

EL TURISMO DE SALUD EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL Y LAS CONDICIONES PARA EL ACCESO AL MERCADO

HEALTH TOURISM IN THE INTERNATIONAL CONTEXT AND CONDITIONS FOR ACCESS TO THE MARKET

Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia*

Resumen

Los estudios señalan que el turismo de salud es una de las nuevas fronteras del turismo, donde los servicios médicos tales como cirugías, chequeos médicos, rehabilitación, etc., representan un atractivo para proponer toda una serie de servicios relacionados con el hospedaje, transporte, tratamientos de belleza, recuperación y nutrición. Son varios los motivos que hacen que las personas busquen atención en salud en otros países, entre estos: alto costo de los procedimientos, largas listas de espera, no tener seguro de salud, tener seguro pero su plan no le cubre el servicio que necesita, altos deducibles, legislación que no permite algunos tratamientos en su país de origen (fertilización in vitro, aborto, tratamiento con células madre), interés de la aseguradora o los empleadores de realizar tratamientos en otros países para controlar los costos, nuevas tecnologías, tratamientos no aprobados por la autoridad sanitaria competente y cuando la persona decide hacer turismo y complementarlo con una atención en salud.

Los países de América Latina considerados como fuertes en el turismo médico son: México, Colombia, Costa Rica, Brasil, entre otros. Entre las condiciones claves para la atención de pacientes internacionales están: **acreditación internacional**, esto es cumplimiento de estándares de calidad y seguridad del paciente; igualmente infraestructura moderna y tecnología de punta. **Idioma inglés** para el personal asistencial y administrativo que intervenga en el proceso de atención del paciente así como en la historia clínica, la señalización hospitalaria, en la página web, en los material de educación para los pacientes, los contratos, programación de televisión, entre otros. **Oficina de atención de pacientes internacionales**. Para garantizar el acceso directo y con oportunidad, programado para recibir los servicios de salud. **Humanismo**. Personal que interviene en la atención de los pacientes con disposición para el servicio, amabilidad, compromiso y sensibilidad cultural y religiosa.

Palabras clave: turismo, salud, Medellín, Cámara de Comercio, pacientes internacionales.

Recibido: Marzo 17 de 2015 **Aprobado:** Mayo 17 de 2015

*Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia. Sede Principal: Calle 53 No. 45-77. Teléfono 3602262. Fuera de Medellín 01 8000 41 2000. El artículo hace parte del Documentos Comunidad Cluster N8. Diseño e implementación de un modelo cluster para la atención de pacientes internacionales en la ciudad de Medellín: Experiencias y prospectivas. <http://www.camaramedellin.com.co/>

Summary

Studies show that health tourism is one of the new frontiers of tourism, where medical services such as surgery, medical checkups, rehabilitation, etc., represent an important attractive for proposing a range of services related to housing, transportation, beauty treatments, recovery and nutrition. There are many reasons that make people look health care in other countries, among them: high cost of procedures, long waiting lists, do not have health insurance, have insurance but your plan does not cover the service you need, high deductibles, legislation that does not allow some treatments in their country of origin (in vitro fertilization, abortion, stem cell treatment), interest of the insurer or employer of processing in other countries to control costs, new technologies, treatments not approved by the competent health authority, and when a person decides to make tourism and complement it with health care.

Latin American countries considered strong in medical tourism are: Mexico, Colombia, Costa Rica, Brazil, among others. Among the key conditions for international patient care they are: **international accreditation**, this is compliance with standards of quality and patient safety; also modern infrastructure and technology. **English language** for administrative and care health employees involved in the process of patient care as well as medical history, hospital signs on the website, in education materials for patients, contracts, television programming, including others. **Office international patient care**. To ensure direct and timely access, scheduled to receive health services. **Humanism**. Personnel involved in the care of patients available for service, kindness, commitment and cultural and religious sensitivity.

Keywords: tourism, health, Medellín, Cámara de Comercio, international patients.

Received: march 17, 2015 **Approved:** May 17, 2015

**Cámara de Comercio of Medellín for Antioquia. Headquarters: Calle 53 No. 45-77. Phone 3602262. Outside Medellín 01 8000 41 2000. The article is part of the document "Comunidad Cluster N8. Diseño e implementación de un modelo cluster para la atención de pacientes internacionales en la ciudad de Medellín: Experiencias y prospectivas". <http://www.camaramedellin.com.co/>



La globalización de la atención de la salud avanza impulsada principalmente por el alto costo en los países desarrollados, el aumento de la demanda en estos países debido al envejecimiento de su población, y la creciente disponibilidad de servicios de salud en los países en desarrollo con instalaciones de alta calidad y a precios más competitivos que en los países desarrollados. Cada vez más los pacientes exploran la oferta internacional de la atención de salud y eligen la que les resulte más conveniente (Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL, 2010).

En esencia, la globalización está transformando la atención de la salud en una industria integrada mundialmente, con características similares a las de otras industrias y servicios globales. Esta transformación supondrá una consolidación continua del sector privado de salud en los países desarrollados, y el surgimiento de centros de salud privados en todo el mundo en respuesta a las diferencias de costos, sobre todo en lo que se refiere a recurso humano. Las oportunidades también se aumentan gracias a la proximidad geográfica y al incremento de los precios en los países desarrollados a expensas de los seguros de responsabilidad contra la negligencia médica y por la escasez de talento humano, principalmente de enfermería (Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL, 2010).

1. EL TURISMO DE SALUD EN PERSPECTIVA INTERNACIONAL

En el ámbito internacional, en el turismo de salud encontramos cuatro categorías de los servicios demandados: **curativos, estéticos, preventivos y de bienestar**. Este es el acto de desplazarse desde el sitio de residencia de una persona, hacia el exterior o hacia otra ciudad de su país, para recibir servicios de salud o de bienestar (Keckley & Underwood, 2008) ya dejó de ser solo un desplazamiento de personas, predominantemente para solicitar atenciones en cirugía estética o servicios para solucionar situaciones que no implican riesgo para la salud y la vida; ahora, se constituye en una importante alternativa para contribuir a la solución de problemas de salud para miles de pacientes en el mundo. El estudio de la firma McKinsey 2008 (McKinsey Global Institute, 2008) considera que alrededor de 40% del total de las atenciones en salud realizadas a pacientes internacionales (turistas o residentes internacionales que reciben servicios de salud en un país del cual no son ciudadanos, hayan programado o no su desplazamiento por este

motivo) corresponden a atenciones de pacientes bajo la definición de turismo de salud.

