



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu - ISSN 1886-5887

DOSSIER COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

Análisis ético y jurídico del turismo médico en Colombia. Riesgos en la instrumentalización comunicativa

Ethical and legal analysis of medical tourism in Colombia. Risks in communicative instrumentalization

Anàlisi ètica i jurídica del turisme mèdic a Colòmbia. Riscos en la instrumentalització comunicativa

LUIS GUILLERMO BASTIDAS-GOYES, EFRAÍN MÉNDEZ-CASTILLO, CLAUDIA MARINA BONILLA-ESTÉVEZ*

* Luis Guillermo Bastidas-Goyes. Profesor y miembro del grupo de investigación en Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D. C. (Colombia). E-mail: bastidas.l@javeriana.edu.co.

* Efraín Méndez-Castillo. Profesor Asistente - Director de la Maestría en Bioética y miembro del grupo de investigación en Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D. C. (Colombia). E-mail: e.mendez@javeriana.edu.co.

* Claudia Marina Bonilla-Estévez. Magistra en Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana, optómetra de Universidad de La Salle, Bogotá D. C. (Colombia). E-mail: claudibonillae@gmail.com.



Copyright (c) 2021 Luis Guillermo Bastidas-Goyes, Efraín Méndez-Castillo, Claudia Marina Bonilla-Estévez – Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

Resumen

En un contexto globalizado, donde el mundo convencional se expande a lo virtual, se desarrolla un análisis ético y jurídico del turismo médico en Colombia mediante la identificación de riesgos potenciales en la instrumentalización comunicativa. La oferta y demanda de cirugía estética acompañada del marketing, como un reflejo del deseo, lo bello y el maquillaje, promueven tensiones éticas latentes. La incertidumbre jurídica que gravita alrededor del flujo transfronterizo e indeterminación de los distintos sistemas jurídicos exterioriza varios frentes susceptibles de abordaje y que a su vez se erigen como desafíos. El trasfondo de las reflexiones que se divisan hace imprescindible reivindicar prerrogativas fundamentales, inherentes a los seres humanos, que parecen desvanecerse ante inserciones cada vez más frecuentes y penetrantes provenientes de realidades construidas y enraizadas en el vaivén de los precios.

Palabras clave: turismo médico; marketing; comunicación; ética; derecho; Colombia.

Abstract

In a globalized context, where the conventional world expands into the virtual, an ethical and legal analysis of medical tourism in Colombia is developed through identifying potential risks via communicative instrumentalization. The supply and demand for cosmetic surgery along with the associated marketing, as it reflects on desire, beauty, and makeup, promote latent ethical tensions. The legal uncertainty that gravitates around the cross-border flow and the indeterminacy within the different legal systems externalizes on several fronts that should be addressed and which in turn pose challenges. The background of the reflections that can be seen make it essential to claim fundamental prerogatives, inherent to humanity, which seem to vanish when presented with the frequent and penetrating insertions coming from realities built and rooted in the fluctuations of prices.

Keywords: Medical tourism; marketing; communication; ethics; law; Colombia.

Resum

En un context globalitzat, on el món convencional s'expandeix al virtual, es desenvolupa una anàlisi ètica i jurídica del turisme mèdic a Colòmbia mitjançant la identificació de riscos potencials en la instrumentalització comunicativa. L'oferta i demanda de cirurgia estàtica acompanyada del màrqueting, com un reflex del desig, el bell i el maquillatge, promouen tensions ètiques latents. La incertesa jurídica que gravita al voltant del flux transfronterer i indeterminació dels diferents sistemes jurídics exterioritza diversos fronts susceptibles d'abordatge i que al seu torn s'erigeixen com a desafiaments. El rerefons de les reflexions que s'albiren fa imprescindible reivindicar prerrogatives fonamentals, inherents als éssers humans, que semblen esvaïr-se davant insercions cada vegada més freqüents i penetrants provinents de realitats construïdes i arrelades en el vaivé dels preus.

Paraules clau: turisme mèdic; màrqueting; comunicació; ètica; dret; Colòmbia.

1. Introducción

Un mundo globalizado caracterizado por diversos procesos, entre los que se ubican los de carácter económico y tecnológico, modifica distintos espacios de la vida cotidiana. Hoy en día la manera en que se surten las comunicaciones, labores e interacciones desbordan las prácticas tradicionales que se hacían hace algunos años. Ahora se vive en comunidades, particularmente las de la esfera occidental, marcadas por un tipo de moda sustentada en el *marketing* (Briones, 2016), cuyo influjo toma fuerza dentro de las dinámicas de la oferta y la demanda.

Para la *American Marketing Association* –AMA–, el *marketing* comprende la actividad, instituciones y trámites dirigidos a crear, comunicar, entregar e intercambiar ofertas que representan valor para los clientes, socios y la sociedad en general. La noción de *marketing digital*, como una fase evolutiva, se asocia con el empleo de medios virtuales para promover marcas y llegar a los consumidores mediante internet, plataformas asociadas a redes sociales, dispositivos y otros conductos. Estas estrategias se despliegan, usualmente, bajo el modelo de las “4 Ps” vinculadas con el producto y servicio, precio, punto de venta o distribución y promoción (AMA, 2017; Chaffery & Ellis-Chadwick, 2019).

Los servicios de salud no son ajenos al panorama que se desprende de este tipo de escenarios en los que las intenciones de los usuarios están mediadas por la racionalidad del clic o doble clic. Los periódicos, radio y televisión dan paso a las redes de difusión de información que permiten encontrar múltiples profesionales sanitarios en cualquier lugar, al tiempo que están a la orden distintos procedimientos, tratamientos y clínicas según se requiera. Existe un posicionamiento de la capacidad de elección y toma de decisiones con una creciente preferencia de asistencia por robots (Dixon et al., 2015).

