

SONIA GUADALUPE ZERMEÑO FLORES
Doctora en Ciencias Administrativas por la Universidad
Autónoma de Ciudad Juárez
Profesora adscrita a la carrera de Ingeniería Industrial en
Manufactura e Ingeniería en Mecatrónica de la Universidad
Estatad de Sonora
México
[soniagpez@gmail.com]

CARLOS MARIO AMAYA MOLINAR
Doctor en Turismo, Derecho y Empresa por la Universitat
de Girona, España
Profesor e investigador de la Universidad de Colima, adjunto
a la carrera de Licenciatura en Turismo México
México
[cmamaya@ucol.mx]

TOMÁS JESÚS CUEVAS CONTRERAS
Posdoctor en Redes Sociales en Turismo, Universitat de
Girona, España
Profesor en el Doctorado en Ciencias de la Administración,
en la Maestría en Administración y en la Licenciatura en
Turismo de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, y
líder del Cuerpo Académico de Turismo
México
[tcuevas@uacj.mx]



TURISMO DE SALUD Y REDES COLABORATIVAS EN INNOVACIÓN: CASO LOS ALGODONES, BAJA CALIFORNIA¹

HEALTH TOURISM AND COLLABORATIVE NETWORKS IN INNOVATION: CASE LOS ALGODONES, BAJA CALIFORNIA

1 Para citar el artículo: Zermeño, S., Amaya, C. y Cuevas, T. (2020). Turismo de salud y redes colaborativas en innovación: caso Los Algodones, Baja California. *Turismo y Sociedad*, xxvi, pp. 67-88. DOI: <https://doi.org/10.18601/01207555.n26.03>

Fecha de recepción: 11 de enero de 2018
Fecha de modificación: 26 de marzo de 2019
Fecha de aceptación: 24 de abril de 2019

Resumen

El análisis del turismo se expresa por medio de sistemas complejos compuestos por el aglutinamiento de diversos agentes interesados, por esta razón, su funcionamiento depende de la gestión efectiva de las relaciones que se producen entre los distintos componentes del sistema turístico. Bajo este entendido, la presente investigación es un estudio de caso que busca discutir las redes de colaboración entre actores y *stakeholders* de turismo de salud en Los Algodones, Baja California, que han permitido la generación de innovación en productos/servicios, procesos, organización y mercadotecnia. Por lo anterior, se llevó a cabo un estudio de tipo cualitativo que consistió en el desarrollo de una mesa de discusión que reunió a agentes interesados en el sistema turístico de servicios de salud. En dicha mesa se expresaron opiniones sobre las estrategias de colaboración entre actores y *stakeholders* de turismo de salud y las acciones emprendidas en innovación para maximizar la competitividad y la sostenibilidad de la actividad turística. Se concluye que el turismo de salud en Los Algodones se encuentra en etapa de transición entre la cooperación y la colaboración entre agentes interesados y en proceso de consolidación como sistema abierto y altamente competitivo.

Palabras clave: Relaciones entre *stakeholders*, análisis de redes sociales, innovación, turismo de salud.

Abstract

The analysis of tourism is expressed through complex systems comprised of the stringing together of various stakeholders. For this reason, its operation depends on the effective management of the relationships that occur between the different components of the tourism system. With this in mind, this

research is a case study that seeks to discuss the collaboration networks between health tourism stakeholders and stakeholders in Los Algodones, Baja California, which has given way to the generation of product / service, process, organization and marketing innovation. Therefore, a qualitative study was carried out that consisted in the development of a Panel Discussion that brought together agents interested in the health services tourism system; where they expressed opinions on the strategies of collaboration between actors and stakeholders in health tourism and the innovative actions undertaken to maximize the competitiveness and sustainability of the tourism activity; concluding that health tourism in Los Algodones is in transition stages between cooperation and collaboration between interested agents and in the process of consolidation as an open and highly competitive system.

Keywords: Stakeholders' relations, social network analysis, innovation, health tourism.

Introducción

El estudio de la actividad turística es de tipo multiparadigmático, con enfoques como la teoría de sistemas (Bertalanffy, 1968), el análisis de los *stakeholders* (Clarkson, 1995; Sautter y Leisen, 1999) y el análisis de redes sociales (Freeman, Wicks y Parmar, 2004; Molina, 2004; Newman, 2014), que tienden a considerar el turismo, a los destinos y a las organizaciones que lo componen como una estructura reticular de elementos. Bajo este enfoque, la actividad turística se observa como un sistema complejo centrado en la dinámica interna del sistema, las interconexiones y los procesos de interacción continua entre los componentes del orden social. En este esquema, los actores turísticos de un territorio y sus relaciones de colaboración y coordinación son elementos necesarios para la articulación efectiva de un destino

turístico y su actividad prioritaria, ya que cobran especial atención las estrategias y las acciones que emprenden para adaptarse a las condiciones del contexto. En este entendido, se considera que, para el desarrollo de la innovación en un destino turístico, esta debe estar favorecida por el intercambio de ideas y proyectos entre una red de actores y *stakeholders* que la dinamicen (Hjalager, 2010); en otras palabras, en la medida en que hay colaboración entre actores de turismo, mejoran las posibilidades de innovación.

Por otro lado, los cuidados de la salud se encuentran entre los sectores de más rápido crecimiento en la economía mundial, el cual se evalúa en alrededor de los 3 billones de dólares anuales en promedio (Vargas-Hernández, 2010), con un valor global anual estimado por arriba de los 100 billones de dólares en 2012, y se esperaba que para 2017 alcanzara los 228 billones de dólares (Labonté, 2013; Stephano, 2014). Bajo esta expectativa, la actividad de turismo de salud es un amplio conglomerado que incluye organizaciones de salud, al gobierno y a diversos grupos de la sociedad, que interactúan para desarrollar actividades en el proceso productivo del turismo en un territorio. Es destacable la visión de redes con una perspectiva holística, de sistema abierto y enfoque reticular, para la cual la cooperación y la colaboración de los actores son una parte fundamental en la generación de proyectos de innovación que se orienten a la sostenibilidad del sistema. En estos términos, es procedente preguntarse quiénes conforman la red de actores interesados en turismo de salud, cómo interactúan entre sí y cómo impactan las redes de colaboración entre actores y *stakeholders* de turismo de salud para generar innovación.

Por consiguiente, el presente trabajo de investigación analiza las redes de colaboración entre actores y *stakeholders* de turismo de salud en la región de Los Algodones, Baja

California, para la generación de innovación en productos/servicios, procesos, organización y mercadotecnia turística.

Planteamiento del problema

El crecimiento global del flujo de pacientes y profesionales de la salud, así como de la tecnología médica, del financiamiento de capital y de los regímenes regulatorios en diferentes países ha dado lugar a nuevos patrones de consumo y de producción de servicios de salud en las últimas décadas, lo que implica el desplazamiento de los pacientes a través de las fronteras en la búsqueda de servicios médicos. A este fenómeno se le denomina comúnmente turismo de salud, el cual se encuentra entre las actividades de mayor desarrollo en la economía mundial, pues se estima en alrededor de los tres billones de dólares anuales y un valor global anual de cien billones de dólares (Labonté, 2013). Bajo esta expectativa, el comercio internacional en servicios médicos en los países en desarrollo ha aparecido en la escena como una forma de incrementar sus ingresos; en el caso de México, se ha convertido en un segmento estratégico que participa con un 2,46% del mercado de exportación de servicios de salud a nivel mundial, porcentaje que representa una afluencia de visitantes de más de un millón de pacientes extranjeros al año. Así mismo, los ingresos en el año 2013 por este concepto superaron los 2.800 millones de dólares, de manera que hubo un crecimiento de la actividad de turismo de salud del 10%, y hubo pronósticos de un aumento de la tasa promedio anual del 7% para los siguientes tres años (ProMéxico, 2013).

En este contexto, es procedente analizar los procesos de innovación a partir de redes de colaboración entre los entes interesados en el desarrollo de un destino turístico. Sin embargo, la innovación en empresas de servicios, en especial en organizaciones relacionadas con el turismo de salud, ha sido

escasamente estudiada, y aunque existen medidas tendientes a promoverla en esta área, estas no han pasado del plano discursivo.

En consecuencia, es fundamental responder a interrogantes como los siguientes: ¿cuál es la conformación de los actores en turismo de salud que participan en el desarrollo del destino?, ¿se participa colaborativamente en procesos de innovación?, ¿qué tipo de innovación se ha generado a partir de redes de colaboración que les permita mantener la competitividad del destino en turismo de salud?

Metodología

La presente investigación es un estudio descriptivo de carácter cualitativo que incorpora los resultados de revisión de la literatura en torno a diversos estudios sobre redes de relaciones entre actores y *stakeholders*, así como el desarrollo de un trabajo de campo referente a una mesa de discusión llevada a cabo en la Clínica Dental Loyal (<http://loyaldentalclinic.com/>), ubicada en la avenida Robles y calle Encinos de la ciudad de Los Algodones, Baja California, México, integrada por representantes de los prestadores de servicios de salud, de servicios turísticos, del gobierno local, de organizaciones gubernamentales y empresariales, de la academia y la comunidad de Los Algodones. Las invitaciones fueron definidas por medios no probabilísticos con base en el atributo de grado de involucramiento de los actores en el turismo de salud en la región de estudio. El objetivo definido para el actual trabajo consistió en discutir las redes de colaboración entre actores y *stakeholders* de turismo de salud y la generación de innovación en productos, servicios, procesos, organización y promoción de la actividad turística.