Muchos son los motivos para que las personas busquen atención en salud en otros países, entre ellos encontramos: alto costo de los procedimientos, largas listas de espera, no tener seguro de salud, tener seguro pero su plan no le cubre el servicio que necesita, altos deducibles, legislación que no permite algunos tratamientos en su país de origen (fertilización in vitro, aborto, tratamiento con células madre), interés de la aseguradora o los empleadores de realizar tratamientos en otros países para controlar los costos, nuevas tecnologías, tratamientos no aprobados por la autoridad sanitaria competente y cuando la persona decide hacer turismo y complementarlo con una atención en salud.

En cuanto a la valoración del mercado del turismo de salud en el mundo, para 2007 se estimaba en alrededor de US\$60 billones, con una expectativa para el 2010 de US\$100 billones (Keckley & Underwood, 2008), situación que pone en una posición promisoría esta industria en el ámbito de la economía mundial. Si bien, el turismo de salud se ha practicado por muchos años en varios países del mundo, actualmente la motivación económica y de referente internacional ha conducido al posicionamiento de programas de turismo de salud, motivo por el cual ha incentivado a iniciar su crecimiento en algunos países en desarrollo que tienen algún potencial como Costa Rica, México y Brasil, y en los países más desarrollados a fortalecerlos; estos últimos lo han logrado, basados en un gran desarrollo económico, que ha llevado a brindar los recursos y oportunidades para construir centros de atención masiva de pacientes internacionales para satisfacer las necesidades y expectativas de aquellos que viajan por el mundo en búsqueda de atención médica (Keckley & Underwood, 2008). Algunos ejemplos son:

- En la **India**, debido a la importancia que le han dado al turismo de salud para la economía del país, definieron el fortalecimiento del sistema educativo en las ciencias de la salud, llevando a la formación anual de entre 20.000 y 30.000 médicos y enfermeras. El país cuenta con alrededor de 600.000 médicos, enfermeras y paramédicos que dominan el idioma inglés. Fundaron la Tourism Finance Corporation of India para apoyar al sector privado a construir hoteles y asesorar proyectos de salud. Además, han creado incentivos tributarios como la eliminación del impuesto sobre gastos para los hoteles: 50% de los beneficios derivados de negocios de divisas tiene exención fiscal;

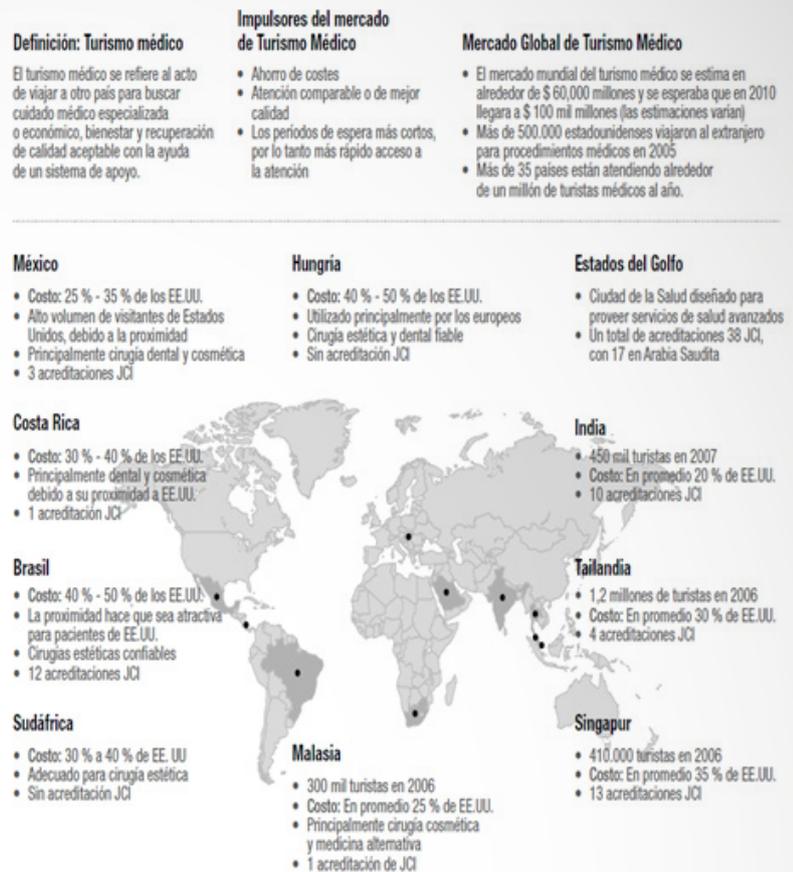
el otro 50% puede quedar exento si se reinvierte en proyectos de turismo de salud (Hoyos & Martínez, 2008).

- En **Malasia**, el gobierno ha incrementado el tiempo de estadía bajo una visa médica que va desde 30 días hasta 180 días (Keckley & Underwood, 2008); además, ha creado incentivo fiscal, brindando exención en impuestos sobre materiales, dotación e insumos para la construcción de hospitales, y deducción de los gastos hechos por entrenamiento de personal y por la promoción de los servicios de salud para su exportación (Hoyos & Martínez, 2008).
- El gobierno de **Singapur**, a través de la iniciativa Singapore Medicine, para promover la exportación de servicios de salud, incentiva la inversión en la industria y el turismo de salud, con una meta para 2012 que consistió en atraer un millón de pacientes y generar ingresos por US\$3.000 millones (Hoyos & Martínez, 2008). En los últimos años ha llevado a cabo una alianza de cooperación con la industria para crear un centro donde se concentren estos servicios médicos que presta el país (*medical hub*) (Keckley PH. & Underwood, 2008).