Un foco relevante en este punto es la cirugía estética que, junto con la cirugía reconstructiva, son componentes de la cirugía plástica como especialidad médica. Mientras que, por una parte, la cirugía estética busca embellecer la apariencia física en personas que suelen estar sanas; se tiene que, de otro lado, la cirugía reconstructiva-reparadora procura corregir funciones o el aspecto físico afectado por accidentes, enfermedades o anomalías congénitas (Patiño et al., 2018). Esto conduce a estimar que los patrones de belleza, en últimas, se reflejan en una “plástica extrema”, impulsada por la flexibilidad, plasticidad y constante reinvención del cuerpo (Elliott, 2011).

Esta cultura del deseo y adaptabilidad traspasa las fronteras nacionales para dar cabida al flujo internacional. En efecto, el informe “Explorando el Turismo de Salud” (2018) emitido por la Organización Mundial del Turismo –OMT– y la Comisión Europea de Turismo –CET– contempla la cirugía estética como una de las motivaciones del turismo médico, como elemento del turismo de salud. Entre los factores clave para los desplazamientos hacia países latinoamericanos, como

Colombia, están los menores costos, períodos de espera reducidos, mejora en la atención, ausencia de mayores restricciones o el hallar opciones no incluidas en las pólizas de seguro de salud de los países de origen (De la Puente, 2017; OMT & CET, 2018), sin dejar de lado el atractivo generado por la variedad de destinos y riquezas naturales que por su ubicación geográfica posee.

Las tecnologías, sobrepasando los medios convencionales, facilitan entrar en un ambiente en el que las personas aspiran situar opciones para satisfacer sus pretensiones, sin importar que la comunicación se instrumentalice. Los contextos comunicativos que se configuran en el campo de la salud, como es el caso de los procedimientos estéticos, no siempre se realizan apropiadamente. La libertad y proliferación de canales abren la posibilidad de divulgar información sesgada, imprecisa, no soportada o, en su defecto, falaz que ya no solo se reduce a los consultorios. Esta serie de reparos al tratarse de asuntos vinculados con los seres humanos forjan problemáticas generadoras de conflictos que, sin desconocer otras aristas, ameritan hacer reflexiones que no solo se agoten en la dimensión ética, sino que se extiendan al plano jurídico.

Acorde con lo trazado se elabora un análisis ético y jurídico del turismo médico en Colombia, identificando riesgos en la instrumentalización comunicativa. Para desarrollar este cometido: inicialmente, se plantea la oferta y demanda en el turismo médico, para lo cual se toma como punto nodal la cirugía estética. Luego, se exaltan riesgos éticos a causa de la instrumentalización comunicativa ligada al marketing y agudizada por exigencias ceñidas a patrones de belleza. Seguidamente, se delimitan criterios jurídicos aplicables en Colombia y se revelan desafíos a los que se enfrentan los distintos ordenamientos.

2. La oferta y demanda de cirugía estética en el marco del turismo médico

Durante el transcurrir de la historia se encuentra que una de las actividades humanas desplegadas es, con relativa frecuencia, el turismo de salud. Desde épocas remotas las personas se desplazaban a distintas regiones para obtener tratamientos medicinales, especialmente aquellos que involucraban agua, clima y espiritualismo. En la actualidad el traslado de individuos de países en vía de desarrollo hacia los denominados del primer mundo en busca de servicios de salud ha cambiado, y ahora es a la inversa (Barriga et al., 2011; Arias et al., 2012). Ventajas como la calidad de los servicios sanitarios y la tecnología que los respalda son cada vez mejores, con facilidades de acceso a múltiples opciones dentro de las categorías de lo médico-hospitalario y de bienestar. Esto, sin duda, demuestra una faceta de la medicina del deseo y de la cultura del consumo (Gómez, 2017).

Dada la multiplicidad de conceptos que se pueden ubicar en la literatura, datos limitados, fragmentados y a menudo poco fiables surgió el aliciente por obtener una mejor comprensión. El interés académico, profesional y el acelerado crecimiento fueron aspectos convergentes en esa ruta. Es así como el informe “Explorando el Turismo de Salud” (2018) de autoría de la OMT y la CET, producto de las deliberaciones llevadas a cabo con expertos en la temática, precisó con base en los hallazgos encontrados la necesidad de especificar una terminología aplicable al turismo de salud¹, como acepción general, y sus subtipos, turismo médico y turismo de bienestar, que apuntan a lo siguiente:

El turismo médico es un tipo de actividad turística que implica un viaje fuera del entorno habitual, ya sea a nivel nacional o internacional, para el uso de recursos y servicios de curación médica basados en la evidencia (tanto invasivos como no invasivos). Esto puede incluir diagnóstico, tratamiento, cura, prevención y rehabilitación.

El turismo de bienestar es un tipo de actividad turística que tiene como objetivo mejorar y equilibrar todos los dominios principales de la vida humana, incluidos el físico, mental, emocional, ocupacional, intelectual y espiritual [...]. (OMT & CET, 2018, p. 64)
[Traducción propia]

En el caso colombiano, de conformidad con la Ley 1955 de 2019 o Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad” y el pacto por el emprendimiento, la formalización y la productividad, en correspondencia con la línea del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo –MinCIT–, “Turismo: el propósito que nos une”², se pusieron en marcha distintas estrategias transversales procurando un turismo sostenible. Una de ellas consistió en impulsar un proyecto de norma que se convirtió en la Ley 2068 de 2020, cuyo artículo 19 está estrechamente vinculado con el “turismo de salud”, a saber:

1 El turismo de salud “cubre aquellos tipos de turismo que tienen como motivación principal la contribución a la salud física, mental y/o espiritual a través de actividades médicas y de bienestar que aumentan la capacidad de los individuos para satisfacer sus propias necesidades y funcionar mejor como individuos en su medio ambiente y sociedad” (OMT & CET, 2018, p. 63). [Traducción propia]

2 El Plan Sectorial de Turismo del MinCIT (2018) evoca al “turismo de salud y bienestar” para señalar que con base en el programa de transformación productiva (PTP) a 2018, hay un posicionamiento de destinos del país, ventajas competitivas y el desarrollo de ofertas en spa, termalismo y talasoterapia. No obstante, al indagar el PTP aludido en el plan, este refiere, en primer lugar, que el “turismo de salud” tiene como objetivo “construir una oferta turística para aquellos visitantes extranjeros que [llegan] al país para someterse a procedimientos en áreas de la salud como cardiología, ortopedia, fertilidad, odontología, oftalmología, oncología y cirugía estética”. Y, en segundo lugar, sobre el turismo de bienestar, indica que, a partir del año 2012, este segmento entró “con el objetivo de fortalecer y desarrollar un nuevo tipo de oferta turística enfocada en tratamientos curativos preventivos, con técnicas ancestrales, y armonizados con la biodiversidad del país” (PTP, 2018, pp. 95-97).

