

**UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS**

**FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS Y SOCIALES**

Departamento de Economía Aplicada I, Historia e Instituciones Económicas y  
Filosofía Moral



**ECONOMIA DEL TURISMO DE SALUD: CASO DE  
COLOMBIA**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR PRESENTADO POR**

**MARIO ALBERTO DE LA PUENTE PACHECO**

**BAJO LA DIRECCION DEL PROFESOR DOCTOR**

**MIGUEL CUERDO MIR**

**MADRID, 2015**

# **ECONOMIA DEL TURISMO DE SALUD: CASO DE COLOMBIA**

**MARIO ALBERTO DE LA PUENTE PACHECO**

**Trabajo de grado para optar al grado de Doctor en Economía Aplicada  
dirigido por el Profesor Doctor Miguel Cuerdo Mir**

Departamento de Economía Aplicada I, Historia e Instituciones Económicas y  
Filosofía Moral

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Universidad Rey Juan Carlos de Madrid

2015

## **Agradecimientos**

El primer agradecimiento es para el doctor Miguel Cuervo Mir por su constante apoyo y asesoría a lo largo de la tesis. Su paciencia y dedicación fueron claves para llevar a feliz término dicho proyecto.

Gracias también a la Universidad Rey Juan Carlos por la oportunidad de cumplir una meta profesional con el fin de aportar desde la academia con investigaciones que permitan conocer de fondo el sector del turismo de la salud a nivel mundial y su aplicación a Colombia.

Finalmente quiero agradecer a mi familia y amigos por su apoyo durante la elaboración de esta tesis. Sin su ayuda este proyecto no sería una realidad.

## **ÍNDICE GENERAL**

## ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCION.....	1
PRIMERA PARTE: APROXIMACIONES A LA ECONOMÍA DEL TURISMO Y DE LA SALUD .....	10
1. ECONOMIA DEL TURISMO: APROXIMACIONES GENERALES.....	11
1.1. Panorama del turismo a nivel mundial.....	11
1.2. Demanda de turismo.....	12
1.2.1. Demanda de viaje a un destino turístico.....	12
1.2.2. Demanda de bienes y/o servicios turísticos.....	13
1.2.3. Especificación de la función de demanda de turismo.....	14
1.2.4. Margen de error en la precisión de las previsiones.....	16
1.3. Oferta de turismo.....	16
1.3.1. Factores que influyen la oferta del turismo.....	19
1.3.2. Integración vertical de la oferta de turismo.....	20
1.3.3. Integración horizontal y vertical de la oferta de turismo.....	20
1.3.4. Las alianzas estratégicas.....	22
1.4. Contribución económica e impuesto al turismo.....	23
1.4.1. La contribución económica del turismo desde diferentes modelos de aproximación.....	23
1.4.2. Organización industrial en la industria turística y los oligopolios.....	29
1.4.3. Formación de precios y dinámica de la industria.....	32
1.4.4. Dinámica de la industria, regulación y eficiencia.....	33
1.4.5. Interacción con el medio ambiente.....	36

1.4.6. Políticas sectoriales, objetivo y formulación en el sector turístico.....	39
1.4.7. Formulación de la política turística.....	44
1.4.8. Apuntes a la política turística colombiana reciente.....	45
1.4.9. Responsabilidad gubernamental en la política turística.....	48
1.4.10. Tipos de impuestos en la industria del turismo.....	56
<b>2. APROXIMACION GENERAL EN LA ECONOMIA DE LA SALUD.....</b>	<b>57</b>
2.1. Función de producción de la salud.....	59
2.2. Demanda de salud y de servicios médicos.....	60
2.3. Conductas de salud del consumidor.....	64
2.3.1. Conductas no saludables y el concepto de valor futuro de salud.....	64
2.3.2. Tipos de seguros de salud e impacto sobre la demanda servicios de salud.....	65
2.4. Efectos del ingreso en la demanda de servicios de salud.....	71
<b>SEUNDA PARTE: ECONOMIA APLICADA AL TURISMO DE SALUD PARA EL CASO DE COLOMBIA FRENTE A UNA PERSPECTIVA DE DINAMICA INTERNACIONAL.....</b>	<b>73</b>
<b>3. CONTEXTO GENERAL DEL TURISMO DE SALUD (TURISMO MEDICO, DE BIENESTAR, PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y NO INVASIVOS).....</b>	<b>75</b>
3.1 Principales causas del turismo de salud en las cuatro categorías.....	78
3.2. Flujo de turistas de salud, ingresos, costos y tendencia internacional.....	85
3.3. Relación entre la edad y el consumo de servicios médico-turísticos.....	95
<b>4. TURISMO DE SALUD EN COLOMBIA.....</b>	<b>99</b>

4.1. Modelo de demanda y capacidad de oferta para procedimientos médicos curativos, preventivos, estéticos y de bienestar seleccionados .....	101
4.1.1. Estimación de demanda de procedimientos seleccionados para 2014 y Comportamiento de la Demanda Durante el Periodo 2009-2014.....	101
4.1.2. Análisis de Resultados (Estimación de demanda de procedimientos médicos para 2014 y comportamiento de consumo durante el periodo 2009-2014).....	104
4.1.2.1. Medicina Curativa.....	110
4.1.2.2. Medicina Preventiva.....	117
4.1.2.3. Medicina Estética.....	120
4.1.2.4. Medicina de Bienestar (Inspired Wellness).....	126
4.2. Contrastación empírica, falla de sistemas sanitarios en las localidades seleccionadas e incentivo para el desplazamiento de pacientes desde las cinco localidades seleccionadas hacia Colombia.....	130
4.2.1. Sistema de salud de Estados Unidos (Medicare y sistemas privados) y contrastación empírica en coeficientes de correlación.....	130
4.2.2. Sistema de salud de Canadá y contrastación empírica en coeficientes de correlación.....	139
4.2.3. Sistema de salud de Aruba y contrastación empírica en coeficientes de correlación.....	144
4.2.4. Aproximaciones generales de sistemas de salud en las Antillas y contrastación empírica en coeficientes de correlación.....	149
4.2.5. Sistema general de salud en Panamá y contrastación empírica en coeficientes de correlación.....	155
4.2.6. Capacidad de Oferta de Servicios Medico-Turísticos para 2014 y Comportamiento Durante el Periodo 2009-2014.....	165

4.2.7. Análisis de resultados (estimación de capacidad para procedimientos seleccionados para 2014 y tendencia durante el periodo 2009-2014).....	166
4.2.7.1. Medicina Curativa.....	171
4.2.7.2. Medicina Preventiva.....	173
4.2.7.3. Medicina Estética.....	174
4.2.7.4. Medicina de Bienestar.....	176
4.3. Contrastación empírica de coeficientes de correlación para la capacidad de oferta en procedimientos seleccionados.....	177
4.3.1. Medicina curativa: Radioterapia y quimioterapia, cirugía reconstructiva del suelo pélvico, cirugía cardiovascular.....	178
4.3.2. Medicina preventiva: Tratamientos traumatológicos de baja complejidad.....	180
4.3.3. Medicina estética: rinoplastia y aumento mamario.....	180
4.3.4. Medicina de bienestar: Programas dirigidos a la reducción de sobrepeso.....	181
4.4. Análisis de variables para el desarrollo del turismo de salud en Colombia.....	183
4.4.1. Oferta Actual de Recurso Humano en Salud (médicos y enfermeras).....	183
4.4.2. Inversión en infraestructura de turismo de salud y recurso humano.....	186
4.4.2.1. Inversión en infraestructura de salud.....	186
4.4.2.2. Inversión en recurso humano en salud.....	197
4.5. Posicionamiento de Colombia en el turismo de salud mundial.....	198
4.6. Actos administrativos y legislativos, estrategias de valor y organismos estatales que inciden en el desarrollo del sector del turismo de salud.....	202



4.6.1. Actos legislativos y administrativos y organismos estatales que inciden en el desarrollo del turismo de salud en Colombia.....	202
4.6.1.1. Acceso a servicios financieros.....	204
4.6.1.2. Fomento de formalización de la actividad empresarial.....	206
4.6.1.3. Fomento de desarrollo de mercados de servicios no financieros de Desarrollo empresarial (SDE).....	207
4.6.1.4. Fortalecimiento de capacidad de innovación.....	207
4.6.1.5. Promoción del uso de las tecnologías de la información.....	209
4.6.1.6. Acceso a la formación para el trabajo.....	209
4.6.1.7. Impulso al acceso a mercados.....	210
4.6.1.8. Fomento del emprendimiento.....	210
4.6.1.9. Articulación productiva y asociatividad empresarial.....	211
4.6.1.10. Fomento a la innovación en los sistemas productivos.....	217
4.6.1.11. Consolidación de la institucionalidad del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología, Innovación.....	219
4.6.1.12. Focalización de la acción pública en áreas estratégicas.....	221
4.6.2. Régimen franco como impulso al sector del turismo de salud.....	222
4.6.3. Estrategia de valor y Programa de Transformación Productiva para el desarrollo del turismo de salud en Colombia (objetivos, actividades principales, actividades ejecutivas, riesgos e inversión requerida).....	228
4.6.3.1. Fomento para el incremento del número de profesionales de la salud, especialmente de especialistas y sub especialistas; así como la creación de alianzas académicas internacionales.....	230

4.6.3.2. Promover, impulsar y facilitar la capacitación del Capital Humano en Investigación, Desarrollo e Innovación de manera sostenible y que permita generar una visión transformadora a largo plazo en el sector.....	234
4.6.3.3. Estimulación y promoción del bilingüismo con el objetivo de aumentar la eficiencia y la productividad de los empleados del sector.....	238
4.6.3.4. Capacitación al personal de salud y turismo en servicios para Turistas de salud.....	239
4.6.3.5. Definición y promoción de mecanismos normativos que garanticen la calidad de los servicios de turismo de salud.....	243
4.6.3.6. Gestión de flexibilización del visado para el ingreso de turistas de salud al país.....	247
4.6.3.7. Gestión y desarrollo de mecanismos para la atracción de inversión extranjera directa.....	248
4.6.3.8. Facilitar la creación de líneas de crédito y garantías financieras para el desarrollo del sector Turismo de Salud y promocionar las existentes.....	249
4.6.3.9. Desarrollar una propuesta de articulación entre entidades del gobierno a través de un documento CONPES.....	252
4.6.3.10. Promover la creación y actualización de estadísticas del sector.....	253
4.6.3.11. Apoyar el fortalecimiento de la oferta de servicios de bienestar (Inspired Wellness).....	253
4.6.3.12. Desarrollo de marca para promocionar el turismo de salud.....	258
4.6.3.13. Promocionar y mercadear el sector turismo de salud en el exterior.....	259
4.6.3.14. Reforzar programas de apoyo para acreditaciones internacionales con el fin de facilitar el reconocimiento del sector en el exterior.....	261
4.6.3.15. Promover la mejora en la señalización de los aeropuertos y hospitales ofrecerla en inglés.....	264

4.6.3.16. Crear una “Ciudad Virtual” a través de la cual se unifique el sistema de manejo de información de pacientes y surja la creación de un expediente único.....	266
4.6.3.17. Promover el desarrollo de infraestructura hotelera y hospitalaria dirigida a Turistas de Salud.....	269
4.6.4. Casos de éxito en Colombia.....	272
4.6.5. Organismos estatales especializados que inciden en la supervisión, planeación y agregación de valor del turismo de salud colombiano.....	281
4.7. Recomendaciones para impulsar el turismo de salud en Colombia.....	283
CONCLUSION.....	288
BIBLIOGRAFIA.....	295
ANEXO 1: ESTIMACION DE DEMANDA DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS EN 2014 Y COMPORTAMIENTO DURANTE EL PERIODO 2009-2014 PARA ESTADOS UNIDOS, CANADA, ARUBA, ANTILLAS Y PANAMA.....	356
ANEXO 2: ESTIMACION DE CAPACIDAD DE OFERTA DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS EN LAS CUATRO CATEGORIAS PARA 2014 Y COMPORTAMIENTO DE CAPACIDAD DE OFERTA PARA EL PERIODO 2009-2014.....	377
INDICE DE AUTORES, ORGANIZACIONES Y FIRMAS.....	381

## INDICE DE FIGURAS, GRAFICOS, TABLAS Y ECUACIONES

### FIGURAS

Figura 1: Cadena de oferta simple para un operador de tour con integración vertical y horizontal.....	21
Figura 2: Efecto directo, indirecto e inducido del gasto en turismo.....	24
Figura 3: Capital de salud optima.....	60
Figura 4: Capital optimo en salud y cambios en la tasa de depreciación.....	62
Figura 5: Capital óptimo de salud en cambios en la eficiencia marginal del capital de salud, MEC.....	63
Figura 6: Efectos de un subsidio $\$I$ sobre la curva de demanda del consumidor.....	66
Figura 7: Efectos del aseguramiento bajo la modalidad <i>subsidio ad valorem</i> .....	67
Figura 8: Efectos de un deducible en la curva de demanda del consumidor.....	69
Figura 9: Efectos de un copago en la cantidad y sobre la curva de demanda del consumidor.....	70

## **GRAFICOS**

Grafico 1: Esperanza mundial de vida al nacer.....	58
Grafico 2: Aproximación de Estructura de Costos de Medicina Preventiva y Curativa a Nivel Global, 2012.....	77
Grafico 3: Aproximación de Estructura de Costos de Medicina Estética a Nivel Global, 2012.....	78
Grafico 4: Número de Turistas de Salud de Medicina Curativa a Nivel Global: 2008-2014.....	86
Grafico 5: Número de Turistas de Salud de Medicina Estética y Preventiva: 2008-2014.....	87
Grafico 6: Número de Turistas de Salud de Bienestar: 2008-2014.....	88
Grafico 7: División de Ingresos del Turismo de Salud por Categorías y Proyecciones: 2008-2015.....	90
Grafico 8: Porcentaje de Flujo de Movilidad de Turistas de Salud internacional Para Norteamérica, América Latina y Europa.....	94
Grafico 9: Destino de los Turistas de Salud en Porcentaje de Pacientes para 2014.....	95
Grafico 10: Demanda Relativa y Rentabilidad de Tratamientos Para el Turismo de Salud en la Categoría de Medicina Preventiva, Estética y Bienestar (Inspired Wellness) Para 2015.....	95
Grafico 11: Destino de Turistas de Salud de Bienestar para 2015.....	97
Grafico 12: Ubicación de Origen de Turistas de Salud en la Categoría de Medicina Estética: 2014.....	97
Grafico 13: Especialidades más Buscadas por Turistas de Salud en La Categoría de Medicina Estética para 2014.....	98

Grafico 14: Distribución de Ingreso de Turistas a Colombia en 2013.....	100
Grafico 15: Distribución porcentual de demanda de servicios de turismo de salud según su categoría para 2014.....	105
Grafico 16: Comportamiento de la demanda de las diferentes categorías del turismo de salud en Colombia durante el periodo 2009-2014.....	106
Grafico 17: Participación de los tres procedimientos dentro de la medicina curativa en el periodo 2009-2014.....	111
Grafico 18: Comportamiento de la participación de los cinco países en la demanda de radioterapia y quimioterapia durante el periodo 2009-2014.....	112
Grafico 19: Porcentaje de participación de demanda de radioterapia a y quimioterapia para las cinco localidades escogidas.....	113
Grafico 20: Comportamiento de demanda de cirugía reconstructiva del suelo pélvico para las cinco localidades durante el periodo 2009-2014.....	114
Grafico 21: Porcentaje de participación de cada una de las localidades en la demanda de cirugía reconstructiva de suelo pélvico.....	115
Grafico 22: Comportamiento de demanda de los servicios de cirugía cardiovascular con diferentes fines durante el periodo 2009-2014.....	116
Grafico 23: Distribución porcentual de demanda por localidad de cirugía reconstructiva del suelo pélvico para 2014.....	117
Grafico 24: Comportamiento de demanda de tratamientos traumatológicos de baja complejidad durante el periodo 2009-2014.....	118
Grafico 25: Participación porcentual de demanda de tratamientos traumatológicos de baja complejidad para las cinco localidades en 2014.....	119
Grafico 26: Comportamiento de la demanda de tratamientos traumatológicos de baja complejidad para las cinco localidades seleccionadas durante el periodo 2009-2014.....	120

Grafico 27: Comportamiento de la demanda de rinoplastia y aumento mamario para 2014.....	121
Grafico 28: Distribución de demanda de los servicio de rinoplastia y aumento mamario durante el periodo 2009-2014.....	122
Grafico 29: Participación porcentual de las cinco localidades en la demanda de rinoplastia para 2014.....	123
Grafico 30: Comportamiento de la demanda de rinoplastia de las cinco localidades durante el periodo 2009-2014.....	124
Grafico 31: Participación porcentual de demanda de aumento mamario para las cinco localidades en 2014.....	125
Grafico 32: Comportamiento de la demanda de aumento mamario durante el periodo 2009-2014.....	126
Grafico 33: Comportamiento de la demanda de tratamientos dirigidos hacia el manejo y reducción del sobrepeso durante el periodo 2009-2014.....	127
Grafico 34: Participación porcentual en la demanda de tratamientos de reducción de sobrepeso para 2014.....	128
Grafico 35: Comportamiento de la demanda de programas dirigidos a la reducción y manejo del sobrepeso para las cinco localidades durante el periodo 2009-2014.....	129
Grafico 36: Porcentaje de participación de la capacidad de oferta de servicios de turismo de salud para 2014.....	167
Grafico 37: Comportamiento de la capacidad de oferta de los tres servicios seleccionados de medicina curativa durante el periodo 2009-2014.....	173
Grafico 38: Comportamiento de la capacidad de oferta de tratamientos traumatológicos de baja complejidad durante el periodo 2009-2014.....	174
Grafico 39: Comportamiento de la capacidad de oferta de los servicios de rinoplastia y aumento mamario durante el periodo 2009-2014.....	175

Grafico 40: Comportamiento de la capacidad de oferta de programas dirigidos a la reducción y manejo del sobrepeso durante el periodo 2009-2014.....	176
Grafico 41: Total Acumulado del Número de Graduados por Especialidad: 2013.....	184
Grafico 42: Número de Médicos por Cada 1,000 Habitantes: 2010-2014.....	184
Grafico 43: Número de Enfermeras por Cada 1,000 Habitantes: 2010-2014.....	185
Grafico 44: Número de camas hospitalarias de alta complejidad por cada 1000 habitantes: 2010-2014.....	191
Grafico 45: Área Dirigida a la Construcción de Infraestructura Hospitalaria y de Salud por Metro Cuadrado: 2005-2014.....	192
Grafico 46: Previsión de la Inversión en Infraestructura de Salud de Medicina Curativa, Preventiva, Estética y de Bienestar por Metro Cuadrado en Colombia: 2015-2020.....	193
Grafico 47: Composición Aproximada de la Inversión en Infraestructura de Salud Según la Categoría de Turismo de Salud en 2014.....	194
Grafico 48: Previsión Aproximada de la Inversión en Turismo de Salud en las Cuatro Categorías: 2015-2016.....	195
Grafico 49: Composición de la Inversión Directa en Infraestructura de Turismo de Salud Según el País de Origen: 2013.....	196
Grafico 50: Numero de IPS Acreditadas por el Sistema Único Nacional de Acreditación de ICONTEC.....	200



## TABLAS

Tabla 1: Formas alternativas de seguros de salud y su impacto sobre la curva de demanda.....	71
Tabla 2: Área de la medicina tradicional con procedimientos sin cobertura en pólizas de seguros de salud privados por condición médica preexistente en la medicina curativa y preventiva para 2012.....	80
Tabla 3: Tratamientos e intervenciones de medicina estética no cubiertas por pólizas de seguros de salud para 2014.....	81
Tabla 4: Generalidades de la Medicina Curativa, Preventiva y Estética (Aproximación).....	90
Tabla 5: Generalidades de la Medicina de Bienestar (Inspired Wellness) (Aproximación).....	92
Tabla 6: Procedimientos a analizar en los modelos de demanda y capacidad de oferta de turismo de salud para 2014 y comportamiento durante el periodo 2009 2013.....	102
Tabla 7: Observaciones de mayor relevancia sobre la demanda de los servicios estudiados en 2014.....	106
Tabla 8: Porcentaje de cobertura de medicamentos según su costo y su respectiva repartición entre el programa y el beneficiario.....	129
Tabla 9: Observaciones sobre la capacidad de oferta de servicios de servicios médico-turísticos seleccionados para 2014.....	168
Tabla 10: Inversión en Clínicas e Instituciones Privadas de Salud y Estética: 2014.....	186

## **ECUACIONES**

Ecuación 1: Función general de demanda de bienes y servicios turísticos.....	14
Ecuación 2: Especificación de función de demanda de turismo.....	14
Ecuación 3: Ecuación de demanda de bienes y servicios turísticos bajo función de potencia.....	15
Ecuación 4: Ecuación de demanda de bienes y servicios turísticos bajo función logarítmica.....	15
Ecuación 5: Función general de oferta de bienes y servicios turísticos.....	19
Ecuación 6: Ecuación específica de oferta de bienes y servicios turísticos.....	19
Ecuación 7: Función de producción de salud.....	59
Ecuación 8: Valor futuro de salud bajo el esquema de conductas no saludables.....	64

## INTRODUCCION

El turismo de salud es un sector emergente que combina procedimientos médicos tradicionales y alternativos con experiencias turísticas de ocio, cultura, tanto en el área rural como urbana. Este sector se presenta como alternativa en la generación de ingresos para localidades de diferentes latitudes que buscan atraer a una creciente población de pacientes nacionales en el extranjero o extranjero que demandan servicios médicos de alta calidad y/o menores precios debido a limitaciones económicas y/o de oferta en sus países de origen.

En ese sentido Sloan (2013) establece que los demandantes de servicios médicos tanto nacionales como internacionales buscan mejorar su utilidad de salud, entendido como periodos consecutivos de goce y disfrute de una salud óptima que permita realizar actividades tanto productivas como de ocio, encontrándose dispuestos a asumir elevados costos cuando su condición de salud se ve deteriorado. Sin embargo, la demanda de servicios de salud (como cualquier demanda de servicios) se encuentra sujeta a restricciones presupuestarias de los individuos que limita sus opciones y por ende la calidad en los servicios de salud escogidos.

En ese orden, Grossman (1972) establece que el stock óptimo de capital para servicios de salud entendido como el equilibrio entre el capital necesario para acceder a servicios de salud de calidad que permita mejorar la salud de un individuo y el costo de capital entendido como los recursos monetarios necesarios para acceder a servicios de salud de calidad que mejore la salud del individuo presenta variaciones cuando existan subsidios derivados de pólizas de seguros que cubran un porcentaje en términos monetarios del servicios de salud y/o medicamentos a demandar. En caso de ausencia o bajo porcentaje de cobertura de pólizas de seguros en los servicios demandados, los individuos optan por someterse a procedimientos necesarios para mejorar su estado de salud en otras localidades de un territorio a nivel nacional o internacional. El deterioro de la salud de un individuo es el resultado de dos factores.

El primero puede deberse a la herencia (altos niveles históricos de colesterol, alta presión, nacimiento con deficiencias físicas y mentales) mientras la segunda es el resultado

de malas prácticas que impacten de forma negativa la salud de un individuo (fumar, alto nivel de sedentarismo, ingerir bebidas alcohólicas en altas dosis, transmisión de enfermedades venéreas producto de mantener relaciones sexuales sin protección). Ambas influyen de forma negativa en el valor futuro de la salud de un individuo deteriorando su estado de salud lo que resulta en la necesidad de sometimiento a procedimientos para recuperar y/o mejorar su estado de salud ya sea dentro de una localidad (generalmente un país) como fuera de ella.

Es aquí donde el turismo de salud internacional se presenta como una alternativa para acceder a servicios de salud. Varias localidades, entendiendo la creciente demanda de pacientes por procedimientos invasivos y no invasivos proveniente de turistas internacionales que no pueden costear los servicios médicos en sus países de origen debido a altos costos, baja o nula cobertura de aseguradoras en las pólizas de seguro de salud para procedimientos tanto invasivos como no invasivos, escasas de oferta en alguno de los servicios demandados en una localidad, han establecido condiciones aptas para el traslado de estos hacia sus destinos como la ausencia de requisitos migratorios de entrada en varias localidades oferentes (la exención de visa de entrada a un país) y una mayor conectividad de vuelos, lo que fomenta mayor movilidad de estos pacientes internacionales en búsqueda de tratamientos y procedimientos de medicina curativa, preventiva, estética y de bienestar alternativa de similar calidad, bajos precios, servicios post-procedimientos y garantía en el servicio prestado.

La gran diferencia del sector del turismo de salud con otros es que combina diversas industrias resultando en un servicio con valor agregado donde existen asociaciones entre los oferentes de servicios de salud, oferentes de servicios turísticos con el fin de suministrar servicios complementarios a pacientes internacionales o nacionales en el extranjero, además de que el traslado del paciente hacia los centros médicos supone externalidades positivas del aspecto físico del entorno público. Este es el caso de una asociación entre una clínica de alta complejidad que suministra servicios de medicina estética (rinoplastia, aumento mamario) y un hotel de alta gama que aloja a pacientes internacionales que provienen de dicha clínica y ofrece servicios de turismo (ecológico, cultural, de playa y sol) con la finalidad que el turista conozca y disfrute del atractivo turístico de la localidad de destino antes y después del procedimiento al cual se somete.

Lo anterior promueve un mayor gasto per cápita por parte del turista generando mayores ingresos para diversas industrias en la localidad de destino.

Según Gaynor (2006) existen dos tipos de asociaciones entre los oferentes de servicios de turismo de salud. El primero es la asociación bajo la jerarquía vertical que consiste en la adquisición por parte de una firma en las diferentes fases de oferta de servicio absorbiendo otras o creando nuevas que concentren los diferentes segmentos del servicios de turismo de salud ofrecido con el fin de lograr mayores utilidades y eficiencia de mercado a partir del control único en todo el proceso de oferta de turismo de salud. Este es el caso de una empresa hotelera que adquiere una firma de agencia de viajes con el fin de concentrar el servicio de viaje y alojamiento de turistas nacionales e internacionales.

El segundo tipo de asociación es de jerarquía horizontal que consiste en alianzas estratégicas de firmas independientes que integran la oferta de turismo de salud que cooperan entre si suministrándose información, estableciendo acuerdos preferenciales de costos de insumos, elaborando programas médico-turísticos de forma conjunta, entre otros.

Este es el caso de un instituto médico de medicina alternativa que establece una alianza con un parque natural para que los pacientes internacionales puedan disfrutar de sus bellezas mientras se somete a tratamientos no invasivos que mejoran su salud física y espiritual.

Esta dinámica de pacientes internacionales que se someten a tratamientos y procedimientos médicos y disfrutan del ejercicio del turismo aumenta la dinámica económica de una nación, además de fomentar una imagen positiva que puede incentivar a futuras visitas y una mayor confianza inversionista. En ese sentido, según Andrew (1997) establece que existen tres tipos de contribuciones económicas del turismo que dinamizan la producción, la inversión y el consumo nacional. La primera es la contribución bajo el efecto directo donde el gasto de los turistas fomenta un aumento de los ingresos para las empresas del sector, así como un aumento del recaudo tributario para el fisco y mayor demanda de bienes y servicios para suplir la demanda de nuevos visitantes a una localidad.

La segunda contribución se establece bajo el efecto indirecto en la cual las firmas que actúan en el sector turístico solicitan bienes y servicios no turísticos a firmas de otros sectores generando un flujo de recursos en otras industrias.

La tercera contribución se da bajo el efecto inducido donde los hogares aumentan el consumo de bienes y servicios producto de mayores ingresos provenientes de empleados de firmas tanto turísticos como proveedoras de bienes y servicios turísticos lo que aumenta el recaudo tributario vía impuestos indirectos a la demanda y la producción de bienes y servicios para el hogar. El aumento del aporte del turismo de salud a la dinámica económica ha fomentado un desarrollo y especialización del sector enfocándose en cuatro tipos de categorías médico-turísticas: medicina curativa o aquella encargada de curar y tratar enfermedades por medio de procedimientos invasivos y no invasivos, la medicina preventiva o aquella encargada de la prevención del paciente por medio de revisiones rutinarias y toma de prevenciones que reducen las probabilidades de sufrir de enfermedades, la medicina estética o aquella encargada de ofrecer procedimientos invasivos y no invasivos con fines estéticos y de belleza y la medicina de bienestar o aquella encargada de ofrecer servicios de medicina alternativa y medicamentos homeopáticos con fines de curación física y espiritual.

Según la firma McKinsey (2013) el turismo de la salud en sus cuatro categorías a ha aumentado los ingresos en más de 100 por 100 en los últimos cinco años, y el número de turistas en más de 80 por 100 y la capacidad de oferta mundial en más 70 por 100 lo que denota una fuerte dinámica global que representa oportunidades de desarrollo del sector secundario y terciario que muchas economías se encuentra aprovechando debido a los bajos precios comparativos para procedimientos médicos, cercanía geográfica que reduce los costos de transporte y especialización en una categoría en particular.

En ese sentido, Norteamérica representa el mayor destino de turistas de salud en la categoría de medicina curativa y preventiva con más del 87 por 100 debido a la búsqueda de mejor calidad aun cuando comprenda mayores costos de procedimientos, América Latina y Asia Pacifico son los principales destinos de medicina de bienestar con más de 70 por 100 del total de turistas de salud, así como de medicina estética con más de 30 por 100 del total de turistas.

Mientras que por emisión de pacientes internacionales, Norteamérica es el principal emisor de turistas de salud en todas las categorías con más del 60 por 100, seguido de Europa (principalmente el norte) con alrededor del 30 por 100 y América Latina con alrededor del 10 por 100 del total de turistas de salud. Bajo este panorama, Colombia se presenta como uno de los países con mejores perspectivas de recepción de pacientes en América del Sur.

