turismo médico la idea de la responsabilidad que se habría asumido por las consecuencias de la “pesada herencia” del modelo de desarrollo aplicado por el gobierno anterior (Schuttenberg, 2017) y el perdón concedido por el ámbito internacional, es empleado para transmitir la imagen de una “nueva Argentina” que se “vuelve a abrir al mundo” y que vuelve a plantear “relaciones normales”. El relato sobre el

¹ Por motivos de espacio no resulta posible incluir el análisis de imágenes visuales, cuestión que trataré en próximos trabajos.

“retorno a la normalidad” formó parte también de uno de los ejes discursivos de la gestión del gobierno nacional –liderada por el Presidente Mauricio Macri mediante la coalición política de la Alianza Cambiemos desde diciembre de 2015–, dirigido a comunicar la finalización de medidas adoptadas por el gobierno anterior, como el aislamiento internacional producto de las trabas y restricciones impuestas al comercio internacional (Schuttenberg, 2017). En la “Argentina *world friendly*”, la movilidad fue presentada como una condición general que no reviste diferencias según posibilidades, tipos y experiencias de las personas (Cresswell, 2006). Asimismo, se desarrollaron ciertas prácticas en dirección a facilitar la movilidad de los/as nacionales de los países-mercados considerados derivadores o posibles emisores de turistas médicos, que pudiesen integrar la categoría de turistas médicos. En la representación de una “Argentina que se ha vuelto a abrir al mundo”, las distancias que podrían existir entre los países como limitantes de la movilidad se verían superadas por la “conectividad aérea”, requisito ineludible y a la vez una ventaja de Argentina para el desarrollo del segmento.

La conectividad aérea es fundamental para este tipo de público. Fijate que en ningún lugar hablamos de la terminal de ómnibus; no van a venir por ómnibus, esa es la verdad. El tipo de turista que sería, es de un poder adquisitivo más alto que medio, porque si se viene a hacer todo eso se toma un vuelo. No es una persona que va a venir a un hostel, va a buscar como mínimo un hotel tres estrellas para arriba. (Entrevista personal a un representante de un ente local de turismo, Córdoba, 27 de abril de 2018, énfasis propio)

La “libertad de movimiento” es conferida a partir de atributos vinculados a la clase social, dado que se considera probable que quienes viajan en avión de manera regular son “viajeros de negocios” o personas con mayores medios financieros (Pallito y Heyman, 2008). La idea del aeropuerto como símbolo de la libre movilidad es cuestionada cuando se analizan las “jerarquías de la movilidad” (Cresswell, 2006) que en él se producen en función de que, aunque en el aeropuerto estén habilitadas diferentes formas y figuras de la movilidad, estas revisten distintos grados de importancia. A su vez, la misma existencia de los pasaportes como evidencia del lugar desde dónde se viene y hacia dónde se tiene permitido ir, descarta la idea de que el mundo es móvil y que los aeropuertos borran las clases sociales (Cresswell, 2006). Ciertamente, el acceso a una movilidad eficiente y sin limitaciones está desigualmente repartido entre los diferentes estratos y grupos de la sociedad (Glick Schiller y Salazar, 2013), y mucha gente goza de privilegios y se desplaza con facilidad porque son considerados prósperos consumidores (Heyman, 2012).

“Estamos trabajando en distintas trabas”. Políticas y prácticas de facilitación de la movilidad

Las políticas dirigidas a impulsar el turismo de salud y el turismo médico hacia la Argentina contemplaron acciones que tuvieron como objetivo reducir o suprimir ciertos obstáculos que podrían presentárseles a los/as nacionales provenientes de los deseados países-mercados, identificados como “potenciales derivadores” de turistas médicos del Norte, en el proceso de movilidad hacia este país y el ingreso al territorio. Las prácticas de facilitación de la movilidad que se analizan en este apartado –que incluyen exenciones de impuestos, tasas de reciprocidad y visados–, posibilitan observar mecanismos a través de los cuales se generan desigualdades de privilegios en los cruces de frontera (Cresswell, 2006; Pallito y Heyman, 2008). Asimismo, estas prácticas de facilitación de la movilidad forman parte de regímenes de movilidad y fronteras que buscan seleccionar y diferenciar, antes de la llegada al territorio nacional, a personas y tipos de movilidad según el rótulo de “confiables” o “no confiables”, “deseables” o “no deseables”.