Artículo 19. Turismo de salud. El Estado reconoce el turismo de salud y promoverá su desarrollo como turismo interno y receptivo, entendido este como aquel al que acuden nacionales o extranjeros en el territorio nacional a fin de someterse a un procedimiento médico, quirúrgico u odontológico acreditado, accesible con garantías de seguridad y de alta calidad. El gobierno se encargará de incluir dentro del Plan Sectorial de Turismo directrices y programas de apoyo específicos para esta modalidad de turismo, incluidos programas de divulgación de la oferta.

Al contrastar las nociones de la OMT & CET con las manejadas en Colombia se vislumbra una diversidad de ópticas que desfiguran los criterios. Se puede resaltar que la regulación del artículo 19 se acerca al turismo médico, tomando distancia de significados de bienestar o de turismo de salud, esgrimidos en los programas del sector turismo. Incluso una versión general de “turismo de salud” englobaría intervenciones invasivas y/o no invasivas, tratamientos médicos curativos, preventivos y de bienestar alternativos. Una adecuada caracterización y concreción de estos tópicos reduce la probabilidad de confusión con otras figuras presentes en la dinámica mundial. Es lo que acontece, por ejemplo, con los “viajes médicos”, en los que se hacen movilizaciones con la única intención de recibir una terapia o intervención sanitaria, pero sin que medie ningún móvil de adherencia turística (De la Puente, 2017; OMT & CET, 2018).

Para estos efectos, se adopta la definición de turismo médico esbozada por la OMT & CET y lo concordante del artículo 19 de la Ley 2068 de 2020, sin que se omitan reparos. Esta taxonomía es relevante para adentrarse en un fenómeno emergente, complejo y creciente del mercado. La oferta envuelve los recursos, profesionales, servicios, destinos e instalaciones –hospitales y clínicas–, que se disponen para ser potencialmente adquiridos a un nivel de precios. La demanda, por su parte, se fija por el móvil que tengan los interesados y se asocia a preferencias como afinidad cultural, costo-beneficio, trayectos, tiempos de espera reducidos, tecnología y otros factores. Aunque la industria tailandesa es una de las más fuertes, países latinoamericanos como México, Brasil y Colombia ya incursionan (OMT & CET, 2018; Beladi *et al.*, 2019).

A escala mundial se localizan tratamientos variados como los relativos al cáncer, fertilización *in vitro*, experimentales con células madre y por especialidades, valga decir, ortopedia, oftalmología, cardiología o cirugía estética. Este último supuesto, es central para este análisis en cuanto está a la vanguardia y es atractivo para la satisfacción de la diversa demografía de usuarios que buscan paquetes quirúrgicos. La tendencia global es análoga al punto que la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética (ISAPS) informara que, en los años 2018 y 2019, se realizaron 10,6 y 11,3 millones de procedimientos, respectivamente. A esto se suma el que agencias de acreditación, como la *International Organization for Standardization* –ISO– o la

Joint Commission International (JCI), hayan ampliado su influencia en un campo aún no regulado y que saca a flote consideraciones éticas (Davison et al., 2018; De la Puente & Maury, 2020).

La llegada de turistas médicos a Colombia viene acrecentándose³. Acorde con la ISAPS (2018) en el país se hicieron 408.789 procedimientos, de los cuales 273.316 fueron quirúrgicos (66.86%), el 33.14% corresponden a no quirúrgicos y con cerca del 20.6% por turismo médico. Para 2019, la ISAPS reporta 413.512 procedimientos, de los cuales 267.641 fueron quirúrgicos (64.72%), el 35.28% corresponden a no quirúrgicos y con un 17.8% por turismo médico. Paralelamente existen estimativos que insinúan movimientos alrededor de 188 millones USD, 112.1% más que en 2014 y se proyectó, en su momento, que para 2024 estos superen los 302 millones USD⁴ al año (Cifuentes, 2019; Bernal, 2020).

Entre las intervenciones más populares están el aumento de senos, liposucción, rinoplastia y abdominoplastia. Cada una de las intervenciones varían en mujeres y hombres, mientras las primeras se inclinan por levantamientos mamarios, blefaroplastia y toxina botulínica, los segundos optan por excisión de ginecomastia, cirugía de orejas y depilación. Los porcentajes también cambian según los grupos etarios que oscilan entre los 18 a 64 años, y se destaca que en el total mundial de incremento de cirugía estética de mama, para mujeres menores de 17 años, Colombia posee el 12,0% con un 32.3% netamente cosmético (ISAPS, 2019).

3. La instrumentalización de la comunicación para dar prevalencia al marketing. Riesgos éticos latentes en flujos de comunicación

Resulta de gran interés, bajo esta perspectiva, develar riesgos éticos latentes en estos escenarios, puesto que apremia la apariencia, la reconstrucción del cuerpo e, implícitamente la vida en sí misma, singular y plural. El cuerpo biológico y el cuerpo social se entrelazan, redefiniéndose cómo se debe lucir o figurar ante los demás (Elliott, 2011). Los retoques son una moda, no urge buscar citas o hacer filas en algún consultorio ya que la digitalización y automatización junto con el marketing lo hacen ágil y sencillo. Las relaciones médico-paciente guiadas por una exquisita sensibilidad moral y la interlocución persona-persona mutan. En la baraja de naipes para jugar el juego de la ética se ha dejado de ser artesanos de la vida por el consumo y los valores

3 Un punto de inflexión, ineludiblemente, lo ocasionó la declaratoria de la pandemia por el brote del SARS-CoV-2 (Covid-19). Su repercusión en el año 2020 fue evidente por las prioridades, restricciones y medidas adoptadas por los Estados, situación ante la cual Colombia no es la excepción. Para 2021, habrá de examinarse el comportamiento y consecuentes repercusiones.