En la actualidad, la India, Tailandia, Singapur y Malasia son los países que reciben el mayor número de pacientes de los Estados Unidos, Europa, Oriente Medio y Asia, que buscan atención en salud. En total, para el año 2006 recibieron alrededor de 2.360.000 pacientes internacionales. De hecho, destinos importantes de turismo de salud son prominentes alrededor del mundo. Existen al menos diez países en el mundo como principales receptores de pacientes internacionales y que alojan centros de concentración (*hubs*) de servicios médicos (Keckley & Underwood, 2008), como se puede observar en la figura N1.

Figura N1.

Principales países del mundo receptores de pacientes internacionales



Fuente: *Medical Tourism: Consumers in search of value*. Primera ed. Washington, D.C: Deloitte Center for health solutions; 2008.

Los principales centros para la atención de pacientes internacionales en el mundo se encuentran en 14 países y suman 42 hospitales. De estos, cuatro se localizan en América Latina y el Caribe, y 38 en el otro lado del continente.

1.1 EL TURISMO DE SALUD EMITIDO EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

En el contexto mundial, el país de mayor potencial como mercado objetivo corresponde a los Estados Unidos de América (EE. UU.), en donde se calcula que alrededor de 50 millones de personas no tienen seguro médico y 108 millones no tienen seguro con cobertura para atención odontológica; además, se estimó que en el año 2007 unos 750.000 estadounidenses viajaron fuera del país para recibir tratamientos médicos. Se espera que este número se incremente a 1,6 millones para el año 2012 (Keckley & Underwood, 2009) (la proyección realizada inicialmente por Deloitte en 2008 de 6 millones para 2010, fue replanteada por Deloitte en 2009 debido a la recesión económica en los EE. UU.) y a 15,75 millones para el 2017 (Keckley & Underwood, 2008).



Figura N2.

Salida de pacientes de EE. UU., proyección a 10 años (en millones)



Fuente: Análisis internos del Deloitte Center for Health Solutions, EE. UU., 2008. Traducida por los autores.

Para iniciar el análisis de la situación del turismo de salud en los EE. UU., debemos tener en cuenta tres elementos básicos (Keckley & Underwood, 2008). El primero se refiere al incremento de los costos de los servicios de salud a una tasa de 8% anual (muy por encima del índice de precios al consumidor), situación que lleva a estrechar las ganancias de las compañías y los ingresos disponibles para tal fin que tienen los hogares. En segundo lugar, en países por fuera de los EE. UU., la calidad y la seguridad de los servicios de salud han tenido avances importantes que los posicionan entre los mejores del mundo, y son respaldados cada vez más por la acreditación internacional, incluyendo la Joint Commission International (JCI), y en tercer lugar, la disposición de los consumidores, que expresan que están dispuestos a viajar para obtener servicios de salud que sean seguros y menos costosos. Además, se estima que para el 2015, en los EE. UU se gastará 20% del Producto Interno Bruto (PIB) en servicios médicos y, al mismo tiempo, 25% de la población no tendrá seguros médicos.

El reporte realizado por Deloitte Center for Health Solutions (Keckley & Underwood, 2008), examina el crecimiento del turismo de salud en los puntos críticos de los programas de salida y de entrada, y los factores importantes que hacen atractivo a cada uno, situación que ha sido expresada en una encuesta realizada en 2008 a más de 3.000 consumidores, en la cual dos de cada cinco encuestados expresaron estar interesados en viajar al exterior si la calidad de los servicios era similar y los costos eran menores en 50% o más.

Por lo tanto, los consumidores están buscando una propuesta que agregue valor, y esta transacción con un consumidor, usualmente involucra consideraciones con respecto al precio, la calidad y

el servicio, valorados con base en sus necesidades y deseos. En el sector de la salud, el precio no ha sido un factor crucial para muchos desde que los gastos varios de los consumidores son solo 19% del total, sin embargo, ese porcentaje está aumentando y la sensibilidad al precio está en incremento, especialmente para quienes tienen programas de seguro con altos deducibles.

A efectos de tomar su decisión, los pacientes de turismo de salud estadounidenses se basan en tres fuentes de información: boca a boca, referencia de su médico de cabecera y medios masivos (Keckley & Underwood, 2008). La lista de tratamientos médicos que los ciudadanos estadounidenses buscan en otros lugares está creciendo y son principalmente electivos. En la actualidad servicios odontológicos, estéticos, reducción de peso, ortopédicos y cardiovasculares son las principales razones para viajar. A medida que aumenta el costo de los tratamientos médicos en los hospitales de Estados Unidos, los gobiernos extranjeros incrementan su promoción para atraer a los pacientes, a los empleadores, y a las empresas aseguradoras y facilitadoras; la lista crecerá incluyendo los tratamientos más accesibles.

Cada día crece más la lista de diagnósticos y/o procedimientos por los cuales los ciudadanos estadounidenses viajan al exterior. La mayoría son procedimientos que requieren seguimiento solo por unas semanas e involucran una intervención quirúrgica. El uso de programas de turismo de salud puede significar un ahorro de hasta 90%, cuando se compara con los costos en EE. UU. Se puede observar que los precios varían ampliamente según el país, y los costos asociados con el viaje hasta y desde el centro quirúrgico (junto con cuidados posteriores necesarios) pueden reducir la diferencia en el precio notablemente. Cuando se incluyen viajes extraordinarios y costos del seguro, la ventaja del costo relativo en el turismo de salud es de 28% a 88%, dependiendo de la ubicación y el procedimiento. Las diferencias de precios estimados en quince procedimientos quirúrgicos utilizados con frecuencia por los consumidores en los programas de turismo de salud se presentan a continuación:

Tabla N1.

Comparación de costos en los Estados Unidos y procedimientos quirúrgicos en el exterior
Traducido por los autores

Procedimiento	Precio paciente con hospitalización en EE. UU. (US\$)	Precio paciente sin hospitalización en EE. UU. (US\$)	Promedio de precios en tres países extranjeros con menores costos, incluyendo gastos de viaje (US\$)
Cirugía de rodilla	11.692	4.686	1.398
Angioplastia	6.720	8.972	2.493
Resección transuretral de próstata	4.669	3.737	2.698
Ligadura de trompas	6.407	3.894	1.412
Herniorrafia	5.377	3.903	1.819
Escisión de lesión en piel	7.059	1.919	919
Amigdalectomía adulto	3.844	2.185	1.143
Histerectomía	6.542	6.132	2.114
Hemorroidectomía	5.594	2.354	884
Rinoplastia	5.713	3.866	2.156
Cirugía de <i>Hallux valgus</i>	6.840	2.706	1.682
Extracción de cataratas	4.067	2.630	1.282
Cirugía de venas varicosas	7.993	2.685	1.576
Cirugía de glaucoma	4.392	2.593	1.151
Timpanoplastia	5.649	3.787	1.427

Fuente: Deloitte Center for Health Solutions. 2008.