Así mismo, con el interés de alcanzar el objetivo a partir de las opiniones expresadas por los participantes, se desarrolló una guía

de preguntas semiestructurada que incluyó cuestionamientos como estos: 1) ¿qué condiciones diferencian a Los Algodones de otros lugares donde se desarrolla el fenómeno del turismo de salud?; 2) ¿qué acciones se están implementando en Los Algodones para desarrollar el turismo de salud?; 3) ¿cómo observan la colaboración entre actores interesados en el turismo de salud?; 4) a partir de esta colaboración, ¿se han generado propuestas de innovación en los productos/servicios y en los procesos de los servicios al turismo?; 5) ¿qué actividades de innovación en la organización y en mercadotecnia se implementan en Los Algodones para hacer crecer los flujos de turismo de salud?; y 6) ¿qué acciones falta aplicar en materia de colaboración para la innovación en turismo de salud?

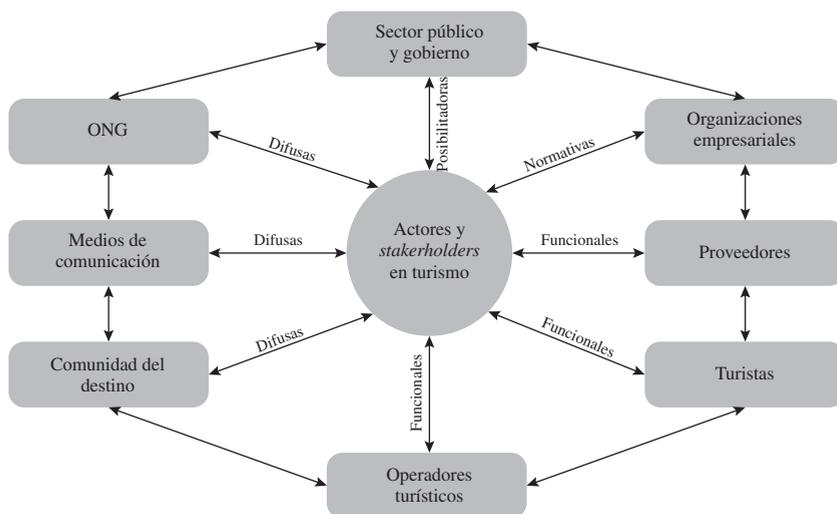
Ahora bien, las participaciones de los invitados a la mesa de discusión fueron videograbadas y posteriormente transcritas y analizadas con apoyo del *software* de análisis cualitativo Atlas.ti, el cual permitió desarrollar dos redes semánticas básicas: la primera identifica la reticularidad de los actores y *stakeholders* del turismo de salud en Los Algodones, y la segunda aborda las acciones de innovación en las vertientes de productos/servicios, procesos, organización y mercadotecnia.

Actores y *stakeholders* en turismo

La actividad turística es un amplio aglutinamiento de organizaciones que en mayor o menor medida participan en el desarrollo de la actividad y la incentivan, verbigracia, organizaciones gubernamentales, agrupaciones privadas, centros educativos, organismos empresariales, visitantes, proveedores, promotores y, sobre todo, la comunidad del destino (Molina, Cuevas-Contreras y Rodríguez-Herrera, 2014). Estos colectivos a los que se hace referencia son conocidos

como *stakeholders*, es decir, los que aportan recursos a la organización y persiguen el desarrollo (Freeman et al., 2004). En este sentido, un grupo se califica como interesado si tiene un interés legítimo en los aspectos de la organización y, por tanto, cuenta con el poder de afectar a la empresa, a sus rendimientos o tiene una participación en esta (Sautter y Leisen, 1999).

Consecuentemente, resulta importante la identificación de los *stakeholders* a partir de los vínculos que establecen con el sistema turístico. Gruning y Hunt (2003) modelaron la teoría de vínculos, la cual sostiene que los sistemas empresariales están relacionados con sus *stakeholders* por los recursos aportados y arriesgados para su supervivencia (Baro, 2011). Debido a lo anterior, se expresan cuatro tipos de nexos: a) *posibilitadores*, que proporcionan la infraestructura, el marco regulatorio y la financiación (por ejemplo, las organizaciones gubernamentales); b) *funcionales*, que se encuentran a la entrada (*input*) y salida (*output*) del modelo, como es el caso de los turistas, los proveedores, los distribuidores, etc.; c) *normativos*, aquellos grupos que comparten valores similares en su estructura, guían, asesoran y apoyan su eficiencia, como es el caso de los competidores, las asociaciones empresariales y profesionales; y d) *difusos*, aquellos *stakeholders* cuya contribución no puede ser claramente definida, por ejemplo, los vínculos con los medios de comunicación, líderes de opinión o la comunidad. Bajo las anteriores perspectivas, es procedente la aplicación tanto de la teoría de los *stakeholders* como de la teoría de vínculos al sistema turístico; en la figura 1 se presentan las relaciones entre actores y *stakeholders* con los medios de comunicación, líderes de opinión o la comunidad, bajo la ejemplificación de grupos interesados en esta actividad económica.

Figura 1. Relaciones entre actores y *stakeholders* de turismo

Fuente: Elaboración propia con base en la teoría de relaciones (Buhalis, 2000) y la teoría de vínculos (Gruning y Hunt, 2003).

Redes en turismo

Red es un término sencillo de identificar cuando se hace referencia a la serie de enlaces que distintos entes guardan entre sí. Sus aplicaciones en las diferentes ramas de la ciencia son múltiples: biología, química, tecnologías de la información, cibernética, sociología, economía, administración y turismo.

En este sentido, una red es un sistema de dos o más relaciones conectadas entre sí en el que cada relación de intercambio entre agentes se debe interpretar desde un punto de vista de colaboración (Emerson, 1981). En otras palabras, una red es un sistema de agentes conexos que realizan diversos tipos de actividades de interacción unos con otros. Por tanto, una red consiste en “nodos” o vértices y líneas que los conectan como aristas (Molina, 2004; Newman, 2014), tal como se observa en la figura 2.

Cada una de esas posiciones o nodos puede ser ocupada por diversos agentes, empresas, unidades estratégicas de negocio, asociaciones comerciales, académicas, gubernamenta-

les, así como por otro tipo de organizaciones que manifiestan su interés en crear interacciones entre sí (Andreu y Parra, 2007). En este sentido, las redes permiten dar explicación a las interdependencias de los actores en un territorio en donde se generan relaciones de cooperación, colaboración, intercambio y, en ocasiones, alianzas estratégicas (Molina et al., 2014).

El análisis de redes se centra en ejemplificar la estructura social como un conjunto de vínculos que unen tanto a individuos como a colectivos. De esta forma, el análisis de redes sociales resulta apropiado para los estudios en turismo si se considera que la operación de la actividad turística requiere de actores y *stakeholders* (nodos) interrelacionados para cumplir con su objetivo.

Aunado a lo anterior, Cooper y Hall (2008) consideran que la competitividad en el ramo turístico se da entre redes de operadores turísticos, más que entre empresas o negocios independientes. La competitividad de un destino depende, en gran medida, de la forma como se encuentre incrustada y relacionada

en la red de agentes turísticos, organizados para transmitir información y aprendizajes, compartir tecnologías, diseñar experiencias turísticas e innovar de manera continua.

Las redes son consideradas una forma importante para crear oportunidades y para transferir conocimiento, puesto que permiten, directa o indirectamente, una mayor percepción ambiental (Molina, 2004). La vinculación entre organizaciones se presenta como una respuesta para reforzar los recursos limitados sin comprometer su individualidad.

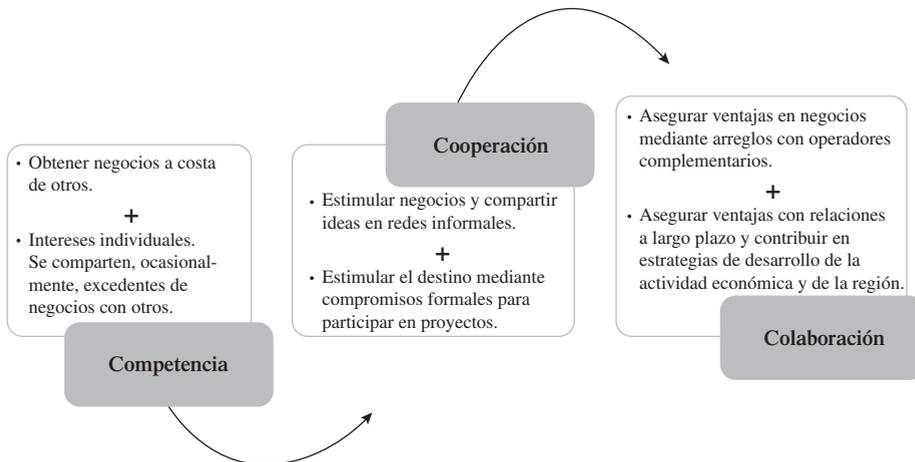
Redes de colaboración entre actores y stakeholders

Una de las tendencias actuales en los sistemas empresariales es la necesidad de que sus organizaciones actúen de manera conjunta, compartan información y recursos y consideren el establecimiento de estrategias comunes de desarrollo. En este contexto, las redes de colaboración surgen como una respuesta ante los cambios del mercado y en aras de alcanzar mejores niveles de competitividad. Sin embargo, la transición de las organizaciones de un grado de independencia casi pura al progreso en redes de interdependencia y

alto grado de cooperación que afiancen sus relaciones a largo plazo suele requerir de una evolución paulatina y, en muchas ocasiones, compleja.