4 La tasa de cambio representativa del mercado (TRM) que se aplicó para convertir COP a USD fue la del 31 de diciembre de 2019, esto es, \$ 3.277,14. Cfr. <https://www.banrep.gov.co/es/estadisticas/trm>

economicistas, quizá una carta negativa, como dispositivo de poder, lo sea el maquillaje (Sossa, 2011; Cortina, 2013).

La cosmética sería cosa de los maquillajes que mejoran el aspecto de las personas durante un tiempo, pero no las transforman por dentro, mientras que la ética se referiría a una transformación interna, nacida de la convicción de que merece la pena obrar bien, por el valor interno del obrar bien mismo [...] por eso tratar de comunicar lo que se hace bien es aconsejable, pero es preciso que la comunicación sea veraz, y no un puro maquillaje. (Cortina, 2013, p. 45)

Una lectura ética y no cosmética insta a no cosificar la vida humana, discrepa con la explotación inescrupulosa de personas vulnerables que desesperadamente aspiran encontrar curas para una enfermedad terminal (Davison et al., 2018). Reprocha las acciones de aquellos facilitadores que fungiendo como dinamizadores divulgan información sesgada, imprecisa, no soportada o, en su defecto, falaz. Es conocido que en reiteradas ocasiones se valen de canales digitales sin importar variantes de eficacia y limitaciones en el uso de aplicaciones de red. Adicionalmente, exhorta a las personas a que forjen un carácter para decidir sobre sí o dar un buen consejo sin predisponer conductas. Pese a que la belleza pueda apreciarse como la gran mercancía, se debe ser partícipe de los “juegos de verdad” que se camuflan o tergiversan (Sossa, 2011). Tal arqueología, la de un buen *ethos*, debe ajustarse a lo individual y colectivo.

Por eso, cuando las organizaciones, las instituciones o los pueblos generan un mal carácter, malos hábitos y costumbres, pierden el señorío sobre su presente y su futuro y se convierten en seres reactivos. Reaccionan a los acontecimientos, y además tarde y mal, precisamente porque son los sucesos los que ganan la mano. (Cortina, 2013, pp. 45-46)

Un *ethos* del consumo como el que rige las sociedades actuales posibilita que las comunicaciones e información se orienten a deseos ilimitados dependientes de los procesos que los satisfacen. Si bien los consumidores tienen libertad de elección, el marketing está alineado para detectar un sinnúmero de motivaciones y aspiraciones para no fracasar. La persuasión en la interlocución monitorea sensaciones de bienestar, como los arquetipos de belleza, restringiendo el estar bien a posibilidades de oferta y demanda. En aras de cultivar una vida digna, no cosmética, propio de lo cambiante, diverso e incierto la lucidez y la cordura son esenciales. La lucidez permite tomar conciencia de que el *ethos* consumista está creado artificialmente y la cordura “enraíza las ponderaciones sobre lo suficiente y sobre la vida de calidad en el corazón de lo justo” (Cortina, 2013, p. 175).

La instrumentalización comunicativa también pone en tela de juicio cuestiones centrales que conectan con los principios connaturales de la práctica médica y aquellas directrices que deberían direccionar el ejercicio de la voluntad. Los viajes del bisturí hacen innegable una incidencia en el ser humano puesto que, bajo el *ethos* y marketing del consumo, se cosifica⁵. En otras palabras, se circunscribe a un bien sujeto al vaivén de los precios. Nótese que, con lo expuesto, vale la pena recordar la máxima según la cual en el reino de los fines todo tiene un precio o una dignidad, lo que tiene precio es sustituible por algo equivalente; en cambio, lo que se halla por encima de todo precio y no admite nada equivalente, tiene dignidad (Kant, 2006). Este principio-valor se erige como pilar e irradia las prerrogativas fundamentales que deben prevalecer.

Con esto en mente podría objetarse por parte de los defensores de la industria del embellecimiento que se respete la autonomía sobre el cuerpo, siempre que se pueda cubrir los costos y no se afecte a terceros. Frente a ello, sería factible replicar mediante tres posturas: en primer lugar, hacer una distinción entre ser autónomo y elecciones autónomas, esto es, entre la capacidad general de autogobierno y las condiciones necesarias para poder llevar a cabo decisiones sobre algo específico con alto grado de autonomía. En segundo lugar, enfatizar en la diferencia de información que está siendo proporcionada a los usuarios, vale decir, del carácter persuasivo/emocional al informativo/técnico para una adecuada comprensión y no de mera aprobación. Y, en tercer lugar, especificar la promoción de estereotipos artificiales de belleza corporal para no caer en coerción y estimulación, lo cual desvirtuaría la autonomía.

4. Criterios jurídicos aplicables al turismo médico de cirugía estética en Colombia. De la reflexión ético-fáctica a la legalidad

En Colombia, la Constitución Política de 1991 (C. Pol.), en su artículo 49, prevé que la atención en salud está a cargo del Estado, garantizándose el “acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”. Este servicio público inicialmente soportado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)⁶, como uno de los componentes del Sistema de Seguridad Social

5 La cultura consumista, en la que lo novedoso supera a lo perdurable, exterioriza lo efímero de la condición humana. La búsqueda de la perfección, impulsada por el deseo y seducción, está a la orden de la moda, velocidad y estilo, difuminando atisbos de decisiones legítimas e inexorables. El *homo consumens* se rige por la posibilidad de “nacer de nuevo [...] o al menos eso parece. Una de las manifestaciones del atractivo actual de los «nacimientos seriales» –de la vida como un sinfín de «nuevos comienzos»– es la notable y pasmosa expansión de la cirugía estética”, en la que las “tácticas del marketing” hacen presencia (Bauman, 2007, pp. 138-140).