Una de las primeras decisiones tomadas por el Estado argentino para aumentar la llegada de turistas, independientemente de sus orígenes nacionales, fue la aplicación de la Resolución conjunta 3927 de la Administración Federal de Ingresos Públicos y el Ministerio de Turismo de la Nación. Esta resolución propuso que a partir de enero de 2017 comenzara a operar el descuento correspondiente al 21% del impuesto al valor agregado (IVA) en concepto de renta de alojamientos temporarios a la población extranjera en categoría “turista”. Por otro lado, las iniciativas más sobresalientes para facilitar el ingreso de turistas médicos fueron dirigidas a los/as nacionales provenientes de países considerados principales “derivadores”. El decreto presidencial N° 959, publicado el 23 de agosto de 2016, modificó el decreto anterior 1654/2008, que creó la tasa de solicitud de ingreso a la Argentina por motivos de turismo o negocios para extranjeros/as que se encontrasen eximidos de este tipo de visado argentino y que fuesen nacionales de países que exigieran a los/as nacionales argentinos el pago de una tasa por la solicitud y/o tramitación de visa consular de ingreso a sus respectivos territorios. Mediante el nuevo decreto, los/as estadounidenses fueron exceptuados del pago de la tasa de reciprocidad para ingresar a la Argentina con fines turísticos o de negocios. Esta medida, fundamentada en la necesidad de “fortalecer con los Estados Unidos de América las relaciones bilaterales tendientes a impulsar el comercio y el turismo, brindar nuevos mecanismos para el desarrollo en materia de política migratoria y avanzar en la integración y movilidad de los migrantes” (Decreto 959/2016, 2016, p. 1), fue ejecutada conjuntamente con incrementos significativos en los valores de las tasas migratorias. Los aumentos en las tasas migratorias fueron argumentados a partir de la “importante asignación de recursos humanos y técnicos que requiere la regularización de migrantes de países sudamericanos, que resultan insuficientemente retribuidos por las tasas actualmente vigentes” (Decreto 959/2016, 2016, pp. 1-2).

La suspensión de cobro de tasas de reciprocidad fue aplicada también para los/as nacionales australianos/as mediante el decreto 1654/2008 y la disposición de la Dirección Nacional de Migraciones N° 2761/2009 a partir del 1 de julio de 2017, y también para los/as nacionales canadienses a través de la resolución E 6437/2017 a partir del 1 de enero de 2018. Por su parte, China fue considerada otro de los grandes países “generadores de pacientes”:

China es un mercado a donde no solamente nosotros queremos ir a atacar, sino todo el mundo está desesperado por el mercado chino (...) ¿Qué se hizo entonces? El visado para los chinos para venir a Argentina era un trámite personal, tenían que ir a la embajada argentina, tenían que esperar que les tomen la visa y tenían que volver a buscarlo personalmente al pasaporte. Ahora, si ellos cuentan con un pasaporte, con una visa que Estados Unidos los deja viajar, con una visa europea y la autorización AVE, nosotros no les pedimos nada. Directamente ellos pueden visitarnos. (Exposición de un representante del INPROTUR, II CITM, 13 de junio de 2017, énfasis propio)

La visa y los pasaportes permiten obtener la membresía temporal o permanente en una comunidad y son los principales medios a través de los cuales los Estados regulan el ingreso de la población no-nacional a su territorio soberano (Salter, 2006). Las “políticas de control remoto” (Zolberg, 2003) que suponen el desplazamiento del lugar donde se realiza el control más allá del territorio, encuentran en las políticas de visados una de sus formas más tradicionales de representación. Mediante la deslocalización del control migratorio y fronterizo que posibilita la solicitud de visas (Salter, 2006), el Estado receptor evalúa previamente a los potenciales viajeros en términos de “riesgo” y “confianza” (Guild y Bigo, 2003; Heyman, 2012; Salter y Mutlu, 2010), procediendo a identificar poblaciones particulares como de “alto” o “bajo riesgo”. El otorgamiento de las visas se encuentra supeditado al cumplimiento de múltiples requisitos, entre ellos: declaración de calificaciones, de “buena conducta”, certificados de salud, el pago de tarifas por el procesamiento de visas, declaración de fondos suficientes para la estadía, boletos de regreso (Salter, 2006), así como a las clasificaciones construidas por el Estado receptor a partir de las imágenes que se tengan del origen nacional, la raza y la clase social aparentes, el idioma, el género y la sexualidad, la edad, entre otros (Heyman, 2012).

Como contracara, los programas de exención de visa son acuerdos entre Estados que suponen llevar a cabo la decisión de no someter a determinados individuos al escrutinio (Pallito y Heyman, 2008), pero también requieren de un meticuloso proceso de investigación de antecedentes relacionado con la evaluación de “riesgos” del país emisor y “riesgos” que conllevaría no solicitar visas a determinados/as visitantes temporales (Salter y Mutlu, 2010). En este sentido, la política de visados, entendida como parte de un régimen de movilidad que incluye documentos de identidad, pasaportes y autorizaciones previas, constituye un reflejo de cómo un determinado Estado ve a su propia población y al mundo: como en el caso que nos ocupa, aquellos Estados que dependan o pretendan alentar la

actividad turística, seguramente reducirán las barreras de visados para ciertos grupos (Salter y Mutlu, 2010).

Con relación a la iniciativa de exención de visas a nacionales chinos/as en categoría “turistas”, se establecieron ciertos límites para formar parte del esquema de movilidad jerarquizado propuesto (Cresswell, 2006), ya que este beneficio sería otorgado por el Decreto 892/2016, sancionado el 25 de julio de 2016, a quienes contasen con un visado vigente y válido para entrar a Estados Unidos o a la Unión Europea, reservando la solicitud de visa en los consulados argentinos para los/as nacionales chinos/as que no se encontraran comprendidos en las categorías de viajeros “de confianza”. Esta medida de exención tomada por el gobierno argentino fue fundamentada en el hecho de que los controles realizados por los Estados Unidos y los países de la Unión Europea eran suficientes para garantizar las verificaciones que se realizan desde las autoridades consulares argentinas, lo que supone la existencia de un sistema de emisión de visas considerado suficientemente legítimo y preciso para que se acepten los documentos de las autoridades de otros Estados (Guild y Bigo, 2003).