• **El turismo de salud receptivo en los Estados Unidos**

En 2008 se proyectó por Deloitte Center for Health Solutions (Keckley & Underwood, 2008), que más de 400.000 personas residentes en el exterior buscarán atención en salud en los EE. UU., y gastarán casi US\$5 billones en servicios de salud.

El turismo de salud receptivo representa 2% de los usuarios de servicios hospitalarios en EE. UU. Los turistas receptivos provienen principalmente del Oriente Medio, América del Sur y Canadá. Las motivaciones para el turismo receptivo de salud son, entre otras: personas adineradas de países emergentes que buscan servicios que no están disponibles en su país y aquellas que quieren evitar las largas listas de espera en su país. Se encuentran también personas que combinan viaje de negocios o placer con una necesidad médica especializada. La mayoría vienen por un programa con un médico especialista, o una especialidad quirúrgica que requiere hospitalización. Los servicios más solicitados son: oncología, ortopedia, cardiovascular y cosméticos (Keckley & Underwood, 2008).

El turismo receptivo de salud, en términos de volumen, no es muy alto, pero sigue siendo importante para el balance final de un hospital.

Varias iniciativas han ayudado a promover los programas clínicos relacionados con el turismo de salud receptivo en EE. UU. La creación de asociaciones internacionales y de proyectos internacionales de salud ha incrementado la conciencia de las oportunidades para los pacientes extranjeros de viajar a ese país por tratamientos de salud. Incluso, muchos centros médicos han publicado sus servicios en directorios médicos internacionales. Médicos extranjeros y médicos estadounidenses capacitados en el exterior han contribuido a aumentar el número de referencias. Adicionalmente, muchos centros médicos estadounidenses han hecho un esfuerzo para prestar sus servicios a contactos en embajadas y a los familiares de grupos étnicos dentro de su comunidad (Keckley & Underwood, 2008).

Una fuente importante de turismo de salud en los EE. UU, son Canadá y México. Canadá posee un sistema universal de salud, pero los pacientes se ven obstaculizados por los largos tiempos de espera para muchos procedimientos especializados y para acceder a servicios de alta calidad en los principales centros médicos. En México, algunos pacientes internacionales han ingresado a EE. UU. con la esperanza de recibir atención médica de emergencia sin tener que cargar con altos costos por el servicio, o para obtener la ciudadanía estadounidense para sus hijos recién nacidos (Keckley & Underwood, 2008).

1.2 SITUACIÓN ACTUAL DEL TURISMO DE SALUD EN CANADÁ

Canadá opera como un único sistema sanitario público, es el ordenador del gasto, el regulador, y el que en última instancia decide el acceso a la atención en salud. En Canadá 815.000 personas están en lista de espera para recibir atención médica; sin embargo, el Gobierno está racionalizando la atención, el gasto deficitario, la tecnología, y está limitando la elección del consumidor para el acceso a la atención en salud.

Con esta referencia, el Instituto Fraser realiza un estudio anual –de los más completos en el país– llamado Esperando turno: Hospital de listas de espera en Canadá. A través de 12 especialidades y en 10 provincias, los tiempos de espera promedio para los tratamientos quirúrgicos y terapéuticos están en 18 semanas. El tiempo de espera después de una remisión del médico general excede de 17 semanas. Entre estos tratamientos, los que exigen mayor espera son los procedimientos de neurocirugía, con siete meses de espera, y la cirugía ortopédica, con diez meses de espera. Médicos oncólogos de Canadá recomiendan que los pacientes con cáncer reciban radioterapia dentro de las tres o cuatro semanas del diagnóstico, pero más de la mitad de estos pacientes deben aguardar más de seis semanas. Las listas de espera en Canadá están obligando a que los médicos envíen alrededor de un tercio de sus pacientes al extranjero, la mayoría de los cuales reciben tratamiento en los Estados Unidos.

En Ontario, el Instituto de Estudios Clínicos de Evaluación encontró que 40% de los pacientes con discapacidad grave deben esperar más de 13 meses para una cirugía. Este retraso en el tratamiento da lugar a un dolor prolongado y a disminuir la calidad de vida. Para un reemplazo de rodilla se debe esperar alrededor de un año, situación que conlleva múltiples consecuencias familiares y sociales.

En Columbia Británica, con una población de 640.000 habitantes, solo cuentan con un equipo de resonancia magnética, lo que permite realizar no más de 3.000 exámenes al año, situación que incrementa las listas de espera con los riesgos y las consecuencias que se pueden derivar de ello. David Gratzer, médico canadiense y autor del libro *Código azul*, describe la crisis en Columbia Británica:

“Los pacientes sospechosos de tener EM también se vieron obligados a esperar. Imagine, la espada de la EM se cierne sobre su cabeza durante un año. En un giro irónico, los reglamentos provinciales exigen que los pacientes con esta enfermedad, a fin de recibir terapias con medicamentos determinados, deban haber confirmado la enfermedad, en primer lugar, por una resonancia magnética”.

Este sistema de salud que tiene una tendencia a la socialización de la atención, lleva al aumento de la demanda y a un racionamiento del uso y del gasto. Entre 1993 y 2003, a pesar de un incremento de 21 % en el gasto, las listas de espera en Canadá crecieron 70 %.

En Vancouver, según Salud Vancouver Coastal Autoridad, se tendrán que recortar 6.250 intervenciones quirúrgicas y cerca de 25% de sus salas de operaciones debido a un déficit de US\$90 millones. Por otra parte, una propuesta del gobierno condujo a un plan para reducir el tamaño del personal, aumentar las tasas de impuesto y disminuir las opciones de tratamiento (Koenig, 2010).