6 En esta temática son medulares las siguientes normas: Ley 100 de 1993; Ley 1122 de 2007; Ley 1438 de 2011; Decreto 780 de 2016, Resolución 3100 de 2019, Resolución 229 de 2020 y las disposiciones que las modifiquen o sustituyan. Cfr. <http://www.suin->

Integral, adquirió mayor fuerza con la expedición de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, “por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud [...]”. Esta disposición se traduce como la materialización de una evolución jurisprudencial que, basándose en instrumentos como la Declaración de Alma Ata de 1978 y la Observación General N°14 de 2000 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, caracteriza el derecho a la salud “como autónomo e irrenunciable, tanto en lo individual como en lo colectivo” (Corte Constitucional, 2014).

La anterior precisión es relevante ya que el artículo 15, literal a., de la Ley 1751 de 2015, estipula que no se financiarán con recursos públicos los servicios y tecnologías que “tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas”. No obstante, el alto tribunal sostiene que las exclusiones pueden matizarse acorde con su jurisprudencia “para excepcionar lo dispuesto por el legislador y en el caso concreto, no se afecte la dignidad humana”, como acontece con el exceso de piel que causa quemaduras, reparación de lóbulos auditivos, salud oral, reconstrucción de labios vaginales o cáncer (Corte Constitucional, 2014; 2019).

El sistema de aseguramiento que opera en el país, con aciertos y desavenencias, si bien abarca un plan de beneficios⁷ que debe cubrirse con apoyo de instituciones y profesionales de la salud, no es incompatible con los servicios médicos particulares que se contratan directamente. Los vínculos obligacionales que se forjan dependen de si hay o no intermediarios, es decir, si hay mediación del SGSSS o no debido a la celebración de contratos civiles independientes (Sayas & Mercado, 2018). Frente a ello y en virtud de los artículos 16 y 26 C. Pol., relativos al libre desarrollo de la personalidad y a la libertad de escogencia de profesión u oficio, las intervenciones estéticas se contemplan como manifestaciones de la autonomía de la voluntad de las partes.

Vale la pena destacar que en Colombia no hay una regulación que delimite y viabilice a plenitud la cirugía estética. Por el contrario, en el año 2015, se radicó el Proyecto de Ley 149/15 (S) – 144/15 (C), que en su motivación resaltaba la exigencia de “proteger a los menores de edad [18 años] de los riesgos de las cirugías plásticas estéticas y procedimientos estéticos, cada vez más populares entre jóvenes” (Congreso de la República, 2015). La iniciativa luego de hacer trámite se convirtió en la Ley 1799 de 2016. El artículo 3 de dicha norma fue objeto de modulación por la Corte Constitucional (2017), quien consideró que los “procedimientos sólo pueden proceder a partir de los 14 años y cuando las capacidades evolutivas de los adolescentes efectivamente les permitan autodefinirse y generar una opinión reflexiva sobre la decisión y sus riesgos”.

juriscol.gov.co

7 Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), como lo son las Entidades Promotoras de Salud (EPS) lo ejecutan por conducto de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). El plan vigente está contenido en la Resolución 2481 de 2020.

Sin que se desconozcan los esfuerzos legislativos sobre la materia⁸, es menester atender piezas jurídicas extensivas a la labor médica. Un andamiaje nuclear llamado a armonizarse lo constituyen las Leyes 23 de 1981 o Código de Ética Médica; 1164 de 2007, sobre Talento Humano en Salud y la ya citada Ley 1751 de 2015. De ellas se extraen elementos valiosos que van desde regirse por directrices orientadoras para ejercer la medicina y no someter al paciente a riesgos injustificados, evaluar su condición, proporcionar información suficiente⁹, solicitar su consentimiento¹⁰ y hacer los registros en la historia clínica; hasta la autonomía, responsabilidad, calidad, publicidad e idoneidad profesional¹¹. Debe existir un especial cuidado en cada situación por estar inmersos derechos fundamentales.

Aquí, es importante aludir que la salud en Colombia también se debate como un sistema de mercantilización con lógicas que perturban la interlocución médico-paciente (Ramírez et al., 2016). Se ha pensado en tales nexos de conformidad con la Ley 1480 de 2011 y su alcance, en términos de relaciones de consumo, con la participación de consumidores y productores o profesionales de bienes o servicios. Por un lado, se afirma que el paciente-consumidor, se erige como destinatario final de un procedimiento que busca satisfacer una necesidad propia para lo cual acude a especialistas en procura de adquirir un producto ofertado que no tiene *per se* propósitos curativos (Sayas & Mercado, 2018). Y, en contraposición, se plantea que superponer el Estatuto del Consumidor sería una salida poco afortunada, entre otras razones, porque los designios que persigue el Estado son distintos al de los particulares (Pérez, 2014).

Lo referido está en consonancia con el artículo 78 C. Pol., que establece medidas “de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe

8 Dentro de la legislatura 2020-2021 cursa el Proyecto de Ley 260/20 (C). En los últimos años, como antecedentes, se ubican las siguientes iniciativas: PL 142/19 (C) en la legislatura 2019-2020; PL 314/19 (C) en la legislatura 2018-2019; PL 186/16 (C) acumulado al PL 158/16 (C) – 192/18 (S) en la legislatura 2016-2017; y PL 092/14 (S) – 265/16 (C) en la legislatura 2014-2015. Estas propuestas no han llegado a ser Ley de la República por retiro del autor o archivo por tránsito de legislatura. Cfr. <http://www.senado.gov.co> y <https://www.camara.gov.co>

9 La Ley Estatutaria 1751 de 2015, en el artículo 10, literal d., contempla el derecho “a obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir un tratamiento de salud”.

10 Se han edificado tres presupuestos que debe contener el consentimiento informado, a saber: “(i) libre, es decir, debe ser voluntario y sin que medie ninguna interferencia indebida o coacción; (ii) informado, en el sentido de que la información provista debe ser suficiente, esto es –oportuna, completa, accesible, fidedigna y oficiosa– y en algunos casos; (iii) cualificado, criterio bajo el cual el grado de información que debe suministrarse al paciente para tomar su decisión se encuentra directamente relacionado con la complejidad del procedimiento” (Corte Constitucional, 2017).