De este modo, la frontera, entendida no como el límite físico del territorio del Estado, sino en términos de monitoreo y control (también virtual), cuya función consiste en delimitar identidades discriminando "indeseables", se activa de manera diferente dependiendo de los individuos y de su "perfil de riesgo" (Guild y Bigo, 2003), haciéndose presente menos cantidad de veces para aquellos/as nacionales chinos/as que no hayan sido identificados como “riesgo” por la Unión Europea y los Estados Unidos. En este caso, los Estados Unidos y determinados países de la Unión Europea operaron como terceros países en un proceso de externalización de control de la movilidad, dado que procesaron previamente las evaluaciones de las solicitudes para el otorgamiento de visas a los/as nacionales chinos/as que quisieran ingresar a sus territorios. Esta medida posibilita el ahorro o la economización de recursos a partir de la utilización de perfiles previos construidos por Estados que implementan sistemas más sofisticados de control y vigilancia de la movilidad y las fronteras. No constituye un dato menor que los regímenes de visas de la Unión Europea y los Estados Unidos, fundamentados en la necesidad de prevención y combate al terrorismo, el tráfico y la trata de personas y la “migración irregular”, se encuentran dentro de los más restrictivos del mundo. En síntesis, la determinación de si se debe o no, o bajo qué requisitos, autorizar la movilidad se relaciona con la posición que un grupo ocupa según el dictamen de los aparatos de identificación estatal, de acuerdo a los cuales este puede ser percibido como una élite económica, un migrante “indeseable” o un sospechoso de terrorismo (Pallito y Heyman, 2008).

El decreto en cuestión estableció que, además de contar con un pasaporte y un visado para Estados Unidos o la Unión Europea, los/as nacionales chinos/as deberían tramitar un documento denominado Autorización de Viaje Electrónica (AVE). El procedimiento para obtener esta autorización requiere del inicio del trámite en la página web de la Dirección

Nacional de Migraciones (DNM), el pago de una tasa de U\$S 50, el llenado de un formulario de solicitud y el envío del pasaporte y la visa correspondientes. Esta deslocalización del control de la frontera mediante el pedido de documentación previa para la evaluación de los viajeros lejos del territorio real del Estado, se orienta, además, a que las personas de la movilidad no puedan reclamar derechos (Salter y Mutlu, 2010). Como se aclara en el instructivo para solicitar la autorización requerida, la presentación de la AVE ante la DNM no implica el derecho a ser admitido al territorio nacional, siendo facultad del funcionario de control migratorio la admisión o el rechazo del pasajero. En este sentido, contar con la visa de ninguna manera garantiza la admisión real, la cual sigue siendo siempre prerrogativa del Estado y sus agentes de frontera (Salter, 2006).

Estas medidas fueron acompañadas también de la apertura de oficinas de Aerolíneas Argentinas en Beijing y Shanghái, para facilitar la venta de pasajes y otras acciones de promoción. Más adelante, mediante la Resolución N° 33 del 12 de febrero de 2019 del Ministerio del Interior, Obras Públicas y Vivienda, se extendió a los/as nacionales de Filipinas e Indonesia que cumplieren con los requisitos establecidos para la eximición del visado consular chino, ampliando así la nómina de países que gozan del beneficio de tramitación de la AVE, fundamentada en la necesidad de continuar adoptando “medidas que contribuyan con la política de modernización, racionalización, agilización, facilitación, disminución de costos e innovación tecnológica que se viene implementando desde el Poder Ejecutivo Nacional” (Res. N° 33/2019, 2019, p. 2). Además, con el objetivo de atraer al turista proveniente del gigante asiático, el Ministerio de Turismo de la Nación llevó a cabo diversas acciones que consistieron en el estudio del perfil del turista chino (Hosteltur Latam, 23 de enero de 2019).

El turista chino ya había comenzado a ser concebido como “un público exigente” y, para atender correctamente este mercado, en mayo de 2017 el INPROTUR anunció el lanzamiento del programa “Welcome China”, que consistía en la capacitación y preparación de servicios turísticos, hoteles y restaurantes para este perfil de visitantes, y la formación de operadores de turismo chinos interesados en Argentina como destino (Hosteltur Latam, 19 de mayo de 2017). En definitiva, para quienes lograsen entrar en las categorías de migraciones o movilidades “confiables”, tendrían asegurada una movilidad cómoda, ágil, sin esperas ni demoras y con servicios especialmente preparados para ellos/as; en síntesis, podrían gozar de “una movilidad perfecta” (Cresswell, 2006). Algunas de las medidas destinadas a promover la llegada de turistas chinos fueron tomadas conjuntamente con otros países europeos y de la región sudamericana.