En este sentido, Watkins y Bell (2002) encontraron un comportamiento relacional en los actores de un destino turístico, tal como se muestra en la figura 2. En esta escala de evolución pasan por una *competencia* pura, en la que las acciones y los beneficios obtenidos por estas organizaciones son individuales y se mantienen en constante comparación con otros entes de la actividad turística. Con el paso del tiempo y el interés por mejorar el desarrollo conjunto del destino, las organizaciones agregan una dimensión de *cooperación* por medio de la cual estos agentes interesados empiezan a integrar redes para compartir ideas e iniciar proyectos conjuntos. Posteriormente, en el largo plazo, desenvuelven un alto sentido de *colaboración*, entonces los agentes de turismo establecen acuerdos conjuntos para asegurar ventajas competitivas de la actividad de forma sostenible. Por consiguiente, atendiendo la esencia de la teoría de redes, Cuevas y Zizaldrá (2009) argumentan que el sentido de la colaboración está implícito y es correlativo a la armonía

Figura 2. Dimensiones de cooperación entre organizaciones



Fuente: Elaboración propia con base en Watkins y Bell (2002).

entre los participantes, además de contar con objetivos comunes.

Como puede observarse en la figura 2, la gestión evolutiva del sistema no es un proceso continuo, es más que una simple transacción temporal y se caracteriza generalmente por tres aspectos clave (Halinen y Törnroos, 1995): a) buena voluntad de los miembros de la red de invertir recursos y tiempo en las relaciones; b) diferenciación en la posición de cada agente participante con base en las contribuciones hechas por cada miembro; y c) confianza en las prácticas cooperativas. A partir de lo anterior, en la tabla 1 se presentan las características de las dimensiones de cooperación de acuerdo con su temporalidad, objetivos, grado de confianza, beneficiarios y toma de decisiones.

En concordancia con lo anteriormente expuesto, resulta natural que, en etapas de organización inicial, los actores de un destino turístico se encuentren enfrentados y dispersos, trabajen bajo sus propias reglas y de manera aislada, con objetivos puntuales y cortoplacistas, y velen por sus propios intereses. Más adelante, en etapas organizacionales intermedias, los agentes turísticos involucrados presentan un mayor grado de confianza, se muestran más incluyentes y dispuestos a observar las condiciones de todo el sistema turístico, no solo de una parte. Se espera que la evolución llegue al trabajo colaborativo por medio del planteamiento de estrategias a largo plazo que les permita sobrevivir como un todo, con mayores niveles de confianza y compromiso, una distribución de los beneficios que trascienda a la industria y a sus actores para diseminarse a

Tabla 1. Características de las dimensiones de colaboración

<i>Dimensiones</i>	<i>Categoría de experiencia</i>		
	<i>Competencia</i>	<i>Cooperación</i>	<i>Colaboración</i>
Temporalidad	Inmediata	De corto y mediano plazo	De largo plazo
Confianza	Mínima, frecuentemente se desconfía de los demás.	De baja a mediana, depositada con frecuencia en el organizador más que en los otros jugadores cooperativos.	Alta, con expectativa de un resultado compartido.
Compromiso	Mayormente con ellos mismos.	Generalmente bajo, relativamente fácil de zafarse.	De mediano a alto y formalizado con compromiso en los resultados.
Objetivos	De corto plazo, directamente relacionados con el desempeño financiero y fácilmente mensurables.	De mediano plazo, relativos a estimular los negocios; por lo general, no son fácilmente mensurables.	De largo plazo, tendientes a asegurar oportunidades de negocios; no inmediatamente mensurables.
Beneficiarios	Ganancias para la propia organización	Ganancias para las organizaciones participantes	Ganancias para los miembros participantes y para industrias y regiones extendidas
Toma de decisiones	Individual	Decisiones frecuentemente tomadas por pequeños grupos que convencen a otros para que se adhieran.	Toma de decisiones compartida, con orientación al consenso.

Fuente: Elaboración propia con base en Watkins y Bell (2002).

mejores niveles socioeconómicos del destino, de la región y del país.

Por consiguiente, puede advertirse que se requiere de un proceso de evolución para que los actores de un destino turístico se muestren voluntariamente decididos a colaborar con sus pares y otros *stakeholders* participantes en el logro de beneficios comunes. Bajo estas condiciones, sobre la necesidad de fomentar el aprendizaje colectivo, como lo indican Morrison, Lynch y Johns (2004), puede comentarse que los procesos de colaboración son un continuo aprendizaje e intercambio de información entre los agentes que la forman, y constituyen la base para que en la actividad del turismo se estimule un mayor conocimiento, también políticas de información, distribución, coordinación de recursos, desarrollo de innovación y mejor posición en el mercado.

Colaboración para la innovación

En los últimos años, el término innovación se ha utilizado en diferentes ámbitos sociales y económicos como garantía de competitividad en las empresas. En general, las organizaciones buscan establecer estrategias y planes de trabajo que les permitan prosperar en un mercado cada vez más globalizado y competitivo. Este término proviene del latín *innovatio* (acción y efecto de innovar), e innovar deriva de la raíz latina *innovare* (es decir, cambiar o alterar las cosas incorporándoles algo nuevo). El *Diccionario de la lengua española* (Real Academia Española, 2014) lo define como “acción y efecto de innovar; creación o modificación de un producto y su introducción en un mercado”.

Hall y Williams (2008) mencionan que la innovación se refiere a la puesta en práctica de cualquier idea nueva en la resolución de problemas, por ende, ayuda en el grado de mejora de una actividad. La innovación implica ideas para reorganizar, reducir

costos, mejorar la comunicación, hacer eficientes los procedimientos. Bajo este razonamiento, los autores señalan que la innovación “es la generación, aceptación e implementación de nuevas ideas, procesos, productos o servicios” (p. 5).

Por su parte, el *Manual de Oslo*, como documento que recoge información útil para estandarizar relativamente los procesos de investigación en innovación que efectúan los países pertenecientes a la Organización para el Crecimiento y el Desarrollo Económico (OCDE), destaca que:

Una innovación es la introducción de un nuevo, o significativamente mejorado, producto (bien o servicio), de un proceso, de un nuevo método de comercialización o de un nuevo método organizativo, en las prácticas internas de la empresa, la organización del lugar de trabajo o las relaciones exteriores. (EUROSTAT-OCDE, 2006, p. 56).

Inicialmente, el *Manual de Oslo* estaba dirigido, sobre todo, a las innovaciones tecnológicas de las empresas industriales, pero luego se modificó para referirse a la actividad innovadora de los sectores de servicios, entre ellos, a actividades económicas como el turismo. En este caso, señala que las mejoras en los servicios se pueden organizar de forma menos formal, pues su naturaleza es más incremental y menos tecnológica (EUROSTAT-OCDE, 2006).

Ahora bien, la búsqueda de categorías de innovación surgió con los enfoques schumpeterianos aplicados, en cierta medida, a la innovación turística. Por su parte, Hall (2009), Antón y Duro (2009) y Hjalager (2010) se adhieren en su enfoque a la clasificación indicada en el *Manual de Oslo*, que clasifica la innovación en cuatro tipos: innovación de producto, de proceso, de organización y de mercadotecnia. Aunque es relevante indicar que distinguir sus tipos no es una tarea simple

—ya que las mejoras suelen estar agrupadas en una misma tarea—, como menciona Barras (1986), la innovación en un campo conduce a innovaciones posteriores en otros.

Bajo la segmentación indicada arriba, una innovación de producto es “la introducción de un bien o de un servicio nuevo, o significativamente mejorado, en cuanto a sus características o en cuanto al uso al que se destina” (EUROSTAT-OCDE, 2006, p. 58). El término *producto* hace referencia tanto a bienes como a servicios, de modo que una innovación en los servicios puede incluir mejoras significativas en la manera como estos se prestan, la adición de nuevas funciones o características ya existentes o la introducción de servicios enteramente nuevos. Al respecto, Hjalager (2010) indica que las innovaciones de producto o servicio se refieren a cambios observados directamente por el cliente y considerados como nuevos, de tal forma que pueden convertirse en un factor en la decisión de compra.