11 La Ley 1164 de 2007, en los artículos 34, 35 y 36, estipula que el ejercicio debe estar dentro de los límites del Código de Ética de la profesión u oficio, ciñéndose a principios éticos y bioéticos como los de veracidad, igualdad, autonomía, beneficencia, el mal menor, no maleficencia, totalidad y la causa de doble efecto, al tiempo que se respeten los valores de humanidad, dignidad, responsabilidad, prudencia y secreto.

suministrarse al público en su comercialización”. El precepto, igualmente, agrega que “serán responsables [...] quienes [...] atenten contra la salud” al desplegar esas conductas. Es oportuno enunciar que, a diferencia de la información objetiva¹², la publicidad engañosa –por su ingrediente subjetivo– es un factor desestabilizador. Al efecto, la Ley 1480 de 2011 en el artículo 5, numeral 13, la define como: “aquella cuyo mensaje no corresponda a la realidad o sea insuficiente, de manera que induzca o pueda inducir a error, engaño o confusión”. Estas circunstancias se agudizan con el marketing que está dejando al margen lo convencional para continuar con lo virtual.

El Estatuto del Consumidor en el artículo 3, numeral 1.4, determina como derecho de los consumidores y usuarios el de “recibir protección contra la publicidad engañosa”. El artículo 30 del mismo ordenamiento señala su prohibición y el régimen de responsabilidad aplicable: “el anunciante será responsable de los perjuicios que cause la publicidad engañosa. El medio de comunicación será responsable solidariamente solo si se comprueba dolo o culpa grave”. Desde luego, los temas de publicidad comercial no son ajenos a los procedimientos con fines estéticos¹³, la Ley 1799 de 2016, en el artículo 5, enuncia restricciones de promoción, modelaje y campañas que involucren a menores edad. Esta preocupación se hace notoria en el Proyecto de Ley 260/20 (C) puesto que pretende frenar, entre otras, prácticas que aumenten el riesgo o induzcan a error al paciente y las que incurran en publicidad engañosa.

Ahora bien, en conexión con el turismo médico, Colombia no se exceptúa de los Estados con retos legislativos que enlacen este tipo de actividad con la cirugía estética bajo lineamientos explícitos. Aunque, recientemente, hizo curso el Proyecto de Ley 281/20 (S) – 403/20 (C) que, retomando el objetivo de desarrollar un turismo sostenible, acorde con el plan sectorial del MinCIT, “turismo: el propósito que nos une” (2018-2022) y la estrategia “turismo de salud y bienestar”, incorporó avances en la Ley 2068 de 2020. Como ya se mencionó en el acápite de oferta y demanda, en el artículo 19, se contempla el turismo de salud “interno y receptivo, entendido este como aquel al que acuden nacionales o extranjeros en el territorio nacional a fin de someterse a un procedimiento médico, quirúrgico u odontológico acreditado, accesible con garantías de seguridad y de alta calidad”.

12 La Ley 1480 de 2011, en el artículo 3, numeral 1.3., establece el derecho a “obtener información completa, veraz, transparente, oportuna, verificable, comprensible, precisa e idónea respecto de los productos que se ofrezcan o se pongan en circulación, así como sobre los riesgos que puedan derivarse de su consumo o utilización, los mecanismos de protección de sus derechos y las formas de ejercerlos”.

13 La Ley 23 de 1981, en el artículo 55, especifica que “los métodos publicitarios que emplee el médico para obtener clientela deben ser éticos”.

Este tipo de implementaciones que fomentan la atención de pacientes ya sean foráneos o nacionales deben asumirse con prudencia y soportarse en bases sólidas, no solo económicas, para su valoración. Lo indicado está en línea con “espejismos de seguridad” que nublan la toma de decisiones que aseguren estándares mínimos. En EEUU, el ahorro de costos para procedimientos estéticos puede ir de un 40% a un 50% menos en países en vía de desarrollo, pero sin buenas medidas los viajes pueden representar complicaciones menores, moderadas y graves o la muerte (Davison et al., 2018). Algunas de las inquietudes en el Reino Unido se deben al marketing vía redes sociales, recomendaciones de amigos, la tendencia a subestimar los riesgos de las operaciones, el alta temprana, el incumplimiento postquirúrgico y no llevar un período de calma (Farid et al., 2019).

Los países de bajos y medianos ingresos atraen a turistas médicos abriendo las puertas de sus sistemas de salud al comercio, la dinámica geográfica se puede clasificar y comprender por el “estatus legal” del procedimiento. Los tratamientos médicos correlativos entre los actores de lugares de origen y destino se entablan en términos legales, ilegales y engañosos –pues se busca sacar provecho de lagunas normativas–. El nulo seguimiento y la aparición de facilitadores que median entre hospitales y pacientes complejizan el panorama en cuanto no se hacen responsables de sus actuaciones, blindándose con cláusulas contractuales. A esto se suma las brechas y trato diferencial de la atención pública y privada en el contexto local, así como la ausencia de referentes emanados de organismos supranacionales¹⁴ (De la Puente & Maury, 2020).

Los turistas médicos tampoco deben ignorar que al movilizarse al exterior pueden sobrevenir inconvenientes, entonces ¿a quién demandar o denunciar? Cuando las cosas no marchan bien o salen mal, desde un enfoque de derecho, se identifican dificultades y vacíos sobre los cuales hay cierto consenso. La indeterminación de la jurisdicción y consecuentes cláusulas generales y residuales de competencia, factores y posibles acciones a interponer poseen diversos obstáculos y devienen ambiguos. Esperar resarcimientos, algún tipo de protección o que se acate un fallo es casi ilusorio por la exigencia de acuerdos, reglas de concordancia legal-jurisprudencial o motivos religiosos. En lo concerniente a la atribución de responsabilidad por mala *praxis* médica, por ejemplo, las disposiciones son objeto de interpretaciones correctivas dentro de un sistema jurídico y varía de territorio a territorio (Davison et al., 2018).