1.3 PRINCIPALES DESTINOS DEL TURISMO DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

• Costa Rica

Uno de los tres principales destinos del turismo de salud en América Latina corresponde a Costa Rica (Keckley & Underwood, 2008) donde los costos de los tratamientos médicos representan un tercio de los de Estados Unidos. A esto se suma la calidad de los profesionales médicos costarricenses y la excelente infraestructura hospitalaria. Se estima que el país recibe unos 100.000 turistas cada año que se someten a algún tipo de procedimiento médico (López, 2009). Los pacientes internacionales, procedentes principalmente de los Estados Unidos, invierten entre US\$4.000 y US\$6.000 para realizarse prioritariamente cirugías estéticas, tratamientos dentales y tratamientos del corazón (Fallas, 2009).

El turismo de salud es una de las nuevas fronteras del turismo, donde los servicios médicos (cirugías, chequeos médicos, rehabilitación) representan un atractivo importante para proponer toda una serie de servicios relacionados (hospedaje, transporte, tratamientos de belleza, recuperación y nutrición) (López, 2009).

Las instituciones que brindan la atención a los pacientes internacionales son: Consejo para la Promoción Internacional de la Medicina de Costa Rica (Promed), conformada por seis consorcios médicos, tres hospitales (CIMA, Bíblica y el Hospital Hotel La Católica), hoteles y universidades. Además, se hallan firmas como el Consorcio Médico Costa Rica, Grupo Médico Safer y la firma estadounidense Home-watch CareGivers. Se encuentran cuatro aseguradoras norteamericanas que tienen contratos con los hospitales locales para atender a sus pacientes fundamentándose en la calidad y el precio, factores que igualmente son atractivos para los norteamericanos que no tienen seguro médico (Cárdenas, 2009).

El Gobierno Nacional tiene un gran compromiso para promover el turismo médico a través de los ministerios de Competitividad, Comercio Exterior, Turismo y Salud. A este efecto expidió el Decreto 35054-S-COMEX-COM-TUR en 2009 en el cual se declara el turismo médico como de interés público y por lo tanto decide brindar apoyo para beneficiar las empresas del sector con campañas de promoción internacional, estándares para certificar los servicios médicos, atraer más inversión, pacientes extranjeros, y promover la acreditación internacional (Cárdenas, 2009).

Contenido del Programa de Turismo Médico en Costa Rica:

- Favorecer la creación de una asociación público-privada de turismo médico en Costa Rica.
- Establecer una estrategia de promoción de Costa Rica como destino de turismo médico.
- Elaborar una lista de procedimientos y tratamientos estrella ofrecidos por el país.
- Incentivar las carreras médicas y de enfermería.
- Promover la acreditación internacional de todos los hospitales.
- Crear un centro de información del conjunto de servicios asociados a la industria (web).
- Firmar acuerdos con empresas aseguradoras internacionales.
- Implementar una estrategia de atracción de inversiones en infraestructura médica e inmobiliaria (hospitales líderes, desarrolladores): “Ciudad Médica Internacional”.
- Política migratoria de recurso humano especializado hacia Costa Rica.

• México

En México son numerosos los estados que practican y promocionan el turismo de salud, por muchas circunstancias favorables, como por ejemplo la vecindad con los Estados Unidos; sin embargo, en América Latina sobresale como uno de los tres principales destinos de salud solo a través de Monterrey Ciudad de la Salud. En este caso específico, se constituye en mayo de 2005 el Consejo Ciudadano Asesor para el Desarrollo de Servicios Médicos Especializados del Estado de

Nuevo León como una iniciativa del gobierno del estado de Nuevo León, enfocándose en integrar el sector académico de los servicios de salud (universidades) y el sector de la salud como tal con instituciones de salud públicas y privadas con la finalidad de desarrollar los servicios médicos especializados.

El 1° de septiembre de 2006 se constituye legalmente Monterrey Ciudad de la Salud como una asociación civil bajo la escritura pública número 16781, con el objetivo de promover los servicios médicos especializados de salud en el estado de Nuevo León, en el país y en el extranjero con apoyo económico de la Secretaría de Desarrollo Económico –SEDEC– y aportes de los 10 hospitales asociados (Cárdenas & Vélez, 2009). La estructura de Monterrey Ciudad de la Salud se basa en un Consejo Ciudadano Asesor para el Desarrollo de Servicios Médicos Especializados del Estado de Nuevo León y de este dependen tres tipos de instituciones: instituciones privadas, instituciones públicas y universidades.

Monterrey Ciudad de la Salud está constituido por una asociación de hospitales, comprometidos en la mejora continua que garantiza una alta capacidad resolutive en especialidades médicas y quirúrgicas, y tiene como finalidad promover sus servicios integrales de salud a pacientes nacionales e internacionales, dando a conocer los servicios de atención médica especializada que ofrece la ciudad dentro de un marco de alta calidad, tecnología de vanguardia, talento humano, costo asequible, compromiso, respeto y trato cálido.

El *cluster* de Servicios Médicos hace parte del plan de desarrollo de Monterrey; actualmente hay ocho sectores estratégicos. Su estructura está compuesta por empresas, la academia y el sector público. Su estructura jerárquica está organizada de la siguiente manera: presidente honorario, gobernador de Nuevo León, quien lo preside; un representante de los empresarios; el director, y un jefe comercial. Además, cuenta con cuatro comités permanentes para su funcionamiento: ética, calidad y seguridad, promoción y académico.

Nuevo León es el estado que cuenta con más instituciones acreditadas. El *cluster* de Servicios Médicos tiene cuatro instituciones acreditadas a escala internacional por Joint Commission International, y algunas en proceso.

- **Brasil**

Brasil está dotado de muchas posibilidades de turismo, hospitales de gran calidad, tecnología de punta, equipos médicos bien entrenados, ciudades con excelente infraestructura, pero tuvo solo 48.000 personas extranjeras para tratamiento médico en 2005 (Sphera International, 2010). El potencial de crecimiento es muy grande con el despertar del interés del gobierno brasileño y de empresas privadas que se organizan para traer visitantes de los EE. UU., Europa y América Latina.

Tiene la ventaja de estar más cerca de los EE. UU. que India, Tailandia, Singapur y Malasia.