El turismo de salud en Colombia es aún muy bajo comparado con la actividad económica total y el porcentaje de turistas de salud es bajo (aproximadamente el 3,35 por 100 del cual el 97 por 100 fueron turistas de medicina de bienestar) con respecto al total de turistas que entraron al país en 2013. Sin embargo, al ser un sector aún incipiente cuenta con la identificación temprana de oportunidades para el crecimiento y sostenibilidad futura en procedimientos que ya se identifican con alta demanda tanto de pacientes nacionales en el extranjero como pacientes internacionales. Los principales procedimientos de mayor demanda según su categoría son: radioterapia y quimioterapia, cirugía reconstructiva del suelo pélvico y cirugía cardiovascular para la categoría de medicina curativa, tratamientos traumatológicos de baja complejidad en la categoría de medicina preventiva, rinoplastia y aumento mamario en la categoría de medicina estética y programas dirigidos al manejo y reducción del sobrepeso en la categoría de medicina estética.

Los principales demandantes externos de los servicios médico-turísticos desde 2009 hasta 2014 fueron Estados Unidos, Canadá, Aruba Antillas y Panamá. En ese sentido Estados Unidos lidera casi todos los servicios demandados en las cuatro categorías existiendo una concentración importante de los mencionados. El presente trabajo de investigación expone el sector de turismo de salud a nivel mundial y su aplicación al caso colombiano a partir de la aplicación del modelo de estimación de Dwyer (2010) basado en una regresión múltiple para la previsión de demanda en el año 2014 y capacidad de oferta teniendo en cuenta tanto la observación de mercado de consumo de procedimientos mencionados facilitados por la Asociación de Medicina Estética de la Costa en cabeza del Doctor Pacheco (2013) y listas de espera que la misma asociación recopila por medio de alianzas privadas con clínicas estudiadas en la segunda parte de la investigación. Todo lo anterior para las localidades identificadas como de mayor emisión de turistas de salud hacia Colombia (Estados Unidos, Canadá, Aruba, Antillas y Panamá).

Se prosigue con el estudio de los sistemas sanitarios de las localidades estudiadas para efectos de contrastación empírica que denote la existencia de condiciones que coincidan con los resultados obtenidos, además de la identificación de procedimientos tanto invasivos como no invasivos en la cual la localidad cuenta con mayor emisión de demandantes.

Asimismo se analizan las variables de mayor incidencia en el desarrollo y crecimiento del sector (inversión en infraestructura de salud, número de médicos y enfermeras que domina el idioma inglés, número de especialistas y su capacidad de absorción de la demanda externa, estrategia estatal para desarrollar el sector, acreditación nacional e internacional de las clínicas y centros de salud que ofrecen servicios médico-turísticos re reconocimiento internacional).

La estructura del presente trabajo de investigación inicia con una primera parte dedicada a una aproximación general teórica de la economía del turismo enfocándose en el establecimiento del modelo de estimación de demanda de bienes y/o servicios turísticos que se utilizará para estimar la cantidad demandada de procedimientos médico-turísticos expuestos arriba para las cinco localidades mencionadas.

También se establecerá la estimación de capacidad de oferta de servicios médico-turísticos del total de las firmas colombianas con respecto a los servicios elegidos de análisis.

En la primera parte también se estudia más a fondo los tipos de integración entre firmas que forman asociaciones con el fin de lograr una mayor eficiencia en la oferta de servicios médico-turísticos seguido de una exposición teórica de la contribución económica del turismo en la economía de una nación por medio de los tres tipos de efectos introducidos en esta sección. Así, se expone una aproximación general de la economía de la salud enfocándose en la explicación de la función de producción en salud entendido como la representación teórica del estado de salud de un individuo en un periodo de tiempo a partir de la demanda de insumos necesarios para tratar o mejorar su estado de salud y de factores exógenos ajenos a su dominio (por ejemplo, la herencia genética que influye en la condición de salud de un individuo).

Se estudia la demanda de servicios de salud y servicios médicos a través del modelo de demanda de salud de Grossman (1972) donde la eficiencia marginal del capital de salud



se entiende como los insumos necesarios para mantener un estado de salud óptimo teniendo en cuenta el costo necesario que se deberá pagar para lograr acceder a servicios de salud que permita una condición favorable en diferentes periodos de tiempo. Acto seguido se expone un análisis del comportamiento del consumidor de servicios de salud por medio de una aproximación teórica sobre el valor futuro de salud de un individuo a partir de sus costumbres y factores exógenos que condicionan su estado de salud en un periodo de tiempo futuro.

La primera parte finaliza con un análisis general de los tipos de seguros de salud y su incidencia sobre la demanda de servicios médicos. Se encontró que si bien las pólizas de seguros de salud brindan ciertas ventajas en los servicios de salud prestados (como la financiación de un porcentaje de los costos de procedimientos médicos y medicamentos), varias modalidades de aseguramiento busca disminuir la demanda de servicios médicos de alta gama a partir de una variación a la baja del porcentaje de cobertura en la financiación de un servicio y la exclusión en la cobertura de ciertos procedimientos y medicamentos con la finalidad de incentivar al asegurado a demandar servicios de menor precio.

La segunda parte se divide en dos secciones. La primera expone la situación del sector del turismo de salud a nivel mundial iniciando con las principales causas que fomentan y dinamizan este sector en el mundo mostrando los principales procedimientos de medicina curativa, preventiva, estética y de bienestar que no cuentan con cobertura en seguros de salud para las localidades de Estados Unidos, Canadá, Aruba, Antillas y Panamá.

Seguidamente se analiza el flujo mundial de turistas de salud, ingresos, costos y tendencia internacional para luego proseguir a la relación entre la edad y el consumo de este sector con el fin de exponer la relación entre los servicios demandados y el consumo particular de cada edad del ser humano. A continuación se analiza el sector de turismo de salud para el caso colombiano iniciando con un diagnóstico general del país para luego estimar la demanda de servicios médico-turísticos escogidos en las cuatro categorías para 2014 (radioterapia y quimioterapia, cirugía reconstructiva del suelo pélvico, cirugía cardiovascular con diferentes fines, tratamientos traumatológicos de baja complejidad con fines preventivos, rinoplastia, aumento mamario, programas dirigidos a manejo y reducción del sobrepeso) para las cinco localidades escogidas (Estados Unidos, Canadá, Aruba, Antillas

y Panamá), además de un análisis del comportamiento de demanda de estos servicios en las cinco localidades para el periodo 2009-2013.

Seguidamente se estudia la capacidad de oferta de servicios médico-turísticos seleccionados para las cinco localidades a partir del modelo de estimación de oferta expuesta en la primera parte para el año 2014. También se analiza el comportamiento de capacidad de oferta nacional de los servicios seleccionados durante el periodo 2009-2013.

Luego se examinan las variables más importantes del turismo de salud en el país iniciando con la oferta de recurso humano en salud (médicos y enfermeras) en cuanto a número de médicos especializados y su capacidad de absorción de demanda externa de servicio de turismo de salud, el nivel de dominio del idioma inglés de médicos y enfermeras frente a la concentración de demanda proveniente de Estados Unidos, la inversión en infraestructura de salud (clínicas, centros de medicina alternativa, centros de baja y mediana complejidad), las previsiones y composición de la inversión en infraestructura de salud dividido por categorías para el año 2014.

A continuación se detalla el posicionamiento de Colombia en el sector del turismo de salud a nivel mundial teniendo en cuenta las estrategias y normativas de las autoridades nacionales oficiales para potenciar este sector y posicionarlo como uno de talla mundial.

Por otro lado se ofrecen recomendaciones para impulsar el turismo de salud de Colombia a partir del análisis y diagnóstico establecido que propenda por desarrollar de forma ecuánime este sector con el fin de potenciar las ventajas competitivas del que goza el país frente a sus principales competidores en la región. Concluye el trabajo de investigación exponiendo las fortalezas, debilidades y perspectivas del sector a partir de las estimaciones y análisis de datos recopilados expuestos arriba.

La metodología de estudio utilizada en la primera parte se caracteriza por una recopilación y posterior definición de aproximaciones teóricas de la economía de la salud y del turismo que delimita el objeto de estudio permitiendo examinar la dinámica de turismo de salud bajo un enfoque epistemológico a través de una delimitación teórica de las actividades de la salud, turismo, cooperación e integración intersectorial e impacto del objeto

de estudio sobre la economía, política pública, mercado de trabajo de interés y sociedad civil en general.

Para la segunda parte la metodología de estudio utilizada será la recopilación de datos tanto de la dinámica actual del turismo de salud a nivel mundial que permita un análisis de tendencia del sector. Asimismo se recopilan datos de fuentes primarias y secundarias con respecto a los servicios médico-turísticos de mayor demanda en Colombia para luego a través de una función lineal de regresión múltiple estimar la cantidad demandada de los servicios de mayor atractivo para 2014 y la capacidad de oferta a partir de variables dependientes y coeficientes de correlación desde 2009 hasta 2013. Todo lo anterior teniendo en cuenta que existe una escases pronunciada de datos que limitan la operación antes mencionada.

Continúa con una contrastación empírica de los resultados arrojados por medio del análisis cualitativo de los sistemas sanitarios de las localidades de mayor emisión de pacientes hacia Colombia en sus diversas denominaciones con el fin de complementar los resultados obtenidos con potenciales fugas en el servicio médico que incentiva el desplazamiento de pacientes hacia Colombia. Finalmente se analizan los aspectos normativos y estrategia estatal para potenciar el sector transformándolo a uno de talla mundial en capacidad de absorción de demanda a partir de la diferenciación en la calidad del servicio suministrado.

**PRIMERA PARTE: APROXIMACIONES A LA ECONOMÍA DEL  
TURISMO Y DE LA SALUD**

Se inicia el presente trabajo de investigación exponiendo los principios básicos de la economía del turismo y la economía de la salud con el fin de utilizar los instrumentos cuantitativos mostrados más adelante (principalmente las ecuaciones de la sección de economía del turismo) para calcular la estimación de demanda externa proveniente de Estados Unidos, Canadá, Aruba, Antillas y Panamá para los servicios de radioterapia y quimioterapia, cirugía reconstructiva del suelo pélvico, cirugía cardiovascular, tratamientos traumatológicos de baja complejidad, rinoplastia, aumento mamario y programas dirigidos al manejo de reducción del sobrepeso. También se estimará la capacidad de oferta del turismo de salud para el caso colombiano para el año 2014 así como un análisis de la comportamiento de la demanda de los servicios médico-turísticos seleccionados en el segundo capítulo para cinco localidades de mayor demanda externa hacia el país andino durante el periodo 2009-2014 con el fin estudiar la tendencia en cuanto a principales demandantes, principales servicios demandados y el nivel de concentración de mercado por parte de alguna localidad.

Las aproximaciones teóricas de la economía del turismo y de la salud permitirán exponer los componentes de análisis que forman el sector del turismo de salud a nivel individual y permitirá una contextualización del sector del turismo de salud para el caso colombiano.

## **1. ECONOMIA DEL TURISMO: APROXIMACIONES GENERALES**

La economía del turismo ha tomado una importante relevancia a nivel mundial en los últimos años debido a la mayor movilidad de personas en búsqueda de experiencias turísticas tradicionales y no tradicionales que involucran diferentes sectores de una economía fomentando la diversificación de la oferta exportadora de una nación, así como una fuente de ingreso de divisas de sectores alternativos no tradicionales.

### **1.1. Panorama del turismo a nivel mundial**

El turismo es una industria de gran relevancia. De acuerdo con la Organización Mundial del Turismo (2014) desde hace seis décadas el turismo ha experimentado un continuo

crecimiento y diversificación hasta convertirse en uno de los sectores de más rápido crecimiento a nivel mundial. La Organización Mundial del Turismo (2014) señala que esta industria se ha convertido en una de las categorías de mayor crecimiento en el comercio internacional de servicios. Según Croes y Severt (2007) el ingreso por concepto de exportación generado por el turismo internacional se sitúa en el cuarto después del sector energético, productos químicos y autopartes. Sin embargo, según Diviskera (2010) tras la crisis económica de 2007, el sector tuvo una desaceleración en número de visitas turísticas a nivel mundial afectando de forma negativa las perspectivas del sector.

Las soluciones propuestas para lograr una recuperación económica producto de la crisis económica de 2007 trajeron consecuencias negativas para el sector del turismo

Los apartados de demanda y oferta de turismo serán utilizados en el siguiente capítulo para estimar la demanda y oferta de servicios turísticos especificados más adelante para el caso colombiano para el año 2014.

## **1.2. Demanda de turismo**

La demanda de turismo se refiere al deseo y capacidad de consumo de diferentes productos y servicios turísticos a diferentes niveles de precios en un periodo de tiempo.

Como se mencionará más adelante, existen problemas particulares en la estimación de la demanda de turismo ya que este no es un servicio de fácil medición e impacto económico.

### **1.2.1. Demanda de viaje a un destino turístico**

Para Dwyer (2010) una forma muy útil de analizar las decisiones de viaje a un destino turístico es mediante la distinción de dos determinantes de la demanda de turismo: los factores relacionados con los precios y los factores no relacionados con los precios.

En cuanto a los factores relacionados con los precios, Jose y Sachdeva (2010) mencionan que el costo de turismo de un visitante incluye el costo del servicio de transporte desde el sitio de origen hasta el lugar de destino y la movilidad dentro en el destino, los gastos

explícitos (alimentación, estadía) e implícitos (cualquier gasto no planeado antes de emprender un viaje) durante el periodo de viaje. Los precios pagados por turistas internacionales que deben realizar sus desembolsos en moneda extranjera es un importante tipo de costo implícito donde el turista se encuentra sometido a los precios internacionales siendo un precio-aceptante. Por otro lado, Kliman (1981) establece que los factores no relacionados con los precios incluyen los factores socio-económicos y demográficos como población del país receptor de turismo, el nivel de ingreso en el país de destino, tiempo de ocio, educación, ocupación, el stock de inmigración, el gusto de los consumidores, el atractivo turístico del país de destino, la imagen y reputación internacional del país de destino, la calidad de los servicios turísticos, el mercadeo y promoción del país de destino, la cercanía cultural del turista con el país de destino, las condiciones climáticas, entre otros factores. Estos factores cualitativos pueden tener efectos positivos (crecimiento del sector turístico en el país de destino) o efectos negativos (caída del sector turístico en el país de destino) dependiendo de los efectos cualitativos estudiados. Así, para Martin (2009) los eventos especiales en países de destinos tienden a aumentar el turismo en esas naciones, mientras que acontecimientos negativos (por ejemplo, actos terroristas) disminuyen la velocidad de crecimiento del sector.

### 1.2.2. Demanda de bienes y/o servicios turísticos

Para Dwyer (2010) las variables más importantes que afectan la demanda por cualquier tipo de bien o servicio turístico incluye el precio del bien ( $P_x$ ), el ingreso del consumidor ( $Y$ ), el número de consumidores en el mercado ( $N$ ), el precio de productos relacionados ( $P_s$  para productos sustitutos y  $P_c$  para productos complementarios), las preferencias del consumidor ( $T$ ), el nivel de gasto en publicidad y mercadeo ( $A$ ) y otras variables como las expectativas de precios de los consumidores, el tipo de interés, entre otros. Así, podemos especificar la función general de demanda de un bien turístico ( $Q_x$ ) medido en unidades físicas, donde los puntos suspensivos al final de la ecuación se refieren a las otras determinantes de la demanda que son específicas de un tipo de bien.

$$Q_x = f(P_x, Y, N, P_s, P_c, T, A \dots \dots) \quad (1)$$

En el contexto del turismo,  $Q_x$  puede referirse al número de visitantes, el alquiler de vehículos, billetes de entrada a una atracción, el número de pasajeros de un vuelo de avión, el número de camisetas vendidas, número de trajes de baño, número de habitaciones demandadas por turistas, entre otros. Para nuestro análisis  $Q_x$  se refiere a cantidades demandadas de servicios médico-turístico proveniente del extranjero.

### 1.2.3. Especificación de la función de demanda de turismo

Una forma de estimar la demanda de un bien turístico por medio de análisis de regresión es determinar la forma del establecimiento de un modelo de estimación. El modelo más útil para establecer y también el más realista, es el modelo lineal. La ecuación 2 establece un modelo lineal de cantidad demandada de un bien o servicio de turismo.

$$Q_x = \alpha_0 + \beta_1 P_x + \beta_2 Y + \beta_3 N + \beta_4 P_s + \beta_5 P_c + \beta_6 T + \beta_7 A \dots \dots + \mu \quad (2)$$

Dónde:

$\alpha_0$  Es la intercepción,  $\beta_s$  son los parámetros (coeficientes) que deben ser estimados,  $\mu$  es el margen de error. En este modelo lineal, el cambio en el efecto marginal de la variable dependiente  $Q_x$  para cada cambio en una unidad en la variable independiente o explicativa (dado por el coeficiente estimativo de las variables) es una constante independiente del nivel de otra variable particular (u otras variables incluidas en la ecuación de demanda). Esto permite una fácil interpretación de los coeficientes estimados de la regresión como elasticidades. Varias formas funcionales pueden ser utilizadas en un análisis de regresión. Existen casos donde las relaciones no lineales encajan con los datos recogidos mejor que cualquier forma lineal. La forma más común es la forma funcional multiplicativa o también



llamada la función de potencia. La ecuación de demanda en la forma de función de potencia se expresa de la siguiente forma.

$$Q_x = \alpha(P_x^{\beta_1})(Y^{\beta_2})(N^{\beta_3})(P_s^{\beta_4})(P_c^{\beta_5})(A^{\beta_6})\mu \quad (3)$$

Para lograr estimar los parámetros (coeficientes  $\beta_1$  y  $\beta_2$ ) de la ecuación de demanda anterior, debemos primero transformarla en una ecuación logarítmica doble la cual es lineal en logaritmos y luego realizar una regresión de las variables logarítmicas.

$$\ln Q_x = \ln \alpha + \beta_1 \ln P_x + \beta_2 \ln Y + \beta_3 \ln N + \beta_4 \ln P_s + \beta_5 \ln P_c + \beta_6 \ln T + \beta_7 \ln A + \ln \mu \quad (4)$$

Debido a que esta ecuación es lineal en términos de los logaritmos de la variable original, los coeficientes pueden ser estimados utilizando el método de mínimos cuadrados.

La curva estimada del coeficiente en la ecuación anterior representa los cambios porcentuales de las elasticidades promedio, específicamente:

$\beta_1$  Es la elasticidad-precio de la demanda,  $\beta_2$  es la elasticidad-ingreso de la demanda,  $\beta_3$  es la elasticidad de la demanda con respecto al crecimiento de la población,  $\beta_4$  es la elasticidad cruzada de la demanda (para bienes sustitutos),  $\beta_5$  es la elasticidad-cruzada de la demanda (para bienes complementarios),  $\beta_6$  es la elasticidad de la demanda con respecto a cambios en los gustos y preferencias de los consumidores,  $\beta_7$  es la elasticidad de la publicidad y mercadeo de la demanda. Así, la ventaja de la formulación de la función de potencia es que el coeficiente estimado da las elasticidades de la demanda de forma directa. Esta función se utilizara para estimar la cantidad demandada de servicios turísticos para Colombia en el año 2014. Cabe resaltar que se utiliza esta ecuación de estimación de demanda debido a su aplicación al subsector del turismo de salud. Al ser esta una ecuación genérica puede ser aplicada a una rama del turismo sin alterar sus componentes fundamentales.

#### 1.2.4. Margen de error en la precisión de las previsiones

Existen una serie de métodos estadísticos disponibles para evaluar la precisión de la previsión realizada a través de las técnicas econométricas. Todas estas medidas son sujetas a interpretación. Mientras estos test proveen información importante sobre los errores en la previsión, estos no proveen un análisis sobre las técnicas de previsión lo cual permite un margen de análisis cualitativo sobre las causas de un potencial margen de error alto.

Cuando las previsiones son realizadas en términos de tasas de crecimiento, los errores de las previsiones se expresan en diferencias de puntos porcentuales y evaluados por medio de la utilización de promedios y promedios absolutos de los errores. La habilidad de la previsión puede cambiar rápidamente en respuesta a los cambios de un patrón de datos se considera más importante que la precisión de los datos y de los resultados obtenidos. Así, la elección de un método de previsión debe reflejar el balance de la importancia entre la precisión de los datos, la precisión de los resultados obtenidos y su dinámica de cambio en caso de ser necesario.

### 1.3. Oferta de turismo

Según Dwyer y Forsyht (2010) la oferta de turismo es variada dependiendo el segmento que se analice. La producción del turismo pueden ser bienes tangibles como playeras de recuerdo de una visita o servicios como un tour por una ciudad de visita. Para efectos de esta investigación se expondrá la oferta de servicios turísticos con el fin de aplicar la teoría aquí mostrada en la estimación de oferta de servicios y tratamientos médico-turísticos en Colombia para el año 2014.

En ese sentido, muchos de los operadores de la oferta de turismo y destinos turísticos se conciben como servicios y no como productos que se caracterizan por los siguientes factores:

- 1) Los servicios son intangibles: Los demandantes de servicios turísticos no pueden ver, sentir ni tocar los servicios antes de adquirirlos mediante la compra de la misma. Dado que los bienes son elaborados mientras los servicios son transmitidos, la

producción de los servicios y el costo por unidad son mucho más difíciles de medir que los productos estándares. Los bienes son impersonales mientras los servicios son personalizados, es decir, aun cuando se pretenda ofrecer un servicio estándar a un nicho de mercado, este será único en la forma de ofrecerlo debido a los factores exógenos que no domina el oferente.

- 2) Experiencias turísticas: Los productos poseen características tangibles que el demandante puede analizar antes de adquirirlo mientras los servicios ni siquiera existen antes de ofrecerlos. Los productos son utilizados mientras los servicios son vividos y experimentados por el demandante al momento de adquirirlos.

Los servicios turísticos no cuentan con un modelo ejemplar que pueda ser analizado por el potencial consumidor. Esta situación genera un grado de incertidumbre y riesgo por parte del demandante del servicio, especialmente en la visita a lugares de destino y el servicio de tour. Esto quiere decir que debido a la falta de un modelo de servicio que el demandante pueda analizar antes de adquirir una experiencia, la naturaleza y calidad de los servicios turísticos no se pueden analizar de forma precisa *ex ante*.

Los compradores deben viajar a la localización turística para poder consumir el servicio. Es decir, los servicios turísticos son “productos de experiencia” más que “productos de búsqueda”. Para eliminar la incertidumbre, los demandantes de servicios turísticos buscan señales de calidad como la reputación de la calidad en dicho servicio y sus referencias las guías turísticas de mayor prestigio.

- 3) Irreversibilidad: Una vez consumido el producto, el servicio no puede ser devuelto. Este es el caso de los viajes aéreos, tours y servicio a la habitación de un prestigioso hotel. En contraprestación lo que se devuelve es el monto total pagado por el servicio consumido que no cumple con las promesas dadas antes del consumo del mismo.
- 4) Subjetividad en la valoración del servicio: Los servicios turísticos son ofrecidos por personal entrenado para lograr la mayor satisfacción del consumidor. Sin embargo, el personal no siempre logra la mayor satisfacción del cliente debido a múltiples causas (falta de entrenamiento adecuado, clientes difíciles de satisfacer, situaciones

de índole privada que pueden afectar el desempeño del personal que ofrece el servicio, falta de infraestructura y/o logística para ofrecer de la mejor forma posible el servicio). Para adquirir un servicio, el demandante debe ponerse en contacto con una entidad que lo provea. Los servicios turísticos se ofrecen y consumen de manera simultánea con compradores que tienen experiencias previas y diferentes niveles de expectativas frente al servicio a adquirir. Debido a que la experiencia personal hace parte de los factores exógenos que determinan la percepción de calidad por parte del demandante, la oferta de turismo siempre cuenta con un alto grado de dificultad en el aseguramiento de la satisfacción del consumidor.

- 5) Intangibilidad del servicio: La oferta de servicios no puede ser postergada en un futuro próximo. A diferencia de los productos tangibles, la oferta de turismo no puede guardarse y ofrecerse en el futuro. La no venta de un servicio de habitación en un hotel o un asiento en una aerolínea en un momento específico es una pérdida para los oferentes.
- 6) Interdependencia: Los productos y servicios turísticos no se ofrecen de manera solitaria. Su oferta (y la satisfacción del consumidor) depende de la presencia de productos complementarios y de los servicios ofrecidos por otros oferentes. Por ejemplo, la oferta exitosa de instalaciones para el turismo depende en gran parte del acceso a una buena infraestructura de transporte a unos costos asumibles para el consumidor.
- 7) Fluctuaciones estacionarias: La oferta de turismo fluctúa con las estaciones (para destinos en días feriados), con los fines de semana (para la selección de hoteles) y con las horas del día (para la selección de la hora de viaje y medio de transporte) para lograr encajar con la demanda. Esta situación lleva a un ajuste de precios ya que las firmas de turismo buscan acaparar la demanda principalmente en el corto plazo.

- 8) Fijación espacial: La infraestructura de turismo como la acomodación, las atracciones turísticas y los destinos son sensibles al espacio. La localización es una característica integral de la oferta ya que es donde el demandante busca al oferente.

### 1.3.1. Factores que influyen en la oferta del turismo

Para D'Souza (2000) la oferta de turismo se refiere al deseo y posibilidad de las firmas de ofrecer una cantidad específica de productos y servicios turísticos a un nivel de precios durante un periodo de tiempo. Así, la oferta de turismo se influencia por factor precio y factores distintos al precio. Se puede especificar la función de oferta de un producto/servicio turístico  $Q_s$ , medido en unidades físicas como una ecuación.

$$Q_s = f(P_x, P_0, C, T, N, \pi, \dots) \quad (5)$$

Donde  $P_x$  es el precio del producto,  $P_0$  es el precio de otros productos,  $C$  es el coste de los insumos,  $T$  es el nivel de tecnología,  $N$  es el número de oferentes,  $\pi$  son las ganancias esperadas. Los puntos suspensivos dentro del paréntesis se refieren a otras determinantes que son específicas para una firma de turismo particular y producto particular. Para determinar la oferta para un año en particular es necesario obtener los coeficientes por medio de una función lineal de regresión múltiple que permita estimar la oferta de servicios turísticos utilizados en el siguiente capítulo. La ecuación se representa como:

$$Q_{sx} = \alpha + \beta_1 P_x + \beta_2 P_0 + \beta_3 C + \beta_4 T + \beta_5 N + \beta_6 \pi \quad (6)$$

Donde  $\beta_1$  es la elasticidad oferta-precio de un bien o servicio turístico,  $\beta_2$  es la elasticidad cruzada con respecto al precio de otros productos y servicios turísticos,  $\beta_3$  es la elasticidad de oferta con respecto al coste de los insumos necesarios para producir un bien o servicio turístico,  $\beta_4$  es la elasticidad de la oferta con respecto al nivel de tecnología que se

dispone para suministrar bienes y/o servicios turísticos,  $\beta_5$  es la elasticidad de oferta con respecto al número de oferentes existentes en el mercado,  $\beta_6$  es la elasticidad de oferta con relación a las ganancias esperadas.

### 1.3.2. Integración vertical en oferta de turismo

De acuerdo con Espinal (2005) la integración vertical ocurre cuando una firma incorpora el valor de una cadena de oferta o un canal de distribución en su propia cadena de producción para la oferta de un bien.

Esta condición se presenta cuando una firma adquiere otra o expande sus operaciones a otras actividades llevadas a cabo tradicionalmente por otros oferentes o distribuidores que puede ser de adelante hacia atrás o viceversa (Gouveia, 2005). La integración vertical se promueve mediante las sinergias entre las actividades complementarias, economías de escala y economías de alcance, además de un ahorro en el pago de impuestos. Las firmas integradas verticalmente se unen mediante una jerarquía claramente establecida y comparten un mismo dueño.

Existen dos tipos de jerarquía vertical:

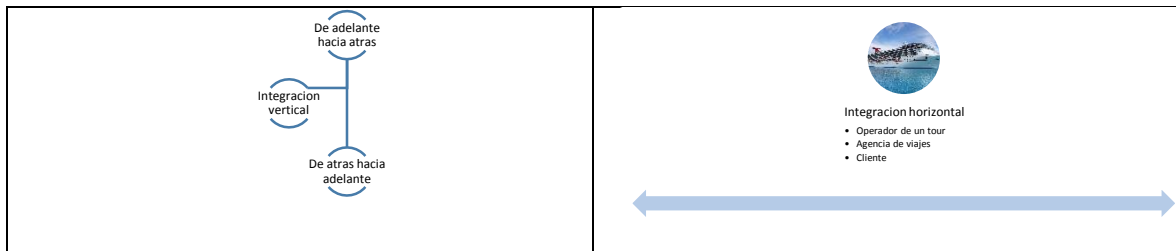
- 1) La integración de adelante hacia atrás ocurre cuando una firma gana control sobre los insumos (Gretcher, 2012). Bajo esta modalidad la firma establece subsidiarias que produce algunos de los insumos utilizados en la producción de los bienes finales. Así por ejemplo, las aerolíneas ofrecen servicios como el mantenimiento de las aeronaves, proveedores de entrenamiento del personal y catering. De forma similar, una cadena de hoteles puede adquirir una empresa de transporte de pasajeros que lleve a los huéspedes a sus hoteles. Las ventajas de una integración bajo esta modalidad incluye la certeza del precio a desembolsar, mayor posibilidad de llegar al consumidor final y mayor acceso a la información sobre los consumidores finales.
- 2) La integración de atrás hacia adelante ocurre cuando una firma gana mayor control sobre los canales de distribución (Hoti, McAleer y Shareef, 2005). Por ejemplo, una compañía de crucero puede desarrollar su propia compañía de turismo que opere en

diferentes sitios donde atraca. Las ventajas de este tipo de integración incluye la disminución de la competencia, mayor habilidad para llegar al consumidor final y mayor acceso a la información sobre el consumidor final.

### 1.3.3. Integración horizontal y vertical en la oferta de turismo

La integración horizontal es la modalidad más utilizada para lograr la oferta de un producto o servicio integral (Cantalone, 1987). La integración horizontal ocurre cuando dos o más firmas ya sean complementarias, subsidiarias o competidoras promueven la competencia y desarrollo de un sector que beneficia al consumidor en materia de elección y precios. La figura 1 muestra las dos clases de integración. La integración vertical se caracteriza por la mayor participación de una firma en los eslabones de los servicios turísticos ofrecidos mientras que la integración horizontal se caracteriza por una sinergia colaborativa entre oferentes independientes para generar valor mayor calidad y obtener mayor cuota de mercado en el servicio de interés colectivo (Ivanov y Webster, 2007).