Así mismo, una innovación de proceso es definida como “la introducción de un nuevo, o significativamente mejorado, proceso de producción o de distribución. Ello implica cambios significativos en las técnicas, los materiales y/o programas informáticos” (EUROSTAT-OCDE, 2006, p. 59). En este sentido, las innovaciones de proceso pueden tener la finalidad de disminuir los costos, mejorar la calidad o aplicar innovadores de procesos en la creación de nuevos productos/servicios. Estas innovaciones incluyen también las nuevas o mejoradas técnicas, los equipos y los programas informáticos utilizados en actividades de apoyo, como contabilidad, recursos humanos, abastecimiento, etc. (Buhalis y Law, 2008; Hjalager, 2010); también incluyen la introducción de sistemas de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) destinados a mejorar la eficiencia y la calidad de dichas actividades de apoyo.

Por su parte, la innovación de mercadotecnia es considerada como “la aplicación de un nuevo método de comercialización que implique cambios significativos del diseño o el envasado de un producto, su posicionamiento, su promoción o tarificación” (EUROSTAT-OCDE, 2006, p. 60). En el caso de los servicios, incluye la introducción de nuevos métodos de comercialización, tales como la contratación de promotores, franquicias, concesión de licencias, distribuidores, etc. Las actividades innovadoras en materia de promoción de productos implican la utilización de nuevos conceptos para comunicar los servicios de la empresa, tales como publicidad por medios digitales, la coproducción de marcas (Hankinson, 2004), la introducción de un sistema de información personalizada, entre otros. Igualmente, se incluyen las innovaciones en las estrategias de tarificación de bienes y servicios, por ejemplo, la introducción de un sistema para tarifar de acuerdo con la demanda, un sistema de monitoreo de precios de la competencia o un método de colaboración para estandarizar precios de servicios comunes.

Por su parte, una innovación de organización “es la introducción de un nuevo método organizativo en las prácticas, la organización del lugar de trabajo o las relaciones exteriores de la empresa” (EUROSTAT-OCDE, 2006, p. 62). Este tipo de innovaciones tienen por objeto mejorar los resultados de la empresa mediante la reducción de costos administrativos o de venta, de manera que también mejore el nivel de satisfacción en el trabajo y, por consiguiente, aumente la productividad. En las prácticas empresariales, las innovaciones de organización implican cambios en las rutinas de trabajo, la introducción de nuevas tareas para gestionar el conocimiento, la ejecución —por primera vez— de espacios de formación de personal, modificaciones en los sistemas de la cadena de suministro y el uso de los sistemas de gestión de la calidad. Las innovaciones en la organización del lugar de trabajo

conlleven el empleo de nuevos métodos de distribución de actividades, responsabilidad y poder de decisión. Por último, en las relaciones exteriores incluye la puesta en marcha de otras maneras de organizar las relaciones con otras empresas o instituciones públicas, así como las nuevas formas de colaboración entre actores y *stakeholders*.

En el sentido de colaboración, Lynch y Morrison (2007) señalan que las redes se consideran esenciales para fomentar las innovaciones entre pequeñas y medianas empresas. Para estos autores, la innovación suele ser mayor en los destinos más grandes, y esto también aumenta el estándar formal y de calidad del servicio. Por su parte, Svensson, Nordin y Flagestad (2005) ponen en evidencia cómo la colaboración abierta e intersectorial explica parte del éxito del destino, pues la búsqueda de innovaciones rara vez puede ser tomada como una actividad interna en empresas individuales.

De otro lado, Hölzl, Pechlaner y Laesser (2005) manejan el concepto de “imitación creativa” como una forma de innovación en el turismo para la cual la calidad de la gestión es un requisito previo importante. De esta forma, los destinos agrupados en redes empresariales son más innovadores que las organizaciones que no colaboran (Hjalager, 2010), pues es muy reconocido que difícilmente las empresas de turismo pueden entenderse como unidades autónomas; el modelo en que los turistas consumen el servicio en paquetes, ya sean formales o informales, los ubican como un conglomerado de organizaciones con cierto nivel de dependencia. Por esta razón, las relaciones de cooperación son cruciales para ofrecer el servicio y la transferencia de información, conocimiento, inspiración y, eventualmente, de innovaciones.

Turismo de salud

El concepto turismo de salud (TS) es relativamente reciente, pero no el fenómeno (Connell, 2013; Wongkit y McKercher, 2013); hay información que marca los vestigios de este tipo de turismo en la humanidad. Existen pergaminos que mencionan su existencia en el año 4000 A. C. y que aluden a los desplazamientos de personas en pos de mejorar su salud. Como puede observarse, el TS no es reciente, pero sí la concepción como concepto de actividad económica. En la época actual, este tipo de turismo está deliberadamente ligado a la intervención médica o de salud, y se espera que los resultados sean sustanciales y de largo plazo (Connell, 2006). Su crecimiento ha sido exponencial, en especial a finales del siglo XX y hasta la fecha; se estima un crecimiento anual del 20% al 30% (KPMG, 2011).

Viajar hacia centros de salud es una tradición milenaria, pero ahora los viajes son más organizados, con motivaciones específicas. Las razones de salud siguen siendo prioritarias, pero, además, las personas buscan no solo los tratamientos físicos, de salud mental y hasta espiritual, sino también una mejor atención, con precios razonables, de manera que la oportunidad que les otorga el salir de su país de origen para remontarse a lugares distintos, en ocasiones exóticos, sea aprovechada.

De esta manera, el turismo de salud es un subsistema de la actividad turística, con un rápido crecimiento a nivel internacional, en búsqueda de soluciones a varias condiciones médicas, que beneficia el cuidado de la salud, a las economías locales y a la industria del turismo (Connell, 2006). Las más simples y amplias definiciones lo muestran como el acto de viajar al extranjero para obtener atención médica (Ezaidi, Kabbachi y Youssi, 2007; Lunt y Carrera, 2010) o como la generalista de “atención médica global”.

En varios estudios se reconoce el TS como una categoría muy amplia que abarca una gran variedad de servicios y tratamientos, por lo tanto, el turismo médico se convierte en un subconjunto de turismo de salud. En los últimos años, el concepto ha cambiado para desarrollarse más como turismo médico, que a veces se diferencia del turismo de salud, pero que en ocasiones se maneja como su sinónimo (Cook, 2008). En este sentido, ProMéxico (2013) es una de las instancias que ha buscado oficializar la diferenciación entre turismo de salud y turismo médico; al respecto, esta entidad indica que el turismo de salud es el proceso de salir del país o estado de residencia para recibir tratamientos en el extranjero, y lo clasifica, a su vez, en turismo médico y turismo de bienestar. El primero se refiere a procedimientos quirúrgicos y tratamientos con medicamentos; procesos de origen ambulatorio (dentales, oftalmológicos y algunos cosméticos). El segundo está compuesto por las actividades orientadas al relajamiento, cambios de estilos de vida, *spas*, retiros espirituales, hogares de retiro y asistencia para personas de la tercera edad, entre otros.

Como se ha comentado, el sector de cuidados de la salud está entre los de más rápido crecimiento. Bajo esta expectativa, diversos países han considerado aprovechar el nicho de mercado. Este es el caso de la India, Singapur y Tailandia, que vinculan los servicios médicos con los atractivos regionales. Así mismo, se ha desarrollado el turismo de salud en Sudáfrica y en países que hasta ahora no se asociaban con niveles significativos de turismo occidental, como es el caso de Bielorrusia, Letonia, Lituania o Costa Rica. Por su parte, los países de Europa del Este son importantes en el cuidado dental y la cirugía plástica, mientras que Jordania se especializa en infertilidad femenina y fertilización, entre otros temas relacionados.

En el caso de América Latina, este tipo de turismo ha tenido un despunte en las últimas décadas; se promocionan sus bajos costos, atractivos y la calidad de sus servicios, aunados a la facilidad de su cercanía con el mercado más potente del mundo en emisión de turistas: Estados Unidos. Es así como Argentina se ha posicionado en cirugía plástica; Cuba enfatiza en la calidad de sus profesionales en cirugía plástica y en servicios dentales; y México —el país de mayor crecimiento en este ámbito— se identifica con procedimientos dentales, cirugía plástica y estética, cardiología, cirugía de ortopedia (reemplazo de cadera o rodilla), cirugía bariátrica, fertilidad, trasplante de células, órganos y tejidos, cirugía ocular, diagnósticos y exámenes (Connell, 2006; Chuang, Liu, Lu, y Lee, 2014; Wongkit y McKercher, 2013).

Algunas razones por las que ha crecido este segmento se deben a la posibilidad de obtener cuidados de salud a precios y tiempos razonables y, al mismo tiempo, con igual o mayor nivel de calidad de los cuidados médicos que en su propio país de origen (KPMG, 2011). Wongkit y McKercher (2013) indican que las personas que viven en un país se trasladan a otro para recibir atención médica, odontológica, quirúrgica y recibir un cuidado igual o mejor que el que tendrían en su propio territorio; viajan por la atención médica a causa de su asequibilidad, mejor acceso a la atención y una mayor calidad en el cuidado.

Sin embargo, no solo el menor costo o la mayor calidad son las razones por las cuales las personas abandonan su lugar de residencia en búsqueda de cuidados de salud en mejores términos. Un estudio realizado por KPMG (2011) señala que las primeras razones para elegir viajar a otro destino para recibir tratamiento médico son la proximidad geográfica y la similitud cultural, como en el caso de México, que tiene ventaja por su frontera con

los Estados Unidos y atrae a turistas médicos de su vecino del norte.