Luego del Decreto 892/2016, el 22 de agosto de 2018 Argentina y Chile acordaron el reconocimiento recíproco de visas emitidas por ambos países a turistas chinos para facilitar su ingreso y circulación por estos países (Ministerio de Turismo y Deportes de la Nación, 22 de agosto de 2018). Este acuerdo especifica que los visados tendrán un carácter exclusivamente turístico y serán emitidos a través de etiquetas autoadhesivas adosadas a los

pasaportes, las cuales contendrán la leyenda “TURISMO AR-CL”, y que los titulares de las visas deben ingresar primero al país que la emitió y luego pueden entrar y salir múltiples veces de cada territorio durante una permanencia no mayor a los noventa días desde el momento de ingreso. Fija, además, que los requisitos para la obtención de estas visas serán establecidos de común acuerdo por Argentina y Chile, y cada nación pondrá a disposición de la otra una base de datos de acceso remoto que permita, de una manera rápida y confiable, verificar exclusivamente la legitimidad de las visas emitidas en el marco de este acuerdo.

Tras el convenio firmado entre ambas naciones sudamericanas para facilitar el ingreso de turistas chinos, se intentó sumar a otros países limítrofes a esta medida. Brasil y Argentina avanzaron en acciones de promoción en China, como la presentación de una ruta que incluye atractivos turísticos de ambos países. Se firmó también un acuerdo con el Ministerio de Turismo de Brasil para visibilizar las Cataratas del Iguazú en tres de las ciudades consideradas más importantes de China: Shanghái, Beijing y Hong Kong, con el fundamento de que el trabajo conjunto entre países permitiría abordar los problemas de distancia y simplificar los costos y la logística que suponen las acciones de promoción (Hosteltur Latam, 8 de noviembre de 2017). Por último, se estableció un acuerdo entre Argentina, Globalia (grupo español de empresas turísticas) y Fliggy (la plataforma de viajes de la empresa china de comercio electrónico Alibaba) para la promoción y venta durante el 2018 y 2019 de productos turísticos argentinos a través de Alibaba. Al no existir un vuelo directo entre Argentina y China, Globalia se encargaría de generar conexiones entre China, el *hub* de la compañía aérea Air Europa en Madrid y Argentina. Dentro de los múltiples “umbrales de la movilidad” (Cresswell, 2006) que se crean para ordenar y jerarquizar las movilidades, los *hubs* desde los que operan las compañías aéreas internacionales en los aeropuertos, cumplen con el objetivo de hacer *más rápidas, próximas y cómodas* las conexiones, produciendo y/o dando como resultado que algunas personas sigan adelante y se muevan cómodamente, mientras que otras sean demoradas o inmovilizadas.

“Pensemos el mundo para estas personas”. Atención diferenciada para un turista especial

Cuando la industria turística genera un nuevo segmento, crea una historia apropiada que le permite promocionar y vender un producto y un destino, en cuya descripción, por el solo hecho de ser turistas, las personas pasan a formar parte de una categoría que comparte ciertos rasgos, motivaciones o actitudes (Fuller, 2009). En el interés por comprender las motivaciones y las conductas de los turistas, desde fines de la década de 1970 no solo la industria turística, sino también disciplinas académicas, entre ellas la sociología y la antropología, han contribuido a la elaboración de múltiples clasificaciones de turistas: turistas organizados, turistas individuales, turistas exploradores, turistas mochileros, turistas

aventureros, turistas de élite.² Sin embargo, un turista constituye una categoría social más que una definición, y, al mismo tiempo, una percepción individual de sí mismo y una identidad construida socialmente, lo que lo vuelve un objeto palpable de la investigación etnográfica (Salazar, 2006).

Las definiciones que emergen en el relato de los referentes de la industria del turismo médico son empleadas como un modo de construir y legitimar un nuevo segmento frente a una audiencia conformada por diferentes rubros del sector turístico, de la medicina privada y del Estado a distintas escalas. Ciertos comportamientos, expectativas, motivaciones y actitudes les son adjudicados al turista médico por parte de los actores que conforman la industria. Asimismo, más allá de estas particularidades, los relatos convergen en la imagen de una figura que cuenta con un atributo central: el turista médico es un turista *especial*, que requiere una atención diferenciada. Esta atención diferenciada persigue, como uno de sus objetivos, facilitar y hacer más cómoda su estancia en el lugar de destino. En gran medida, la política de promoción de la “marca país” se asienta en la premisa de que la reputación de un destino no puede alcanzarse si no se acompaña del cumplimiento de lo que se le promete al turista, que significa concentrarse en promover “experiencias satisfactorias”. Como manifestara Baumann (1999), la satisfacción de los sueños y los deseos de los/as turistas es uno de los ejes que estructuran la globalización contemporánea. El deseo o la motivación por conocer lugares formarían parte de un comportamiento *natural*, imaginado y esperable del turista médico, a partir del supuesto de que –mientras la situación de salud lo permita– las personas aprovechan el viaje para hacer turismo. Sumado a las motivaciones que se adscriben a los turistas, su caracterización adquiere connotaciones particulares en función también de los orígenes nacionales, nutridas en gran medida por la vasta producción de estudios de marketing que construyen perfiles de turistas a partir de la indagación de los deseos, preferencias y expectativas de las personas con el objetivo de diseñar una oferta personalizada. La figura del viajero también es empleada para diferenciar a los viajeros convencionales de los viajeros de turismo médico:

¿Cuál es la diferencia entre un viajero convencional y un viajero de turismo médico? El pasajero que viene por motivos de salud tiene una sensibilidad especial, necesita tener todo programado, cualquier contratiempo genera un estrés aún mayor. Nuestra experiencia personal sobre los pacientes que traemos a Argentina es en el 80% por medicina curativa (...) El resto es por chequeos preventivos. Necesita información clara de toda la práctica a que se someterá y necesita un seguimiento permanente. (Exposición de un representante de operador turístico, II CITM, 13 de junio de 2017, énfasis propio)

Esta diferenciación se realiza, al igual que lo que ocurre con la distinción entre el “viajero aventurero” y el “pasajero discreto”, para señalar las necesidades especiales que tendría el

² Fuller (2009) ha sistematizado y analizado las tipologías turísticas desarrolladas en distintos trabajos (Cohen, 1979; Smith, 1989; Smith y Brent, 2001), mostrando las construcciones categoriales que han empleado diferentes criterios para definir a los/as turistas.

turista médico y sus implicancias para la industria en general, en términos de planificación de acciones y circuitos diferenciales de atención:

Es como un pasajero discreto; no dice el motivo de su visita a la ciudad, no lo anuncia cuando viaja, no se lo cuenta a su doctor de origen... Pero lo que sí es cierto (...) es que una gran parte de ellos, se alojan en hoteles de la CABA. ¿Qué reflexión me parece importante con respecto al turismo médico y el impacto que puede tener en la hotelería? Me imagino a los hoteleros pensando y esto ha pasado: "¿Puedo tener el hotel lleno de gente enferma? Se van a espantar los demás huéspedes. No me da mucha confianza participar de todo esto". Créanme que no ocurre, la gente enferma por lo general no viaja. La atención programada es para procedimientos quirúrgicos, no hay riesgo de contagio. Si un hotel está brindando un servicio que cumpla con ciertas características, lo más importante no es la infraestructura. Hay algo que es irremplazable: la actitud de servicio que requiere un huésped por motivos de salud. Una actitud de servicio que significa estar atento a necesidades especiales. (Exposición de un representante de la CIAPSA, II CITM, 13 de junio de 2017, énfasis propio)

Enmarcada en el objetivo de exponer los beneficios del turismo médico para una potencial industria hotelera que se intenta captar, el “huésped por motivos de salud”, en tanto “pasajero discreto” es usado para diferenciarse de la representación ampliamente difundida sobre el viajero o el migrante como vector o importador de enfermedades. De acuerdo con el interlocutor, la enfermedad estaría asociada a un riesgo de contagio, y los problemas de salud que son objeto de las políticas de turismo médico quedarían circunscritos a intervenciones quirúrgicas programadas, las cuales minimizarían o eliminarían un posible riesgo. Por su parte, la propuesta de establecer *circuitos diferenciales* de atención es argumentada no solo a partir de la necesidad de acompañamiento personalizado que tendría un “paciente internacional” por el hecho de no conocer las dinámicas de las ciudades e instituciones de salud de destino, sino también por la búsqueda de preservar el prestigio del segmento en general:

Es muy importante saber quiénes son, con quién hablamos, cómo se maneja un departamento internacional, aunque sea una sola persona, por qué alguien que concentra todas las acciones es muy importante. Si un paciente empieza a derivar de un lado a otro, desluce el resto de la actividad (...) El servicio diferencial, es decir, no puede venir un paciente y entrar al circuito, que es el circuito común, porque ese no es su circuito y se sienten perdidos. Entonces requiere un circuito súper exclusivo y de lujo, un circuito diferencial. (Exposición de un director de una empresa de medicina personalizada de Uruguay, II CITM, 13 de junio de 2017, énfasis propio)

Los circuitos diferenciales de atención a turistas médicos se advierten en iniciativas como las de los canales paralelos de admisión de consultas en las páginas webs de las instituciones de salud prestadoras, las oficinas para pacientes internacionales y la recepción

de estos/as en salas diferenciadas donde se les agenda recorridos guiados por personal de estas oficinas.

Desde la parte comercial *se armó una plataforma para que las consultas de extranjeros, Chile y Paraguay, ingresen a través de otro canal*. El mismo canal que es la página web, pero *que nos llegue diferenciado para que se les pueda dar otra atención*, en el sentido de que se les puede pasar las tarifas en vez de en pesos en dólares para que lo entiendan rápido, se les puedan pasar las opciones de vuelo de esa fecha de estadía (...) *bueno, para tener en cuenta algunos detalles*. (Entrevista personal a asistente de gerencia, clínica de turismo de salud, Córdoba, 20 de noviembre de 2017, énfasis propio)