Una lectura conjunta de lo examinado sugiere considerar una suerte de incertidumbre jurídica que gravita alrededor de los flujos transfronterizos que se llevan a cabo con pretensiones sanitarias. Existen problemáticas que exteriorizan varios frentes susceptibles de abordaje y que a

14 De conformidad con el Acuerdo General sobre Comercio de Servicios –AGCS o GATS–, el modo dos en salud –relativo al consumo de servicios en el extranjero–, tendría aplicación en el turismo médico (De la Puente & Maury, 2020).

su vez se erigen como desafíos. La regulación interna-externa para solventar eventuales disputas o litigios hasta la fecha resulta insuficiente y precaria. En ese orden, el trasfondo de las tensiones que se divisan hace imprescindible reivindicar prerrogativas fundamentales inherentes a los seres humanos –como salvaguardar la salud, vida y dignidad humana–, que parecen desvanecerse por inserciones cada vez más frecuentes y penetrantes provenientes de realidades construidas y enraizadas en patrones como los del mejor precio, deseo o embellecimiento.

Con esto en mente podría objetarse que hay un cúmulo de beneficios originados en el turismo médico ya que se perciben ingresos, atracción de profesionales de la salud, infraestructura acreditada o mejor atención e, inclusive, se advierten reparos por no ser del todo satisfactorios (Beladi *et al.*, 2019; De la Puente & Maury, 2020). Ante ello, sería factible replicar que los organismos internacionales afines al comercio y al consumo han estudiado la importancia de seguir definiciones y parámetros emitidos por otros entes, como la Organización Mundial de la Salud (OMT & CET, 2018). En este sentido, preceptos como los que se desprenden de la Declaración de Alma Ata de 1978¹⁵ y la Observación General N°14 de 2000 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales¹⁶ y, para el caso colombiano, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, están llamados a atenderse dada su prevalencia y plena vigencia en la discusión.

5. Conclusiones

El turismo médico como componente del turismo en salud es una realidad a nivel mundial. Aunque Colombia viene incursionando en la dinámica de la oferta y demanda de procedimientos con fines estéticos, se evidencian riesgos asociados a un *ethos* de consumo. La prevalencia de estereotipos en sociedades de apariencia y belleza instrumentalizan la comunicación y desvirtúan principios connaturales de la práctica médica, elecciones autónomas e interlocuciones afines a artesanos de la vida con carácter. En el ritmo del apremio y categorización por capacidad de pago se pasa por alto valoraciones de cuidado, lucidez, cordura o de riesgo-beneficio. El ser humano movido por sus deseos que se facilitan por el marketing y lo virtual culmina cosificándose por exigencias individuales y sociales.

15 La Declaración de Alma Ata (1978) además de exhibir la dimensión derecho-deber de la salud como fundamental y esencial, en el numeral II, proclamó “la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países”.

16 Este Comité, como lo acentúa la Corte Constitucional (2014), determinó que la salud es un derecho humano fundamental indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos. Entre los elementos guía e interrelacionados están la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Desde el punto de vista jurídico se observa ausencia de regulación coherente en materia de turismo médico. Si bien se expidió la Ley 2068 de 2020, su artículo 19 sobre turismo de salud no goza de uniformidad con los programas y demás avances que ha tenido el país hasta su entrada en vigor. En materia de procedimientos estéticos se encuentra que existe una prohibición expresa para realizar este tipo de intervenciones a menores de edad salvo la modulación efectuada por la Corte Constitucional. Paralelamente, es inquietante que Colombia oferte cirugías con fines estéticos sin contar con una norma que regule la materia y sin desconocer el curso de numerosos proyectos de ley. Hay desafíos de cara a una suerte de incertidumbre jurídica presente a escala global en las movilizaciones transfronterizas.

En ese orden, tras el análisis ético y jurídico realizado, se hace imprescindible reivindicar prerrogativas inherentes a los seres humanos que parecen desvanecerse por inserciones cada vez más frecuentes y penetrantes provenientes de realidades construidas y enraizadas en la racionalidad económica.

Referencias

- ◆ American Marketing Association. (2017). *Definitions of Marketing*. <https://www.ama.org/the-definition-of-marketing-what-is-marketing/>.
- ◆ Arias, F., Caraballo, A., & Matos, R. (2012). El turismo de salud: conceptualización, historia, desarrollo y estado actual del mercado global. *Clío América*, 6(11), 72-98.
- ◆ Barriga, A., Farías, M., Ruiz, Á., Sánchez, A., & Jiménez, W. (2011). Turismo en salud: una tendencia mundial que se abre paso en Colombia. *Ciencia y tecnología para la salud visual y ocular*, 9(1), 125-137.
- ◆ Bauman, Z. (2007). *Vida de consumo*. Fondo de Cultura Económica.
- ◆ Beladi, H., Chao, C., Ee, M., & Hollas, D. (2019). Does medical tourism promote economic growth? A cross-country analysis. *Journal of Travel Research*, 58(1), 121-135. <https://doi.org/10.1177/0047287517735909>.
- ◆ Bernal, C. (2020). *Turismo médico en Colombia cierra la década con proyección de \$990.500 millones a 2024*. Forbes Life. <https://forbes.co/2020/03/19/forbes-life/turismo-medico-en-colombia-cierra-la-decada-con-proyeccion-de-990-500-millones-a-2024/>.
- ◆ Briones, J. (2016). *Promesas y realidades de la 'revolución tecnológica'*. Los Libros de la Catarata.