Turner (2009) indica que, dado el tamaño de la población de los Estados Unidos y la proximidad geográfica con las clínicas dentales de bajo costo en México, viajan en busca de atención accesible en clínicas mexicanas adyacentes a las fronteras con Arizona, California, Nuevo México y Texas. Kamath, Hugar, Kumar, Gokhale, Uppin y Hugar (2015) señalan que este movimiento está dando lugar a una subcategoría del TS denominado turismo dental (Turner, 2009) u odontológico, en el que México capta a los turistas dentales de Estados Unidos, que significan el 25 % a nivel mundial.

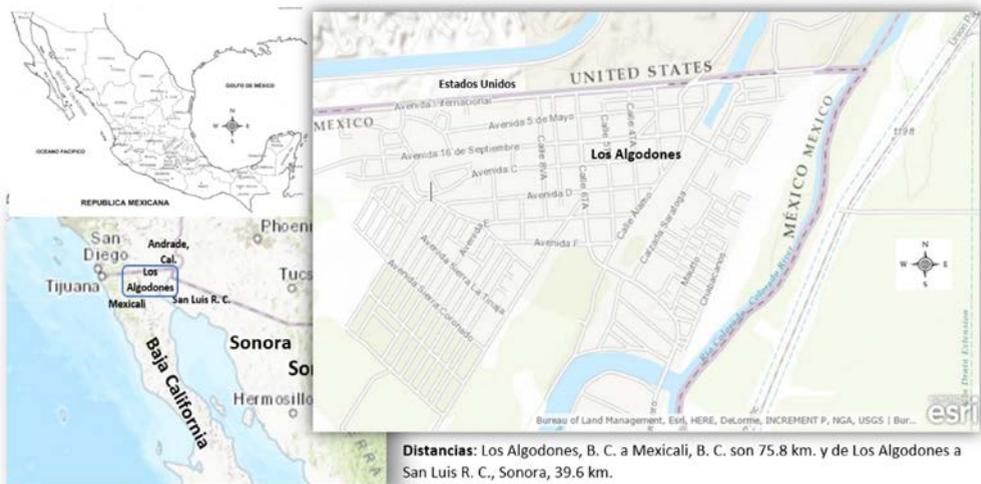
Contexto del área de estudio

Los Algodones es una delegación perteneciente al municipio de Mexicali, cabecera del estado de Baja California, que, de acuerdo con el censo poblacional de 2010, cuenta con una población de 5.474 habitantes, pero una flotante de 3.000 a 3.500 personas, entre

las cuales se encuentran los profesionistas médicos que llegan a trabajar provenientes de las ciudades vecinas de San Luis Río Colorado, en Sonora, y Mexicali, en Baja California. Además, mantiene una ubicación geográfica estratégica porque está localizada en el extremo noroeste, en la división entre los países de México y Estados Unidos (figura 3), colinda con Andrade, California, y mantiene vecindad con los estados de California y Arizona en Estados Unidos, y con Baja California y Sonora en México.

Bajo estas circunstancias, Los Algodones es conocida a nivel internacional como la “Ciudad Molar” o *Molar City*, como la nombran los canadienses y norteamericanos que la visitan para solicitar servicios de salud, en especial, servicios odontológicos. Las dimensiones del primer cuadro de la ciudad son de aproximadamente un área de tres por tres manzanas, en donde se encuentra la principal actividad económica (servicios médicos y farmacias), seguida de la venta de artesanía de todo tipo, la oferta gastronómica y la venta de licor y cigarros.

Figura 3. Mapa de la región y de Los Algodones



Fuente: Elaboración propia con base en ESRI (2016). Mapa de Los Algodones, Baja California. Recuperado en abril de 2016 de <http://www.arcgis.com/home/webmap/viewer.html>

Como se ha comentado en líneas anteriores, el mercado potencial de turismo está determinado, en su mayoría, por personas mayores de 60 años, pensionados, de nivel socioeconómico medio, de origen anglosajón, procedentes principalmente de los estados de la costa oeste de los Estados Unidos, Alaska, Columbia Británica, Nevada y Canadá. Así mismo, existe una creciente demanda de trabajadores agrícolas de las poblaciones de San Luis, Somerton y Yuma, en Arizona, así como de Winterhaven, Calexico, El Centro, El Valle Imperial y Coachella, en California, que aprovechan las coberturas de sus seguros médicos para utilizar los servicios de salud de la zona.

Con respecto a la afluencia de visitantes a la región por la Aduana de Andrade California, EUA-Los Algodones, Baja California, México, según datos revisados de la US Bureau of Transportation (tabla 2), el cruce de personas significó un movimiento peatonal de 831.436 y de 1.177.023 personas en vehículo, lo que corresponde a un total de 1.768.715 cruces en el año 2017.

Tabla 2. Cruce de turistas de salud a Los Algodones, Baja California, en 2017

Mes	n.º de vehículos	n.º de personas en vehículo	Vía peatonal	Total cruce de personas
enero	50.638	101.673	108.695	152.311
febrero	46.987	94.095	111.806	141.082
marzo	53.691	106.511	118.178	160.202
abril	50.435	103.000	70.051	153.435
mayo	51.128	103.385	50.818	154.513
junio	46.489	93.887	35.542	140.376
julio	47.001	97.819	31.794	144.820
agosto	49.331	95.979	34.053	145.310
septiembre	45.552	87.860	41.161	133.412
Octubre	49.810	97.267	59.540	147.077

Mes	n.º de vehículos	n.º de personas en vehículo	Vía peatonal	Total cruce de personas
noviembre	50.105	97.183	83.747	147.288
diciembre	50.525	98.364	86.051	148.889
Total	591.692	1.177.023	831.436	1.768.715

Fuente: Elaboración propia con base en US Bureau of Transportation Statistics (2018).

Así mismo, Los Algodones cuenta con 270 clínicas dentales, 20 ópticas, 48 farmacias, 17 consultorios, 4 laboratorios de diagnóstico y 3 centros de educación para especialidades médicas; todos estos servicios se ofrecen en aproximadamente seis manzanas de territorio. Podría decirse que el 90% de la economía de la ciudad está fundamentada en el turismo médico y de salud.

Resultados obtenidos

Con base en la información expresada en la mesa de discusión, se pudieron identificar los actores y *stakeholders* que participan en el turismo de salud en la región de Los Algodones, tal como se observa en la figura 4: se trata de prestadores de servicios de salud de la iniciativa privada, que agrupan a médicos cirujanos, dentistas en sus diferentes especialidades, optometristas, médicos generales y médicos especialistas, congregados en su mayoría en organizaciones profesionales, como es el caso del Colegio Médico y del Colegio de Odontólogos, A. C.

Así mismo, forman parte de la red de colaboración de *stakeholders* los prestadores de servicios turísticos, conformados por las organizaciones dedicadas a la venta de medicamentos, artesanías, vinos y licores, servicios de restaurantes, transporte, hospedaje, servicios financieros y servicios diversos. Por otro lado, en apoyo a las actividades de la iniciativa privada de servicios turísticos y de salud, se encuentran organizaciones empresariales como el Consejo de Desarrollo

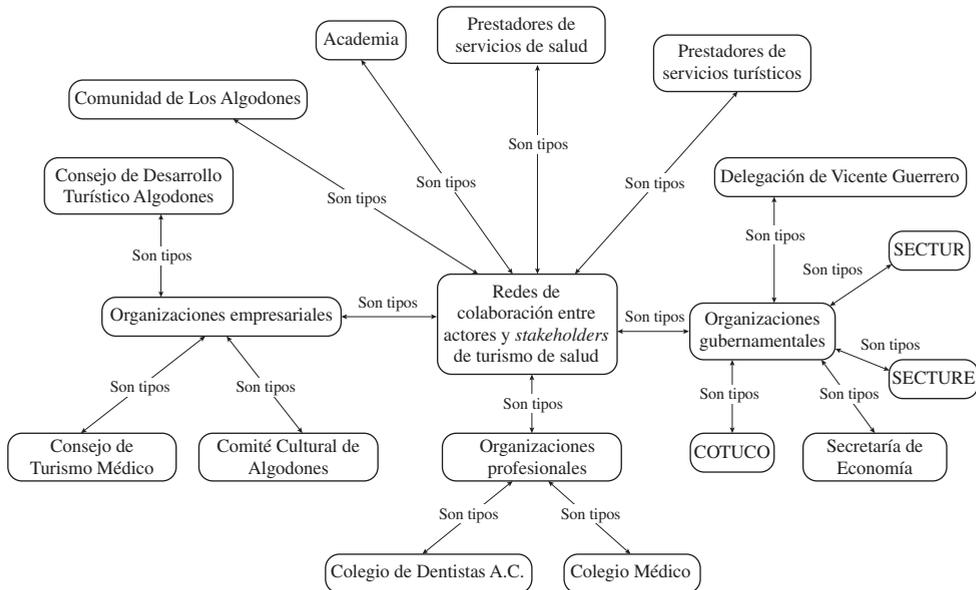
Turístico de Algodones, A. C. (COTUDEAL), el Consejo de Turismo Médico –que agrupa a médicos y empresarios que colaboran en la actividad económica de turismo de salud en la ciudad–, así como el Comité Cultural de Algodones, organismo de cooperación para la realización de actividades sociales y culturales de fomento al turismo.