Empleadas de un hospital privado de la provincia de Buenos Aires asociado a la CIAPSA que desempeñan el rol de “azafatas” del área de pacientes internacionales, reciben y acompañan cada vez que ingresa un paciente internacional al hospital hasta el final de su estadía, y le dan soporte en las gestiones que precise realizar para llevar a cabo su tratamiento de salud. Durante las visitas técnicas programadas en el congreso, con el objetivo de exponer visualmente ante los “facilitadores” y representantes de la industria en el extranjero los servicios de cada institución, una de las azafatas comentaba que se encontraban trabajando en la propuesta de una sala *vip* y mostraba, a quienes participábamos del recorrido, el lugar donde esperan los pacientes internacionales para ser recibidos por el director médico, máximo representante de la institución. La implementación de circuitos exclusivos de atención de consultas virtuales que realizan personas de determinadas nacionalidades y posición socioeconómica, así como de acompañamiento en sus recorridos al momento de arribar a destino y de contactarse con autoridades y referentes de las instituciones médicas, muestran algunos modos a través de los cuales la organización interna de los espacios de flujos (Cresswell, 2006) permite enmarcar y ordenar las jerarquías de la movilidad.

Lo que hacemos es tratar de... no te digo de mimarlos, pero de organizarles todo de tal manera que no pierdan tiempo, aliviarles un poco el estrés con el que vienen. Desde el momento que vos les coordinás, ellos se sienten un poco más contenidos. Les indicamos suban, bajen... Como que *tratamos de marcar la diferencia con este valor agregado que es escuchar*. (Entrevista personal a representante de servicio de atención a pacientes extranjeros de una clínica de Córdoba, 29 de noviembre de 2017, énfasis propio)

Escuchar, dar detalles, contener, aliviar, constituyen acciones que encuentran o buscan encontrar como contrapartida la conformidad de las personas extranjeras que deciden atenderse en el país. Si bien la industria reconoce una variedad de posibles destinatarios/as de los servicios que se ofrecen,³ algunas acciones específicas se dirigen a captar turistas médicos del grupo etario de la tercera y cuarta edad.

³ Particularmente en las imágenes publicitarias, la figura de la mujer ocupa un lugar preponderante.

Pensemos el mundo para esas personas de la tercera y cuarta edad que necesitan que el teléfono les dé las letras un poquito más grandes, que no siempre están tan interconectados, que necesitan estar en un resort (...) ¿Quién está pensando en la tercera y cuarta edad, que es la enorme cantidad de personas que hoy desean viajar con seguridad por el mundo, que le tengan que tomar la presión o medir la glucemia, no en el cuarto de emergencia si es que está en ese lugar, sino que sea mucho más amigable, que tengan la actividad preparada para ellos. (Exposición de un representante de alto rango de la CIAPSA, II CITM, 14 de junio de 2017, énfasis propio)

Para atender las necesidades de una movilidad “segura” de personas de la tercera y la cuarta edad, ciertas instituciones prestadoras de turismo de salud ofrecen, de modo opcional, planes de descanso con chequeos médicos, servicio de enfermería y nutrición adaptada. Además, el requisito de privacidad es uno de los aspectos claves de la promoción del turismo de salud:

La privacidad y la confidencialidad es un aspecto que a veces nos sucede porque hay personas de cierta jerarquía social, económica o política que su situación de salud puede ser un valor a tener en cuenta y prefieren hacerlo en un lugar que tenga un manejo más lejano. (Exposición de director de una empresa de medicina personalizada de Uruguay, II CITM, 13 de junio de 2017, énfasis propio)

La búsqueda de privacidad y confidencialidad constituyen elementos que concuerdan con la construcción de un espacio (relativamente) aislado a nivel global que se destina para una élite: alojamientos que pretenden crear una sensación de familiaridad con el mundo interno, mientras que se mantiene cierta distancia con el mundo circundante (Castells cit. en Cresswell, 2006). En conjunto, las cuestiones señaladas permiten observar cómo se construyen las figuras de los turistas médicos imaginados o deseados, las cuales están atravesadas por una marcada selectividad de clase.

Conclusiones

En el presente artículo se ha querido profundizar en la comprensión crítica del control diferencial de la movilidad y las fronteras mediante el análisis de determinadas políticas y prácticas de *facilitación* de la movilidad por salud desplegadas a partir de la promoción del turismo médico en la Argentina. En la comunicación de una “Argentina *world friendly*” por parte del sector público y privado de la industria del turismo médico, se transmitió la imagen de un país ausente de fronteras y restricciones para quienes quisieran viajar por motivos de salud. La movilidad fue presentada como una condición común y posible para todas las personas, independientemente de la nacionalidad.

Las iniciativas políticas que se pusieron en marcha para facilitar la llegada y el ingreso de potenciales turistas médicos, que comprendieron: exención al impuesto al valor agregado (IVA) en alojamientos a extranjeras/os en categoría “turistas”, eximición de la solicitud de visas y de pago de tasas de reciprocidad para ingresar a la Argentina con fines turísticos a nacionales de determinados países, revelan la existencia de diversos mecanismos de selección y diferenciación de personas y tipos de movilidad en términos de “confiables” o “no confiables”, antes, incluso, de la salida de los países de origen y del ingreso a otros territorios nacionales.