Figura 1: Cadena de oferta simple para un operador de tour con integración vertical y horizontal.



Fuente: Elaboración propia a partir de Ivanov, S., & Webster, C. (2007). Measuring the impact of tourism on economic growth. *Tourism Economics*, 13, 379-388.

La integración vertical y horizontal prevalece en la industria de operadores de turismo.

La figura 1 establece una cadena de oferta simple con ejemplo de integración vertical e integración horizontal en la industria de operadores de turismo. Por ejemplo, para que las empresas de transporte tengan un flujo importante de pasajeros en temporadas altas, necesitan

del apoyo de las agencias de viajes para que aumente el flujo de turismo y por ende el flujo de transporte de pasajeros.

#### 1.3.4. Las alianzas estratégicas

Las alianzas estratégicas son acuerdos, joint ventures, clústeres, entre otros, establecidos para un propósito específico y limitado entre firmas competidoras (Khan, Seng y Cheong, 1990).

Las aerolíneas, hoteles y las firmas de alquiler de automóviles forman alianzas entre productos/servicios diferentes pero complementarios. Las alianzas estratégicas son un método eficiente en materia de costos, de compartir el riesgo y recursos, reducir la incertidumbre estabilizar la demanda y lograr economías de escala (Porter, 1996).

Estas ofrecen a las firmas la flexibilidad que necesitan en un ámbito de creciente globalización que logre consolidar el poder de mercado en las diferentes industrias, el elemento tecnológico para responder a las demandas especializadas de los consumidores y mantener un ambiente competitivo en un sector. Si bien las alianzas estratégicas se pueden formar en cualquier segmento del sector del turismo, estas se evidencian con más frecuencia en el sector del transporte aéreo.

Divisekera (2003) clasifica las alianzas estratégicas como una conjunción basada en la integración de mercados estratégicos y formales como en el conocimiento público de una alianza estratégica con reconocimiento legal. Generalmente las autoridades tienden a aprobar las alianzas estratégicas complementarias donde varias empresas de una misma industria o interindustrial ofrecen un producto o servicio en conjunto. Sin embargo, las alianzas estratégicas tienen riesgos de gran consideración (Rodríguez y Moisa, 2011).

Este es el caso de una aerolínea que se ve afectada en su reputación por el mal manejo en la oferta de billetes de avión por parte del operador virtual. Sin embargo, las alianzas estratégicas representan una oportunidad de sinergia y coordinación para la potenciación del sector turismo y mayor competitividad internacional de los oferentes en la búsqueda de demandantes.



## **1.4. Contribución económica e impuesto al turismo**

### 1.4.1. La contribución económica del turismo desde diferentes modelos de aproximación

Para Sharpley (2000) los efectos directos del gasto por parte de los turistas recae sobre los oferentes quienes ofrecen sus bienes y servicios turísticos a los consumidores promoviendo el aumento del sector y su participación en el PIB de una nación.

El efecto inicial del gasto en turismo es directo sobre la actividad económica bajo la forma de ganancias sobre las ventas, ingresos para las firmas sobre los bienes y servicios vendidos a los turistas, también afecta los salarios y remuneraciones a los hogares que viven de esta actividad, además de un aumento del empleo en ese sector (Wang, 2012).

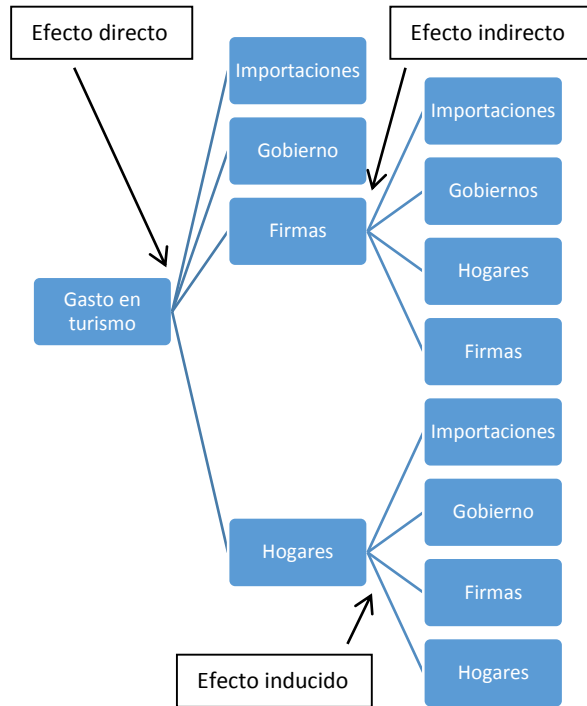
Los efectos directos permiten la aparición de efectos indirectos e inducidos vía multiplicación estimulando la generación de ingresos y el empleo en la economía. Por otro lado, los efectos indirectos se generan a través de la circulación del gasto en turismo en las transacciones domesticas intra-firmas.

Los efectos indirectos resultan del aumento de compras ya sea para el consumo o inversión con recursos provenientes de los ingresos generados por el turismo incentivando el aumento de la inversión y el empleo en los sectores afines al turístico. Para Martin, Morales y Scarpa (2004) los efectos inducidos aparecen cuando los beneficiarios del gasto directo e indirecto (dueños de empresas y empleados) gastan sus ingresos ahora aumentados. Esto es, el gasto por parte de los empleados y dueños de empresas en bienes y servicios diferentes al sector del turismo.

Por ejemplo, un empleado de un hotel pagará su alquiler con parte de su salario recibido por los servicios prestados en hotel donde labora.

Este proceso se muestra en la figura 2. La suma del efecto directo, indirecto e inducido se denomina efecto total y repercute sobre los ingresos totales de los empleados y las firmas, la producción total, las ventas totales, y el empleo total.

Figura 2: Efecto directo, indirecto e inducido del gasto en turismo (Englin, 1991).



Fuente: Elaboración propia a partir de Englin, J. y Mendelsohn, R. (1991). A hedonic travel cost analysis for evaluation of multiple components of site quality: the recreational value of forest management. *Journal of Environmental Economics and Management*, 21, 275-290.

Sin embargo, en el proceso de multiplicación de recursos existen situaciones de fugas.

Según Muñoz de Escalona (2002) La forma más usual de encontrar fugas durante el proceso es mediante el establecimiento de impuestos, la ejecución de la cultura del ahorro y las importaciones de bienes y servicios. Desde el ámbito del análisis económico, los impactos sobre la producción y el empleo se han modelizado mediante instrumentos de análisis fundamentales como lo son los efectos multiplicadores keynesianos y los modelos insumo-producto. Aunque existen algunas diferencias de aproximaciones entre ambas modelizaciones, comparten el punto de partida por medio del cual se busca analizar el impacto de un sector económico (en este caso la industria turística) en las variables económicas fundamentales. Briguglio (1992) compara ambas metodologías encontrando que existen más similitudes que diferencias en los resultados arrojados. Para el caso específico

del efecto multiplicador keynesiano, Briguglio resalta una disminución en la propensión marginal de importación por concepto de un equilibrio y/o superávit comercial en la exportación de servicios permitiendo un reequilibrio (aunque temporal) en la balanza comercial y aumento en la diversificación de divisas.

Según Mason y Wright (2011) el incremento de la demanda turística supone un gasto en el sistema económico, cuyos efectos no se limitan a la industria turística sino que se extiende a la estructura sectorial de actividades productivas y de consumo vistas en el apartado anterior por medio de efectos directos, indirectos e inducidos. El concepto de multiplicador keynesiano relaciona la inyección inicial de gasto con los efectos finales que se generan en la economía (Kester, 2003).

Para Roemer (2003), Syriopoulos y Sincalir (2003) la base teórica está en el modelo keynesiano de demanda agregada con oferta elástica o sin restricciones de capacidad, considerando el gasto turístico como un componente exógeno de la demanda agregada donde solo el aprovechamiento completo de los factores productivos genera un crecimiento económico con componentes inflacionarios. Un aumento de los ingresos por turismo tiene un efecto inicial en la renta, la cual incrementa sucesivas rondas de incremento de demanda agregada y renta. Este concepto ha resultado muy útil para presentar los efectos de la demanda turística debido a las estrechas relaciones que existe entre el turismo y el resto de sectores económicos, a partir del establecimiento de un modelo lineal de regresión múltiple genérico donde su capacidad de adaptación se aplica a países desarrollados como en vías de desarrollo y más específicamente, a las particularidades económicas colombianas haciendo especial énfasis en el subsector del turismo de salud.

La definición del concepto multiplicador ha sido objeto de confusión en los estudios empíricos sobre el sector del turismo debido a la variedad de conceptos utilizados y a la diversidad de definiciones de los mismos. Así, se tienen multiplicadores de renta, ventas, empleo, y producción (Van Dijk, J.C. y Van der Stelt-Scheele, D.D., 1993). En la mayoría de los casos, los valores estimados del efecto en la variable de interés difieren según sea la definición adoptada. Considerando el efecto sobre la renta, supongamos que se tiene un incremento del gasto turístico de  $x$  unidades, y este genera un aumento de renta de  $y$  unidades, así como una filtración inicial de  $z$  unidades y una renta final de  $h$  unidades.

Archer (1984) identifica tres definiciones alternativas: 1) el multiplicador ortodoxo especificado como el cociente entre la renta total generada y la renta total creada por una unidad de inyección inicial ( $h/y$ ); 2) una variante del multiplicador ortodoxo, definido por el cociente entre la renta final generada y la diferencia entre la inyección inicial y la filtración inicial ( $h/(x-z)$ ), y 3) el multiplicador no ortodoxo definido por la renta total generada por unidad de inyección inicial de gasto ( $h/x$ ). Por otro lado el concepto multiplicador también tiene su importancia. Si se genera  $g$  unidades de producto y  $l$  unidades de empleo, entonces los multiplicadores respectivos son  $g/x$  y  $l/x$ . El cálculo del multiplicador keynesiano resulta más complicado a medida que se introducen nuevas consideraciones que transmiten mayor realismo a la representatividad de la sucesión de impactos en la variable de interés. En ese sentido Dwyer (Dwyer, 2013) rescata la simplicidad del modelo lineal de regresión múltiple como proyección de estimación de demanda a partir de la adopción de conceptos de multiplicador de producto que se incluyen en la cantidad de bienes y servicios demandados y ofertados teniendo en cuenta el peso de las variables independientes en la ecuación final. Sin embargo, una deficiencia importante de la formulación agregada del modelo macroeconómico que rescata Dwyer es que identifica la difusión del proceso multiplicador entre los diversos sectores económicos.

En ese sentido Archer y Owen (1971) consideran un modelo que permite distinguir los efectos multiplicadores de los diversos tipos de gasto según sea el tipo de turismo que lo realice, así como la difusión de rondas de gasto entre los sectores de la estructura económica de la región o país. El nivel de desagregación de los efectos facilita la derivación de multiplicadores por tipología de turismo y por sectores de gasto. En esta línea de trabajo que aporta una visión desagregada del multiplicador keynesiano y que sirve de base para la elaboración posterior de un modelo de proyección de demanda de servicios médico-turísticos y capacidad de oferta para el caso colombiano, Sinclair (1982) opta por un desarrollo alternativo consistente en la desagregación de rondas de gasto por actividades, mientras que Milne (1987) desarrolla el modelo de Archer y Owen para estudiar el efecto a escala empresarial como agentes individuales y separados del resto de los sectores productivos.

Este estudio concluye que las empresas de pequeña propiedad de agentes locales generan más renta, empleo e ingresos públicos que empresas de mayor capital controladas por agentes privados (fundamentalmente externos).

Sin embargo, para el caso de países en desarrollo donde el nivel de informalidad es alto y existen fugas en la tributación por parte de personas naturales, Uribe y Messino (2011) mencionan que los ingresos y producción marginal no suele ser tal alto debido a las imposibilidades institucionales propias de países en vías de desarrollo de llevar una contabilidad sobre la actividad económica por fuera del sector oficial limitando la obtención de recursos por parte de entidades reguladoras, captadoras de renta legal, resultando en una fuga constante de recursos vía disminución de efectos directos e indirectos.

Fernández y Sánchez Rivero (2009) establecen que las actividades turísticas, al dividirse en matrices de consumo por parte del turista proveniente de otra parte de un estado o del extranjero, permite una mayor discriminación de su nivel de ingresos y consumo caracterizado por diferencias categóricas de percepción de renta que derivan en un análisis más riguroso del accionar particular de cada grupo socio-económico, bien en la demanda final como una exportación, bien como un componente adicional insertado en la ecuación de proyección de demanda y capacidad de oferta. En la práctica la mayoría de los estudios optan por una alta desagregación relativa de los componentes involucrados en la estimación de una variable independiente relacionadas con el turismo (transporte, alojamiento, restauración, atracciones, entre otros). De esta forma, variables dependientes como el gasto turístico con base en encuestas oficiales a los visitantes y estadísticas oficiales, se desagrega en sus componentes por actividades y pasa a formar parte de la demanda final de los sectores.

Este es el caso del análisis de variables dependientes para cada uno de los servicios demandados y de capacidad de oferta analizada en el siguiente capítulo que arrojan una diferenciación característica propia de cada servicio y su impacto sobre el subsector global.

Por su parte el análisis insumo-producto permite derivar efectos directos, indirectos e inducidos de una variación del gasto turístico en la economía (Cortez-Jiménez y Pulina, 2010). Los efectos directos se deben a al incremento en la demanda del sector por consecuencia de un aumento en la demanda turística. Los efectos indirectos se identifican con las variaciones en las demandas de otros sectores de la actividad. Los efectos inducidos

sucedan por la variación de la renta de las economías domésticas en sucesivas rondas de gasto (Wanhill, 1983).

Se puede decir entonces que el modelo insumo-producto presenta las siguientes ventajas con respecto a los modelos keynesianos de carácter más agregado (Fletcher, 1990), 1) al tratarse de una técnica de equilibrio general, proporciona una visión completa de los flujos económicos entre sectores, reflejando una estrecha interdependencia, 2) se trata de una técnica que representa mayor flexibilidad para representar el funcionamiento de la economía turística, pues permite definir con antelación el nivel de desagregación deseado por el investigador, 3) es una técnica descriptiva y cuantitativa, por lo que no conduce a implicaciones políticas directas dado que todos los sectores son igualmente representados, siempre que se sigan las normas de clasificación internacional de actividades económicas, 4) permite visualizar el impacto del turismo a través de las diversas actividades de la estructura económica. Sin embargo, el método insumo-producto se encuentra sometido a supuestos restrictivos que pueden restar validez empírica a los resultados obtenidos en el caso de economías que giran en torno a la actividad turística (Briassoulis, 1991) (Hughes, 1994).

La consideración de coeficientes constantes implica el supuesto de funciones de producción con rendimientos constantes a escala e insumos perfectamente complementarios. Tampoco se considera la posibilidad de efectos externos en la producción o el consumo de bienes y servicios, los cuales pueden tener relevancia en el turismo. Por otro lado, todo aumento de demanda tiene una respuesta lineal en la oferta, suponiendo que las empresas operan con exceso de capacidad y existe desempleo de recursos. Este es un problema importante para la industria turística debido a que la oferta representa una alta rigidez a corto plazo. Las fuertes inversiones de capital fijo y de infraestructuras que son necesarias para aumentar la oferta implican una capacidad de reacción modesta ante aumentos repentinos en la demanda. En este punto Wanhill (1988) considera un modelo con restricciones de capacidad, obteniendo que los efectos en la renta se reducen un 22 por 100 bajo estos supuestos. Por último, el análisis insumo-producto es muy costoso debido a los altos requerimientos de datos implícitos en la matriz de transacciones, para la cual se suelen utilizar trabajos de encuestas. Los costes incrementan si se tiene en cuenta que los resultados son válidos solo para un periodo temporal concreto, y que han de revisarse con el paso del tiempo.

El valor del multiplicador de la renta obtenido en los estudios empíricos con los modelos keynesianos e insumo-producto son diversos, oscilando en la mayoría de los casos entre 0,28 y 1,73 los recursos dirigidos hacia el sector turístico (Cooper, 1993).

En general los impactos sobre el producto y la renta no resultan sustancialmente diferentes en ambos análisis modélicos y dependen de las características regionales.

Los valores resultantes de los diversos multiplicadores son mayores para regiones grandes y desarrolladas que tienen pocas filtraciones del sistema vía consumo exterior e importaciones. Los impactos tienden a ser menores en regiones que dependen fuertemente del suministro exterior para la satisfacción de la demanda turística, como es el caso para economías de tamaño pequeño que dependen en gran medida de la actividad turística como fuente fundamental de ingresos.

Los efectos en el empleo dependen de la cualificación local de la fuerza de trabajo y de la disponibilidad de trabajo desempleado, así como una especialización productiva de la industria, reflejadas en las características de la oferta y en la segmentación de los establecimientos hoteleros y extra hoteleros (Hansen y Jensen, 1996).

El tipo de turismo también incide en el valor de los multiplicadores, pues se pueden encontrar diferencias en la proporción a gastar en productos locales entre los turistas alocentricos y psicocentricos (Pyo, 1991). Por ejemplo, West (1997) utiliza el modelo insumo-producto para derivar los impactos realizados por diferentes segmentos de la demanda, con la conclusión de que los turistas internacionales ocupan una posición relativa muy inferior con respecto a los turistas domésticos y los viajeros de un día.

#### 1.4.2. Organización industrial en la industria turística y los oligopolios

El turismo comprende un conjunto de actividades dirigidas a la satisfacción de los turistas, donde predominan los servicios de transportes, hostelería, restauración, las atracciones, y la oferta complementaria. Una característica común de estas actividades es la alta utilización relativa de factores fijos, tanto de capital como de trabajo, y su gran capacidad para la generación de empleo a nivel agregado. Un área diferenciada dentro del análisis económico del turismo es el análisis de las estructuras y decisiones empresariales a nivel

microeconómico. Siguiendo el paradigma Estructura-Comportamiento-Resultado (Bain, 1959) la organización de la industria está determinada por las condiciones de la oferta-demanda, y el comportamiento de las empresas. Los resultados en cuanto a eficiencia asignativa y distributiva de los recursos vienen condicionados por la conducta de los agentes implicados.

El estudio de aspectos fundamentales de la estructura industrial, tales como la concentración, la diferenciación de los productos, las barreras de entrada, la estructura de costes, y la integración empresarial, resulta esencial para comprender los comportamientos de los productores, y los resultados individuales y sociales. En términos generales, la validez del paradigma estructura-comportamiento-resultados para su aplicación a la industria turística ha sido probada empíricamente por Davies (1996) utilizando una muestra de empresas hoteleras del Reino Unido para el período 1989- 1993. El modelo econométrico estimado por estos autores permite explicar las variaciones en los beneficios en relación a las ventas como una función de las variables retardadas de la cuota de mercado, la evolución cíclica de la tasa de desempleo, y el índice de concentración.

El avance en el análisis industrial del turismo se ha visto tradicionalmente limitado por la escasez de fuentes estadísticas sobre las unidades de producción, así como por la complejidad encontrada en el acotamiento del sistema productivo que forma parte de la industria turística. Sin embargo, se encuentran algunos trabajos que, de forma general y aplicándose a contextos específicos, han realizado aportaciones al conocimiento de algunas de las actividades turísticas. Sheldon (1986) realiza una serie de consideraciones sobre la industria de los tour-operadores en los Estados Unidos, con una aplicación específica a la tarificación de los servicios en el caso de Hawai.

Los tour-operadores participan en el proceso de intermediación entre los oferentes y los demandantes finales de los productos turísticos. Su actividad principal se centra en la elaboración de paquetes que incluyen varias actividades a desarrollar entre el origen y el destino. La compra del paquete tiene algunas ventajas para el consumidor, las más importantes son su menor coste relativo, y la comodidad en el proceso de compra. Este segmento de la industria se caracteriza por una polarización entre un grupo de grandes oferentes plenamente establecidos en el mercado, y otro grupo de pequeñas empresas de alta



inestabilidad. Los grandes oferentes actúan como un oligopolio, y su tamaño surge de la necesidad de aumentar el volumen de contratación para obtener descuentos significativos en los componentes de los paquetes turísticos. La franja de pequeñas empresas tiene su origen en la facilidad de entrada y salida en el mercado, pues se requieren unos bajos costes fijos. Algunas pequeñas empresas logran sobrevivir y evolucionar hasta posiciones dominantes si ostentan un conocimiento especial acerca de los mercados de destino. Los bajos costes hundidos y las facilidades de entrada y salida llevan a concebir la industria de tour-operadores como un mercado altamente contestable.

Desde un punto de vista teórico, Baum (1994) propone el modelo ricardiano de determinación de la renta para explicar la determinación de los ingresos de las empresas turísticas. La industria turística se caracteriza por presentar productos diferenciados con base en la calidad. El modelo supone que la relación entre los ingresos y la calidad es positiva, esto es, los productos (paquetes, hoteles, etc.) de mayor calidad se distinguen por su capacidad para generar mayores ingresos. También se asume que los costes marginales son constantes en el valor cero, debido a que los servicios no son almacenables. La estructura de mercado perfectamente competitiva se diferencia por la incapacidad que tienen las empresas para realizar estrategias de retención de producto.

Esta estrategia es factible cuando existen pocas empresas formando una estructura oligopolística, y consiste en la reducción de la oferta de inferior calidad en períodos de baja demanda. El resultado del proceso de reacción ante cambios sucesivos en los precios es una alta inestabilidad del oligopolio, explicándose cómo el comportamiento de los precios tiene un carácter asimétrico con respecto al estado de la demanda. En épocas de alta demanda, los precios son estables y altos, mientras que en los períodos de exceso de oferta los precios son flexibles a la baja y no reflejan el estado de la demanda. La evidencia empírica de las islas Bermudas parece sostener esta hipótesis para el caso la industria hotelera (Moutinho, 1995).

Por otro lado, la evidencia anterior aportada por Carey (Carey, 1992) para los hoteles de lujo de Barbados no parece descartar el exceso de capacidad en la industria, aunque los resultados adolecen de robustez estadística. La propuesta de Moutinho ha sido criticada por Taylor (1996) en el caso de la industria de los tour-operadores en el Reino Unido. Este autor

argumenta que los costes hundidos relativamente bajos y las pocas barreras de entrada-salida claramente asemejan la industria a un mercado contestable, si no puramente competitivo.

El equilibrio del modelo Baun-Mundabi con pocos oferentes obteniendo rentas oligopolísticas es posible si se consideran variaciones conjeturales diferentes de cero, que son más probables en la práctica de los mercados. Sin embargo, este equilibrio con rentas oligopolísticas es poco probable en el mercado de los tour-operadores, debido a su naturaleza contestable. Por otro lado, la predicción de inestabilidad es también factible bajo los supuestos de los mercados contestables con una franja de pequeños oferentes, sin necesidad de acudir a estrategias de retirada de la oferta características de estructuras con poder de mercado.

La polarización del mercado puede ser resultado de los comportamientos estratégicos de los grandes operadores, que dan lugar a una elevación de los precios en beneficio de los oferentes de la franja competitiva. La evidencia aportada por Gratton (Gratton, 1997) en el período 1988-1993 parece apoyar la hipótesis de contestabilidad para los mercados estudiados en general donde pocos operadores representan alrededor del 50 por 100 al 60 por 100 de la oferta, pero con bajos márgenes de beneficios, precios competitivos y alta inestabilidad.

#### 1.4.3. Formación de precios y dinámica de la industria

En otro orden, según el trabajo de van Dryer (Dryer, 1993), la formación de los precios de los servicios de las actividades turísticas podría explicarse por la regla del margen sobre el coste por unidad, que tiene alguna validez en competencia imperfecta Koutso (Koutso, 1979). Esta regla de fijación de precios se suele justificar por la incertidumbre en la demanda y en los costes a largo plazo. Por este motivo, las empresas podrían optar por fijar los precios de acuerdo a un margen sobre los costes medios a corto plazo. De esta forma, los precios de las actividades de transportes, alojamiento, y restauración estarán determinados por los costes unitarios y el margen de beneficio.

Los resultados empíricos disponibles de este modelo para el caso de Holanda no son claramente satisfactorios, debido a la poca significatividad estadística de las variables

explicativas. Un enfoque alternativo para explicar la formación de precios es el modelo de precios hedónicos, según el cual los destinos turísticos se diferencian por un conjunto de características que determinan el precio de equilibrio del mercado. De este modo, el precio de los paquetes turísticos se explica por la localización de los destinos, el número de noches según la categoría del hotel, las características de los servicios ofrecidos por los establecimientos, y una serie de variables ficticias para los tour-operadores implicados.

La estimación econométrica de la función de precios de equilibrio permite derivar las diferencias porcentuales de precios entre localizaciones, así como el valor marginal de una noche adicional según categoría y tour-operador.

Las primeras aplicaciones se pueden encontrar en Sinclair (1982) para enclaves turísticos costeros en Málaga, y en Clewer (1992) para el turismo de ciudades europeas.

En el trabajo de Taylor (1995) se estudia la evolución temporal de varios destinos en el Mediterráneo, observándose una convergencia progresiva de los precios ofertados en el período analizado (1982-1985). Esta convergencia puede deberse al proceso de creciente competencia entre los destinos turísticos, en la evolución de los mercados hacia volúmenes altos de visitantes.

La necesidad de captar mayores flujos de visitantes para satisfacer los aumentos de la oferta conduce a una reducción de precios de los destinos que presentan una mayor diferenciación del producto.

#### 1.4.4. Dinámica de la industria, regulación y eficiencia

La modelización de la evolución dinámica de la industria turística de los destinos se ha servido principalmente del modelo de ciclo de vida del producto, basado en Vernon (1966), y propuesto por primera vez para el turismo por Butler (1980). En este modelo, cada destino define un producto turístico basado en una serie de atributos tales como el precio, la calidad, y los factores medioambientales. La demanda de cada destino turístico experimenta una evolución en el tiempo, que puede observarse en las series temporales de flujo de visitantes, ingresos turísticos, tipos de visitantes, y número de repeticiones.

Este proceso evolutivo se puede separar en las fases de la evolución del ciclo de vida del producto: descubrimiento, desarrollo, consolidación, estancamiento, y declive o regeneración. Según Butler (1980), las primeras etapas de fuerte crecimiento se deben al carácter novedoso del producto, mientras que las etapas de desaceleración y declive tienen su origen en la masificación del número de visitantes y la obsolescencia de la oferta, con la consiguiente reducción de la calidad de los servicios y del medio ambiente. Sin embargo, el ciclo de vida del producto puede estar también relacionado con la estructura de los mercados y las estrategias de las empresas, tal y como propone Markusen (1985).

Siguiendo esta argumentación, Debagge (1990) analiza el caso de las islas Bahamas (Paraíso), concluyendo que el agotamiento del producto turístico ha sido el resultado del proceso de concentración oligopolística de los oferentes de los servicios de alojamiento y transportes. Sostiene este autor que en las primeras etapas de la evolución del producto turístico predominan la innovación y un mercado con pocas empresas en un proceso de creciente competencia. A medida que el producto entra en la fase de agotamiento sólo sobreviven las empresas que consiguen participar en el proceso de concentración.

Una vez el mercado se estabiliza en pocas empresas, predominan las estrategias dirigidas al mantenimiento de la cuota de mercado, con lo que se descuida la innovación y el relanzamiento del producto. Aunque esta interpretación del proceso de concentración y su incidencia en el ciclo de vida puede resultar atractiva, no existe una evidencia contundente de que sea aplicable con carácter general a todos los destinos turísticos.

Por otro lado en materia de regulación y eficiencia, en la actividad económica que desencadena la expansión del turismo no siempre es posible y deseable la competencia abierta. Dado que los comportamientos competitivos de los agentes implicados pueden favorecer al bienestar colectivo, en estas circunstancias el Estado debería reducir su intervención a velar por el respeto a las 'reglas del juego' para que los agentes se beneficien mutuamente del establecimiento de relaciones de intercambio. Sin embargo, en la industria turística se producen situaciones en las que la competencia no es factible ni deseable (monopolio natural), es deseable pero no factible (entrada bloqueada), o bien es factible pero no deseable (competencia destructiva).

En cualquiera de estos casos existe justificación económica para la intervención del Estado, estableciendo mecanismos de regulación con el fin de evitar pérdidas de eficiencia en los resultados sociales de la industria (Amstrong, 1994). Por ejemplo, las infraestructuras aeroportuarias y las hamacas de alquiler en una playa son dos casos claros de competencia no factible ni deseable. En el aeropuerto de una isla de dimensión reducida se produce una inevitable sub-actividad en costes. Por contra, el caso de las hamacas en un sector específico de una playa representa la imposibilidad de competir en el mercado sin incurrir en altos costes de transacción, siendo el sistema concesional la alternativa más deseable.

En una estructura de monopolio natural resulta en ocasiones factible introducir competencia por el mercado (Braeutigam, 1989). Cuando las empresas establecidas bloquean la entrada mediante políticas predatorias, la política de defensa de la competencia es la respuesta adecuada. Se trata de restablecer la competencia eliminando aquellas barreras disuasorias de entrada que las empresas establecidas utilizan para ejercer poder de mercado.

El control de la demanda por los tour- operadores en algunos casos y la existencia de oligopolios en el control de algunos servicios de ocio turístico en los que la entrada está prácticamente bloqueada ejemplifican este segundo supuesto de intervención pública. En el caso de la competencia destructiva, el argumento en favor de la regulación se basa en proteger a las empresas de los efectos desestabilizadores producidos por la competencia, dado que ésta tiende a concentrarse en las partes más rentables del mercado, lo cual hace insostenible el mantenimiento de segmentos del mercado de coste más alto y/o demanda débil.

Este argumento ha sido frecuentemente utilizado por las empresas establecidas en los mercados de servicios, aunque la evidencia proporcionada por la liberalización de dichos mercados no permite sostener totalmente las conclusiones apuntadas. Una razón adicional para intervenir en las industrias turísticas se encuentra en los problemas de información asociados a la calidad del servicio demandado.

Una de las claves que explican los problemas en los mercados de información radica en el hecho de que el comprador de información no conoce el valor de lo que compra a menos que conozca su contenido, en cuyo caso no hay razón para comprarla (Kay, 1988).