De igual forma, se agrupan las organizaciones gubernamentales que fungen como soporte, orden, dirección y coordinación de las actividades de turismo de salud y que establecen las políticas de convivencia y desarrollo de la actividad turística. Bajo este rubro se encuentra el Gobierno Federal, Estatal, Municipal y Delegacional, así como las secretarías, los departamentos y organismos de apoyo al turismo, tales como la Secretaría de Economía (SE), la Secretaría de Turismo (SECTUR), la Secretaría de Turismo del Estado de Baja California (SECTURE) y el Consejo de Turismo y Convenciones (COTUCO). En este mismo sentido, se expresa la significancia

de la aportación de la academia en la investigación del fenómeno, así como el compromiso de la comunidad del sitio.

Por otro lado, con base en la codificación establecida para el análisis de la información generada en la mesa de discusión, referida en cuatro códigos (innovación en producto/servicio, proceso, organización y mercadotecnia, véase figura 5), los participantes indicaron que la innovación en producto/servicio puede observarse en la instrumentación de servicios adicionales a los de la práctica médica, por ejemplo, el ofrecer paquetes completos que incluyan el servicio médico, la transportación, el hospedaje, medicamentos y otros servicios y/o productos de cortesía. Otras acciones corresponden a la implementación de estrategias de diversificación horizontal: se adicionan productos y servicios nuevos para clientes actuales, por ejemplo, la apertura de unidades de negocios de TS en un mismo lugar, en las que se incluyen clínicas dentales, ópticas,

Figura 4. Coordinación entre actores y stakeholders de turismo de salud en Los Algodones, Baja California



Fuente: Elaboración propia con base en análisis por el software Atlas.ti, de la mesa de discusión de redes de colaboración (2017).

clínicas de células madre, hoteles, servicios de cámaras hiperbáricas, *spas*, restaurantes, tiendas de artesanías, joyerías y farmacias.

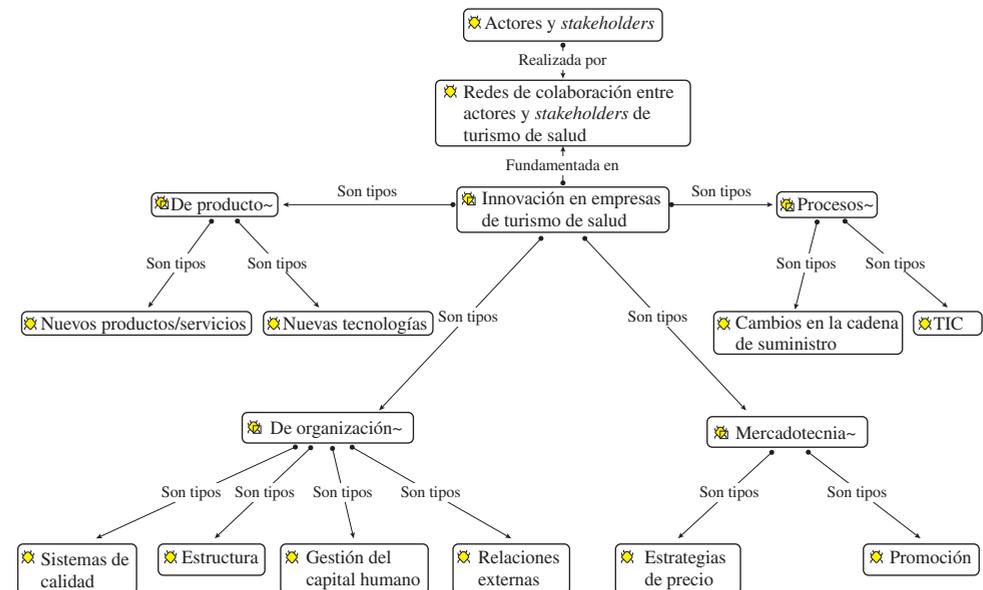
Según lo indicaron los participantes, las innovaciones de proceso se evidencian en las intenciones de colaboración con el ánimo de profesionalizar los procedimientos de servicio al cliente por medio de la estandarización de los tiempos de atención, la implementación de sistemas de información en los que todas las unidades de negocios puedan conocer las características del cliente, su procedencia, servicios programados, profesionistas involucrados en su atención, entre otros datos de identificación que permitan ofrecer un servicio integral y acorde con las necesidades de los usuarios.

La innovación de organización fue indicada en las participaciones como estrategias internas, al incorporar en la gestión de sus organizaciones instrumentos administrativos de mejora continua y sistemas de calidad.

Igualmente, modifican la estructura jerárquica de sus negocios y la toma de decisiones, pues incorporan a profesionales de la administración en puestos gerenciales, tarea que en otro tiempo correspondía a los profesionales médicos propietarios de clínicas y consultorios. Por otra parte, señalan la innovación colaborativa en procesos de capacitación y formación del capital humano de los prestadores de servicios de salud por medio de dos centros de educación asentados en el lugar.

Así mismo, parte de la innovación de organización es referida a la gestión del capital humano, por esta razón, en la ciudad se cuenta con dos escuelas de especialización médica que ofrecen diplomados en diferentes especialidades de la odontología para personal médico de la región de influencia de Los Algodones, Mexicali, Baja California, y San Luis Río Colorado, Sonora; no obstante, los servicios se han extendido, de manera que es posible encontrar médicos de Tijuana, Baja

Figura 5. Tipos de innovación en turismo de salud por la red de colaboración de actores y *stakeholders*



Fuente: Elaboración propia con base en análisis por el *software* Atlas.ti de la mesa de discusión de redes de colaboración (2017).

California, Estados Unidos y Japón, entre otros. Los profesionales médicos que imparten los cursos provienen de distintas partes del país y son avalados por instituciones académicas como la Universidad Autónoma de México (UNAM), la Universidad de Chile, la Universidad de Monterrey y la Asociación Mexicana de Odontología Bucal.

Las innovaciones en el área de mercadotecnia son diversas en el medio interno de las organizaciones prestadoras de servicios para el fomento del turismo de salud en la región. Algunos prestadores de servicios médicos y otras empresas, como hoteles y restaurantes, compran espacios de publicidad en las ciudades de Yuma y Phoenix, en Arizona, y otros en el Centro, Calexico y San Diego, en el estado de California, Estados Unidos. Otros utilizan la difusión por medio de Internet y manejan páginas web en ambos idiomas con la descripción de los servicios que ofrecen, su localización, la presentación de su personal y algún tipo de promoción adicional. Por su parte, las instancias de gobierno realizan una promoción por medio de sus páginas oficiales, como SECTUR, ProMéxico, COTUCO, así como la distribución de folletería en congresos y convenciones en los que se fomenta el turismo de salud.

Discusión de los resultados

Con base en la información suministrada por los líderes de opinión en la mesa de discusión, puede observarse la estructura reticular entre los diferentes actores y *stakeholders* de turismo de salud en la región de Los Algodones. Al respecto, se identifica claramente la posición de la red de influencia para la toma de decisiones, así como la naturaleza de sus vínculos: como indican Gruning y Hunt (2003), actores y *stakeholders* se pueden clasificar en consideración a los vínculos que sostienen. De esta forma, se pone de manifiesto el papel preponderante que ocupan los prestadores de servicios de salud

y se asume el rol protagónico del activismo de innovación en el turismo de salud para el desarrollo del destino. Por esta razón, tanto los prestadores de servicios de salud (profesionistas médicos, clínicas, laboratorios, hospitales) como los prestadores de servicios turísticos (farmacias, hoteles, restaurantes, medios de transporte) mantienen vínculos funcionales, así sostienen el sistema, aportan sus recursos y se arriesgan con el sistema turístico de salud para su supervivencia, tal como lo menciona Baro (2011), en el sentido de otorgar la responsabilidad del funcionamiento efectivo de la actividad turística a los actores principales del sistema.

De igual forma, el análisis de los resultados permite detectar que las instituciones gubernamentales tienen un papel normativo, es decir, establecen las políticas de funcionamiento del sistema y proporcionan un marco regulatorio para la operación armónica de todos los actores y *stakeholders* involucrados. Así mismo, suponen la función gestora ante otras instancias de poder, como el Gobierno Estatal y Federal, para la inversión en infraestructura turística en apoyo al desarrollo del destino. Sin embargo, el Gobierno Delegacional, al que la Organización Mundial del Turismo (2013) le confiere el rol de liderar la gestión de los destinos y promover las estrategias de innovación para el fomento y la supervisión del desarrollo de las actividades económicas —entre las que se encuentra el turismo de salud—, no adquiere este liderazgo, asume un perfil de apoyo y no de dirección, control y dominio del escenario en la promoción y desarrollo de los sistemas turísticos a partir de las políticas públicas, y termina subordinado a las estrategias ejercidas por las organizaciones de orden privado.