El análisis de las prácticas institucionales vinculadas a la producción de circuitos diferenciales de atención en las instituciones de salud en las que transitan los/as turistas médicos, tales como: canales webs paralelos de admisión de consultas, creación de oficinas de “pacientes internacionales”, recepción en salas diferenciadas y recorridos acompañados en clínicas y hospitales, reveló el modo en que se organizan, ordenan y se jerarquizan las movilidades, produciendo movilidades más cómodas, rápidas y “exclusivas” que otras (Cresswell, 2006). En este sentido, el análisis de la movilidad por salud a través de figuras específicas como el turismo médico constituye una vía de acceso fructífera para capturar nuevas formas de producción y regulación de la movilidad. Al mismo tiempo, es una invitación a seguir explorando las reconfiguraciones de la atención sanitaria transnacional y las transformaciones del espacio asociadas a las movilidades por salud.

Referencias bibliográficas

- Ackerman, S. (2010). Plastic paradise: Transforming bodies and selves in Costa Rica's cosmetic surgery tourism industry. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, 29(4), 403-423. DOI:10.1080/01459740.2010.501316.
- Alsharif, M., Labonté, R. y Lu, Z. (2010). Patients beyond borders: A study of medical tourists in four countries. *Global Social Policy*, 19(3), 315-335.
- Arias, D. (2017). Etnografía en movimiento para explorar trayectorias de niños y jóvenes en Barcelona. *Revista de Antropología Social*, 26(1), 93-112.
- Baumann, Z. (1999). *La globalización: consecuencias humanas*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Cohen, E. (1979). A phenomenology of tourist Eperiences. *Sociology*, 13(2), 179-201. DOI: 10.1177/003803857901300203.
- Connell, J. (2006). Medical tourism: sea, sun, sand and surgery. *Tourism Management*, 27(6), 1093-1100.
- Connell, J. (2011). A new inequality? Privatisation, urban bias, migration and medical tourism. *Asia Pacific Viewpoint*, 52(3), 260-271. DOI: 10.1111/j.1467-8373.2011.01454.x

- Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Management*, 34, 1-13. DOI: 10.1016/j.tourman.2012.05.009.
- Cresswell, T. (2006). *On the Move. Mobility in the Modern Western World*. Nueva York: Routledge. Taylor & Francis Group.
- Crush, J. y Chikanda, A. (2015). South-South medical tourism and the quest for health in Southern Africa. *Social Science & Medicine*, 124, 113-320. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.025>
- Decreto 1654/2008. Créase la tasa de solicitud de ingreso al país por motivo de turismo o negocios. Dirección Nacional de Migraciones, Ministerio de Justicia y derechos Humanos de la Nación. Buenos Aires, 9 de octubre de 2008. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/145000-149999/145606/norma.htm>
- Decreto 892/2016. Requisito de visación consular argentina. Exención. Dirección Nacional de Migraciones. Poder Ejecutivo Nacional. Buenos Aires, 25 de julio de 2016. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/260000-264999/263773/norma.htm>
- Decreto 959/2016. Modificaciones. Decreto 1654/2008 y Decreto 231/2009. Dirección Nacional de Migraciones, Poder Ejecutivo Nacional. Buenos Aires, 22 de octubre de 2016. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/260000-264999/264668/norma.htm>
- Disposición 2761/2009. Aplicación de la tasa de solicitud de ingreso al país–instructivo. Dirección Nacional de Migraciones. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Buenos Aires, 22 de diciembre de 2009. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/162325/norma.htm>
- Domenech, E. y Pereira, A. (2017). Estudios migratorios e investigación académica sobre las políticas de migraciones internacionales en Argentina. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 58, 83-108. DOI: <https://doi.org/10.17141/iconos.58.2017.2487>
- Fuller, N. (2009). *Turismo y cultura. Entre el entusiasmo y el recelo*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Glick Schiller, N. y Salazar, N. (2013). Regimes of mobility across the globe. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 39(2), 183-200. DOI: 10.1080/1369183X.2013.723253.
- Glinos, I., Baeten, R., Helble, M. y Maarse, H. (2010). A typology of cross-border patient mobility. *Health and Place*, 16(6), 1145-1155.