Actualmente, una parte significativa de los viajes de salud y turismo todavía es hecha para procedimientos estéticos (cirugía plástica) y odontológicos. La cirugía plástica brasileña es calificada como una de las mejores del mundo. En relación con los tratamientos dentales, São Paulo cuenta con clínicas odontológicas avanzadas, que también son referencia en el área de implantes y cirugías buco-maxilares. Tomando en cuenta otros procedimientos más buscados como cirugía bariátrica, trasplante capilar, dermatología, medicina deportiva y ortopedia, chequeo completo, cardiología, oftalmología, *spas*, etc., Brasil es considerado uno de los mejores destinos mundiales de salud gracias a la existencia de hospitales confiables y con las más modernas tecnologías, equipos médicos de gran calidad, institutos de investigación científica, laboratorios y clínicas especializadas. Además, la infraestructura de las ciudades (principalmente São Paulo) es comparable con la de cualquier gran metrópoli de un país desarrollado.

Otra ventaja para pacientes de los EE. UU., Canadá, América Latina y Europa es la facilidad de acceso a Brasil, comparado con el de los países asiáticos, y la gran variedad de opciones turísticas. Otro factor importante para el desarrollo del turismo de salud es el bajo costo, al equiparlo con los mismos procedimientos hechos en los EE. UU., Europa y Canadá.

Es claro que, como en cualquier otro lugar del mundo, la elección correcta de los médicos, hospitales y opciones

turísticas constituye parte fundamental del proceso. En ese sentido, São Paulo ya tiene empresas especializadas, de carácter internacional, para atender las necesidades de los visitantes, dando apoyo en todas las etapas del proceso.

Los costos comparados de algunos procedimientos en Brasil son más económicos que en los EE. UU., así: cirugía plástica de rostro en promedio es 65 % más barata, rinoplastia 50 %, mamoplastías 80 %, cirugía bariátrica 70 %; igualmente ocurre en los tratamientos odontológicos (Sphera International, 2010).

Tabla N2.

Dofa del turismo de salud en Asia y América Latina (ventajas comparativas)

	ASIA	AMÉRICA LATINA
Fortalezas	Mercado del turismo médico más maduro.	La mayoría de los países de América Latina tienen una tasa de cambio favorable.
	Costos laborales más bajos.	Manejo de idiomas español-inglés.
	Abiertos a la inversión extranjera directa.	Geografía diversa y clima agradable.
	Procedimientos más comunes: oftalmología, enfermedades cardíacas, cirugía plástica y trasplantes.	Excelentes anfitriones.
	Cultura de hospitalidad y servicio.	Procedimientos más comunes: odontología, medicina reproductiva, rehabilitación, tratamientos contra el cáncer, medicamentos de bajo costo.
Debilidades	Uso de medicinas alternativas.	
	Largos trayectos de viaje.	Reputación de violencia, corrupción y pobreza.
	Diferencias culturales Oriente-Occidente.	Falta de medidas de estandarización y medición de calidad.
Oportunidades	Problemática social, terrorismo y pobreza.	
	Mayor número de médicos debido a una mayor población.	Aumento de la población hispana en Norteamérica.
	Fortaleza económica.	Facilidades comerciales que brindan los TLC -Tratados de Libre Comercio-.
Amenazas	Énfasis en educación y cuidado de la salud.	
	Competencia de nuevos países especializados en turismo médico.	Incremento de políticas socialistas que pueden limitar la industria del turismo médico.
	Probabilidad de enfermedad (pandemias).	Fuerte competencia de países asiáticos.

Fuente: Medical Tourism. Your Guide to International Medicine. Issue 10. May/June 2009.

Los países de América Latina considerados como fuertes en el turismo médico son: México, Costa Rica, Brasil, Argentina, Guatemala, Colombia, Chile y El Salvador.

2. CONDICIONES PARA EL ACCESO AL MERCADO DEL TURISMO DE SALUD

En el ámbito internacional se plantean unas condiciones claves para la atención de pacientes (Todd, 2010). El cumplimiento de estas condiciones por parte de las instituciones prestadoras de salud (Cook, 2010), interesadas en lograr su inclusión en redes internacionales para la atención de pacientes, les da ventajas competitivas y las hace ser atractivas

para acceder a ese mercado. Tales condiciones son (Cárdenas & Linares, 2010):

- **Acreditación internacional.** Cumplimiento de estándares de calidad y seguridad del paciente; igualmente infraestructura moderna y tecnología de punta.
- **Idioma inglés.** Para el personal asistencial y administrativo que intervenga en el proceso de atención del paciente, historia clínica, la señalización hospitalaria, página web, material de educación para los pacientes, los contratos, programación de televisión, entre otros.
- **Oficina de atención de pacientes internacionales.** Para garantizar el acceso directo y con oportunidad, programado para recibir los servicios de salud.
- **Certificación de profesionales de la salud.** Que cumplan con la idoneidad, las competencias y el entrenamiento.
- **Centros de excelencia.** Tener un programa implementado de salud cuya oferta de valor se sustente en resultados clínicos y niveles de seguridad del paciente comparables con los mejores referentes internacionales, a unos costos muy competitivos en el mercado para un procedimiento o condición de salud específica, utilizando la mejor evidencia científica disponible.
- **Humanismo.** Personal que interviene en la atención de los pacientes con disposición para el servicio, amabilidad, compromiso y sensibilidad cultural y religiosa.
- **Historia clínica.** Entrega de la historia clínica cuando el paciente es dado de alta, traducida al inglés, envío al médico tratante o institución responsable para los cuidados posteriores, disposición para su consulta a cualquier hora y a través de diferentes tecnologías.
- **Tecnologías en salud (e Health).** Telemedicina para ver y acompañar intervenciones médicas en tiempo real. Video de intervención quirúrgica (médica u odontológica). Banco de imágenes con fácil y oportuno acceso.
- **Cuidados prehospitalarios.** Disponer de la logística necesaria para la atención del paciente, previamente a la hospitalización o intervención quirúrgica.
- **Cuidados poshospitalarios.** Disponer de la logística necesaria para la atención del paciente, posterior (corto y mediano plazo) a la hospitalización o intervención quirúrgica.
- **Servicios administrativos.** Acceso al director o gerente, al equipo directivo, a la facturación, citas, resolver requerimientos de información, programas tarifarios para pagadores y empleadores, reclamaciones electrónicas. Codificación y facturación de acuerdo con estándares internacionales. Compromiso en contra del fraude y el abuso en reclamaciones. Estándares de seguridad y privacidad.
- **Servicios de bienestar.** Spas, terapias acuáticas, manejo del estrés, nutrición, tercera edad, chequeos ejecutivos, rehabilitación.
- **Servicios complementarios (apoyo logístico).** Servicios de hotelería, transporte aéreo y terrestre, guianza, *tour*, gastronomía, paquetes turísticos, diversión, recreación, cultura, entre otros.
- **Trabajar juntos.** Trabajo en red, respeto por las normas de competencia, desarrollo conjunto de marca.
- **Satisfacción del paciente.** Aplicación de encuestas y monitoreo permanente con respuesta oportuna.