En este sentido, las acciones ejercidas por el sector privado son tan importantes que la acción normativa proviene de instituciones creadas por el sector empresarial para la

guía y el apoyo a las acciones de desarrollo de la actividad de turismo de salud y del destino en general, como lo indican Gruning y Hunt (2003) en su teoría de vínculos. Considerando la teoría de vínculos, en Los Algodones se agrupan los prestadores de servicios turísticos y los prestadores de servicios de salud en organizaciones civiles, como el Consejo de Desarrollo Turístico de Algodones, el Consejo de Turismo de Salud, los colegios de odontólogos, el Comité Cultural de Algodones y la Asociación de Farmacias. Todas estas organizaciones le otorgan un sentido normativo a la actividad turística, emprenden acciones de promoción conjunta, coordinan la comunicación entre actores y *stakeholders*, establecen medidas para evitar la competencia desleal, gestionan las políticas públicas de fomento turístico y, en general, dan apoyo en la solución de las problemáticas de la actividad del turismo de salud en la zona.

Como puede observarse en lo expuesto en los párrafos anteriores, los actores y *stakeholders* son clasificados, según sea su intervención en el sistema turístico, en funcionales, posibilitadores y normativos; estos últimos son identificados como los de mayor involucramiento en las decisiones del desarrollo del destino. Sin embargo, las relaciones se mostrarían trucas sin la acción de agrupaciones con vínculos denominados difusos (Gruning y Hunt, 2003). Bajo este enfoque, los participantes en la mesa coincidieron en el importante trabajo que desarrolla la academia en el diagnóstico situacional del turismo de salud de la región, en la investigación que genere datos duros para la toma de decisiones y también como puente entre el gobierno y los empresarios en la generación de propuestas para la promoción y el desarrollo de la actividad de turismo de salud. En ese mismo sentido, el papel de la comunidad de Los Algodones es de vocación y compromiso, muestra respeto

por el turista de salud, informa y colabora en las actividades desarrolladas para la promoción de esta actividad económica.

En otro orden de ideas, los actores y *stakeholders* del sistema turístico se agrupan en redes de colaboración para mejorar las oportunidades de innovación en el interior de sus organizaciones, de manera que se permita contar con estrategias de innovación individuales y colectivas en diferentes ámbitos. Bajo este enfoque de colaboración, los actores y *stakeholders* del destino de Los Algodones muestran su evolución y transitan de una etapa de competencia a una de cooperación, en la que, para Watkins y Bell (2002), existe un mayor grado de confianza y visión de desarrollo a largo plazo, como se evidencia con la creación de organizaciones civiles de coordinación de grupos de interés, como el Consejo de Desarrollo Turístico de Algodones, el Consejo de Turismo Médico y la Asociación de Farmacias. A pesar de esta circunstancia, hay esfuerzos planeados de trabajo colaborativo que evidencian un creciente interés en la promoción de la región, así como en participar en acciones conjuntas entre actores y grupos de interés (*stakeholders*) para favorecer el uso de la creatividad y la innovación, y para que, consecuentemente, se alcancen mejores niveles de competitividad.

En el mismo sentido, es esta colaboración la que permite generar propuestas de mejoras en el interior de las organizaciones de turismo de salud. En otras palabras, la fuerza de la red produce una sinergia para promover la creatividad y la innovación tanto en los productos y los servicios como en los procedimientos, la organización y la mercadotecnia; esto coincide con la clasificación establecida por Hjalager (2010) y el *Manual de Oslo* (EUROSTAT-OCDE, 2006). Sobresalen las estrategias de innovación en el ámbito no tecnológico, es decir, en la organización y en

mercadotecnia, y se evidencia la introducción de cambios de magnitud diversa y de bajo grado de novedad en comparación con las innovaciones introducidas por empresas industriales o en grandes corporaciones, pues, como lo indican Lynch y Morrison (2007), la colaboración y las redes para la innovación suelen ser preponderantes en empresas grandes. Sin embargo, las organizaciones turísticas en el destino de Los Algodones han permanecido como sistemas informales de gestión, por lo que resultan altamente significativos los esfuerzos de imitación creativa (Hölzl et al., 2005) al incorporar cambios en vista del éxito en otras organizaciones del área y del esfuerzo conjunto en el fomento de la calidad y promoción del turismo de salud, fundamentado en la colaboración entre los distintos grupos de interés.

Conclusiones

El estudio de caso desarrollado en Los Algodones, Baja California, poblado convertido en los últimos 40 años en un destino con circunstancias privilegiadas por recibir visitantes provenientes de las zonas frías del norte de los Estados Unidos y de Canadá que demandan servicios médicos, odontológicos, de optometría, medicina general y de especialidad, así como la adquisición de medicamentos y otros productos afines, ha buscado su desarrollo sostenible como destino en el turismo de salud. Para este fin, el trabajo aislado resulta poco prometedor como estrategia; por el contrario, los mecanismos de colaboración mediante el aglutinamiento de entes interesados que representen los diversos intereses públicos se muestran como una respuesta promisoriosa ante los cambios del mercado y en aras de alcanzar mejores niveles de competitividad. Sin embargo, la transición de las organizaciones de un grado de independencia casi pura al progreso en redes de interdependencia y alto grado de cooperación que afiance sus relaciones a

largo plazo suele requerir de una evolución paulatina y, en muchas ocasiones, compleja.

En este proceso, los destinos con actividad de turismo de salud presentan una relación dialéctica entre los *stakeholders* de apoyo y los prestadores de servicios de salud mediante la cual se genera un intercambio en dos vías a partir del trabajo en la modalidad de *coopetition*; así, la empresa sirve al destino y viceversa, en vista de lo cual el proceso de comercialización se ve influenciado por las diversas normas y valores de los empresarios involucrados.

Por esta razón, puede concluirse que tanto los prestadores de servicios de salud como las organizaciones gubernamentales se encuentran preocupados y atentos a establecer estrategias de innovación y competitividad, principalmente en organización y mercadotecnia, que le permitan a la región aprovechar sus oportunidades y alcanzar mejores niveles de competitividad para posicionarse como centro reconocido de desarrollo de turismo de salud y bienestar en la zona noroeste del país.

No obstante, la identificación y la comprensión de la forma como estos fenómenos de organización, cooperación, colaboración, aprendizaje e innovación se han desarrollado en el destino turístico estudiado brindan la oportunidad de que se retomen las experiencias para divulgarlas entre los encargados de la gestión de otros destinos, a fin de que puedan capitalizarse los aprendizajes y los conocimientos disponibles para catalizar sus propios procesos de desarrollo.

Así mismo, se concluye que la capacidad de innovar no es solo una destreza individual, sino una competencia social compartida por los actores que forman parte de la actividad económica. Esto también lo reafirman Burns (2004), Carlisle Kunc, Jones y Tiffin (2013) y Robayo (2016) cuando indican que el proceso generador de ideas (creatividad) y su

implementación (innovación) son procesos colectivos que se han convertido en fuentes de ventaja competitiva.

En el caso del fenómeno estudiado, el proceso de innovación se identifica como de carácter informal y no sistematizado, que busca el aprovechamiento de oportunidades del mercado, y, por lo general, proviene de la exigencia y de las necesidades de los clientes, o como reacción a las circunstancias inducidas por la competencia, pero carece de una planificación a largo plazo, aunque los resultados confirman la importancia de las relaciones entre actores y *stakeholders* para la absorción de prácticas innovadoras que permitan un desarrollo de la actividad de turismo de salud en el destino. También demuestra que el simple desarrollo y promoción de redes empresariales, de gobierno y académicas no necesariamente conducirá a la innovación. Para fomentar el comportamiento innovador en un nivel macro, los responsables de la formulación de políticas públicas podrían ampliar su alcance para el impulso del conocimiento gestionado en el interior de las organizaciones, así como el originado externamente, para organizar los esfuerzos en la generación de innovaciones.

Sin embargo, los cambios en los mercados globalizados apuntan a la introducción de mejoras en los procesos de gestión del capital humano, estructural y relacional, que mantengan un flujo constante de conocimiento que permee las iniciativas individuales y colectivas de innovación, de tal forma que se trabaje en el desarrollo de aspectos como el aprendizaje, el liderazgo, la comunicación, la estructura organizacional, la calidad de los servicios, las tecnologías de la información, el establecimiento de redes de cooperación y en alianzas. En este sentido, las organizaciones de turismo de salud podrían instaurar procesos de innovación más formales y sofisticados que al final sostengan una ventaja competitiva del destino.