- Guild, E. y Bigo, D. (2003). Le visa Schengen: expression d'une stratégie de «police» à distance. *Cultures and Conflicts*, 1(49), 22-37. DOI: <https://doi.org/10.4000/conflicts.924>
- Heyman, J. (2012). Construcción y uso de tipologías: movilidad geográfica desigual en la frontera México-Estados Unidos. En M. Ariza y L. Velasco (coords.), *Métodos cualitativos y su aplicación empírica: por los caminos de la investigación sobre migración internacional*, (pp. 419-454). México: UAM, Instituto de Investigaciones Sociales, El Colegio de la Frontera Norte, A.C.
- Hosteltur Latam (19 de mayo de 2017). Argentina ofrecerá visas por 10 años a turistas de China. Recuperado de https://www.hosteltur.com/lat/142000_argentina-ofrecera-visas-10-anos-turistas-china.html
- Hosteltur Latam (8 de noviembre de 2017). Argentina y Brasil se unen para promocionar las Cataratas en China. Recuperado de https://www.hosteltur.com/lat/116080_argentina-brasil-se-unen-promocionar-cataratas-china.html
- Hosteltur Latam (23 de enero de 2019). Objetivo China: Para atraer al gigante. Cómo se preparan los destinos latinoamericanos: consejos y experiencias. Recuperado de https://www.hosteltur.com/lat/126360_objetivo-china-para-atraer-al-gigante.html
- INPROTUR (2014). *Plan de Marketing de Turismo Médico Argentina (2014-2018). Resumen Ejecutivo*. Ministerio de Turismo de la Nación, Argentina. Buenos Aires: Presidencia de la Nación.
- Leng, C. y Whittaker, A. (2010). Why is medical travel of concern to global social policy? (Guest Editors. Introduction to the Special Issue). *Global Social Policy*, 10(3), 287-291.
- Liberona, N., Tapia Ladino, M. y Contreras Gatica, Y. (2017). Movilidad por salud entre Arica y Tacna: análisis de una demanda no satisfecha y de una oferta atractiva del otro lado de la frontera. *Geopolítica(s). Revista de Estudios sobre Espacio y Poder*, 8(2), 253-278. DOI: <https://doi.org/10.5209/GEOP.56122>
- Ministerio de Turismo de la Nación (2012). *ConectAR. Plan de Marketing Internacional Argentina. (2012-2015). Resumen Ejecutivo*. Buenos Aires: Presidencia de la Nación.
- Ministerio de Turismo y Deportes de la Nación (22 de agosto de 2018). Argentina y Chile acuerdan reconocimiento recíproco de visas a turistas chinos. Sitio web. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/argentina-y-chile-acuerdan-reconocimiento-reciproco-de-visas-turistas-chinos>
- Ormond, M. y Kaspar, H. (2019). Medical travel/tourism and the city. En I. Vojnovic, A. Pearson, G. Asiki, G. DeVerteuil y A. Allen (eds.), *Global Urban Health* (pp. 182-200). Abingdon: Routledge.

- Ormond, M. y Sulianti, D. (2014). More than medical tourism: Lessons from Indonesia and Malaysia on South- South intra-regional medical travel. *Current Issues in Tourism*, 20(1), 1-18. DOI: 10.1080/13683500.2014.937324.
- Pallito, R. y Heyman, J. (2008). Theorizing cross-border mobility: Surveillance, security and identity. *Surveillance & Society* 5(3), 315-333. DOI: 10.24908/ss.v5i3.3426
- Resolución 33/2019. Visación consular argentina – Eximición. Ministerio del Interior, Obras Públicas y Vivienda. Buenos Aires, 12 de febrero de 2019. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-33-2019-319806/texto>
- Salazar, N. (2006). Antropología del turismo en países en desarrollo: análisis crítico de las culturas, poderes e identidades generados por el turismo. *Tabula Rasa*, N° 5, julio-septiembre, 99-128. DOI: 10.25058/20112742.270.
- Salazar, N. (2017). Key figures of mobility: an introduction. *Social Anthropology*, 25(1), 5-12. DOI: 10.1111/1469-8676.12393.
- Salter, M. (2006). The global visa regime and the political technologies of the international self: Borders, bodies, biopolitics. *Alternatives*, 31(2), 167-189. DOI: <https://doi.org/10.1177/030437540603100203>
- Salter, M. y Mutlu, C. (2010). *Asymmetric borders: The Canada-Czech Republic 'Visa War' and the Question of Rights*. Brussels: CEPS. Liberty and Security in Europe.
- Schuttenberg, M. (2017). La política de la despolitización. Un análisis de la construcción del relato PRO. *Desafíos*, 29(2), 277-311. DOI: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/desafios/a.5259>
- Smith, V. (1989). *Hosts and guests the Anthropology of tourism*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Smith, V. y Brent, M. (2001). *Hosts and guests revisited: tourism issues of the 21st century*. Nueva York: Cognizant Communication Corporation.
- Viladrich, A. y Baron-Faust, R. (2014). Medical tourism in tango paradise: The internet branding of cosmetic surgery in Argentina. *Annals of Tourism Research*, 45, 116-131. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annals.2013.12.007>
- Vindrola-Padrós, C. (2015). A cautionary tale: The 'new' medical tourism industry in Argentina. *Somatechnics*, 5.1, 69-87. DOI: 10.3366/soma.2015.0148
- Vindrola-Padrós, C. (2019). *Critical Ethnographic Perspectives on Medical Travel*. Bosa Roca, United States: Taylor & Francis Inc.
- Vindrola-Padrós, C. y Whiteford, L. (2012). The search for medical technologies abroad: the case of medical travel and pediatric oncology treatment in Argentina. *Technology and Innovation*, 14, 25-38. DOI: <http://dx.doi.org/10.3727/194982412X13378627621716>

- Whittaker, A., Manderson, L. y Cartwright, E. (2010). Patients without borders: Understanding medical travel. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, 29(4), 336-343.
- Zolberg, A. (2003). The archaeology of "remote control". En A. Fahrmeir (ed.), *Migration Control in the North Atlantic World: The Evolution of State Practices in Europe and the US from the French Revolution to the Inter-war Period* (pp. 195-222). Oxford: Berghahn.