A veces basta con la autorregulación ejercida desde las empresas por medio de la creación de una reputación solvente y fiable, como es el caso de algunas cadenas hoteleras.

Esta política se hace tanto más rentable cuanto más difícil resulte medir la calidad antes de consumir el bien o servicio. La regulación para resolver problemas de información y calidad en los servicios turísticos tiene diversos ejemplos, entre los que cabe citar la calificación oficial de los establecimientos según su categoría, así como las barreras cualitativas a la entrada que la Comisión Europea impone para restringir el acceso a empresas que previsiblemente distorsionan los resultados de eficiencia de la industria.

#### 1.4.5. Interacción con el medio ambiente

La relación del turismo con el medio ambiente ha sido objeto de creciente atención en la literatura, debido a la importancia que tiene para la calidad del producto y la sustentabilidad de los destinos turísticos. Los factores medioambientales son utilizados en el turismo en una doble vertiente. Por un lado, atributos tales como los paisajes, las playas, la calidad del agua, y la calidad del aire, forman parte de la definición del producto turístico, representando un elemento de la competitividad de los destinos. De otra parte, las actividades turísticas tienen efectos sobre el medio ambiente a través de la utilización del suelo y la generación de vertidos en las aguas y en el aire (Hughes, 1994). Por tanto, el medio ambiente constituye un atributo del producto, así como un factor de producción necesario para la actividad turística. Estos atributos y factores ambientales, utilizados por la industria desde la doble perspectiva de la demanda y de la oferta, se caracterizan por constituir bienes públicos, o bien recursos de libre acceso, que son simultáneamente consumidos y utilizados por un gran número de demandantes y oferentes.

En este contexto, se producen externalidades positivas y negativas entre los agentes económicos cuando las decisiones privadas dan lugar a cambios en la calidad de los bienes públicos y ambientales implicados. El estudio de las relaciones entre el medio ambiente y el turismo desde el análisis económico se ha centrado en la aplicación de los principios de la economía ambiental al contexto de los destinos turísticos. Desde Butler (Butler, 1980), se reconoce el papel que tiene el deterioro medioambiental en el agotamiento y el declive de los

destinos turísticos, enfatizándose el efecto externo negativo en la demanda, así como la importancia de estos atributos en la definición de la calidad del producto.

Este posible problema medioambiental de los destinos turísticos ha llevado a plantear el concepto de capacidad de carga de las regiones, como un conjunto de restricciones que impone límites en la expansión del número de visitantes y del volumen de servicios.

Estas restricciones se refieren a aspectos ambientales que son relevantes para el nivel de calidad de la oferta, así como para el nivel de satisfacción recibido por los turistas.

La capacidad de carga se puede definir desde criterios sociológicos, geográficos, ecológicos y económicos (Lindsay, 1986). El punto de referencia común es una zona geográfica con unos límites definidos, y sometida a impactos ambientales, sociales, y económicos, ocasionados por la expansión turística. En esta zona se definen parámetros, tales como la congestión, la densidad de población, y la supervivencia de las especies, que están relacionadas con la evolución de la industria.

Desde un punto de vista estrictamente económico, la expansión de la industria turística ha alcanzado su capacidad de carga cuando se obtiene el óptimo que maximiza el beneficio social, teniendo en cuenta el valor monetario de los bienes públicos y de las externalidades. En este sentido, el análisis coste-beneficio social es una técnica susceptible de ser utilizada para determinar el tamaño óptimo de la industria, o capacidad de carga, debido a que la expansión de la misma está asociada a un beneficio social marginal decreciente (Fisher, 1972).

La capacidad de carga tiene relación con el concepto normativo de desarrollo sostenible (May, 1991), según el cual la industria turística debería expandirse generando bienestar para la población, pero bajo la condición de que las generaciones futuras puedan acceder, cuando menos, a las mismas cuotas de bienestar alcanzadas. Considerando que la expansión turística suele ir acompañada de una serie de impactos ambientales que tienen una incidencia negativa en la demanda, la condición del desarrollo turístico sostenible puede no cumplirse si los efectos externos alcanzan un nivel superior al óptimo social.

Por tanto, la valoración económica de los efectos externos y de los bienes públicos en el turismo es relevante para la investigación de la capacidad de carga de la industria.

Sin embargo, la aplicación de las técnicas de valoración de no mercado en el contexto turístico presenta algunas limitaciones teóricas y empíricas. Por ejemplo, el método del coste del viaje es adecuado para valorar recursos naturales cuyo motivo principal de visita sea la realización de actividades recreativas. Así, se ha utilizado para valorar destinos de turismo natural o ecoturismo, donde el principal motivo del viaje es un espacio natural o el contacto con especies animales (Maille, 1993). Sin embargo, el método del coste del viaje encuentra dificultades para la valoración de atributos ambientales en destinos turísticos donde el viaje se deba a diversos motivos. En primer lugar, no existen criterios definidos para segregar el coste del viaje en los diferentes determinantes de la demanda, tanto ambiental como recreativa o de ocio.

En segundo lugar, el viaje se suele realizar una sola vez al año, por lo que no es posible definir la variable dependiente como el número de visitas realizadas por el individuo en este espacio de tiempo. Para obviar este problema, Mercer (Mercer, 1995) define la variable dependiente como el número de visitas en los últimos cinco años, mientras que Bell (Bell, 1990) la definen como el número de días de la estancia. Por último, este método presenta restricciones de carácter espacial (Kwack, 1972), por lo que se generan sesgos en la valoración de recursos donde la distancias recorridas por los visitantes son muy largas. Otros métodos de valoración de no mercado, como el método de los precios hedónicos y el método de la valoración contingente, pueden servir de alternativa para la valoración de bienes públicos en el turismo.

El método de los precios hedónicos permite valorar atributos ambientales de los destinos recreativos, y en este contexto ha sido utilizado con buenos resultados (Mendelson, 1991). Sin embargo, su aplicación al turismo internacional, o de larga distancia, presenta el problema de disponibilidad de datos. A pesar de ello, en el trabajo Edwards (Edwards, 1991) se utiliza una versión simplificada del método del coste hedónico para valorar la preservación de los bosques de las Galápagos.

Por otro lado, el método de la valoración contingente presenta escasos problemas teóricos para la valoración de atributos múltiples, siempre que el diseño del mercado construido recoja todas las restricciones que encuentran los turistas en el proceso de elección



entre destinos alternativos. Este método ha sido utilizado por Mathieson (1982), Pruckner (1995) y León (1997).

La conclusión principal de estos trabajos es que el método de la valoración contingente puede resultar adecuado para estimar el valor monetario de los atributos del producto turístico en un contexto nacional o internacional. Sin embargo, se requiere un mayor desarrollo de los métodos de valoración de no mercado con la finalidad de profundizar en el proceso de valoración de los turistas enfrentados a la elección entre destinos sustitutivos, así como en el papel que la calidad del medio ambiente ejerce en los flujos de visitantes.

La medición de las externalidades tiene especial utilidad para la determinación de los mecanismos compensatorios de los costes ocasionados en el medio ambiente.

Desde el punto de vista de la maximización del bienestar colectivo, la presencia de externalidades en la producción y en el consumo justifican la intervención del Estado, a menos que los costes asociados a la corrección de la externalidad sean mayores que las pérdidas de eficiencia que produce la externalidad, o bien que se presente el caso improbable de ausencia de costes de transacción con derechos de propiedad bien definidos, en el que los agentes económicos tengan la oportunidad de internalizar las externalidades mediante acuerdos voluntarios. En el conjunto de las actividades turísticas se presentan casos frecuentes de externalidades para las que no se cumplen las condiciones del teorema de Coase (1960) como ocurre con la congestión y el deterioro de espacios naturales, la contaminación del agua, la contaminación acústica y la intrusión visual. Cuando las externalidades requieren de la intervención del regulador, existen diferentes vías de actuación para acercar el equilibrio del mercado al óptimo social que van desde los impuestos pigouvianos hasta el establecimiento de requisitos y prohibiciones de determinadas actividades en espacio o en tiempo determinados.

#### 1.4.6. Políticas sectoriales, objetivo y formulación en el sector turístico

Par Crouch (1994) la política turística busca coincidir con el ámbito concreto de una economía. En ese sentido, la política turística como política sectorial, se debe contemplar

desde una perspectiva de verticalidad, lo que exige comprobar que es influida por las diferentes políticas instrumentales que moldean la singularidad de la política turística.

Una política turística será específica en la medida en que los instrumentos empleados por la política económica general les afecte en mayor o menor grado respecto a otras políticas sectoriales. En ese sentido, las políticas instrumentales: política monetaria, fiscal, laboral, entre otros, influirán en la configuración final de la política turística y en función de los objetivos de aquellas políticas, se obtendrán resultados específicos en la política turística.

A pesar de que este tenga unos objetivos específicos, pues la interrelación entre las políticas como ya se ha mencionado, impide obtener unos resultados a medida de las actuaciones programadas al estar mediatizados por el carácter instrumental de las políticas instrumentales (Morgan, 2010). La incidencia de las políticas instrumentales en la política turística es fácilmente constatable. En ese sentido, el incremento impositivo reduce eventuales beneficios empresariales y puede provocar un desincentivo a la inversión, factor sustancial para mantener y mejorar la competitividad del sector turismo (Sinclair y Sutcliffe, 1982).

Así, resulta evidente la influencia que ejercen las políticas instrumentales en la configuración de las políticas sectoriales, encontrándose estas últimas notablemente condicionadas por aquellas. No obstante, el grado de incidencia de cada política instrumental en cuestión dependerá de las características de la política sectorial de que se trate y de la estructura en las empresas afectadas por la misma.

Las circunstancias que trazan los perfiles que han jalonado la expansión del turismo en Colombia (su carácter abierto al exterior pero con déficit de infraestructura hotelera, y de transportes, la aun existencia de dificultades de apertura de nuevos negocios a pesar de una disminución sustancial en el periodo de creación de una sociedad empresarial, reducido grado de penetración de nuevas tecnologías, la insuficiente cooperación empresarial, la inexistencia de I+D, entre otros) hacen que la política turística tenga limitaciones elevadas y que se establezcan instrumentos jurídicos y fiscales para la expansión del sector a partir de un nuevo entorno y expectativas de mejoramiento de las condiciones internas de seguridad.

Las particularidades del sector turístico, en definitiva los hacen esencialmente receptivo a un incremento sustancial de políticas hacia el sector. Resulta oportuno señalar que el turismo, como actividad económica receptora de divisas, está igualmente condicionado por otras políticas instrumentales que buscan el logro de objetivos propios de políticas económicas finalistas, tal como sería el caso de equilibrio económico del exterior.

Por otra parte, la dificultad de delimitar las actividades específicamente turísticas al existir una gran variedad de efectos directos e indirectos sobre otros sectores, eleva la complejidad en el momento de la formulación y puesta en marcha de una política turística (Watson, 2011). Excepto cuando se enfoca en aspectos generalistas y claramente diferenciados como es la promoción o ayudas encaminadas a mejorar las condiciones competitivas de los establecimientos turísticos.

Estas restricciones que limitan el análisis y la cuantificación de lo que se entiende por actividades turísticas, son extrapolables a las dificultades que se registran cuando se pretende aislar las actuaciones de las administraciones públicas y sus respectivas políticas dirigidas al sector turístico. Finalmente, conviene destacar que según Blackwell (1989) políticas inicialmente distintas al sector como el control de la inflación favorece al conjunto de la economía y a todas sus empresas donde resulta igualmente beneficiados los agentes involucrados a la actividad turística.

En cuanto a políticas sectoriales, Sanchez y Hurtado (2010) establecen que estas son interferidas y condicionadas por las políticas instrumentales, aunque las características que regulan la actividad económica y la política sectorial, hará que esas influencias sean de mayor o menor grado. A su vez, las propias políticas sectoriales también corren el riesgo de interferirse mutuamente resultando en contradicciones y resultados ambiguos para los operadores turísticos y para los entes reguladores de mercado. En ese sentido, los objetivos de la política turística son numerosos y divergentes para cada zona donde se aplica.

Este es el caso de, por ejemplo, la política educativa que afecte la formación de recursos humanos que trabajan en cualquier empresa adscrita al sector turístico, o la política de transporte, que incide en el traslado de la demanda turística en unas condiciones de seguridad y calidad determinadas. Según Johnson y Thomas (1991) ambas políticas constituyen dos claras muestras de la influencia mutua que se establece en políticas

sectoriales. Incluso, existen políticas sectoriales, que gozan de competencia que a priori cabrían pensar que están más próximas a la política turística por cuanto tienen capacidad de regular aspectos sobre los que el turismo es el que parece beneficiarse principalmente, ya que configuran atributos que llegan a percibirse en ocasiones, como un producto turístico (Payares y Sartre, 1994). Tal es el caso de la calidad del agua de una playa o la declaración de zona protegida en un espacio, de hechos susceptibles de configurar a su alrededor una demanda turística estable.

Por otro lado, en cuanto a los objetivos de política turística, Campo-Martínez, Garau-Vadell, (2010) resaltan su numerosidad y divergencia en cada zona, además de que van a depender de los productos turísticos existentes y de las motivaciones, directrices de las autoridades responsables de institucionalizar la política turística. Aun así, existe un amplio acuerdo respecto a los objetivos esenciales que se encuentran detrás de toda política turística de Estado que pueden resumirse en: propiciar el crecimiento de la renta nacional, generar empleo, aumentar los ingresos de divisas, o progresar en el desarrollo y equilibrios regionales. Todos estos objetivos desencadenan un macro-objetivo que es la mejora en la calidad de vida y de bienestar de los ciudadanos residentes en los espacios distinguidos por las consideraciones prestadas al turismo, los cuales se encuentran bajo la directriz de una apolítica turística con los objetivos señalados. Las circunstancias de cada territorio en cada momento priorizaran preferentemente una serie de objetivos, siendo habitual encontrar un énfasis especial en la creación de empleo como fin esencial de la política turística.

De igual modo, los ingresos de divisas tienen la facultad de poder financiar la importación de bienes de capital necesarios para el crecimiento y desarrollo económico de una nación. De ahí que sea un objetivo lograr incrementos de saldos netos de turismo con objeto de poder atender inversiones encaminadas a conseguir incrementos en la competitividad y en la inherente consolidación económica de cualquier territorio beneficiado por los ingresos recibidos en el pago de servicios turísticos. Todo ello tiene sentido si se consideran las generalidades del desarrollo turístico ya que las importaciones suelen representar un apartado relevante para cimentar la consolidación turística de cualquier país que busca la especialización productiva en el sector servicios.

Para el caso colombiano, las circunstancias actuales en materia productiva, donde se espera que la disminución de los precios del petróleo continúe en el largo plazo a lo largo de 2014 y 2015, se espera que el desarrollo del sector servicios represente una alternativa real de reemplazo o contribución de ingresos de divisas para que la adquisición de bienes de capital con el fin de desarrollar el sector agrario a gran escala que permita el aumento de renta de campesinos azotados por la violencia y desplazamiento forzado (De la Puente, 2015).

Es decir, el turismo de salud en Colombia no solamente representa una oportunidad de diversificación de ingresos y de explotación de ventajas comparativas en materia de precios de servicios médico-turísticos ofertados a nivel internacional, sino también la posibilidad de diversificación de ingresos con el fin de financiar un probable entorno de postconflicto donde la presión fiscal sobre el presupuesto general de la Nación será una situación habitual durante los próximos diez años (por lo menos) (De la Puente, 2015).

Tal es la urgencia de Colombia por lograr la diversificación de ingresos a partir de una mayor competitividad de diversos sectores productivos que la actual coyuntura de precios bajos del petróleo tiene al país en una situación de déficit de balance comercial mayor a US\$6 mil millones, una cifra poco antes vista debido a la disminución del valor unitario del barril de petróleo y carbón que establece en serios aprietos las finanzas públicas y presiona a la clase media de la Nación con mayores tributos directos e indirectos (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2014).

En ese sentido, los ingresos turísticos contribuyen a la modernización del aparato productivo teniendo un efecto inmediato un mayores niveles de competitividad, en la creación de empleo y mejoras de condiciones de vida de la ciudadanía; todo ello relacionado con la política turística.

Otro objetivo de la política turística es dar respuesta a los fallos que se producen en el mercado turístico y que exigen la intervención y regulación limitada de gobiernos para responder a las carencias destacadas o priorizar intervenciones que en la actualidad, dentro del modelo turístico colombiano, se encuentran dirigidos a potenciar más el sector aprovechando la subutilización de recursos a partir de elementos diferenciadores de la competencia regional. Los mencionados fallos pueden encontrarse en cualquier mercado, de los que el turístico no es la excepción

Estas regulaciones, buscan resolver o aminorar esos fallos favoreciendo el crecimiento turístico en el sentido más acorde a las expectativas del sector o territorio atendido por medio de una regulación limitada pública, imparcial y sin influencia de sectores productivos en ejes estratégicos.

#### 1.4.7. Formulación de la política turística

Según Mir (2000) la filosofía política de un gobierno marca los extremos de intervención en el mercado turístico que a su vez, dependerá del grado de madurez del destino y/o del producto que se pretende orientar. Cuando se toma la decisión de establecer una política turística, se debe contemplar al mismo tiempo el organismo responsable de su ejecución, el cual asumirá el diseño de las acciones que considere adecuadas para satisfacer, dentro de un orden de prioridades, las metas generales que acotan la política turística seleccionada. En ese sentido, el proceso de formulación de una política turística atraviesa tres fases fundamentales (Milne, 1987): 1) identificar las necesidades propias del sector, 2) establecer las metas que reflejan esas necesidades generales en concordancia con los objetivos principales en el área social, económica, cultural y medioambiental, 3) implantar las estrategias y programas correspondientes para dar contenido a las metas que están detrás de los objetivos de política turística.

Esas fases que condicionan el proceso de formulación de la política turística se encuentran en todo momento afectadas por el mercado y los recursos turísticos.

Los intereses de la política turística se traducen en unos objetivos que son susceptibles de ser ordenados en categorías, si bien resulta ineludible cierta armonización a fin de emprender correctamente las actividades que afectan al sector. La ordenación de los objetivos se puede efectuar atendiendo las distintas vertientes del conocimiento del sector turístico y de su conjunto en la economía donde este desempeña su función: la propiamente económica, sociocultural, desarrollo de mercado, protección y conservación de recursos, potenciación de recursos humanos, intervención gubernamental, entre otros. El establecimiento de una política turística conlleva, en definitiva, a la articulación de unas estrategias, canalizadas por medio de planes, programas y medidas legislativas, que facilitan el alcance de metas y

objetivos predeterminados (Carey, 1992). No obstante, impiden limitaciones o impedimentos, que reducen la viabilidad y éxito en el proceso, de formulación de la política turística. Limitaciones que tienen origen externo o interno. Entre las de origen externo, cabe señalar las condiciones económicas de los países emisores de turistas, costes de insumos vitales para la industria, los factores climáticos o el potencial de los segmentos de mercado.

Las restricciones de origen interno son las de más fácilmente reconducibles, vía articulación de una política turística, pudiendo mencionarse, entre otras, la calidad de los establecimientos de oferta, el uso de recursos turísticos para residentes, la capacitación de recursos humanos, la disponibilidad de suelos, el uso de los recursos turísticos por los residentes, la capacitación de los recursos humanos, la disponibilidad del suelo, el uso de las inversiones, entre otros (Mir, 2000).

De las limitaciones de carácter interno a un modelo turístico, sobresale la eventual existencia de conflictos entre diversos objetivos, o incluso, dentro de un mismo objetivo, resultado del establecimiento de metas que exigen siempre un consenso entre los miembros afectados por la comunidad de que se trate a fin de compatibilizar los intereses turísticos con los económicos y sociales.

#### 1.4.8. Apuntes a la política turística colombiana reciente

El objetivo fundamental que persigue la política turístico de la Republica de Colombia es elevar el nivel de participación de este en la producción nacional a partir de la ejecución de política sectorial llamada “Política de Transformación Productiva” iniciada en al gobierno Uribe (2006-2010) encaminada hacia el aprovechamiento de nichos de mercado en países estratégicos como Estados Unidos, España, Canadá, Panamá, donde la oferta de servicios y bienes turísticos sea de alto valor agregado y captación de clientes de alto poder adquisitivo tomando como ventaja competitiva el diferencial favorable de precios de donde se integren oferentes de alto reconocimiento del sector a nivel mundial a lo largo de la cadena productiva y comercializadora de servicios turísticos (Consejo Nacional de Política Económica y Social 3678, 2010).

Para el turismo de salud, la política de transformación productiva busca potenciar el desarrollo de la oferta de servicios médico-turísticos de medicina curativa, preventiva, estética y de bienestar a partir del condicionamiento favorable en materia tributaria, establecimiento de zonas francas de salud, capacitación en aprendizaje de un segundo idioma a profesionales de la salud (médicos y enfermeras), mayor publicidad y mercadeo en países de mayor potencial de crecimiento de pacientes donde el diferencial de precios ofrecido por Colombia es muy inferior a los de sus países de origen sin disminuir la calidad del servicio prestado (Decreto Presidencial 1767 de 2013). Para lograr mayor nivel en la calidad del servicio prestado, las oficinas de promoción de turismo y comercio del país andino se encuentran apoyando las acreditaciones de los centros médicos de alta complejidad más representativos en centros médicos internacionalmente conocidos (casi en su totalidad enfocados hacia una mayor cooperación con clínicas y centros de salud intermedia en Estados Unidos) por organismos auditores y centros de pensamiento norteamericanos.

Lo anterior debido a que los principales pacientes provenientes en su mayoría de Estados Unidos (ya sea colombianos expatriados o estadounidenses que aprovechan el diferencial de precios y mayor facilidad de acceso a tratamientos de difícil ejecución interna) representan un porcentaje importante para el mantenimiento del sector, además del alto gasto per cápita promedio debido al pago independiente de los servicios demandados.

En ese sentido la finalidad de la política de transformación productiva es incrementar la participación de este subsector en la participación del PIB a través de mayor intervención de agentes privados donde el Estado cumple una función de asegurador de las reglas de juego y vigilante del mantenimiento de la competencia transparente donde los centros de salud logren mayores niveles de especialización de los servicios ofrecidos a pacientes internacionales o nacionales en el extranjero dispuestos a desembolsar una suma alta de renta para efectos de mantenimiento y/o mejoramiento de la salud física y apariencia física.

Lo anterior permitiría una menor dependencia de sectores primarios tradicionalmente influyentes en el aporte al PIB donde el país (como en otras naciones en vías de desarrollo) se encuentran sometidos a las fluctuaciones de los mercados de materias primas afectando sobre las finanzas públicas, tributos nacionales y proyectos de mejoramiento y mantenimiento de infraestructura en todos sus sentidos (transporte, educación, salud, justicia,



administración pública, entre otros). Entre los instrumentos que el Departamento Nacional de Planeación y su política de transformación productiva que es ejecutada por diversos ministerios (Ministerio de Industria, Comercio y Turismo a través de PROEXPORT (ahora Procolombia), Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Ministerio de Protección Social y empresas del Estado) que con mayor frecuencia se encuentran dentro de la política turística de salud, y que son ampliamente comunes pero poco implementadas en los Departamentos del país, se destacan: 1) la formación de los recursos humanos, haciendo especial énfasis a la formación de profesionales de la salud (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, cosmetólogas) de alto valor agregado donde el dominio pleno de un segundo idioma sea indispensable para atender a la demanda internacional, 2) la concentración de la oferta turística en procedimientos médico-turísticos en sus diversas categorías de (en la medicina curativa destacan la radioterapia, quimioterapia, cirugía reconstructiva del suelo pélvico, cirugía cardiovascular para diferentes fines, en la medicina preventiva destacan los tratamientos traumatológicos de baja complejidad, en la medicina estética destacan la rinoplastia, aumento mamario, en la categoría de medicina de bienestar o como se conoce en Estados Unidos como *Inspired Wellness* destacan los programas dirigidos al sobrepeso), 3) La cualificación y mayor acreditación del turismo médico colombiano dirigido hacia la demanda extranjera mediante la construcción de infraestructura de salud (médica, clínica y de bienestar), promoción del subsector para la inversión extranjera especializada en el rubro, 4) una mayor investigación y desarrollo con el acompañamiento de centros de salud norteamericanos que permitan una mayor difusión de la calidad del servicio médico-turístico colombiano donde las revistas especializadas, los centros de investigación contra el cáncer, problemas cardiacos, medicina alternativa (principalmente oriental) sean ejes de una mayor difusión de los procedimientos internos por el mundo académico especializado, 5) integración de todos los agentes involucrados en la oferta de servicios médico-turísticos donde los prestadores de servicios de salud (clínicas), las firmas y sociedades oferentes de servicios médico-turístico (conformado en su mayoría por un bufete de médicos especializados en los servicios de salud, las empresas comercializadoras de equipos médicos y dotaciones corporales, hoteles, agencias de viajes, empresas transportadoras y gobierno nacional) articulen sus actuaciones con el fin de ofrecer servicios integrales donde preferiblemente el consumidor desembolse un valor único por los

servicios prestados, a fin de beneficio de todos los eslabones de la cadena productiva creando un sector con congruencia mutua donde los competidores contemplen la posibilidad de establecer alianzas para fortalecer el sector sin incurrir en dominio o abuso del consumidor final, 7) la implementación de nuevas tecnologías en la prestación de los servicios médico-turísticos y adopción de técnicas innovadoras reconocidas por pares internacionales de mayor prestigio que acrediten la alta calidad de los servicios ofrecidos con el fin de que el consumidor perciba la más alta calidad a precios más competitivos que lo impulsen no solo a someterse a tratamientos, sino a recomendarlos en su entorno familiar, laboral, de amistades, entre otros.

#### 1.4.9. Responsabilidad gubernamental en la política turística

Pyo, Uysal, y McLellan (1991) destacan que el entorno económico y social, junto a la evolución del pensamiento en el ámbito de la economía, sitúa el grado de conocimientos respecto a la circunstancias y funcionamiento del sistema económico a nivel que pueden orientar sobre el sentido en el que deben actuar los poderes públicos, a fin de proporcionar mejoras sobre los principales problemas que surgen en el camino, y que limitan los logros en la meta de bienestar económico. Con esa perspectiva se acepta explícita e implícitamente, el papel que corresponde a las autoridades en la confección de una política encaminada a dirigir o reorientar las actividades económicas dentro de la sociedad que se considere, con la finalidad de mejorar los resultados del sector en concreto.

Ello afecta tanto al ámbito de sus componentes (empresas y trabajadores) como al nivel de ejecución y realización de la actividad económica que corresponda de modo que crezca la contribución a la riqueza y el empleo. En ese sentido, se acepta una participación limitada del gobierno que será extensible en cualquier segmento de la actividad regulado por una política dictada por el mismo, localidad, municipio, distrito o provincia, que esté de acuerdo con Truett (1987) que se puede sintetizar a cinco supuestos ante los cuales el Estado debe actuar, por medio de la política económica, de manera que se asegure el mejor funcionamiento del sistema económico:

- a) Un agente productor de la política económica, el Estado, tiene el único propósito de conseguir el bien común;
- b) Los encargados de la política económica establecen objetivos a partir de indicadores y datos estadísticos de preferencias colectivas, como una materialización de ese bien común, que atiende simultáneamente los deseos de la sociedad y las posibilidades de mejoramiento del aparato productivo económico y de sus sectores estratégicos;
- c) Los procesos de elaboración de política económica se limita a la selección de los instrumentos más adecuados teniendo en cuenta el entorno y la disponibilidad del mismo en un periodo determinado;
- d) Al margen de la regulación de la coyuntura, los gobiernos se pueden proponer como objetivos posibles la corrección de un conjunto de fallos de mercado, para la cual se dispone una teoría solvente y de instrumentos generalmente considerados como eficaces;

El Estado, por medio de sus distintas instituciones, tiene a su alcance el ordenamiento de las actividades económicas y le corresponde ejercer tal función, permitiendo la liberalización regulada caracterizada por una ausencia de intervencionismo en entornos de funcionamiento adecuado del mercado donde los agentes consideren sus condiciones de competencia como aceptable en entornos cambiantes.

Así, por política se entiende una razonada consideración de opciones alternativas, que finalmente se dirigen a satisfacer los postulados que sintetizan una forma de gobernar determinada. Esas opciones se presentan especialmente dificultosas en el ámbito turístico, por las particularidades en las condiciones de esta actividad económica, donde existen amplias limitaciones para acotar los propios parámetros de actuación del sector, de las empresas y de las organizaciones afectadas por las directrices de una política específica de turismo (Mir, 2000). Precisamente, la amalgama de servicios, representados por los factores de producción-prestación de servicio de susceptible consumo por los turistas, confirma la oportunidad de contar con una política turística que ejerza de catalizador de demanda de otros productos. De ahí la necesidad de efectuar un uso y establecer una ubicación lo más eficiente posible, alimentan la razón de avanzar en el camino por establecer una política turística, que

resulte flexible, a la vez que demuestre la aplicabilidad sobre un amplio espectro en un ámbito de competencia, además de los efectos surtidos a partir de su puesta en práctica (Mir, 2002).

En ese orden de ideas, se acepta un grado mínimo de regulación del gobierno, siendo más característico en países en desarrollo, donde la actividad turística sea incipiente (caso colombiano) y requiera de mayor intervención moderada para lograr su posicionamiento estratégico en la actividad económica nacional junto a otros sectores posicionados en la estructura productiva. La actitud de un gobierno en la implementación de la política turística puede ser de carácter pasivo o activo (Lanza, 1994).

La actitud pasiva responde a las posturas de gobierno cuya actuación se reduce a acciones que pueden afectar el turismo, aunque no obedece a decisiones enfocadas a favorecer o influir en su desarrollo. Este es el caso de normativas que mejoran el sector sin implementarse para fines exclusivos al sector (cobertura de servicios básicos, mayor pie de fuerza en zonas de alto riesgo de inseguridad, entre otros).