- AeroRepública. (2010). Medicina de Exportación. Marzo de 2010; 36(36) : 56, 56-68.
- Alcaldía de Medellín. (2004). Plan de desarrollo. *Medellín "Compromiso de toda la ciudadanía" 2004-2007*. 1a ed. Medellín: Divergráfica Limitada.
- Alcaldía de Medellín. (2008). Plan de desarrollo. *Medellín "Solidaria y Competitiva" 2008 - 2011*. 1ª ed. Medellín: Archivo General.
- Almeida, A. (2010, mayo). Ranking 2010. Las mejores ciudades para hacer negocios en América Latina. *América Economía*, p. 22-8.
- Arias, J., Rodríguez, L. & Cardozo, M. (2009). *Avances y retos de la política social en Colombia*. Departamento Nacional de Planeación, DNP, ed. Bogotá, DC : Grupo de Comunicaciones y Relaciones Públicas del DNP.
- Barriga, J. R. (2004). *Delimitación del Cluster de confecciones de la zona cafetera*. [Proyecto de grado]. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Barón, G. (2007). Cuentas de salud de Colombia 1993 - 2003. *El gasto nacional de salud y su financiamiento*. 1a ed. Bogotá, DC: Impreso por Ediciones Ltda.
- Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia. (2006, noviembre). *Cluster, una estrategia para crear ventaja competitiva*. 1a ed. Medellín: Taller de Edición.
- Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia - Alcaldía de Medellín. (2009). Medellín Ciudad *Cluster*. Componentes. 1(1o), 1-4.
- Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia. (2010). Gobernabilidad *Cluster*. 2010; 1o (Único): 1-4.
- Cárdenas, C. (2008, octubre). Encuestas realizadas a directores de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud médicas y odontológicas. Encuestas IPS *Cluster Servicios de Medicina y Odontología de Medellín*. Atención de pacientes internacionales.
- Cárdenas, C. (2009, octubre). Encuesta aplicada en 2009 por el *Cluster Servicios de Medicina y Odontología* a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS para el reporte de atención de pacientes internacionales realizada en 2008-2009. Encuesta atención de pacientes internacionales en las IPS del *Cluster Servicios de Medicina y Odontología*. Único.
- Cárdenas, C. (2009). Informe misión de referenciación del *Cluster Servicios de Medicina y Odontología de Medellín en Costa Rica*. *Cluster Salud Costa Rica*. Primero (Único) : 1-30.
- Cárdenas, C. & Linares, N. (2010, marzo 21). Informe de visita de la CEO de Mercury Healthcare Maria K Todd, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del *Cluster Servicios de Medicina y Odontología de Medellín*. Visita del facilitador de Turismo Médico a tres IPS del *Cluster Servicios de Medicina y Odontología de Medellín*. Único: 1-8.
- Cárdenas, C. & Linares, N. (2010, mayo). Registro de atención de pacientes internacionales en el período 1 de junio al 31 de diciembre de 2009, realizado con los reportes de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS del *Cluster Servicios de Medicina y Odontología de Medellín*. Registro de atención de pacientes internacionales en 2009. *Cluster Servicios de Medicina y Odontología de Medellín*. Único.
- Cárdenas, C. & Vélez, A. (2009). Informe misión de referenciación del *Cluster Servicios de Medicina y Odontología de Medellín en Monterrey, México*. Monterrey ciudad de la salud. Primero: 1-50.
- Cluster de Salud*. (2009, julio 12). Medellín juega fuerte en el turismo de salud. 32996(97).
- Cluster Servicios de Medicina y Odontología de Medellín* (Ed.) (2009, diciembre 14). Consultoría internacional plan de negocios. Consultoría Internacional Plan de Negocios Turismo de Salud - Medimar Turismo Asociación. Medellín.
- Cluster Servicios de Medicina y Odontología de Medellín*. (2010). Modelo de atención de pacientes internacionales en Medellín. Modelo de atención, pp. 5-25. 1º (Único).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL (n.d.). "La globalización de la atención de la salud: una oportunidad para el Caribe". Extraída el 18/IV/2010 desde http://goliath.ecnext.com/coms2/gi_0199-7300879/La-globalizaci-n-de-la.html
- Comité Sectorial Turismo de Salud. (2010, 26 de marzo) Programa de Transformación Productiva. Ministerio de Comercio, Industria y Turismo (Ed.) Sesión de trabajo del Comité Sectorial de Turismo de Salud. Comité Sectorial - Foscal. Bucaramanga, Santander; Bogotá, DC.
- Comunidad *Cluster Medellín & Antioquia*. (2008). *Cluster Servicios de Medicina y Odontología - JUNTOS nos fortalecemos*. 1a ed. Medellín: Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia. Comunidad *Cluster*.