- ◆ Chaffery, D., & Ellis-Chadwick, F. (2019). *Digital marketing, strategy, implementation and practice* (7 ed.). Pearson.
- ◆ Cifuentes. V. (2019). *Turismo médico en Colombia movería \$615.300 millones*. Portafolio. <https://www.portafolio.co/negocios/turismo-medico-en-colombia-moveria-615-300-millones-533299>.
- ◆ Congreso de la República de Colombia. (1981). Ley 23 de 1981 “*por la cual se dictan normas en materia de ética médica*”. Diario Oficial N° 35.711.
- ◆ _____. (2007). Ley 1164 de 2007 “*por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud*”. Diario Oficial N° 46.771.
- ◆ _____. (2011). Ley 1480 de 2011 “*por medio de la cual se expide el Estatuto del Consumidor y se dictan otras disposiciones*”. Diario Oficial N° 48.220.
- ◆ _____. (2015). Proyecto de Ley 149/15 (S) – 144/15 (C) “*por medio de la cual se prohíben los procedimientos médicos y quirúrgicos estéticos para menores de edad y se dictan otras disposiciones*”. Gaceta N° 166.
- ◆ _____. (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015 “*por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*”. Diario Oficial N° 49.427.
- ◆ _____. (2016). Ley 1799 de 2016 “*por medio de la cual se prohíben los procedimientos médicos y quirúrgicos estéticos para menores de edad y se dictan otras disposiciones*”. Diario Oficial N° 49.945.
- ◆ _____. (2019). Ley 1955 de 2019 “*por [la] cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. «Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad»*”. Diario Oficial N° 50.964.
- ◆ _____. (2020). Proyecto de Ley 260/20 (C) “*por la cual se regulan los procedimientos médicos y quirúrgicos con fines estéticos y se dictan otras disposiciones*”. Gaceta N° 698.
- ◆ _____. (2020). Proyecto de Ley 281/20 (S) – 403/20 (C) “*por [la] cual se modifica la Ley General de Turismo y se dictan otras disposiciones*”. Gacetas N° 1159 y N° 1160.
- ◆ _____. (2020). Ley 2068 de 2020 “*por [la] cual se modifica la Ley General de Turismo y se dictan otras disposiciones*”. Diario Oficial N° 51.544.
- ◆ Constitución Política de Colombia. (1991). <http://www.suin-juriscol.gov.co>.
- ◆ Corte Constitucional de Colombia. (2014). *Sentencia C-313-14*. MP. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2014/C-313-14.htm>.

- ◆ _____ (2017). *Sentencia C-246-17*. MP. Gloria Stella Ortiz Delgado. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/c-246-17.htm>.
- ◆ _____ (2019). *Sentencia T-003-19*. MP. Cristina Pardo Schlesinger. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/T-003-19.htm>.
- ◆ Cortina, A. (2013). *¿Para qué sirve realmente...? La ética*. Paidós.
- ◆ Davison, S., Hayes, K., LaBove, G., & Shaffer, P. (2018). The price of medical tourism: the legal implications of surgery abroad. *Plastic and reconstructive surgery*, 142(4), 1075-1080.
- ◆ Declaración de Alma Ata. (1978). *Conferencia internacional sobre atención primaria de Salud*, 6-12 de septiembre. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>.
- ◆ De la Puente, M. (2017). *Turismo de salud. Dinámica internacional y el caso de Colombia*. Universidad del Norte.
- ◆ De la Puente, M., & Maury, M. (2020). Riesgos y beneficios del turismo médico en países en vías de desarrollo en el periodo 2015 a 2019. *Economía del Caribe*, (25), 53-65.
- ◆ Dixon, P., Grant, R., & Urbach, D. (2015). The impact of marketing language on patient preference for robot-assisted surgery. *Surgical innovation*, 22(1), 15-19.
- ◆ Elliott, A. (2011). Plástica extrema: auge de la cultura de la cirugía estética (H. Pérez, Trad.). *Anagramas Rumbos y Sentidos de la Comunicación*, 9(18), 145-164.
- ◆ Farid, M., Nikkhah, D., Little, M., Edwards, D., Needham, W., & Shibu, M. (2019). Complications of cosmetic surgery Abroad - cost analysis and patient perception. *Plastic and reconstructive surgery. Global open*, 7(6), e2281. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000002281>.
- ◆ Gómez, C. (2017). Turismo en salud: ¿una forma de medicalización de la sociedad? *Revista Lasallista de Investigación*, 14(2), 51-64.
- ◆ International Society of Aesthetic Plastic Surgery. (2018). ISAPS International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2018. <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2019/12/ISAPS-Global-Survey-Results-2018-new.pdf>.
- ◆ _____ (2019). ISAPS International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2019. <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2020/12/Global-Survey-2019.pdf>.
- ◆ Kant, I. (2006). Tránsito de la filosofía moral popular a la metafísica de las costumbres. En L. Martínez (Ed.), *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* (17 ed., pp. 71-127). Espasa Calpe S.A.

- ◆ Ministerio de Comercio, Industria y Turismo de Colombia. (2018). *Plan Sectorial de Turismo 2018-2022*. “Turismo: el propósito que nos une”. <https://www.mincit.gov.co/CMSPages/GetFile.aspx?guid=2ca4ebd7-1acd-44f9-9978-4c826bab5013>.
- ◆ Patiño, W., Gilces, Cedeño, J., Vélez, Sánchez, M., & Berruz, S. (2018). Autoimagen corporal y procedimientos de cirugía plástica estética reconstructiva. *Recimundo: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 2(1), 658-673.
- ◆ Pérez, A. (2014). El estatuto del consumidor y la prestación de servicios de salud, convergencias y divergencias. *Prolegómenos - Derechos y Valores*, 17(34), 78-95. <https://doi.org/10.18359/dere.798>.
- ◆ Programa de Transformación Productiva. (2018). *Programa de transformación productiva 2008-2018*. Diez años de desarrollo productivo. <https://www.colombiaproductiva.com/CMSPages/GetFile.aspx?guid=611b5ce6-82fd-47af-ba3f-6906dc2fb0ff>.
- ◆ Ramírez, A., Rocha, D., Durango, L., & Rodríguez, S. (2016). Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo. *Revista CES Derecho*, 7(2), 13-41.
- ◆ Sayas, R., & Mercado, J. (2018). La cirugía estética como relación de consumo. *Opinión Jurídica*, 17(33), 199-219. <https://doi.org/10.22395/ojum.v17n33a8>.
- ◆ Sossa, A. (2011). Análisis desde Michel Foucault referentes al cuerpo, la belleza física y el consumo. *Polis. Revista Latinoamericana*, 10(28). 1-19.
- ◆ World Tourism Organization and European Travel Commission (2018). *Exploring Health Tourism*. UNWTO. <https://doi.org/10.18111/9789284420209>.

Fecha de recepción: 20 de marzo de 2021

Fecha de aceptación: 30 de mayo de 2021