Por el contrario, el posicionamiento del gobierno activo en el área del turismo conlleva a acciones deliberadas para favorecer la actividad, lo cual implica reconocimiento de necesidades específicas, y de imperiosidad por influir a favor de ciertos objetivos preestablecidos (dotación para el alojamiento para zonas de potencial atractivo, habilitación turística de espacios protegidos, entre otros). Asimismo, existen dos enfoques en la actuación activa de un gobierno. El primero es el Planeamiento Gestor (Dixon, 1995) en el cual el gobierno establece los objetivos del turismo, a la vez que aporta el apoyo necesario de orden organizacional y legislativo, permitiendo alcanzar esos objetivos programados. Por otro lado se encuentra el planeamiento evolutivo, donde el gobierno desempeña un papel evolutivo y especialmente activo derivado de la carencia de voluntad del sector privado por involucrarse en el sector turístico.

Esta situación se puede dar debido a múltiples causas endógenas (baja proyecciones de utilidades de la actividad turística, falta de capital para la inversión) o exógenas (riesgo de terrorismo, inseguridad jurídica, falta de espacios para la empresa privada).

Para Smeral, Witt, y Witt (1992) la conveniencia de una política turística gubernamental o incluso disponer de una pertinente planificación, permite minimizar los

conflictos entre el sector público y privado, al tiempo que favorece un clima de estabilidad y un marco de desarrollo en que el sector privado puede operar. Si no existe la regulación limitada en la planificación del turismo, su evolución no contaría con cohesión por parte del Estado, dirección establecida por el gobierno en materia de permisos y prohibiciones (siempre que no violen la libertad de competencia y propiedad privada) y las iniciativas a corto plazo pueden ser un riesgo para la actividad turística del sector y los subsectores a corto plazo (Hansen y Jensen, 1996).

De igual modo resulta conveniente, además participar en la planificación turística, conseguir comunicarle a todos los agentes involucrados, lo cual resulta complejo en un sector tan disperso, fragmentado y abierto, y con fuertes aspectos inducidos en actividades que pueden resultar solo coyunturalmente turísticas. El turismo, por sus propias circunstancias, es difícil de gestionar y controlar (más aun en países en desarrollo donde la informalidad reina y la posibilidad de medición exacta de la actividad económica es muy limitada).

Este es el caso colombiano donde los parahoteles, productos de consumo alimenticio que no cuentan con permisos sanitarios, reinan en la oferta turística interna representando un riesgo en materia de seguridad integral, alimentaria y social para el turista.

Situación que se reproduce en el subsector del turismo de salud donde las clínicas clandestinas, la oferta de medicamentos adulterados o vencidos, la oferta de profesionales poco cualificados o impostores por medio de redes sociales e internet en general, aun son abundantes resultando en tragedias humanitarias para quienes se someten a procedimientos quirúrgicos y tratamientos no invasivos) por lo que precisa una organización con responsabilidad y autoridad, en ciertos niveles que canalice la satisfacción de las exigencias de índole social existentes.

En tal sentido, el gobierno responsable con una política turística, deberá desempeñar la función de árbitro, sobre todo cuando su actuación se refiera a actuaciones sociales, económicas o medioambientales. Sin embargo, no se deben eludir las posturas que han acompañado el despegue de la actividad turística en otros momentos, cuando algunos gobiernos calificaban el turismo como un problema de índole organizacional y social de exclusiva responsabilidad del sector privado. Posición que experimenta un giro radical al comprobar otras experiencias que sugieren un respaldo a la actuación de las administraciones

públicas, una vez se contempla y se constata al turismo como un vehículo eficaz para consolidar el desarrollo y la política económica y social de un gobierno.

Según Mings (1978) los gobiernos tienen tres opciones en relación con el turismo: La primera es mantener su actual compromiso, la segunda es no involucrarse de ningún modo con la industria turística y en consecuencia, no apoyarla económicamente.

La tercera es racionalizar la industria turística, y en consecuencia, asumiendo sus problemas y apoyando los proyectos cuando sean económica, social y medioambientalmente viables, a través de la planificación para así remediar la debilidad, y dirigir al sector turístico hacia los objetivos a largo plazo de la política turística. Los gobiernos emplean cualquiera de las alternativas señaladas, o una combinación de las mismas, en función de las circunstancias y grados de desarrollo de la actividad turística en su esfera de actuación.

Una función que siempre es competencia de los gobiernos en materia turística y en la que deben jugar un importante papel es comunicar, transmitir y recordar a los agentes el valor económico del turismo (Ko, 2011). De ahí la importancia de la publicidad pública y marketing privado para impulsar el sector y darle mayor preponderancia en la actividad económica de una nación. A tiempo que se animan los residentes locales a ser hospitalarios con los turistas, este es un factor de competitividad, nada despreciable que contribuye al enfoque holístico que debe prevalecer en toda política turística que persiga la defensa de los intereses económicos de la actividad, en condiciones de eficacia y rentabilidad para los agentes implicados en la misma (Asociación Colombiana de Turismo Médico, 2014).

Para Heung, Kucukusta, y Song (2010) la planificación correspondiente a la actividad turística no puede realizarse aislada de las exigencias del ambiente económico interno, mediatizado por la turbulencia del entorno y la fuerte tendencia a la internacionalización de la actividad, lo que incide en la competitividad del sector. Este es un hecho en el caso del turismo donde las empresas y muy especialmente los consorcios de comercialización turística tales como los *turoperadores* o las grandes cadenas hoteleras ejercen una poderosa presión sobre la actividad turística. Ante ese escenario, Ming (1978) destaca que la planeación de los gobiernos a la hora de redactar una política turística en defensa de sus intereses, necesariamente debe compartir las formas ya asimiladas por la empresa y la sociedad donde el gobierno ejerce un papel rector, encontrándose una realidad que probablemente se

diferenciara por estar fuertemente impregnada por la concepción estratégica de los negocios y por una forma especial de entender la competitividad.

Desde una perspectiva estrategia, la implicación de los gobiernos con el turismo de la mano de la política turística, aparece como una necesidad de regulación limitada imprescindible, que pretende incidir con mayor intensidad en aquellos factores que pueden mejorar la actividad económica de un estado en su conjunto (Smith y Forgione 2007).

Ello no resta para que, en función de la especificidad de cada modelo turístico, sea factible instrumentar más medidas concretas que resalten aspectos y corrijan carencias que podrían limitar la competitividad de dicho modelo a implementar.

Las habilidades y destrezas de los artífices de la puesta en marcha de una política turística, entendida como *know-how* y la experiencia acumulada en la gestión de políticas anteriores, se erigen en elementos de competitividad ante destinos y modelos emergentes, por lo que debe cuidarse esa parcela a la hora de afrontar cambios en la regulación del turismo. No obstante, existen unas grandes áreas que llegan a ser comunes en la configuración de cualquier política turística y que parece conveniente mencionar, por encontrarse frecuentemente en la base y motivación de cualquier autoridad pública que se plantea la regulación de la actividad turística. Concretamente, conviene subrayar que, con mentalidad estratégica, la política turística emanada de un gobierno perseguirá en la mayoría de las ocasiones (Wahab, 1992):

a) La promoción de la imagen nacional, lo que representa la promoción de los valores culturales, históricos, gastronomía y mejor versión de un país, principalmente en los ámbitos económicos y sociales donde le interesa integrarse por razones puramente económicas (mejorar su balanza de pagos, vender sus bienes y servicios, conseguir bienes de capital para el crecimiento de otros sectores productivos considerados estratégicos) y políticas (reconocimiento de un gobierno carente de peso en el exterior, dificultades de transmisión de una imagen de confianza sobre un estilo de gobernar), sociales (favorecer el intercambio con otros pueblos, mejorar el nivel cultural de un país, aproximarse a otras formas de estilo de vida), entre otros;

- b) Alcanzar fines de interés general por medio de la integración y conversión de la política turística en un eslabón más de la política general de un gobierno;
- c) Garantizar seguridad y protección al turista, lo que es recurrente en países en desarrollo, por razones obvias (vinculación entre hurto y pobreza y carencia de bienes básicos de consumo primario), como en aquellos que, a pesar de su nivel de progreso, acusan problemas de terrorismo que pueden incidir negativamente en la demanda turística;
- d) La cooperación internacional también es posible fomentarla o mejorarla por medio de una política turística ambiciosa y coherente, por lo que es un objetivo de la actuación estratégica de la misma;
- e) El desarrollo sostenible de las regiones, atendiendo el uso del territorio y de la conservación del medio ambiente, sin olvidar las recomendaciones oportunas de la actividad privada para que se integren a esta filosofía de la actuación de la política turística, pretendida por gobiernos con intenciones de posicionar sus destinos turísticos como preferencias internacionales y regionales, a partir de la óptica indicada por la demanda actual más cualificada a efectos de más gastos turísticos;
- f) Una última parcela de actuación de esa política turística es posicionar el ineludible cambio en los modelos turísticos desde la cantidad hacia la calidad, pues desde los primeros se han demostrado congestivos del territorio e hipotecarios de esos futuros de espacios turísticos, mientras que los segundos reducen dichos problemas, aparte de aportar ingresos que mejoran la rentabilidad de las empresas, inversiones públicas e incluso tendrán capacidad de sustentar futuras necesidades creadas por el propio discurrir económico. Por otro lado, corresponde señalar que la actuación estratégica de un gobierno en política turística exige una planificación, de igual modo, estratégica, que garantice la viabilidad posterior de la política.

Los factores que amparan la planificación estratégica (Wahab, 1992) se fundamentan en la competencia internacional, el interés nacional y la especial naturaleza compleja del turismo, que influyen hoy en cualquier entorno donde existe un cierto desarrollo turístico y en el que articula una política para su ordenación y activación como sector de competencia económica. Los objetivos de planificación estratégica serán específicos para cada gobierno de acuerdo con sus condiciones económicas y expectativas de crecimiento y desarrollo,



aunque ese principio cabe establecer como escenario de mínimos un acuerdo respecto a cuanto turismo, y de qué tipo se desea (masificado o especializado).

Para el caso específico del turismo de salud en Colombia, De la Puente (2015) destaca que el gobierno nacional se encuentra apuntando hacia el desarrollo de ventajas comparativas propias del sector a partir de un marco estratégico que, con apoyo jurídico pretende ofrecer seguridad legal a futuros agentes del cual se destacan las exenciones tributarias (exenciones en la declaración de renta, impuesto al patrimonio a partir de beneficios que ofrece el régimen franco), preparación del recurso humano en el dominio de un segundo idioma, y una promoción internacional en los destinos estratégicos de los beneficios del turismo de salud y la especialización de servicios que prometen un desarrollo rápido y posicionamiento de marca a nivel internacional. Sin embargo, falta mayor apoyo en el combate de los establecimientos sin permiso de operaciones que influyen de forma negativa en la imagen de la calidad de los servicios prestados.

Asimismo, sinergia entre los operadores turísticos, las organizaciones médicas especializadas y los hoteles (cada uno opera de forma individual lo que limita el flujo de información y no permite la identificación de oportunidades y especialidades de cada uno de estos que le permita tomar mayor ventaja del mercado creciente). Tal decisión condiciona el tipo de modelo turístico promovido, el cual influirá en la sociedad afectada por esa opción turística, que va a sentir en su hábitat las consecuencias de dicha elección económica del turismo. El otro objetivo de la planificación será contar con estadísticas fiables que permitan establecer escenarios y proyecciones, de tal forma que se forme un crecimiento ordenado de la actividad turística, ya que a partir de esa información se podrá promover inversiones en infraestructuras que canalicen la prosperidad económica fundamentada en la actividad turística.

Un tercer objetivo va a ser la coordinación con el resto de políticas y, por tanto, las actividades económicas, de manera que se pueda garantizar un crecimiento estable, sin déficits, ni restricciones que pudieran mermar el crecimiento económico pretendido con la planificación no intervenida y limitada estratégica. En ese sentido, el campo de la actuación que se reserva el gobierno por medio de la planificación estratégica, con la finalidad de elaborar una política competitiva, será condicionado por las características de la económica

en la cual se pretenda la regulación. Finalmente, la planificación estratégica del turismo presta atención a muchos otros factores que nutren la regulación estatal que permita una mayor eficiencia en la oferta de bienes y servicios turísticos en sus diferentes subsectores.

En ese sentido, los estados logran un gran margen de maniobra a partir de la regulación normativa de la actividad turística a partir de la regulación del crecimiento de la actividad, el establecimiento de porcentajes de capital nacional y extranjero que pretenden aminorar la eventual pérdida de control gubernamental del turismo, la contribución a la creación de un clima favorable a la inversión, lo que resulta de especial interés para países emergentes en su misión de mayor captación de recursos provenientes del extranjero, la proporción de incentivos a las empresa y consumidores turísticos, el fomento de la organización del turismo por medio de la clarificación de organismos y competencias, la intervención del uso del suelo, la potenciación y generación de demanda turística a través de instrumentos de calendario compatible con vacaciones fragmentadas o el aprovechamiento intensivo de puentes, la defensa del control de calidad de las instalaciones y servicios turísticos con el propósito de mejorar el posicionamiento de bienes y diversificación de demandas hacia los segmentos de mayor gasto.

En ese sentido, Colombia, por medio del Decreto 1373 de 2007 estableció la semana de receso para instituciones educativas de todas las denominaciones del 8 al 12 de Octubre con el fin de incentivar el turismo interno regional, lo cual ha resultado en una mayor movilización de turistas, principalmente del centro del país hacia las costas. Al igual que ocurre con la legislación turística, los precios son un factor esencial a tener en cuenta en la planificación estratégica debido a que comprenden las ventajas comparativas en las cuales se requieren dirigir los esfuerzos para su mayor conocimiento a nivel interno y externo disminuyendo así, el fallo de mercado de información asimétrica.

#### 1.4.10. Tipos de impuestos en la industria del turismo

Según la Organización Mundial del Turismo (1998) (poca actualización significativa), existen 45 tipos de impuestos al turismo en países desarrollados y en vías de desarrollo. Estos pueden dividirse en cinco grandes áreas:

- Impuestos sobre las aerolíneas y aeropuertos;
- Impuestos sobre hoteles y otro tipo de acomodaciones;
- Impuestos sobre el transporte, principalmente terrestre;
- Impuestos sobre comidas y bebidas;
- Impuestos sobre los oferentes de servicios turísticos;

En la práctica, en el sector del turismo los impuestos pueden establecerse a los oferentes o demandantes de turismo de forma directa. Ambos tipos de sistemas de impuestos pueden imponerse por medio de impuestos generales para todos los sectores del cual se encuentra incluido el sector del turismo, o por medio de una serie de gravámenes impositivos únicamente al sector. En ese sentido los impuestos pueden ser directos o indirectos.

Vale aclarar que si bien la bibliografía utilizada analiza los fundamentos teóricos de la economía del turismo hasta mediados de los años noventa, estas siguen imperando como base estructural del estudio de casos prácticos de sectores turísticos en sus diferentes modalidades. Asimismo, sirve como instrumento teórico para la presente investigación que estudia el caso práctico del turismo de salud en Colombia a partir de las aproximaciones conceptuales y teóricas mostradas. En ese sentido se justifican las citas bibliográficas hasta inicios del nuevo milenio debido a que si bien el análisis práctico ha proliferado en las estructuras turísticas de diversas naciones, las concepciones teóricas siguen siendo similares con cambios mínimos hasta la fecha.

## **2. APROXIMACION GENERAL EN LA ECONOMIA DE LA SALUD**

Los estudios sobre el esquema teórico y práctico de la economía de la salud han crecido de forma rápida como una necesidad de entender un sector fundamental para nuestras vidas.

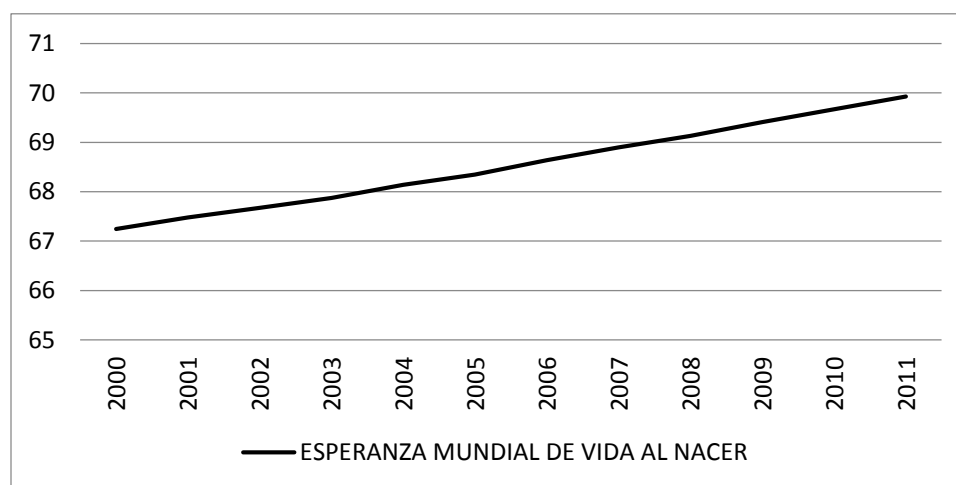
La principal razón de este crecimiento se debe a dos factores (Grossman, 1971).

El primero es un importante incremento en la longevidad en países desarrollados y en menor medida de países en desarrollo debido a múltiples factores como mayor consumo de

servicios de salud, mayor gasto público en el rubro del sector de la salud por parte de gobiernos en países desarrollados y en vías de desarrollo, entre otros.

El grafico 1 muestra el crecimiento continuo de la esperanza de vida al nacer a nivel mundial.

Grafico 1: Esperanza mundial de vida al nacer.



Fuente: Banco Mundial, 2013.

El segundo factor se debe a la expansión del sector de la salud por medio del aumento de cobertura de servicios, tratamientos, procedimientos invasivos y no invasivos a nivel mundial (Sloan, 2013). Durante la última década, muchos países han experimentado expansiones importantes del tamaño de su sector salud como una medida de la ratio del gasto público en el sector de la salud con proporción al PIB. El gasto en el sector de la salud a nivel mundial se ha triplicado a lo largo de las últimas cuatro décadas pasando del 5.1 por 100 en 1960 hasta llegar a 15.3 por 100 en 2006 (2013). El incremento del gasto en el sector de la salud se encuentra positivamente relacionado con el incremento en el nivel de ingresos (Hsieh, 2013). En consecuencia, el crecimiento del ingreso per capita es importante para el tamaño del sector de la salud (Boardman, 1983). En adición al ingreso, varios factores, entre ellos, los cambios tecnológicos en la medicina, la edad promedio de la población y la implementación de los seguros de salud, han contribuido al crecimiento al gasto real en salud.

Con estos aspectos en cuenta, se expondrán las principales generalidades de la economía de la salud con el fin de brindar un esquema conceptual riguroso para el análisis de la economía del turismo de salud a nivel mundial y la situación colombiana.

## 2.1. Función de producción de la salud

Una función de producción relaciona insumos (*inputs*) y productos (*outputs*). Es una relación técnica que busca especificar la interacción exacta entre un tratamiento médico representado como insumo y el resultado esperado en la mejora de la salud conocido como producto. Por ejemplo, esta función describe la relación entre una dosis de medicamento que debe ser administrada (*inputs*) a un paciente y el resultado esperado en la mejora de su salud (*outputs*). La función de producción se expresa como:

$$Output_{ij} = f(Imput1_{ij}, Imput2_{ij}; Z_{ij}) \quad (7)$$

En la ecuación 7  $Output_{ij}$  representa el producto  $i$  o periodo de tiempo en la mejora de salud de un individuo  $j$ .  $Imput1_{ij}$  e  $Imput2_{ij}$  son dos insumos utilizados por el individuo  $j$  para producir un resultado  $Output_{ij}$ . La función  $f$  representa el proceso de tratamiento medico  $Output_{ij}$  que resulta en la mejora de la salud de un individuo  $Output_{ij}$ .  $Z_{ij}$  representa una variable exógena genética en la que el individuo  $j$  no puede controlar. Por ejemplo, antecedentes genéticos que aumentan el riesgo de padecer enfermedades.

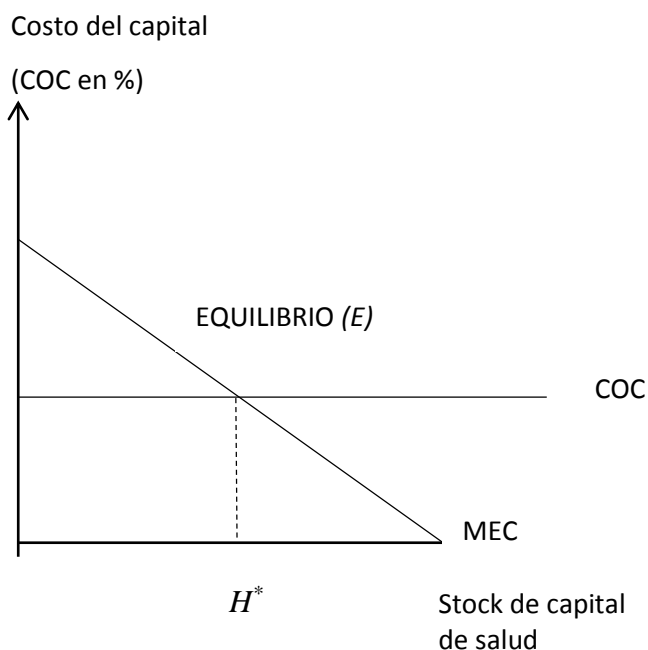
En contraste a los insumos que pueden ser controlados por el individuo  $j$  en la cual se asume que son endógenos, la variable  $Z_{ij}$  no puede ser controlada por el individuo  $j$ . Supóngase que un individuo padece de hipertensión.  $Imput1_{ij}$  es una dieta recomendada por un médico donde el paciente  $j$  debe comer alimentos durante un periodo de tiempo (supóngase un año) libres de sal.  $Imput2_{ij}$  es el número de días durante el cual el paciente  $j$  deberá tomar medicamentos contra la hipertensión. La variable  $Z_{ij}$  representa un antecedente genético de hipertensión. La variable  $Output_{ij}$  es el número de días durante el año en que la presión sanguínea del paciente se mantiene en niveles saludables.

Nótese que tanto las variables  $Imput1_{ij}$ ,  $Imput2_{ij}$ ,  $Output_{ij}$  representa secuencias, como el número de días en que el paciente tiene una presión sanguínea en niveles saludables, número de días en que el individuo  $j$  toma su medicación contra la hipertensión, número de días en que el paciente sigue una dieta baja en sal, entre otros.

## 2.2. Demanda de salud y servicios médicos

La función de producción de la salud (ecuación 7) no representa la toma de decisión de individuos por recurrir a los servicios de salud. Solo representa la posibilidad técnica de traslado de insumos en el servicio de salud al producto que es la continuidad de tiempo en estado saludable. La demanda de servicios de salud se deriva de la demanda de salud del individuo. En la literatura microeconómica, el stock de capital óptimo es la cantidad a la cual el costo del capital es igual a la eficiencia marginal del capital (marginal efficiency of capital o MEC en inglés). MEC representa el incremento porcentual en producto ( $Output_{ij}$ ) debido a la adición en una unidad de capital, todos expresados en dólares. El stock óptimo de capital para servicios de salud se representa como  $H^*$  y ocurre cuando el costo del capital iguala la eficiencia marginal del capital.

Figura 3: Capital de salud óptima (Sloan, 2013).



La forma de la curva de COC depende de las condiciones de costos. Si estos permanecen constantes la curva será horizontal. Para efectos de esta investigación se asumirán que los costos del capital se mantienen constantes. Como se mencionó anteriormente la salud representa un capital para los individuos que le permiten hacer parte del sistema económico.

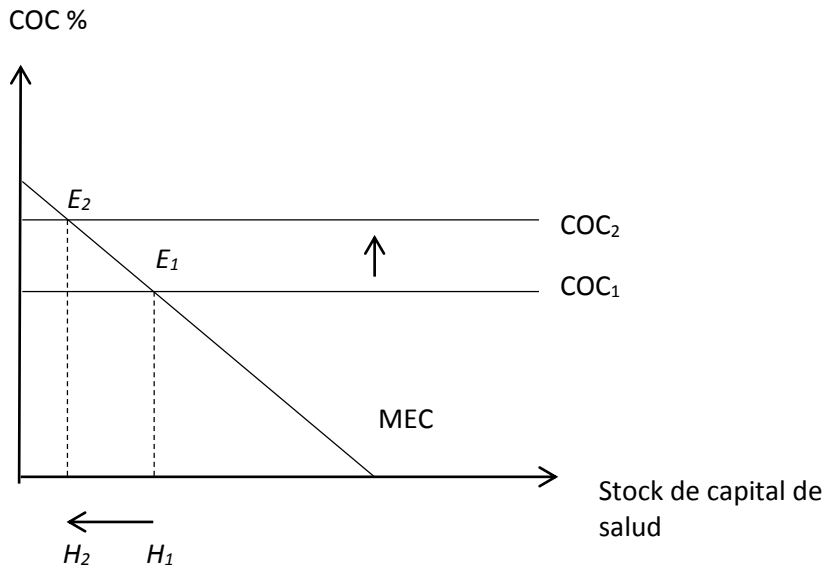
Aplicando la teoría microeconomía a la economía de la salud, el costo de capital COC representa el costo de un individuo de tener un stock y secuencia de capital de salud deseable, MEC representa la eficiencia del cuidado de la salud (mayores visitas al médico, continuos chequeos médicos, entre otros) que resulta en un stock de capital mejor al deseado. El equilibrio de estos dos factores resulta en un stock óptimo de capital de salud individual  $H^*$ . Tanto MEC y COC representan de forma implícita la oferta y la demanda del mercado de la salud.

Para las empresas oferentes del sector de la salud, la cantidad óptima de capital de la salud que un individuo desea en un periodo específico de tiempo se determina en la intersección entre MEC y COC. Si COC es 5 por 100 y MEC es 8 por 100, la firma oferente de servicios de salud puede incrementar sus ingresos si añade una unidad más de capital destinado a servicios de salud. La inversión en el contexto de la economía de la salud por parte de las firmas y la duración del consumo por parte de los individuos se establece con el fin de lograr cantidad de capital de salud óptima. Los cambios en las curvas de COC y MEC dan como resultado un nuevo punto de equilibrio en el capital de salud óptimo deseado por los individuos.

Primero consideremos un incremento en COC derivado de una alta tasa de depreciación de salud de un individuo (tasa de depreciación se entiende como la situación donde la salud de un individuo se deteriora a causa de enfermedades físicas, mentales y envejecimiento) que repentinamente se entera que tiene cáncer, o tiene una avanzada edad.

Una alta tasa de depreciación se traduce en una disminución del stock óptimo de capital de la salud para un individuo y en un aumento de COC del individuo que resulta en una disminución de  $H^*$ .

Figura 4: Capital óptimo de salud y cambios en la tasa de depreciación (Hsie, 2013).



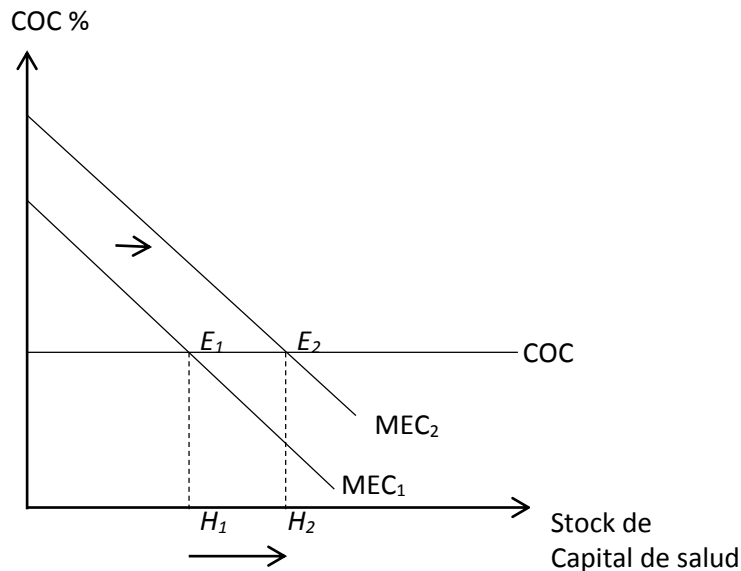
Nótese que un incremento en la tasa de depreciación de la salud de un individuo resulta en un mayor costo de capital de la salud, es decir, al individuo le cuesta más mantenerse saludable en términos de calidad pasando de  $COC_1$  a  $COC_2$ . En consecuencia, el individuo sufrirá de una caída en el stock óptimo de capital de la salud lo que significa que tendrá mayores secuencias de deterioro de la salud producto de menos momentos saludables.

La disminución de  $H_1$  a  $H_2$  produce un traslado de la situación de equilibrio desfavorable para el individuo ya que debido a que el costo para mantener su salud ha aumentado, su stock óptimo de capital ha disminuido. Consideremos otra situación de cambio en la curva MEC.

Un incremento en la productividad del insumo de un individuo  $Imput_{ij}$  (un aumento de las visitas al médico, hacer ejercicio, seguir una dieta balanceada) incrementa las posibilidades de lograr un resultado  $Output_{ij}$  mejor al deseado, logrando una nueva curva MEC mejor a la estándar. Gráficamente esta situación se representa como:



Figura 5: Capital óptimo de salud en cambios en la eficiencia marginal del capital de salud, MEC (Sloan, 2013)



Un incremento en los insumos  $Imput_{ij}$  produce un incremento en la eficiencia marginal del capital de la salud MEC, es decir, se incrementan las secuencias de periodos saludables de un individuo y como resultado se obtendrá un cambio un cambio positivo del stock óptimo de capital de la salud pasando de  $H_1$  a  $H_2$ . Mediante el gráfico 5 se infiere que el individuo ha logrado un incremento de MEC en parte gracias a una mayor demanda de servicios preventivos de salud (revisiones médicas periódicas, entre otros). Los factores que producen un incremento en la demanda de servicios de salud y como resultado un MEC mayor es una mayor educación sobre la importancia de mantenerse saludable, un incremento en los salarios de los individuos que promueve una mayor inversión en su salud, precios bajos de medicamentos, prótesis y tratamiento para mantener y mejorar la salud. Estos factores promueven una mayor tasa de retorno del capital de la salud, aumentando MEC.