- Concejo de Medellín. (2009). Acuerdo municipal No. 87 de 2009. Por medio del cual se institucionaliza el programa Medellín Ciudad *Cluster*. (2009, noviembre 29); *Gaceta* 3596 de 2009 (Acta 375).
- Consejo Nacional de Competitividad (Ed.) (2009, julio). Turismo médico en Costa Rica. Presentación *Cluster* servicios médicos Costa Rica. San José de Costa Rica: Programa Nacional de Competitividad y Mejora Regulatoria PRONACOMER.
- Cook, B. (Ed.) (2010, abril 27). First Latin America Global Medicine & Wellnes Congress. Cómo construir el Departamento de Pacientes Internacionales. San José de Costa Rica : PROMED.
- Cuervo, C. & Cubillos, L. (2009). Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes 2008 - 2009, pp. 8-91.
- Departamento Nacional de Planeación, DNP. (2007, octubre). Agenda interna para la productividad y la competitividad. Documento sectorial Salud.
- Departamento Nacional de Planeación, DNP. (2008, junio). Consejo Nacional de Política Económica y Social. CONPES. 2008; 3527
- Departamento Nacional de Planeación, DNP. (2009). Informe al Congreso del presidente Álvaro Uribe Vélez. 1a ed. Bogotá, DC: Imprenta Nacional.
- Dirección Seccional de Salud en Antioquia, Gobernación de Antioquia. (2008). Situación de salud en Antioquia 2007. Indicadores básicos 2007. 1º : 1,1 - 44.
- Edelheit, J. (2010). Medical Tourism in the ashes of health care reform. *Medical Tourism*. 14 (enerofebrero) : 44-5.
- Falcone, S. (2010, febrero). Medellín - The Spirit of Latin America. *Medical Tourism*. 14 (enero - febrero), 27-31.
- Fallas, H. (2009, 13 de marzo). 100.000 turistas vienen al año a recibir tratamiento médico. *La Nación*. Disponible en http://www.nacion.com/In_ee/2009/marzo/13/economia1903413.html.
- Hoyos, J. & Martínez, D. (2008). "Incentivos a la calidad: nuevos mecanismos de competitividad para el sector salud". *Vía Salud*. 45 : 32-32 - 38.
- Keckley, P. H. (2008). *Medical Tourist Update and Implications*. Deloitte. 1-1 - 15.
- Keckley, P. H. & Underwood, H. R. (2008). *Medical Tourism: Consumers in search of value*. 1a ed. Washington, DC: Deloitte Center for Health Solutions.
- Keckley, P. H. & Underwood, H. R. (2009). *Medical Tourism: Update and implications*. 1a ed. Washington, DC: Deloitte Center for Health Solutions.
- Lindqvist, G. & Solvell, O. (2006). *Cluster initiatives in developing and transition economies*. 1a ed. Estocolmo: Centre for strategy and competitiveness.
- López, A. (2009). Turismo de salud. Consejo para la promoción internacional de la medicina de Costa Rica. PROMED; 1o(1o) : 1, 2, 3.
- McKinsey Global Institute. (2008). *Accounting for the cost of US health care: A new look at why Americans spend more*. 1a ed. Washington, DC : Visual Aids São Paulo.
- Medical Tourism Association. (2009, mayo). *Medical Tourism. Your Guide to International Medicine*. *Medical Tourism*. 10 : 34-40.
- Meyer - Stamer, J. & Harnes - Liedtke, U. (2005, agosto). *Cómo Promover Clusters*. Primera versión: 1,1 - 11.
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (2008). Decreto No. 2099 del 13 de junio de 2008, por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2331 de 2001.
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (2008). Decreto No. 2100 del 13 de junio de 2008, por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2331 de 2001.
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (2008). Decreto No. 2101 del 13 de junio de 2008, por el cual se modifica parcialmente y se adiciona el Decreto 2685 de 1999.
- Ministerio de la Protección Social (ed.) (2008, diciembre 2). El estado de la calidad en Colombia y el progreso de las estrategias de calidad y seguridad del paciente. Foro Internacional de Calidad. Bogotá, DC: Dirección de Calidad.
- Porter, M. E. (1998). Cluster and the new economics of competition. *Harvard Business Review*, 76 (6): 78.
- Proexpansión. Estudio sobre *Cluster* y Asociatividad. *Cluster* y Asociatividad. http://www.programa-cea.org/biblioteca-virtual/1-_/promocion-de-la-economia-local/s-_s/estudio-sobre-Clusters-y-asociatividad/ Consultado en febrero de 2010; 1(1) : 8,8 - 29.
- Rangel, A. (2004, septiembre). 267. Restricciones al comercio de servicios de salud (Archivos de Economía. Departamento Nacional de Planeación) : 3,3 - 30.

Secretaría de Salud de Medellín. (2007). Indicadores básicos. Situación de salud en Medellín 2006. 1º, 12-5.

Secretaría de Salud, Alcaldía de Medellín. (2009). Situación de salud de Medellín 2008. Indicadores básicos 2008. 1 : 7, 19, 85.

Solvell, O. (2008). *Clusters balancing evolutionary and constructive forces*. 1a ed. Stockholm, Sweden : Ivory Tower Publishing.

Solvell, O., Lindqvist, G. & Ketels, C. (2003, agosto). *The Cluster initiative Greenbook*. 1a ed. Stockholm : BronnaTryck AB.

Sphera International. ¿Qué es salud y turismo? Tendencias mundiales y Brasil. [Sitio en Internet]. Disponible en http://www.brazilmedicaltourism.com/mostrar_post.php?language=Es&id=130&cat=5. Consulta: 14 de abril de 2010.

Todd, M. K. (Ed.) (2010, marzo 19). Mercury Healthcare, empresa de Turismo Médico. Evento Colombia Compite. Bogotá, DC: Ministerio de Comercio, Industria y Turismo de Colombia.

Universidad de los Andes, Centro de Estrategia y Competitividad. "¿Qué es un *Cluster*?". Recuperado el 28/II/2010 desde <http://cec.uniandes.edu.co/cms/Clusters/Clusters/>.

Vásquez Caro, M. (2003, febrero). *Cluster* de Medicina en Medellín: De una medicina con liderazgo a un sistema integrado de creación de valor, con visión de futuro. 1(1) : 1,1 - 14.

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO:

Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia (2015). **El turismo de salud en el contexto internacional y las condiciones para el acceso al mercado**. Revista Intersección: Eventos, turismo, gastronomía y moda. Año 2. N3. ISSN 2357 -5875. Tecnología en Organización de Eventos. Facultad de Comunicación Audiovisual. Grupo de Investigación en Comunicación-GIC. Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid. Medellín-Colombia & Facultad de Ciencias de la Comunicación de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí-UASLP-México. Págs. 19-30.

OJS

DOI