Referencias bibliográficas

- Andreu, L. y Parra, E. (2007). Gestión de redes en empresas y destinos turísticos. *PASOS: Revista de Turismo y Patrimonio Cultural*, 5(3), 399-402. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88150311>
- Antón, S. y Duro, J. (2009). *Competitividad y sistemas de innovación territorial en turismo* (Working Paper, INNOVA 2009-1). Recuperado de http://www.urv.cat/media/upload/arxius/catedra-innovacio-empresarial/wp_1.pdf
- Baro, M. (2011). Jerarquización de *stakeholders* para la construcción del capital social de las organizaciones. *Mediaciones Sociales*, 9, 135-162. DOI: 10.5209/rev_MESO.2011.n9.38013
- Barras, R. (1986). Towards a theory of innovation in services. *Research Policy*, 15(4), 161-173. DOI: 10.1016/0048-7333(86)90012-0
- Bertalanffy, L. (1968). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Buhalis, D. (2000). Marketing the competitive destination of the future. *Tourism Management*, 21(1), 97-116. DOI: 10.1016/S0261-5177(99)00095-3
- Buhalis, D. y Law, R. (2008). Progress in information technology and tourism management: 20 years on and 10 year after the Internet – The state of the tourism research. *Tourism Management*, 29(4), 609-623. DOI: 10.1016/j.tourman.2008.01.005
- Burns, P. (2004). Tourism planning: A third way? *Annals of Tourism Research*, 31(1), 24-43. DOI: 10.1016/j.annals.2003.08.001
- Carlisle, S., Kunc, M., Jones, E. y Tiffin, S. (2013). Supporting innovation for tourism development through multi-stakeholder approaches: Experiences from Africa. *Tourism Management*, 35, 59-69. DOI: 10.1016/j.tourman.2012.05.010

- Chuang, T., Liu, J., Lu, L. y Lee, Y. (2014). The main paths of medical tourism: From transplantation to beautification. *Tourism Management*, 45, 49-58. DOI: 10.1016/j.tourman.2014.03.016
- Clarkson, M. (1995). A stakeholder framework for analyzing and evaluating corporate social performance. *The Academy of Management Review*, 20(1), 92-117. DOI: 10.2307/258888
- Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and surgery. *Tourism Management*, 27(6), 1.093-1.100. DOI: 10.1016/j.tourman.2005.11.005
- _____. (2013). Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Management*, 34, 1-13. DOI: 10.1016/j.tourman.2012.05.009
- Cook, P. (2008). *What is health and medical tourism?* En The Annual Conference of the Australian Sociological Association, The University of Melbourne, Victoria. Recuperado de <https://tasa.org.au/wp-content/uploads/2011/05/Cook-Peta-Session-38-PDF.pdf>
- Cooper, C. y Hall, M. (2008). *Contemporary tourism: An international approach*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Cuevas, T. y Zizaldrá, I. (2009). Red transfronteriza en turismo. Formación gestora caso Ciudad Juárez, Chihuahua y El Paso, Texas, Estados Unidos de Norteamérica. *Análisis Turístico*, 7, 22-38. DOI: 10.1234/RAT2011n11
- Emerson, R. (1981). *Social exchange theory*. En M. Rosenberg y R. Turner (eds.), *Social psychology and sociological perspectives* (pp. 30-65). New York: New York.
- ESRI. (2016). *Mapa de Los Algodones, Baja California*. Recuperado de <http://www.arcgis.com/home/webmap/viewer.html>
- EUROSTAT-OCDE. (2006). *Manual de Oslo. Guía para la recogida e interpretación de datos sobre innovación*. España: OCDE, Grupo Tragsa. DOI: 10.1787/9789264065659-es
- Ezaidi, A., Kabbachi, B. y El Youssi, M. (2007). El patrimonio geológico de Marruecos: una potencialidad para el desarrollo de un turismo de salud, como factor de lucha contra la pobreza. *PASOS. Revista de Turismo y Patrimonio Cultural*, 5(3), 371-382. DOI: 10.25145/j.pasos.2007.05.027
- Freeman, R., Wicks, A. y Parmar, B. (2004). Stakeholders theory and the corporate objective revisited. *Organization Science*, 15(3), 364-369. DOI: 10.1287/orsc.1040.0066
- Gruning, J. y Hunt, T. (2003). *Dirección de las relaciones públicas*. Barcelona: Gestión 2000.
- Halinen, A. y Törnroos, J. (1995). The meaning of time in the study of industrial buyer-seller relationships. En K. Möller y D. Wilson (eds.), *Business marketing and interaction and network perspective* (pp. 493-529). Boston/Dordrecht/London: Kluwer Academic Publishers.
- Hall, C. (2009). Innovation and tourism policy in Australia and New Zealand: Ever the twain shall meet? *Journal of Policy Research in Tourism, Leisure and Events*, 1(1), 2-18. DOI: 10.1080/19407960802703466
- Hall, C. y Williams, A. (2008). *Tourism and innovation*. London: Routledge.
- Hankinson, G. (2004). Relational network brands: Towards a conceptual model of place brands. *Journal of Vacation Marketing*, 10(2), 109-121. DOI: 10.1177/135676670401000202
- Hjalager, A-M. (2010). A review of innovation research in tourism. *Tourism Management*, 31(1), 1-12. DOI: 10.1016/j.tourman.2009.08.012
- Hölzl, B., Pechlaner, H. y Laesser, C. (2005). Imitation processes of SMEs – A special form of innovation? En P. Keller y T. Bieger (eds.),

- Innovation in tourism – Creating customer value* (pp. 311-322). St. Gallen: AIEST.
- Kamath, K., Hugar, S., Kumar, V., Gokhale, N., Uppin, C. y Hugar, Sh. (2015). The business and pleasure of teeth: Dental tourism. *International Journal of Contemporary Dental and Medical Reviews*, 2015, 1-4. DOI: 10.15713/ins.ijcdmr.82
- KPMG International. (mayo de 2011). *Issues Monitor. Sharing knowledge on topical issues in the healthcare sector. Vol. 7*. Recuperado de http://file.iabrics.org/med_turism.pdf
- Labonté, R. (2013). Overview: Medical tourism today: What, who, why and where? *Transdisciplinary Studies in Population Health Series*, 4(1), 6-42.
- Lunt, N. y Carrera, P. (2010). Medical tourism: Assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas*, 66(1), 27-32. DOI: 10.1016/j.maturitas.2010.01.017
- Lynch, P. y Morrison, A. (2007). *The role of networks*. En E. Michael et al. (eds.), *Micro-clusters and networks: The growth of tourism* (pp. 43-62). Oxford: Elsevier Science.
- Molina, J. (2004). La ciencia de las redes. *Apuntes de Ciencia y Tecnología*, 11, 36-42. Recuperado de <http://revista-redes.rediris.es/recerca/jlm/ars/ciencia.pdf>
- Molina, S., Cuevas-Contreras, T. y Rodríguez-Herrera, I. (2014). Desarrollo socioeconómico entre turismo y redes. En A. Palafox y T. Cuevas (coords.), *Complejidad del turismo en la frontera* (pp. 3-21). México: Gasca. Recuperado de <https://amiturismo.org/publicaciones/complejidad-del-turismo-en-la-frontera-del-conocimiento/>
- Morrison, A., Lynch, P. y Johns, N. (2004). International tourism networks. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 16(3), 197-202. DOI: 10.1108/09596110410531195
- Newman, M. (2012). Communities, modules and large-scale structure in networks. *Nature Physics*, 8, 25-31. DOI: 10.1038/NPHYS2162
- _____. (2014). *Large-scale structure in networks* [Video]. Recuperado el 10 de enero de 2014 de <https://www.youtube.com/watch?v=oHljpRK-WGc>
- Organización Mundial de Turismo (OMT). (2013). *Panorama OMT del turismo internacional*. Madrid: UNWTO Publicaciones. DOI: 10.18111/9789284415519
- PROMÉXICO. (2013). *Turismo de salud*. México: SECTUR, SALUD, Secretaría de Economía.
- Robayo, P. (2016). La innovación como proceso y su gestión en la organización: una aplicación para el sector gráfico colombiano. *Suma de Negocios*, 7(16), 125-140. DOI: 10.1016/j.sum-neg.2016.02.007
- Sautter, E. y Leisen, B. (1999). Managing stakeholders: A tourism planning model. *Annals of Tourism Research*, 26(2), 312-328. DOI: 10.1016/S0160-7383(98)00097-8
- Stephano, R. (2014). Wellness tourism: What it is and why it's poised to become a trillion-dollar global industry. En Medical Tourism Association (ed.), *Wellness tourism: Trillion-dollar future?* (pp. 1-14). USA: MTA.
- Svensson, B., Nordin, S. y Flagestad, A. (2005). A governance perspective on destination a development – exploring partnerships, cluster and innovation systems. *Tourism Review*, 60(2), 32-37. DOI: 10.1108/eb058455
- Turner, L. (2009). Dental tourism. Issues surrounding cross-border travel for dental care. *Journal Canadian Dental Association*, 75(2), 117-119. Recuperado de <https://www.cda-adc.ca/jcda/vol-75/issue-2/117.pdf>

US Bureau of Transportation Statistics. (2018). *Border crossing*. Recuperado de https://explore.dot.gov/t/BTS/views/BorderCrossing_0/BorderCrossingTableDashboard?iid=1&isGuestRedirectFromVizportal=y&embed=y

Vargas-Hernández, J. (2010). Intercambio transfronterizo de servicios de salud y medicinas en la región de Tijuana y San Diego. *Revista de Pueblos y Fronteras Digital*, 6(10), 303-337. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/906/90618558009.pdf>

Watkins, M. y Bell, B. (2002). The experience of forming business relationships in tourism. *International Journal of Tourism Research*, 4(1), 15-28. DOI: 10.1002/jtr.337

Wongkit, M. y McKercher, B. (2013). Toward a typology of medical tourist: A case study of Thailand. *Tourism Management*, 38, 4-12. DOI: 10.1016/j.tourman.2013.02.003