Los factores que producen una disminución del MEC son altos precios en las prótesis, medicamentos y procedimientos médicos, bajo nivel de educación sobre la importancia de mantenerse saludable, bajos niveles de ingresos que disminuyen la demanda de los servicios

de salud. Estos factores disminuyen la tasa de retorno del capital de la salud de un individuo provocando una disminución del MEC. Un aumento del MEC da como resultado un aumento de  $H^*$  lo que resulta en un aumento de la secuencia de periodo saludable del individuo  $h_t$ .

### 2.3. Conductas de salud del consumidor

#### 2.3.1. Conductas no saludables y el concepto de valor futuro en salud

Los individuos deterioran su estado de salud debido a actividades poco saludables como fumar, ingerir bebidas alcohólicas, utilizar drogas ilícitas, realizar actividades riesgosas sabiendo las consecuencias negativas para su salud. Varios individuos priorizan el goce a corto plazo sacrificando su salud a largo plazo. En ese sentido se introduce el concepto de valor futuro en salud. La adaptación microeconómica a la economía de la salud destaca que el valor futuro ( $FV$ ) de la salud es la situación futura de la salud de un individuo al finalizar un periodo de tiempo donde por causas exógenas (envejecimiento, herencia genética, polución, contaminación en todas sus expresiones) y endógenas (malos hábitos alimenticios, altos niveles de estrés, sedentarismo, desestabilidad física y/o emocional) su salud se deprecia en el periodo  $T$ .  $i$  representa el periodo de tiempo en que el individuo acoge un habito perjudicial para su salud establecido como porcentaje de perjuicio de la salud en el periodo  $T-1$  (fumar, ingerir bebidas alcohólicas, tomar alimentos chatarra). La ecuación establece que

$$VF_T = (VF_0 - i)^0 + (VF_0 - i)^1 + (VF_1 - i)^2 + (VF_2 - i)^3 \dots \dots \dots (VF_{T-1} - i)^T \quad (8)$$

Manteniendo lo demás constante, el valor futuro de la salud de un individuo disminuirá en la medida que realice actividades o consuma bienes y/o servicios que perjudiquen su salud. Al finalizar un periodo de tiempo, el individuo vera su salud deteriorada optando por acudir a centros de salud que traten su condición. Nótese que el valor futuro en cada aparte de la ecuación se encuentra un periodo por debajo del periodo de tiempo

actualizado. En ese sentido al finalizar un periodo de tiempo el individuo vera deteriorada su salud si ha consumido bienes y/o servicios perjudiciales para su salud.

También es importante precisar que el valor futuro en salud puede depreciarse de forma acelerada o lenta dependiendo de variables endógenas (realizar actividad física, comer de forma saludable, dormir las horas recomendadas por los especialistas, manejar bajos niveles de estrés) y/o exógenas (herencia que beneficie la salud, bajos niveles de polución y contaminación).

Los individuos que buscan los servicios de salud son aquellos que han visto deteriorado su valor futuro de salud optando por someterse a tratamientos, procedimientos y/o intervenciones para mejorar su estado de salud. Muchos de estos, al no poder acceder a servicios de salud en sus países de origen por diferentes circunstancias (altos costos de servicios y medicamentos, falta de oferta en el servicio o medicamento demandado) deciden buscar servicios de salud a nivel internacional.

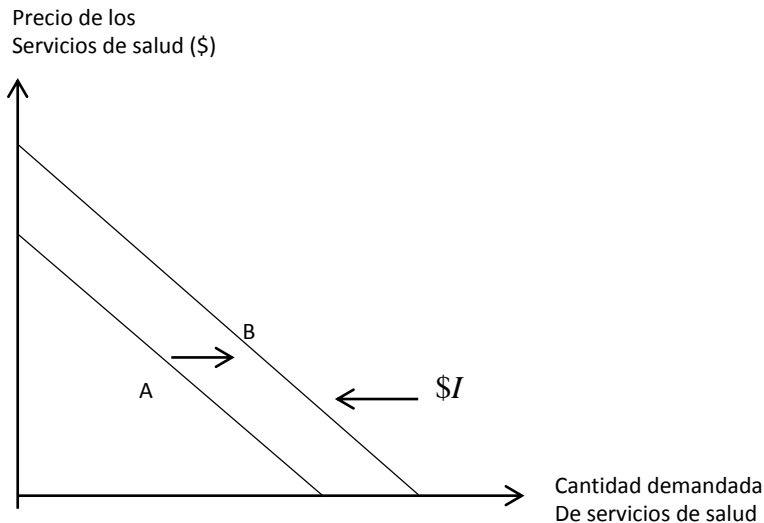
Este es el caso de pacientes internacionales que una vez evidenciadas las consecuencias de conductas no saludables encuentran que los tratamientos y/o procedimientos en sus países de origen son costosos optando por trasladarse a destinos médicos internacionales más económicos. Muchos de los turistas de salud que llegan a territorio colombiano buscan tratamientos contra el cáncer, tratamientos ortopédicos, así como medicina de bienestar para tratar el estrés (Pacheco, 2013).

### 2.3.2. Tipos de seguros de salud e impacto sobre la demanda de servicios de salud

El seguro de salud se diseñó con la finalidad de disminuir el costo para el paciente en servicios de salud. Un seguro de salud puede tomar muchas formas. Una forma es *subsidio fijo monetario*. Esta póliza de seguro específica que el cotizante pagará una cantidad fija de durante un periodo  $T$  y gozará de una serie de servicios a bajo costo. Esta forma de seguro también es llamada “compensación” en la industria de los seguros. La póliza de seguro pagará  $\$I$  por una consulta al médico y  $\$I$  por una cirugía que cubra la póliza. En la figura 6 se muestra el efecto de un subsidio sobre la curva de la demanda de servicios de salud.

El copago de  $\$I$  de un servicio de salud por parte de la póliza incrementa la cantidad de servicios de salud del beneficiario e incrementa el precio de ese servicio en particular.

Figura 6: Efectos de un subsidio  $\$I$  sobre la curva de demanda del consumidor (Hsie, 2013).



Sin embargo, a pesar de que una póliza de seguro cuenta con ciertas ventajas como el subsidio por servicios de salud, también tiene desventajas desde el punto de vista del paciente.

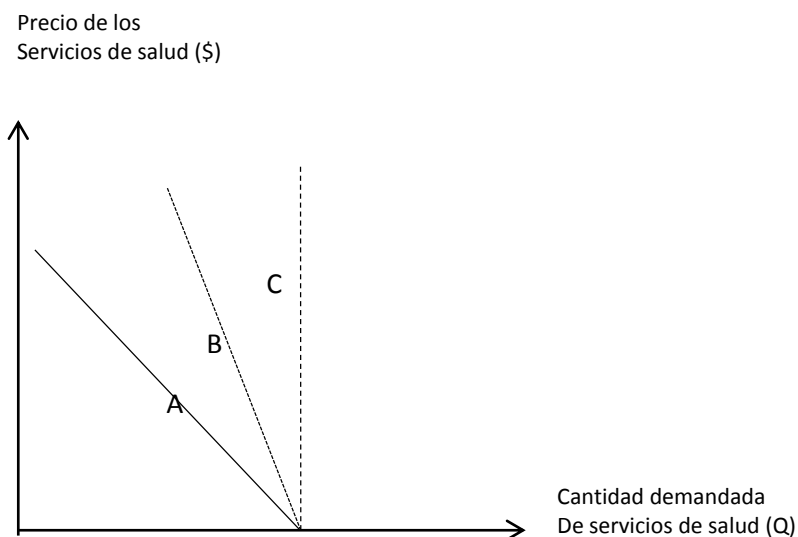
Una de las mayores desventajas es que el subsidio se mantiene fijo, mientras que la oferta de servicios de salud y consultas médicas varía de precio. Esta situación provoca un riesgo de potencial aumento de inversión por parte del paciente en servicios de salud, especialmente en intervenciones quirúrgicas y medicamentos de alto costo para tratar enfermedades de alta complejidad. Por otro lado, a pesar de que los subsidios en términos cuantitativos son bajos en comparación con el precio total de los servicios de salud, el subsidio que ofrece una póliza de seguro tiene una finalidad eficiente en términos de gastos por parte de las compañías de seguros. Al financiar una pequeña proporción de los servicios de salud que ofrece su póliza, obliga al consumidor a escoger la oferta de menor precio en un servicio particular de salud que ofrezca el contrato de aseguramiento incentivando al

consumidor a utilizar los servicios de salud más económicos. Una alternativa para el *subsidio fijo monetario* es el *subsidio ad valorem*. El termino ad valorem proviene del latín “de acuerdo con el valor”. Un subsidio ad valorem aumenta con el incremento del bien o servicio subsidiado.

Un contrato de aseguramiento ad valorem pagará un porcentaje específico del precio del bien o servicio asegurado mientras el otro porcentaje restante del valor del servicio de salud le corresponde pagarlo al cotizante, este porcentaje restante se llama coaseguro.

Por ejemplo, una persona contrata un seguro bajo la modalidad *subsidio ad valorem* donde el seguro pagara el 50 por 100 de una consulta médica, y el paciente pagara un coaseguro del precio restante de 50 por 100. En este caso la tasa de coaseguramiento (tasa del precio de la consulta médica que le corresponde pagar al asegurado) será de 50/50, 0.5. Si el porcentaje de aseguramiento cambia de 50 por 100 a 80 por 100, la tasa de coaseguramiento sería 80/20, 0.2. El coaseguramiento es menos utilizado en el presente que lo que se utilizó en el pasado. Gráficamente el aseguramiento bajo la modalidad *subsidio ad valorem* se representa de la siguiente forma:

Figura 7: Efectos del aseguramiento bajo la modalidad *subsidio ad valorem* (Sloan, 2013).



La figura 7 muestra los efectos del aseguramiento mediante la modalidad *subsidio ad valorem*. La curva de demanda A muestra la utilización de los servicios de salud por parte del paciente cuando no cuenta con el subsidio ad valorem, es decir, el paciente cubre el 100 por 100 de los gastos de salud.

Curva de demanda B representa la utilización de los servicios de salud cuando el seguro bajo la modalidad ad valorem cubre el 50 por 100 de sus gastos en servicios de salud. Finalmente la curva de demanda C representa la utilización de servicios de salud cuando el seguro cubre el 100 por 100 de los gastos derivados de servicios de salud.

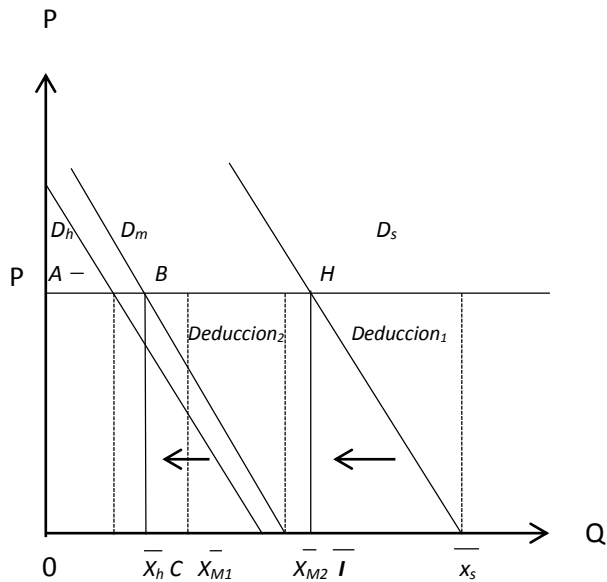
Nótese que mientras más subsidio tiene el paciente, más inclinada es la curva de demanda, esto evidencia que mientras más subsidio tiene el paciente, más inelástica es su demanda de servicios de salud ya que no corre con ningún tipo de gastos mientras que cuando el paciente corre con todos los gastos, más elástica es su demanda de servicios de salud ya que buscará la oferta de servicios de salud más económica.

Muchas pólizas de seguros de salud contienen *deducibles* o cantidades mínimas de pago al momento de recibir el subsidio de servicios de salud. Por ejemplo, en Colombia, un seguro de salud privado obliga al cotizante al copago de un monto aproximado de US\$14. Existen dos justificaciones que explican la existencia de un deducible.

La primera es que el pago de un deducible por parte del asegurado supone un ahorro de gastos para la compañía aseguradora. La segunda razón es que un deducible es un incentivo indirecto para disminuir la cantidad de utilización de servicios de salud aseguradas en la póliza de seguro. Gráficamente el deducible y su efecto sobre la demanda se muestran en la siguiente página.

Supóngase que el deducible es el rectángulo  $ABCO$ . Con un deducible en esta cantidad y un precio de  $P$ . La demanda de salud del consumidor que goza de buena salud ( $D_h$ ) consumirá  $Ox_h$ , la misma cantidad que consumiría si no tuviese seguro ya que cuenta con buen estado de salud y su demanda sería menor. Sin embargo, con un deducible, los consumidores que tengan una salud intermedia ( $D_m$ ) y aquellos que tienen un mal estado de salud ( $D_s$ ) consumirán  $Ox_{m1}$  y  $Ox_{m2}$  respectivamente.

Figura 8: Efectos de un deducible en la curva de demanda del consumidor (Aiken, 2001).



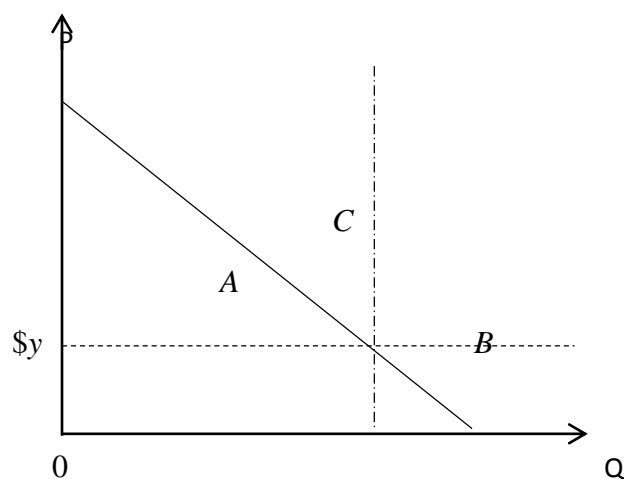
Nótese que a mayor cantidad de recursos a pagar por concepto de deducible, menor es el nivel de demanda de las personas que requieren de cuidados de salud. Las personas que se encuentren en un estado de salud intermedia y enfermas disminuirán la demanda de servicios de salud a medida que el deducible aumente de precio.

Otra forma de subsidio de servicios de salud establecido en un seguro de salud es el *copago*. Es un pago que realiza el asegurado en cada servicio de salud prestado. Es una modalidad parecida a la anterior aunque la diferencia radica en que bajo esta modalidad se realiza un desembolso del asegurado en cada servicio que demande.

El individuo paga el valor  $\$y$  por concepto del servicio prestado mientras la compañía de seguro paga el valor restante. En este tipo de subsidio, el seguro de salud no tiene incidencia en el aumento de la curva de la demanda de servicios de salud por parte del asegurado ya que el asegurado deberá pagar una parte del valor del servicio prestado demandado en un momento determinado.

Si el seguro pagara la totalidad del servicio prestado, el asegurado sería indiferente al precio de servicios de salud y la demanda sería inelástica.

Figura 9: Efectos de un copago en la cantidad \$y sobre la curva de demanda del consumidor (McGuire, 1991).



Para efectos de un copago \$y en la línea B, la curva de demanda se situará en A. Si el copago representase el 100 por 100 del servicio de salud a consumir, entonces la curva de demanda sería C inelástica para cualquier precio del bien o servicio de salud a consumir siempre y cuando el consumidor cuente con un estado de salud óptima. La tabla 1 muestra las diferentes formas de seguros de salud y su impacto sobre la curva de demanda.

Tabla 1: Formas alternativas de seguros de salud y su impacto sobre la curva de demanda

<b>Tipo de seguro</b>	<b>Definición</b>	<b>Efecto sobre la curva de demanda</b>
<i>Subsidio fijo monetario</i>	La póliza de seguro cubre un valor fijo monetario por un servicio de salud particular por un periodo fijo. (Valor fijo de todos los servicios que cubre la póliza)	Se presenta un cambio paralelo en la curva de demanda.
<i>Subsidio ad valorem</i>	El seguro cubre un porcentaje específico por un periodo	Cambio en precio de servicios de salud hace que la demanda



	constante del precio de bien o servicio de salud a utilizar. Este varía dependiendo el servicio de salud a utilizar. (Porcentaje del valor de todos los servicios que cubre la póliza)	de servicios de salud se vuelva menos elástica a mayor porcentaje de subsidio.
<i>Deducibles</i>	El asegurado cubre un monto de costo del servicio de salud y el seguro cubre el costo restante. Fomenta la disminución de la utilización de servicios de salud para personas con grave estado de enfermedad. (pago de servicio de salud de tratamientos de largo periodo de tiempo)	La curva de demanda se torna en una curva vertical al pasar el umbral de la cantidad de servicios de salud consumido.
<i>Copago</i>	El asegurado paga un valor fijo por unidad de servicio y el seguro cubre el resto. Solo aplica en el momento de la utilización del servicio de salud. (Pago del usuario por servicio demandado. Aplica principalmente para consultas médicas y ordenes medicas)	La curva de demanda se torna inelástica al sobrepasar el monto de copago.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos encontrados en Sloan, (2012), *Health Economics*, Massachusetts, MIT.

#### **2.4. Efectos del ingreso en la demanda de servicios de salud**

El efecto del ingreso en la demanda de servicios de salud es complejo de analizar.

En primera instancia todos los individuos utilizan servicios de salud sea privado o público.

Siguiendo el concepto de precio de una consulta médica, las personas con mayores ingresos optan por un pago mayor que el de un servicio de salud público ya que su costo de oportunidad de tiempo es mayor. Por esta razón, el consumo de bienes y servicios de salud que requieran tiempo por parte del consumidor como los servicios de cuidado de la salud caen a medida que incrementa el ingreso (Coulman, 1991).

Sin embargo, esta situación cambia al momento de detectarse una enfermedad de gran riesgo para la salud de un paciente con ingresos altos ya que prevalecerá la conservación de su salud en caso de riesgo que en caso de un cuadro menor. Es decir, la elasticidad-ingreso de la demanda es casi nula en momentos de una hospitalización por una enfermedad o accidente grave, mientras que la elasticidad-ingreso de la demanda es mayor cuando se trata de un control rutinario de salud ya que el costo de oportunidad de tiempo del asegurado prevalece sobre un chequeo médico.

**SEGUNDA PARTE: ECONOMIA APLICADA AL TURISMO DE  
SALUD PARA EL CASO DE COLOMBIA FRENTE A UNA  
PERSPECTIVA DE DINAMICA INTERNACIONAL**

A continuación se analiza el sector del turismo de salud a nivel mundial y el caso colombiano a partir de la recopilación de datos de diversas fuentes (firmas consultoras, revisión bibliográfica, entrevistas con gremios del sector y ecuaciones explicativas de oferta y demanda para 2014). Inicialmente se estudia el contexto global sobre el naciente mercado del turismo de salud mostrando las tendencias globales del sector, los principales participantes, las categorías del turismo de salud, las causas del turismo de salud, los flujos de turistas de salud a nivel global, los costos comparativos e ingresos.

Seguidamente se examina el caso colombiano a través de un análisis cuantitativo que permita conocer sus fortalezas, debilidades, oportunidades de crecimiento y sus potenciales limitaciones. Para analizar el sector del turismo de salud en Colombia en cuanto a la demandas y capacidad de oferta de procedimientos invasivos y no invasivos de mayor crecimiento es necesario aplicar las ecuaciones lineales de regresión múltiple de demanda y capacidad de oferta para 2014 vistas en la sección de la economía del turismo y adaptándolas a los servicios médico-turísticos a partir de la recolección de datos proveniente de diferentes fuentes que logre arrojar una estimación de demanda y capacidad de oferta para 2014.

Seguidamente se analiza el comportamiento de la demanda y oferta durante el periodo 2009-2013 con el fin de conocer los principales demandantes de los servicios a analizar, la concentración de mercado y los principales servicios demandados.

Asimismo se evalúa la oferta de profesionales de la salud (médicos y enfermeras preferiblemente bilingües) seguido de la inversión en infraestructura de salud en Colombia, los principales actores (centros de salud de alta, media y baja complejidad así como centros de bienestar), la previsión de la inversión en profesionales de la salud (médicos y enfermeras) para finalmente establecer el devenir del sector frente al mercado mundial y dar las respectivas recomendaciones que permiten potenciar el sector y cerrar con las respectivas conclusiones.

### **3. CONTEXTO GENERAL DEL TURISMO DE SALUD (TURISMO MEDICO, DE BIENESTAR, PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y NO INVASIVOS)**

La dinámica del turismo de salud es uno de los que presenta un mayor crecimiento a nivel global según la firma McKinsey (2009), Deloitte (2009) y La Organización Mundial de la Salud (2009) donde aproximadamente 46 por 100 de los turistas a nivel mundial reciben tratamientos médicos en el extranjero, transformándose en turistas de salud.

Cada vez es mayor la conciencia de los turistas internacionales y de la población en general sobre la necesidad de conservar un buen estado de salud, debido a mayores campañas tanto públicas (propagandas en televisión, radio, medios impresos e internet que advierten sobre los riesgos de fumar, ingerir bebidas alcohólicas, no hacer ejercicio, manejar altos niveles de estrés, no tener un estabilidad emocional, así como campañas públicas para realizar actividad física, donar sangre, entre otros) como privadas (mercadeo y publicidad de productos adelgazantes, comida y bebidas con menor contenido calórico, paquetes fitness para ir al gimnasio, paquetes turísticos para salir de la rutina y el estrés) que incentivan a una mayor cantidad de personas preservar y mejorar su estado de salud.

El reciente culto al cuerpo y la mente es el resultado de un proceso evolutivo del concepto de la medicina (Hshie, 2012). En los años cincuenta y sesenta los tratamiento médicos eran principalmente de índole curativa, es decir, no existía una costumbre arraigada en la sociedad (al menos en la occidental) de realizarse chequeos médicos periódicos que evitaran y/o controlaran la aparición de condiciones médicas desfavorables. Con la llegada de los ochenta aumenta el chequeo médico como principal componente de la medicina preventiva y se consolida en los noventa. La llegada del nuevo milenio trajo consigo una mayor conciencia por mantener un buen estado de salud, principalmente en países desarrollados.

Asimismo, la masificación de los medios de comunicación permite una mayor penetración en la sociedad occidental de la idea de buscar tratamientos naturales alternativos y holísticos que mejoren su calidad de vida disminuyendo la utilización de medicamentos con componentes químicos.

Esta situación llevó a que en el campo de los servicios de salud se amplíe en cuatro grandes categorías de servicios:

- Medicina curativa: busca eliminar una enfermedad o condición médica desfavorable preexistente y tratar una condición médica específica, promoviendo la buena salud de las personas. Los tratamientos y procedimientos más sobresalientes son el manejo de artritis, dolores crónicos, trasplantes, cirugía vascular, entre otros;
- Medicina preventiva: Busca prevenir futuras apariciones de enfermedades, optimizando la salud a través de transiciones. Los tratamientos más sobresalientes son los chequeos ejecutivos, tratamientos de traumatologías ortopédicas de baja complejidad, entre otros;
- Medicina estética: Busca la satisfacción de la apariencia física. Los tratamientos más sobresalientes son la cirugía plásticas con fines estéticos (mamoplastia, rinoplastia y liposucción, tratamientos odontológicos, acné y soluciones a desordenes de pigmento, tratamiento de belleza alternativo, botox);
- Bienestar (Inspired Wellness): Busca la satisfacción emocional de los pacientes a través del énfasis social, espiritual y físico/ambiental. Este campo se ha desarrollado a partir de la necesidad del manejo de estrés y sobrepeso. Los tratamientos más sobresalientes son la exploración por medio de la meditación, talleres de nutrición, programas de bienestar para toda la familia, talleres de estilo de vida;

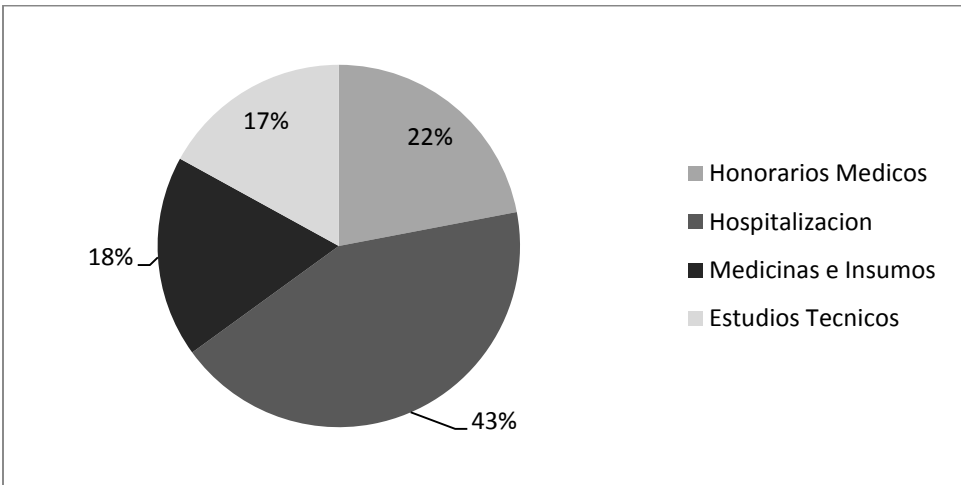
Es importante resaltar que se considera turista de salud a toda persona que decida trasladarse voluntariamente de un sitio a otro en búsqueda de tratamientos médicos, intervenciones médicas invasivas y/o no invasivas, tradicionales o alternativas y que experimente experiencias turísticas tradicionales y/o autóctonas durante su estancia en el lugar de destino.

Un turista de salud nacional es aquel que se desplaza dentro de un país con las especificaciones antes mencionadas, mientras que un turista de salud internacional es aquel

que realiza el desplazamiento de un país a otro para recibir tratamiento, intervenciones y demás productos y servicios médicos, adicional a la experiencia turística en el país de destino.

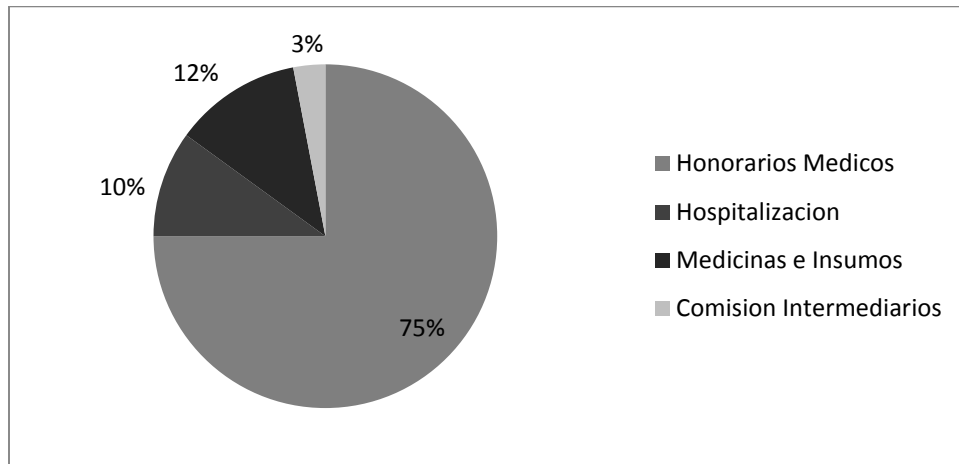
Para efectos de esta investigación se analiza únicamente el turismo de salud internacional y el papel de Colombia en este sector. Según la firma McKinsey (2009), los ingresos provenientes de los turistas de salud en la categoría de Bienestar es de US\$67.9 mil millones, en la categoría de medicina preventiva es de US\$2.9 mil millones, en la categoría de medicina estética son aproximadamente US\$3.2 mil millones, mientras que en la categoría de medicina curativa los ingresos son de US\$9.7 mil millones. Esto arroja un total de US\$83.7 mil millones del cual 81.12 por 100 pertenece al rubro de turismo de bienestar, es decir, turistas de salud que optan por tratamientos de relajación que involucran spa, contacto cercano con la naturaleza, la aplicación de medicina alternativa, natural y sin compuestos químicos. Por otro lado en materia de costos, según el profesor Herrik (2007) y el profesor Blake (2008), existe una importante diferencia en la estructura de costos entre la categoría de medicina curativa en preventiva y la medicina estética a nivel global el cual se puede evidenciar en los dos siguientes gráficos.

Gráfico 2: Aproximación de Estructura de Costos de Medicina Preventiva y Curativa a Nivel Global, 2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos encontrados en *Mapping The Market for Medical Travel*, McKinsey Y Co, Abril, 2012.

Grafico 3: Aproximación de Estructura de Costos de Medicina Estética a Nivel Global, 2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos encontrados en *Mapping The Market for Medical Travel*, McKinsey Y Co, Abril, 2012.

La estructura de costos para la medicina preventiva y curativa es relativamente equitativa exceptuando los honorarios médicos mientras que para la categoría de medicina de bienestar casi la totalidad de los costos de los servicios se concentra en los honorarios médicos. Esta situación se debe a la complejidad y escasez de la oferta de servicios especializados certificados. Mientras que existe una relativa abundancia de personal profesional que ofrezca servicios médicos tradicionales curativos y preventivos, los profesionales de la medicina estética y de bienestar alternativo son escasos y no se posee tanta información disponible al público en general como de los médicos tradicionales.

Cabe resaltar que se toman los datos de la firma consultora McKinsey debido la mayor precisión que ofrece en los informes sobre el diagnóstico del turismo de la salud, además de su actualización frente a otras consultoras u organismos internacionales en el momento de la elaboración de la presente investigación.

### 3.1 Principales causas del turismo de salud en las cuatro categorías

Según De la Puente (2015) el turismo de salud se basa en la búsqueda de procedimientos médicos curativos, preventivos, estéticos y de bienestar alternativos por parte



de los potenciales pacientes que demandan servicios, tratamientos, intervenciones y medicamentos específicos donde un destino medio-turístico los ofrece con ventajas (ya sea menores costos, mayor calidad y cobertura, facilidad en el acceso al servicio demandado o tratamientos y experiencias alternativas no tradicionales) frente a la oferta en el país de origen. Muchos de los procedimientos se encuentran fuera de las pólizas de seguro de salud en sus países de origen, lo que aumenta el costo del procedimiento a demandar, incentivando a los pacientes a buscar opciones en el exterior. Este es el caso de los turistas de salud provenientes de las cinco principales localidades que se analizarán más adelante para el caso colombiano.

Para el caso específico de Estados Unidos (principal emisor de turistas de salud a nivel mundial) los procedimientos más conocidos según la estructura contractual de pólizas de seguro de salud de las cinco firmas más grandes de ofertas de salud las áreas de la medicina tradicional que incluyen tratamientos y procedimientos invasivos y no invasivos que no cubren las aseguradoras por condiciones médicas preexistentes son medicina interna, urología, cardiología, cirugía general, ortopedia, gastroenterología. Se observa que tratamientos médicos sin cobertura (principalmente en Estados Unidos) son los de mayor demanda externa incluyendo Colombia.

La tabla 2 muestra una lista general de medicamentos y tratamientos médicos curativos y preventivos más rechazados en cobertura para Estados Unidos, Canadá, Antillas, Aruba y Panamá. Estas serán las localidades que se analizarán en la demanda de servicios médico turísticos hacia Colombia para el año 2014 y comportamiento de demanda durante el periodo 2009-2014.

Se decidió escoger estas localidades como principales emisores de demandantes de turismo de salud hacia Colombia debido a múltiples factores (cercanía geográfica, afluencia de turistas procedentes de los anteriores países que suelen ser los que más demandan tratamientos y medicamentos que generalmente no se cubren en sus países de origen, principalmente en la medicina curativa y preventiva) (De la Puente, 2015).

Tabla 2: Área de la medicina tradicional con procedimientos sin cobertura en pólizas de seguros de salud privados por condición médica preexistente en la medicina curativa y preventiva para 2012.

<b>Rubro País</b>	<b>Áreas de la medicina con procedimientos sin cobertura médica por condiciones críticas preexistentes</b>	<b>Medicamentos sin cobertura por principio activo</b>
<b>Estados Unidos</b>	Ortopedia, cirugía general, cardiología, gastroenterología, urología, medicina interna.	Alendronato, acetato de leuprolide, atorvastativa, bozentan, copidgrel, afemolina, filgrastim, gabapentina, inmunoglobina humana, inmunoglobina humana hipersensible, leoprostin, micofemoclato de mofetilo, omeprazol, parental, oxaliplatino.
<b>Canadá</b>	Oncología, urología, ginecología, obstetricia, cardiología.	Pregabalina, pretuximas, tracolimus, tropilamato, insulina gralgina, leoprostim, pralimizumab, risperidona, norepirefrina.
<b>Aruba</b>	Ortopedia, cirugía general, oncología.	Loranidaza, leoprostin, milrinona, octeotrida, parimizulab.
<b>Antillas</b>	Cirugía general, medicina interna, neurocirugía.	Filgrastim, inmunoglobina humana hipersensible, bozentan, insulina gralgina, pregabalina.
<b>Panamá</b>	Oncología, cardiología, urología, ortopedia.	Micofemoclato de mofetilo, atorvastatina, leoprostin, palimizumab.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos encontrados en US Health Department, Global Stevia Institute, Organización Panamericana de la Salud, Observatorio de Recursos Humanos de Salud en Panamá, 2013.

En la categoría de la medicina estética, la tabla 3 muestra los tratamientos más demandados en Colombia y que no se encuentran cubiertos por seguros de salud

(generalmente ninguna compañía aseguradora cubre tratamientos estéticos, salvo fines reconstructivos integrales).

Tabla 3: Tratamientos e intervenciones de medicina estética no cubiertas por pólizas de seguros de salud para 2014.

<b>Intervenciones de medicina estética no cubiertas en pólizas de seguros de salud</b>			
	<b>Quirúrgicos</b>	<b>No quirúrgicos o de mínima invasión</b>	<b>Productos y medicamentos</b>
<b>Estados Unidos</b>	Rinoplastia, abdominoplastia, liposucción, periodoncia, ortodoncia, aumento y reducción de busto, ritidectomía facial, alopecia masculina, alopecia femenina, blefaroplastia, otoplastia bicheroplastia, frontoplastia, aumento de pómulos, lipolifting, retiro de lunares, mentoplastia, rellenos faciales, reducción de papada, dermoabrasión quirúrgica, reconstrucción mamaria, ginecomastia, implante de pectorales, liposucción localizada, lipectomia postparto, corrección de cicatriz cesárea, postbariatrica facial, braqueoplastia,	Botox, ácido hialuronico, plasma revitalizador, limpieza facial, microdermoabrasión, tratamiento antiacné, revitalización facial, mezoface virtual revitalizador, neocavitacion, reafirmación corporal, lipolisis combinada, remoción de tatuajes, postoperatorio terapéutico.	Cuidado capilar, línea antienvjecimiento, control de manchas, contorno de ojos, control de arrugas, dermoreparadoras.

	<p>lipectomia de abdomen, ginecomastia postbariatrica, extracción de biopolímeros, resección de cicatrices.</p>		
<b>Canadá</b>	<p>Rinoplastia, abdominoplastia, liposucción, periodoncia, ortodoncia, aumento y reducción de busto, ritidectomía facial, alopecia masculina, alopecia femenina, blefaroplastia, otoplastia bicherooplastia, frontoplastia, extracción de biopolímeros.</p>	<p>Botox, ácido hialuronico, plasma revitalizador, limpieza facial, microdermoabrasión, tratamiento antiacné, revitalización facial, mezoface virtual revitalizador, neocavitacion, reafirmación corporal, lipolisis combinada, remoción de tatuajes, postoperatorio terapéutico.</p>	<p>Antienvjecimiento, contorno de ojos, contorno de manchas, dermoreparadoras, reductores corporales.</p>

<p><b>Antillas</b></p>	<p>Rinoplastia,  abdominoplastia,  liposucción, periodoncia,  ortodoncia, aumento y  reducción de busto,  ritidectomía facial,  alopecia masculina,  alopecia femenina,  blefaroplastia, otoplastia  bicheroplastia,  frontoplastia, aumento de  pómulos, lipolifting,  retiro de lunares,  liposucción laser, laser  lipolisis, reconstrucción  mamaria, ginecomastia,  implante de pectorales,  liposucción localizada  senos postparto, aumento  de pómulos, cirugía  estética de nariz,  mamopexia postbariátrica,  implante de pelo, implante  de cejas, manejo de  secuela de quemaduras,  lipectomia postparto,  cirugía de párpados,  cirugía de orejas,  elevación de frente.</p>	<p>Botox, plasma  capilar, plasma  revitalizador,  depilación,  microdermoabrasión,  limpieza facial,  remoción de tatuajes,  renovación facial.</p>	<p>Antienvjecimiento,  dermoreparadoras,  reductores corporales.</p>
------------------------	--	--	--

<b>Aruba</b>	<p>Rinoplastia, abdominoplastia, liposucción, cirugía de párpados, lipectomia de músculos, postbariátrica facial, megaliposucción postparto, extracción de biopolímeros, lipectomia de abdomen, manejo de secuela de quemaduras, implante de cejas, mamopexia postbariátrica, liposucción de papadas, rellenos faciales, elevación de frente, periodoncia, ortodoncia, alopecia masculina, alopecia femenina, retiro de lunares, aumento de pómulos.</p>	<p>Botox, ácido hialurónico, plasma revitalizador, limpieza facial, microdermoabrasión, tratamiento antiacné, revitalización facial, mezoface virtual revitalizador, neocavitación, reafirmación corporal, lipólisis combinada, remoción de tatuajes, postoperatorio</p>	<p>Dermoreparadoras, control de arrugas, línea antienvjecimiento, control de manchas, cuidado capilar.</p>
<b>Panamá</b>	<p>Rinoplastia, abdominoplastia, liposucción, periodoncia, ortodoncia, aumento y reducción de busto, ritidectomía facial, alopecia masculina, alopecia femenina, blefaroplastia, otoplastia bicheroplastia, frontoplastia, aumento de pómulos, lipolifting, retiro de lunares,</p>	<p>Botox, ácido hialurónico, plasma revitalizador, limpieza facial, lipólisis combinada, remoción de tatuajes, postoperatorio terapéutico.</p>	<p>Reductores corporales, protección solar, dermoreparadoras, contorno de ojos, pieles sensibles, pieles maduras, cuidado capilar.</p>

	mentoplastia, rellenos faciales, cirugía de parpados, postbariátrica facial, manejo de secuela de quemaduras, corrección de cicatriz cesárea.		
--	---	--	--

Fuente: Investigaciones de Mercado, Centro Colombiano de Cirugía Plástica, 2012.

Finalmente en la categoría de salud de bienestar (inspired wellness), todos los tratamientos y medicamentos de este rubro se encuentran fuera de la cobertura en las diferentes pólizas de seguros de salud (con algunas excepciones) debido a que a nivel mundial, la normativa interna, los tratamientos y medicamentos de bienestar no se conciben como de primera necesidad para la población.

Los principales tratamientos de medicina de bienestar alternativa que no cubre las pólizas de seguro en los países escogidos son: Desintoxicación orgánica, colonterapia, cámara hiperbárica, sueroterapia, terapia de quelación, drenaje linfático, terapia neural, programa dirigido al sobrepeso, tratamiento de fisioterapia, estética facial, estética corporal, programas de turismo de salud. Los productos médicos homeopáticos (sin compuestos químicos) de bienestar que no cuentan con compuestos químicos para la medicina de bienestar no cuenta con cobertura lo que aumenta su precio en países principalmente desarrollados.

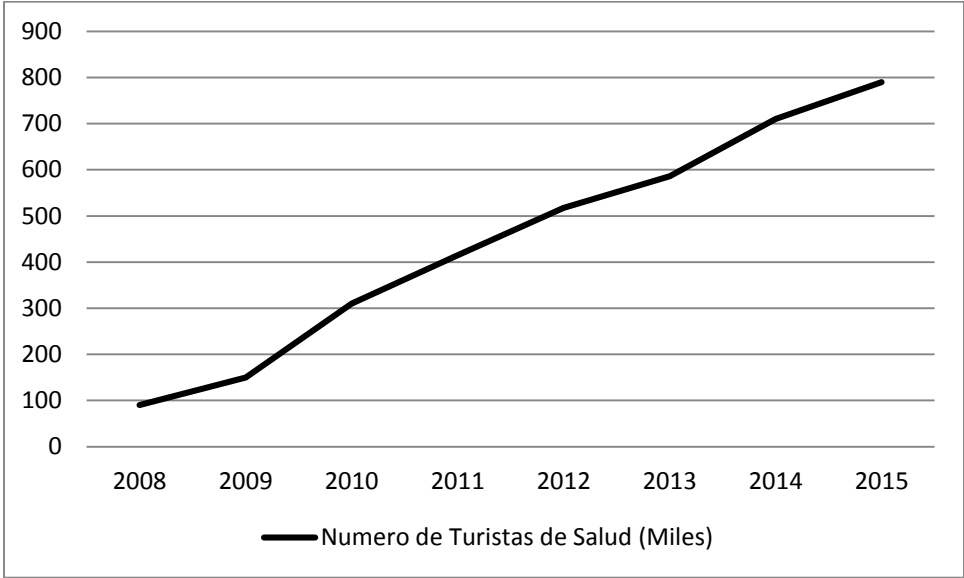
Los principales productos demandados en estos países son: Traumeel (ungüento para dolores musculares), Neurexam (gotas para conciliar el sueño), Tratalplex (disminuir la ansiedad), Xiproxicam (dolor en las articulaciones) (Pacheco, 2013).

### **3.2. Flujo de turistas de salud, ingresos, costos y tendencia internacional**

Según la firma McKinsey (2009) el turismo de salud de medicina curativa, es una categoría de aproximadamente US\$9,7 mil millones y se espera continúe creciendo de forma

acelerada debido al potencial que representa en materia de ingresos para países que cuentan con los insumos y estructura de oferta necesaria posicionarse a nivel mundial. El grafico 4 muestra el crecimiento sostenido de esta categoría en los últimos seis años.

Grafico 4: Número de Turistas de Salud de Medicina Curativa a Nivel Global: 2008-2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos encontrados en *Global Trend in Helth Medical Tourism*, Rajesh Kumar, SBS Publishers, Enero, 2014.

Factores como el ahorro en costos, calidad comparable en los servicios médicos y menores tiempos de espera para acceder a procedimientos continúan impulsando esta categoría. Así, se espera que la tasa anual de crecimiento constante (TACC) se encuentre entre 20-30 por 100 en los próximos cinco años.

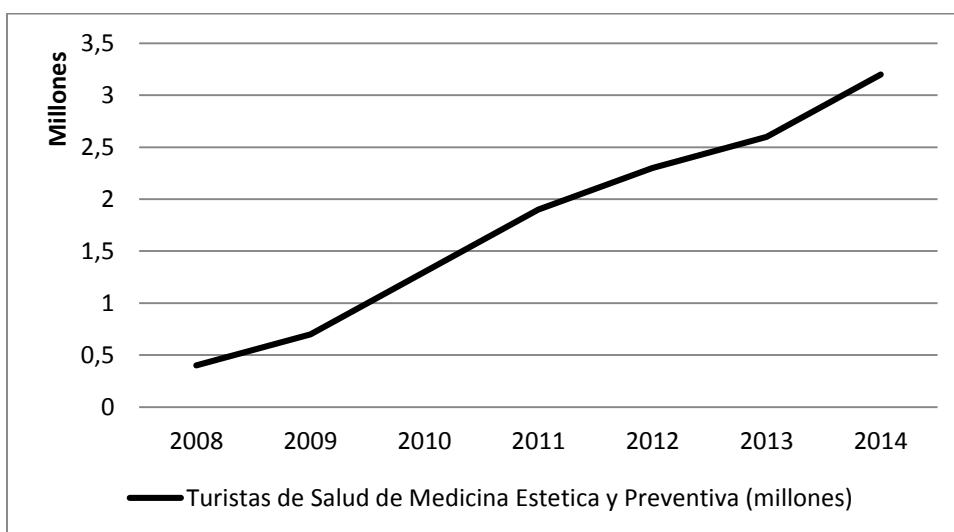
Los turistas de salud en la categoría de medicina curativa y preventiva optan por realizarse tratamientos e intervenciones en otros destinos con menores costos manteniendo una alta calidad en el servicio ofrecido. Lo anterior justifica el crecimiento de turistas de salud sobre la base de mantener y mejorar su utilidad de salud acompañado de una disminución sustancial de los costos de procedimientos curativos, preventivos y



medicamentos. El promedio de ingresos de los turistas de salud de la categoría de medicina curativa es de US\$13.000 según el informe presentado por McKinsey (2014).

Sin embargo, los turistas de medicina curativa son los de menor flujo internacional a diferencia de los turistas de salud de medicina preventiva y de estética (Medical Tourism Association, 2014). El gráfico 5 muestra el crecimiento continuo de flujo de turistas de medicina preventiva y estética durante el periodo 2008-2014 y principios de 2015.

Gráfico 5: Número de Turistas de Salud de Medicina Estética y Preventiva: 2008-2014.

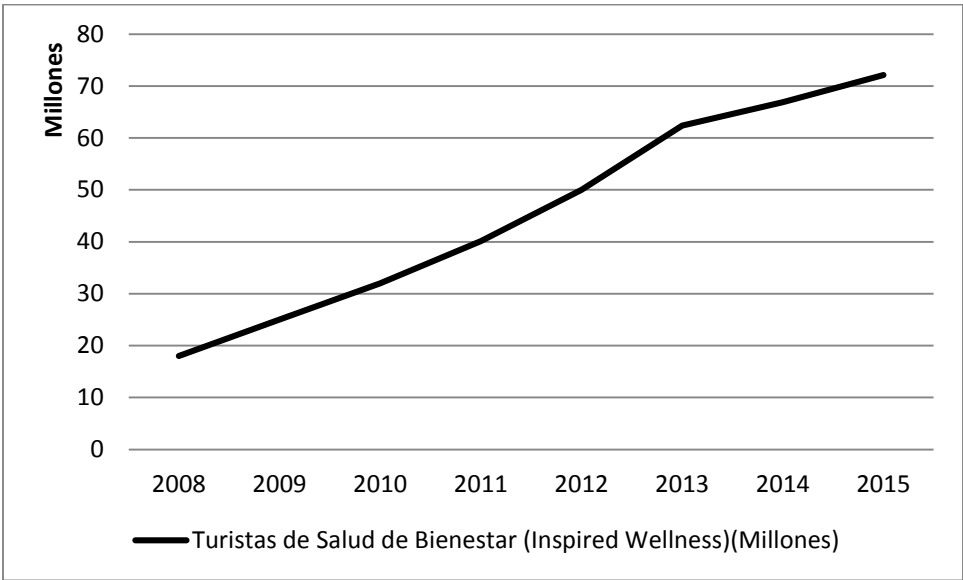


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos encontrados en *Global Trend in Health Medical Tourism*, Rajesh Kumar, SBS Publishers, Enero, 2014.

El ingreso promedio de un paciente en estas categorías son entre el 15-20 por 100 de ingresos promedio de un paciente de medicina curativa, es decir, aproximadamente US\$2,000 (sin embargo esta cifra varía dependiendo el destino turístico ya que mientras más cerca se encuentre el destino, el turista de salud cuenta con más recursos debido a la proximidad geográfica y el ahorro que este supone). Sin embargo, es difícil establecer el número exacto de pacientes de medicina estética y curativa debido a que los proveedores de los servicios de salud no suministran información rigurosa sobre sus pacientes en este segmento, lo que dificulta el cálculo.

A pesar de lo anterior, diferentes fuentes de información entre los que se encuentra el informe de estructura cualitativa del turismo de salud de la firma McKinsey, entrevistas a los gremios del sector (entrevista con el Doctor Jaime Pacheco, miembro de la Asociación Colombiana de medicina estética y con la doctora Rosalba Villagrande, miembro auxiliar de Asociación Colombiana de Turismo de Salud) y revisión bibliográfica coinciden en que este es un segmento creciente. Por otro lado, la categoría de medicina de bienestar (Inspired Wellness) es la de mayor flujo a nivel mundial superando los setenta millones de turistas.

Grafico 6: Número de Turistas de Salud de Bienestar: 2008-2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos encontrados en *Global Trend in Helth Medical Tourism*, Rajesh Kumar, SBS Publishers, Enero, 2013.

Debido a que la actividad de turismo de salud de bienestar se fundamenta sobre la base de establecer lugares preferiblemente al aire libre adecuados para el confort de los turistas que busquen un mayor contacto con la naturaleza, o turistas que busquen tratamientos médicos alternativos sin salir de la urbe, la inversión en finca raíz para la adecuación de espacios exclusivos para la realización de tratamientos de bienestar ha crecido de forma exponencial, esto según el *Global Economy* (2013).

Según la misma entidad, en 2013 se realizaron inversiones directas de capital en spas y adecuación de espacios para el turismo de bienestar por un monto de US\$20 mil millones y se espera que el crecimiento de este sector continúe. Una vez analizado el número estimado de turistas de salud a nivel global por categorías, es necesario analizar el nivel de ingresos comparativos de cada una teniendo en cuenta su tendencia global.

Para Villagrande (2013) El turismo de salud de bienestar es el que mayor ingresos presenta debido a que su actividad abarca una mayor cantidad de rubros, es decir, existe una mayor cantidad de actividades que describen el turismo de salud de bienestar donde se conjugan tratamientos alternativos como la acupuntura, terapia neural, colonterapia, sueroterapia, tratamiento de cámara hiperbárica, drenaje linfático, terapia de quelacion, ecoturismo, masajes estéticos, entre otros. Seguidamente se encuentra el turismo de salud curativo. Este segmento busca una disminución de costos y procedimientos que no cubren sus pólizas de seguro de salud en sus países de origen que suelen ser muy costosos, por lo que no se encuentran adversos a un alto nivel de gasto en países receptores de turismo de salud.

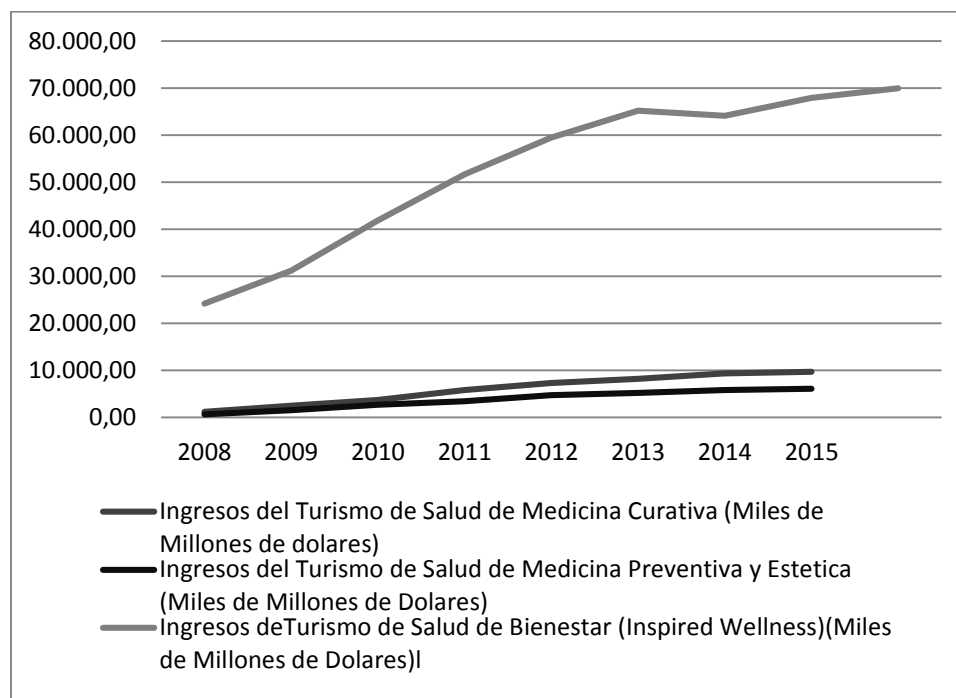
Este se caracteriza por la práctica de intervenciones invasivas de pacientes provenientes de países en desarrollo con alta capacidad adquisitiva que optan por trasladarse a un país (generalmente desarrollado) con alta calidad e innovación en los procedimientos ofertados. Finalmente se encuentran los turistas de salud de medicina preventiva y de estética.

Si bien estos turistas suelen contratar muchos servicios per capita (aproximadamente 2-4) los productos y servicios que suelen adquirir tener una menor estructura de costos ya que no involucran un tratamiento post operatorio riguroso (en caso de realizarse tratamientos invasivos y operaciones de alta complejidad). El grafico 7 muestra la división de ingresos de las categorías. Nótese que el turismo de salud de bienestar es el de mayor ingresos debido a la baja inversión comparativa y a la amplitud del concepto frente sus pares.

Se evidencia que la tendencia en la categoría de bienestar se encuentra al alza, lo que representa una excelente oportunidad de inversión en un sector no tradicional que muchas naciones se encuentran aprovechando debido a la oferta poco desarrollada existente. La tabla 4 muestra una comparación de costos, características generales de las principales ofertas, ingresos de los turistas de salud por país de origen, número de instalaciones que ofrecen

servicios y de turismo de salud según la categoría denominada y número aproximado de empleados en cada categoría.

Grafico 7: División de Ingresos del Turismo de Salud por Categorías y Proyecciones: 2008-2015.



Fuente: Fuente: Elaboración propia a partir de los datos encontrados en *Global Trend in Health Medical Tourism*, Rajesh Kumar, SBS Publishers, Enero, 2014.

Tabla 4: Generalidades de la Medicina Curativa, Preventiva y Estética (Aproximación).

Rubro	Costo comparativo frente a Estados Unidos	Hospitales acreditados para la oferta turística de salud según el Journal of Clinical Investigation	Características principales de la oferta turística de salud
País			
Brasil	50-60%	12	Misma zona horaria que Estados Unidos, cirugía cosmética confiable.

Costa Rica	30-40%	2	Principalmente cirugía dental y estética
España	25-30%	9	Procedimientos quirúrgicos cerrados con todo incluido
Estados del Golfo	10-15%	28	Foco de centros médicos académicos alternativos a Estados Unidos
India	15-20%	11	Médicos capacitados en Estados Unidos con equipos médicos de alta tecnología.
Malasia	30-40%	2	Cirugía cosmética y medicina alternativa, atienden a turistas musulmanes provenientes de medio oriente que evitan viajar a Estados Unidos.
México	25-35%	7	Alto volumen de turistas provenientes de Estados Unidos, buscando cirugías dentales y cosméticas.
Singapur	50-60%	12	Atiende al mercado regional.
Tailandia	30-40%	15	Procedimientos electivos debido a su atractivo como destino turístico.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos encontrados en *McKinsey: Mapping the Market for Medical Travel*, Marzo, 2014.

El análisis de costos se realiza a partir de los costos comparativos entre los principales destinos turísticos a nivel mundial y Estados Unidos debido a que este país representa el mayor nivel de flujo de turistas de salud. Los países latinoamericanos son los que presentan un menor nivel de costos de procedimientos invasivos y no invasivos en medicina curativa y preventiva. El número de clínicas acreditadas según el *Journal of Clinical Investigation*, (JCI por sus siglas en inglés) llega a 30, un crecimiento importante frente al año anterior (2013) que se ubicó en 22 existiendo una concentración en México (que por su cercanía con Estados Unidos es el receptor natural de turistas estadounidenses y canadienses) y Brasil.

La tabla 5 muestra la diferencia de ingresos de los turistas por país. La diferencia entre países desarrollados y países en vía de desarrollo es notable y justifica que muchos países en

via de desarrollo busquen captar la mayor cantidad de turistas de salud posible, principalmente en la categoría de turismo de salud de bienestar.

Tabla 5: Generalidades de la Medicina de Bienestar (Inspired Wellness) (Aproximación).

<b>Rubro País</b>	<b>Ingresos por total de turistas de salud (miles de millones de dólares estadounidenses)</b>	<b>Número de turistas de bienestar (inspired wellness)</b>	<b>Número de instalaciones que ofrecen servicios en esta categoría</b>	<b>Número de empleados en esta categoría</b>
Alemania	1.200,00	717.000	4.110	89.530
Argentina	405,00	192.230	1.230	14.860
China	550,00	217.000	4.970	93.220
Emiratos Árabes	310,00	189.120	305	4.030
España	560,00	315.000	1.920	35.240
Estados Unidos	4.520,00	1.120.000	19.520	290.800
Francia	789,00	380.000	2.913	60.200
Japón	1.800,00	620.450	7.230	120.480
México	810,00	410.000	2.114	35.540
Venezuela	70,00	37.000	180	2.430

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos encontrados en *McKinsey: Mapping the Market for Medical Travel*, Marzo, 2014.

Estados Unidos lidera los ingresos de los turistas de salud de bienestar, así como el número de turistas de bienestar. El número de turistas de salud solo en Estados Unidos sobrepasa el millón de pacientes, mientras que Japón le sigue con más de setecientas mil al año. El número de empleos formales directos creados en este sector supera los 400.000, y más de 900.000 indirectos (entre proveedores, suministro de servicios hoteleros, adecuación ambiental, entre otros). Con este panorama de costos, ingresos, número aproximado de turistas de salud a nivel mundial y características generales del sector en materia de servicios médicos-turísticos ofrecidos en cada país de destino, se pasa a analizar la tendencia mundial del sector. Asia y Norteamérica atraen el mayor número de turistas de salud en el mundo en busca de servicios médicos (McKinsey, 2014).

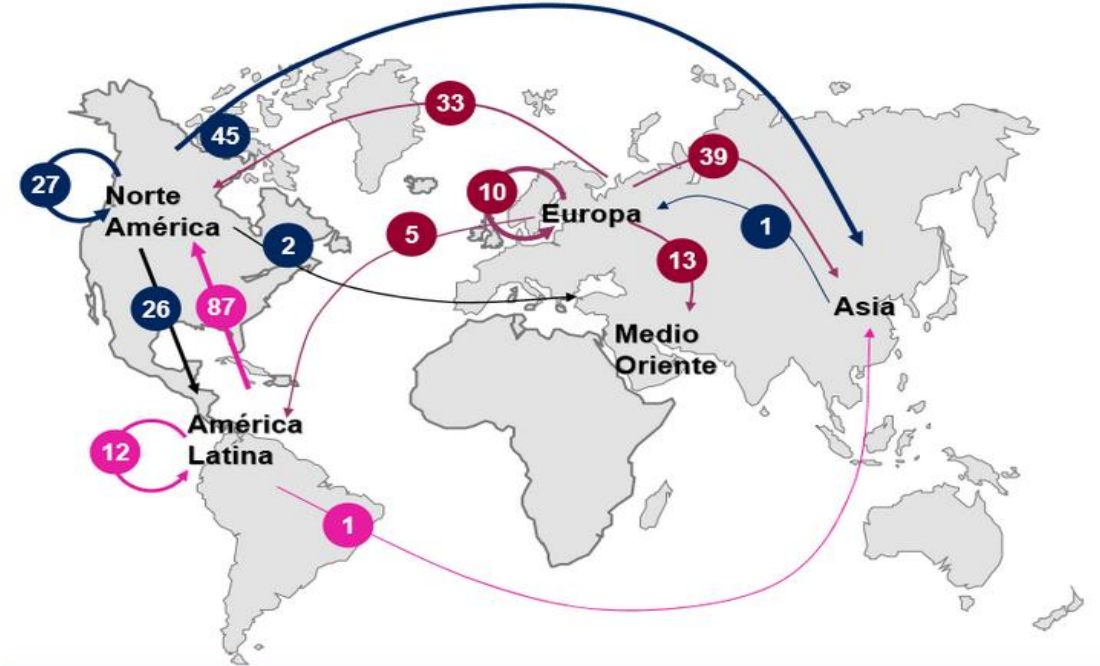
En el caso de la categoría de bienestar (Inspired Wellness), Medio Oriente y América Latina son los destinos más atractivos para los turistas internacionales. Se estima que los tratamientos que ofrecerán mayor rentabilidad estarán asociados con la categoría de medicina estética y de bienestar (manejo de peso, manejo del estrés, salud masculina en general).

Las especialidades más demandadas en las categorías de medicina curativa y preventiva son: cardiología, cirugía general, ortopedia; mientras que en las categorías de bienestar los tratamientos más demandados son levantamiento espiritual, talleres de nutrición, tratamiento de spa (cosméticos y no cosméticos). América Latina cuenta con la mayor oferta de cirugía estética, mientras en Europa predomina la sección de rehabilitación, en Asia, la cardiología y en Medio Oriente, la oncología. En la medicina de bienestar, la oferta de spas está concentrada en Europa, América del Norte y Asia, tanto en número de spas como en ingresos. El mayor flujo de movilidad internacional de turistas de salud a nivel intrarregional se encuentra en Europa, seguido de Estados Unidos, América Latina y Asia.

Los turistas de Salud europeos disfrutan de un mayor nivel de movilidad debido a la cercanía y facilidad de llegada en diferentes medios de transportes dentro del continente europeo, aunque existe un porcentaje importante de turistas que optan por ir a otros continentes para realizarse tratamientos y procedimientos quirúrgicos. Estados Unidos lidera el flujo de movilidad extra regional seguido de Europa y Asia. En Norteamérica, la movilidad se encuentra más concentrada hacia América Latina y Asia. En América Latina los turistas de salud se dirigen en casi el 90 por 100 hacia Estados Unidos principalmente debido a la

búsqueda de nuevas opciones más innovadoras que permitan la cura de una condición médica preexistente.

Grafico 8: Porcentaje de Flujo de Movilidad de Turistas de Salud internacional Para Norteamérica, América Latina y Europa.



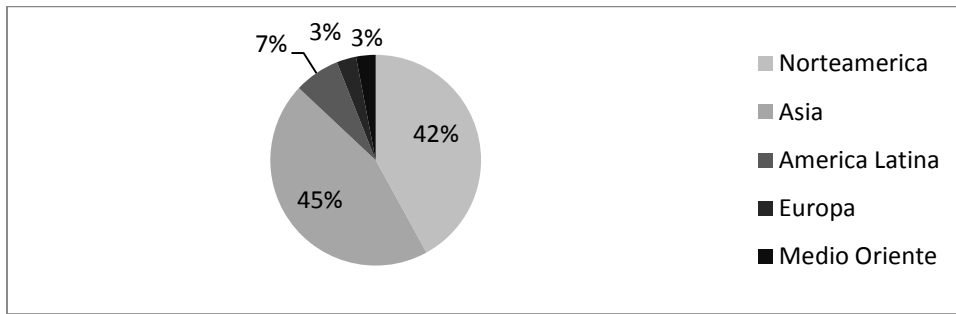
Fuente: McKinsey, *Mapping The Market for Medical Travel*, 2008.

Asia y Norteamérica atraen el 87 por 100 del flujo total de turistas de salud en las categorías de medicina curativa. Los turistas que viajan a Norteamérica lo hacen con el objetivo principal de buscar la mejor tecnología y mayor innovación de procedimientos de medicina curativa. Hacia Asia viaja principalmente la diáspora residente en Norteamérica y Europa. Sin embargo, Asia gana cada vez mayor importancia entre los turistas de salud de todas las regiones, mientras que Medio Oriente y Norte de África son las regiones con menor movimiento de turistas internacionales, incluyendo la categoría de medicina de bienestar.

El grafico 9 muestra la división porcentual de destino de los turistas de salud en total promedio. Nótese que América del Norte y Asia representan en promedio la mitad del flujo de turistas de salud (ingreso y egreso).

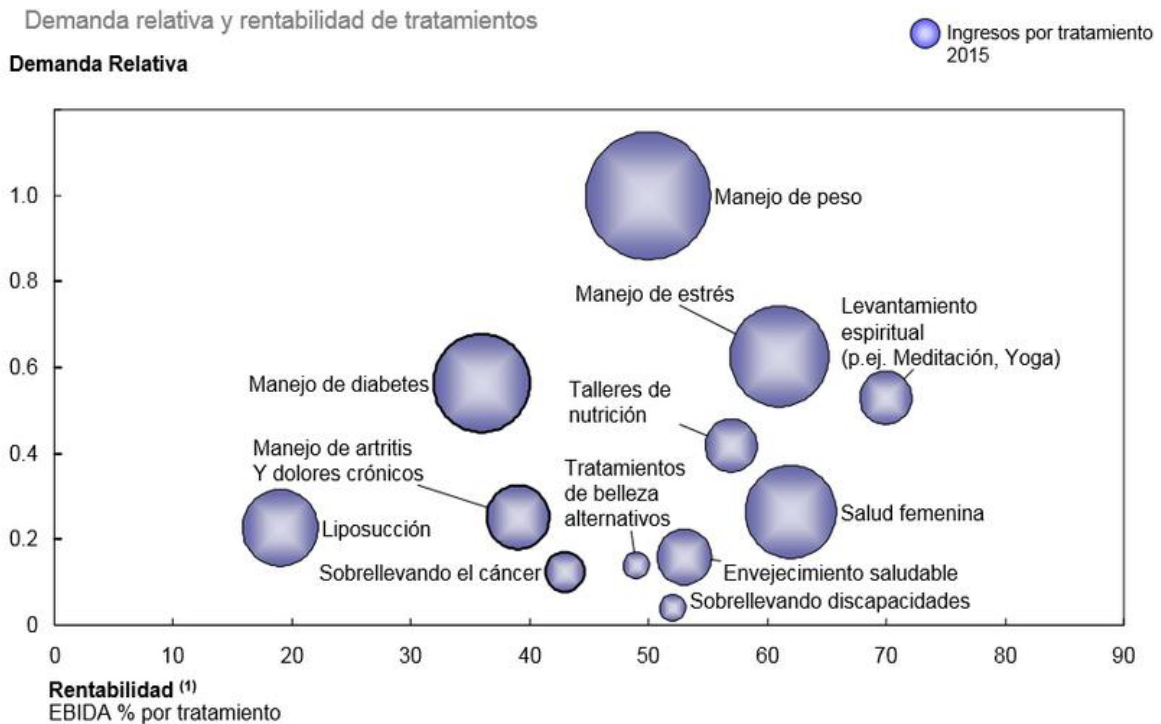


Grafico 9: Destino de los Turistas de Salud en Porcentaje de Pacientes para 2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos encontrados en Gahlinger Paul; The Medical Tourism Travel Guide: Your Complete Reference to Top-Quality, Low-Cost Dental, Cosmetic, Medical Care & Surgery Overseas, Sunrise River Press, 2014, Chicago.

Grafico 10: Demanda Relativa y Rentabilidad de Tratamientos Para el Turismo de Salud en la Categoría de Medicina Preventiva, Estética y Bienestar (Inspired Wellness) Para 2015.



<sup>(1)</sup> Rentabilidad calculada para clientes en la región de Medio Oriente (calculada con base en costos específicos para pacientes, p.ej. Salarios locales)

Fuente: Modelo de demanda de servicios de salud para 2015, McKinsey.

Se estima que para 2015, los tratamientos con mayor demanda y rentabilidad en el rubro de la medicina estética y de bienestar estarán asociados con el manejo del peso.

También se espera que la categoría de medicina de bienestar sea la de mayor atractivo para los turistas de salud global. Se estima que la profundización de la demanda en categorías se enfocará en particularidades propias de cada una. En la medicina curativa el turista busca tecnología más avanzada y procedimientos de punta, mejor calidad para procedimientos agudos no críticos con un protocolo estándar a nivel mundial a menores costos.

Los turistas de salud que buscan una mejor calidad en los tratamientos y procedimientos curativos y preventivos provienen casi en su totalidad de países en vía de desarrollo. América Latina cuenta con el 5 por 100, Medio Oriente, 24 por 100, Asia, 44 por 100, África 13 por 100, Europa, 13 por 100, otros 1 por 100. Las especialidades más buscadas son neurocirugía, urología, medicina interna, gastroenterología, ortopedia, oncología, cirugía general, cardiología.

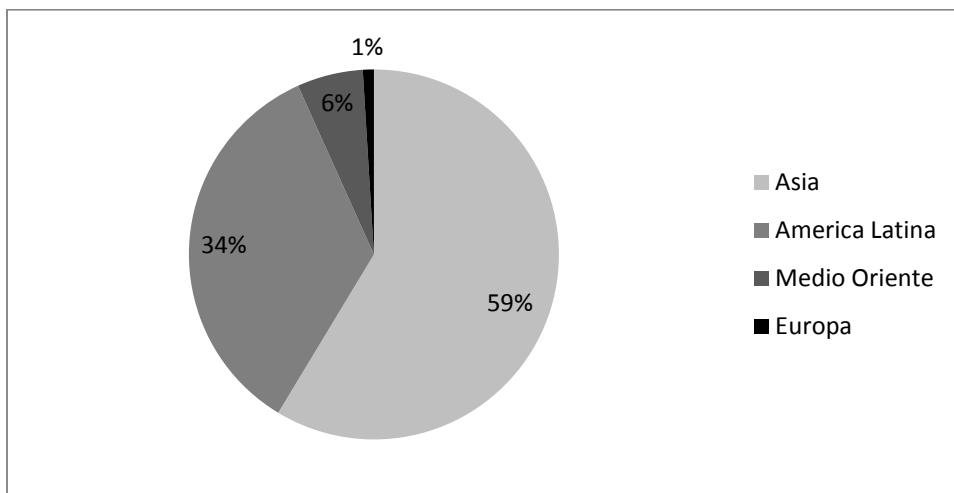
Este segmento busca mejor calidad de la que está disponible localmente para procedimientos medicamente necesarios y pagan más por procedimientos de alta calidad. Los turistas de salud de medicina estética y preventiva buscan tratamientos de ortopedia y cirugía general. La distribución poblacional de turistas en búsqueda de tratamientos de medicina de bienestar es de 27 por 100 para Estados Unidos, 27 por 100 otros, 20 por 100 para Australia, 6 por 100 para Reino Unido, 4 por 100 Hong Kong, 4 por 100 Taiwán y 3 por 100 Japón. Las especialidades más buscadas son gastroenterología, urología, cirugía general, entre otros.

Asia y América Latina atraen el 93 por 100 de los turistas en busca de menores costos para tratamientos de medicina de bienestar alternativa con un protocolo. El grafico 11 muestra la distribución porcentual de destinos escogidos por los turistas de medicina de bienestar mientras que el grafico 12 muestra la ubicación de origen de turistas de medicina estética para el año 2014.

El grafico 13 muestra las especialidades más demandadas por los turistas de salud de medicina estética para el año 2014. Nótese que el aumento mamario ocupa el 35 por 100 de las intervenciones solicitadas. Este se debe a que en regiones como América Latina y Asia el

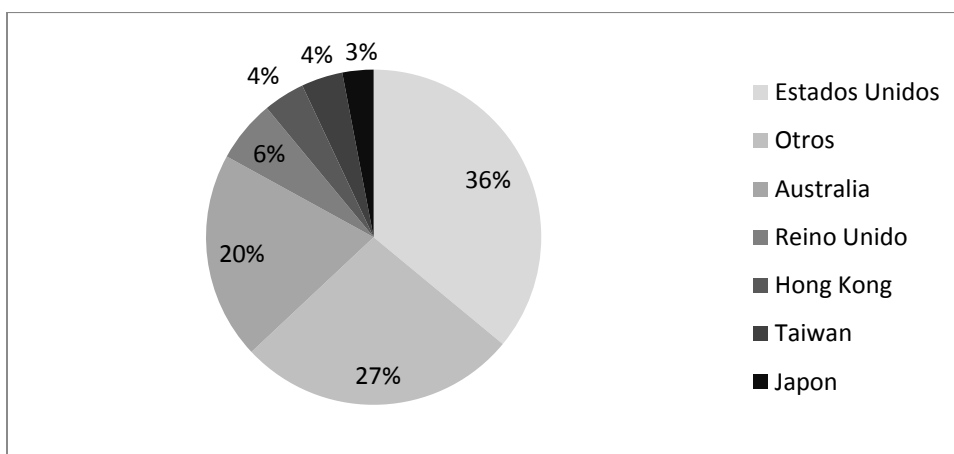
costo de procedimientos estéticos como cambios corporales suelen ser mucho menores que en países desarrollados como Estados Unidos y Canadá.

Grafico 11: Destino de Turistas de Salud de Bienestar para 2015



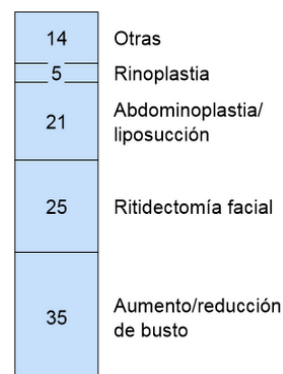
Fuente: Elaboracion propia a partir de los datos encontrados en Gahlinger Paul; The Medical Tourism Travel Guide: Your Complete Reference to Top-Quality, Low-Cost Dental, Cosmetic, Medical Care & Surgery Overseas, Sunrise River Press, 2012, Chicago.

Grafico 12: Ubicación de Origen de Turistas de Salud en la Categoría de Medicina Estética: 2014.



Fuente: Elaboracion propia a partir de los datos encontrados en Gahlinger Paul; The Medical Tourism Travel Guide: Your Complete Reference to Top-Quality, Low-Cost Dental, Cosmetic, Medical Care & Surgery Overseas, Sunrise River Press, 2013.

Grafico 13: Especialidades más Buscadas por Turistas de Salud en La Categoría de Medicina Estética para 2014.



Fuente: Modelo de demanda de servicios de salud para 2015, McKinsey.

### 3.3. Relación entre la edad y el consumo de servicios médico-turísticos

Una vez establecidas las principales tendencias de movilidad y estructura general del turismo de salud en las categorías curativa, preventiva y estética, es necesario analizar la motivación de los turistas de salud que les incentiva a buscar servicios del sector en las diferentes categorías en un momento determinado de su vida. Lo anterior con base a la Revista ISTMO (2013).

Se encontró que la búsqueda de servicios de salud turísticos obedece (además de las necesidades particulares de los pacientes y de los costos comparativos) principalmente a etapas o ciclos de sus vidas que los motivan a demandar servicios específicos de salud.

En ese sentido un turista de salud en sus veintes se dan cuenta que la actividad física es un determinante para el logro de sus objetivos profesionales y la eficiencia en la vida profesional. Esta situación provoca la búsqueda de tratamientos preventivos e intervenciones quirúrgicas para mejorar la apariencia física, así como tratamientos estéticos que cumplen el mismo fin. Los turistas de salud de los veintes son muy específicos sobre el tipo de servicio de salud que desean y optan por realizárselos de forma esporádica. Este tipo de turista es muy amante de los servicios de salud de bienestar como los centros médicos deportivos, tratamientos estéticos, entre otros.

Por otro lado, los turistas de salud que se encuentran alrededor de sus treinta años son personas que sufren de un alto nivel de estrés laboral y personal, fundamentalmente por la carga de responsabilidades con las que cumplen. Este tipo de paciente se encuentra más interesado en tratamientos para lograr un mayor nivel de tranquilidad interna y mejorar sus niveles de nutrición.

Los turistas de salud alrededor de los cuarenta años de edad comienzan a preocuparse por los efectos de su rutina y estilo de vida en su salud, prestando mayor atención a sus hábitos alimenticios, buscando servicios como el manejo de peso, manejo del sueño, preocupaciones estéticas, y sobretodo buscando servicios que permitan mejorar su estado emocional frente a situaciones adversas de vida. Esta situación se agudiza en los cincuentas donde los turistas se encuentran en la búsqueda y redescubrimiento de relaciones viejas y nuevas mientras mantienen un estilo de vida saludable. Este tipo de paciente opta por mayores tratamientos curativos, agudización de los tratamientos preventivos, pero sobretodo tratamientos psicológicos y alternativos.

Los turistas en sus sesentas tienden a encarar la pérdida de un ser querido. Teniendo en cuenta que son individuos que han logrado forjar un patrimonio y lograr obtener su pensión (en la mayoría de los casos), buscan realizar actividades novedosas y utilizar mejor su tiempo destacándose por los viajes e interacciones familiares y de pareja. Este tipo de turistas busca servicios que permitan mejorar la comunicación con sus parejas, hijos y abordar la pérdida de un ser querido que le permita soportar su nueva situación.

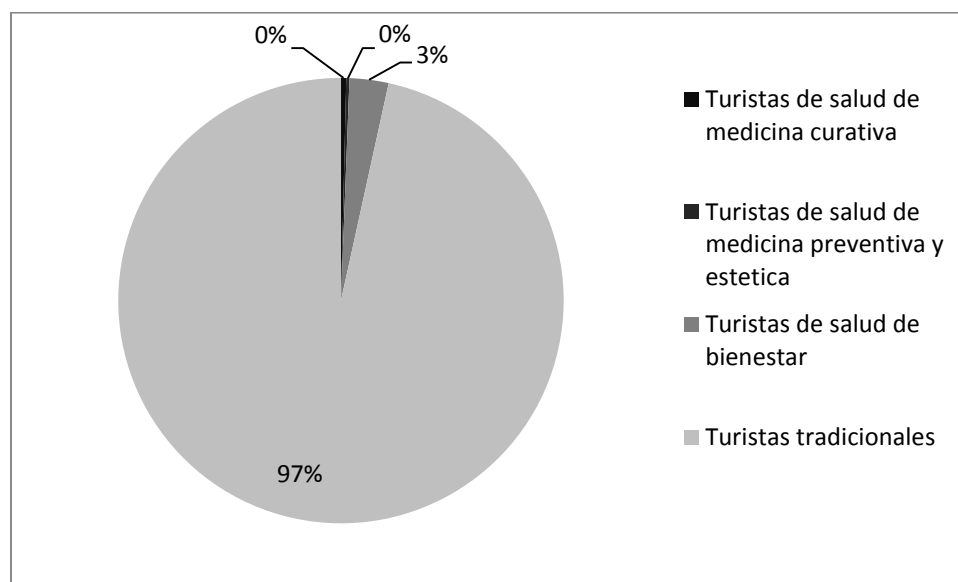
#### **4. TURISMO DE SALUD EN COLOMBIA**

En Colombia el turismo de salud es un sector aún incipiente logrando alrededor de 61,780 visitantes entre las tres categorías para principios de 2013 de los cuales 61,700 o 99,87 por 100 provienen de las siguientes localidades: Estados Unidos, Canadá, Aruba, Antillas y Panamá. Este dato es relevante debido a que a partir de la alta concentración de emisión de pacientes provenientes de las cinco localidades anteriores se realizará la estimación de demanda y capacidad de oferta para el año 2014. Según el Ministerio de Salud (2014), los turistas de salud de medicina curativa y preventiva se encuentran alrededor de 4,000 usuarios,

mientras que los turistas de salud en la categoría de medicina estética y preventiva son alrededor de 3,000. Los turistas en la categoría de medicina de bienestar son de 65,000 pacientes.

El total de turistas tradicionales incluyendo los turistas de salud que llegaron al país fue de 1.832.098 (PROEXPORT, 2012) (ahora Procolombia). Los turistas de salud en las categorías de medicina curativa representa respecto al total de turistas que ingresaron a Colombia de 0,38 por 100, los turistas de medicina estética y preventiva de 0,23 por 100 y los turistas de bienestar de 2,83 por 100, lo que significa que 96,56 por 100 de los turistas que ingresaron a Colombia en 2013 fueron turistas tradicionales. El grafico 14 muestra la distribución de ingreso de turistas en las diferentes categorías.

Grafico 14: Distribución de Ingreso de Turistas a Colombia en 2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos encontrados en Agencia de Promoción de Exportación y Turismo (Procolombia), 2014.

Aproximadamente solo el 3.35 por 100 de los turistas que ingresan a Colombia son turistas de salud. Asimismo, la mayoría de los turistas de salud que llegan al país son turistas de bienestar seguidos de turistas de salud en la categoría de medicina estética, medicina preventiva y finalmente la medicina curativa. En ese sentido, según la Agencia de Promoción

de Exportación y Turismo (PROEXPORT, 2014) (ahora Procolombia), nuevos procedimientos de carácter preventivo como los chequeos médicos, están ganando participación. Así, según la firma Mckinsey (2014) los servicios de salud más demandados son los de medicina de bienestar donde los turistas buscan niveles adecuados de calidad a precios bajos. Estos pacientes en su mayoría provienen de Estados Unidos.

Los ingresos provenientes del turismo de salud fueron de US\$115 millones en el año 2013 enfocándose en el ingreso por concepto de servicios estéticos y de medicina alternativa homeopática. Sin embargo, al no existir una tendencia exacta de llegadas de turistas internacionales por concepto de demanda de servicios de turismo de salud, es necesario establecer un modelo que permita establecer un análisis cuantitativo riguroso (De la Puente, 2015).

#### **4.1. Modelo de demanda y capacidad de oferta para procedimientos médicos curativos, preventivos, estéticos y de bienestar seleccionados**

##### 4.1.1. Estimación de Demanda de Procedimientos Seleccionados para 2014 y Comportamiento de la Demanda Durante el Periodo 2009-2014.

Para la estimación de demanda de turistas de salud para el año 2014 en las cuatro categorías se escogieron los tratamientos y/o intervenciones de diferentes áreas de la medicina tradicional y alternativa mostrados en la tabla 6.

La razón de la elección de estos tratamientos e intervenciones se debe a que según consultoras independientes e informes de agencias públicas de Colombia las intervenciones señaladas se perfilan como las de mayor demanda actual y futura.

Asimismo se escogieron cuatro mercados objetivos (Estados Unidos, Canadá, Aruba, Antillas y Panamá) debido a que en los anteriores informes mencionados se ubican estos países como principales demandantes de los siguientes servicios médico-turísticos (revisar bibliografía).

Tabla 6: Procedimientos a analizar en los modelos de demanda y capacidad de oferta de turismo de salud para 2014 y comportamiento durante el periodo 2009-2013.

<b>Categoría de Turismo de Salud</b>	<b>Especialidades</b>	<b>Procedimiento/examen Medico</b>
Medicina curativa	Oncología	Radioterapia Quimioterapia
	Urología	Cirugía reconstructiva del suelo pélvico
	Ortopedia	Cirugía cardiovascular
Medicina preventiva	Ortopedia	Tratamiento de traumatologías (esguinces, luxaciones)
Medicina estética	Facial	Rinoplastia
	Corporal	Aumento mamario
Medicina de bienestar (inspired wellness)	Integral	Programa dirigido al sobrepeso

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos encontrados en el Consejo de Política Económica y Social (COMPES), 2014.

Para la estimación de demanda en 2014 se utilizan datos históricos desde 2009 hasta 2013 aplicado a la ecuación lineal de regresión múltiple de economía del turismo de Dwyer (2010).

Cada una de las variables independientes de la siguiente ecuación de regresión múltiple se toma tanto de bases de datos mostradas en la bibliografía, como de entrevistas a representantes gremiales que facilitaron datos como la elasticidad precio de la demanda (o preferencia del consumidor), número de consumidores en el mercado del servicio en estudio, precio de servicios complementarios y sustitutos (en caso de existir) y el nivel de gasto en publicidad y mercadeo. Cabe anotar que debido a la escasez de información por parte de entidades privadas y la desactualización de agencias públicas que hacen seguimiento al sector (ver informe de consultora McKinsey, (2009), Deloitte, (2010), PTP (2015) existe poca variabilidad de algunas variables independientes.



La estimación de los servicios demandados se establece a partir de la adaptación de la demanda de turismo aplicada al subsector del turismo de salud (ecuación 4 del primer capítulo):

$$\ln Q_x = \ln \alpha + \beta_1 \ln P_x + \beta_2 \ln Y + \beta_3 \ln N + \beta_4 \ln P_s + \beta_5 \ln P_c + \beta_6 \ln T + \beta_7 \ln A + \ln \mu \quad (4)$$

Dónde  $\alpha_0$  Es la intercepción,  $\beta_s$  son los parámetros (coeficientes) que deben ser estimados,  $Y$  es el ingreso del consumidor,  $N$  es el número aproximado de consumidores en el mercado,  $P_s$  es el precio de bienes sustitutos,  $P_c$  es el precio de los bienes complementarios,  $T$  son las preferencias del consumidor,  $A$  es el nivel de gasto en publicidad y mercadeo,  $\mu$  es el margen de error.

En este modelo lineal, el cambio en el efecto marginal de la variable dependiente  $Q_x$  para cada cambio en una unidad en la variable independiente o explicativa (dado por el coeficiente estimativo de las variables) es una constante independiente del nivel de otra variable particular (u otras variables incluidas en la ecuación de demanda). Esto permite una fácil interpretación de los coeficientes estimados de la regresión como elasticidades.

La curva estimada del coeficiente en la ecuación anterior representa los cambios porcentuales de las elasticidades promedio, específicamente:  $\beta_1$  Es la elasticidad-precio de la demanda,  $\beta_2$  es la elasticidad-ingreso de la demanda,  $\beta_3$  es la elasticidad de la demanda con respecto al crecimiento de la población,  $\beta_4$  es la elasticidad cruzada de la demanda (para bienes sustitutos),  $\beta_5$  es la elasticidad-cruzada de la demanda (para bienes complementarios),  $\beta_6$  es la elasticidad de la demanda con respecto a cambios en los gustos y preferencias de los consumidores,  $\beta_7$  es la elasticidad de la publicidad y mercadeo de la demanda.

Así, la ventaja de la formulación de la función de potencia es que el coeficiente estimado da las elasticidades de la demanda de forma directa. Tanto las variables independientes como los parámetros se adaptan a cada servicio de salud según la categoría correspondiente. Es necesario mencionar que los servicios médico-turísticos a estimar para los cuatro países se realizaron con base a datos disponibles desde el año 2009 hasta 2013.

Asimismo se analizará el comportamiento de la demanda para el periodo 2009-2014 con el fin de exponer con más profundidad las generalidades de la demanda (principales demandantes, principales servicios demandados, concentración de mercado)

#### 4.1.2. Análisis de Resultados (Estimación de demanda de procedimientos médicos para 2014 y comportamiento de consumo durante el periodo 2009-2014)

La demanda de servicios médico-turísticos expuestos arriba para el año 2014 se caracteriza por particularidades. La primera es la alta concentración de servicios para la reducción del sobrepeso que abarca más de 90 por 100 de todos los servicios demandados. Debe tenerse en cuenta que las cantidades obtenidas de la demanda para el periodo 2009-2013 se obtienen de fuentes primarias (revisar bibliografía) como listas de espera de los servicios analizados y regresiones. La otra particularidad es la alta concentración de la demanda proveniente de Estados Unidos en casi todos los servicios analizados.

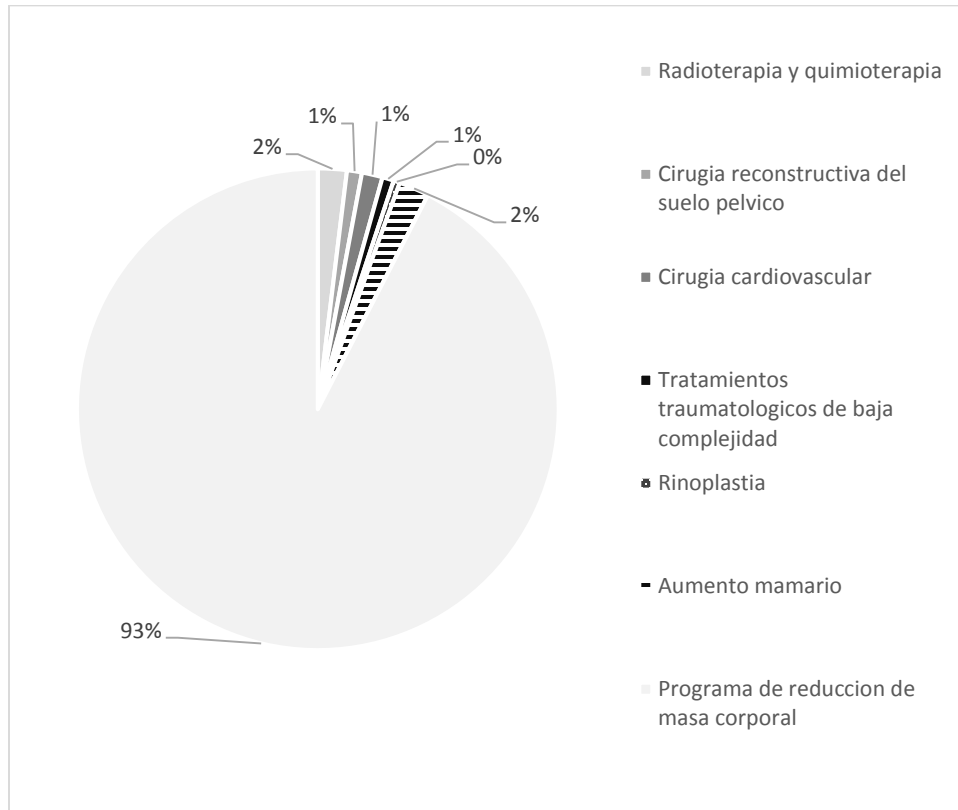
El siguiente grafico expone la distribución porcentual de demanda de servicios de turismo de salud según su categoría (siguiente hoja).

En términos globales, la demanda de servicios médico-turísticos se caracterizó por un liderazgo indiscutible de los tratamientos para la reducción del sobrepeso debido a condiciones aptas que permiten la absorción de demanda extranjera (principalmente proveniente de Estados Unidos y Panamá).

Existe una importante concentración de la demanda en Estados Unidos lo que expone al sector a externalidades positivas y/o negativas que perjudicaría o beneficiarían al sector. En ese sentido es necesario aumentar más los recursos como el gasto en publicidad y mercadeo, las misiones oficiales de turismo e incentivar a los oferentes de estos servicios a diversificar los nichos de mercado y profundizar la oferta exportadora a los mercados siguientes como el panameño y canadiense.

Por otro, existe un aumento sostenido de la medicina de bienestar durante el periodo 2009-2014 siendo el segmento de mayor número de pacientes en el sector del turismo de salud. La medicina curativa le sigue muy lejos con un comportamiento estable a lo largo del periodo de estudio, mientras que la medicina preventiva mantiene una tendencia estable.

Grafico 15: Distribución porcentual de demanda de servicios de turismo de salud según su categoría para 2014.

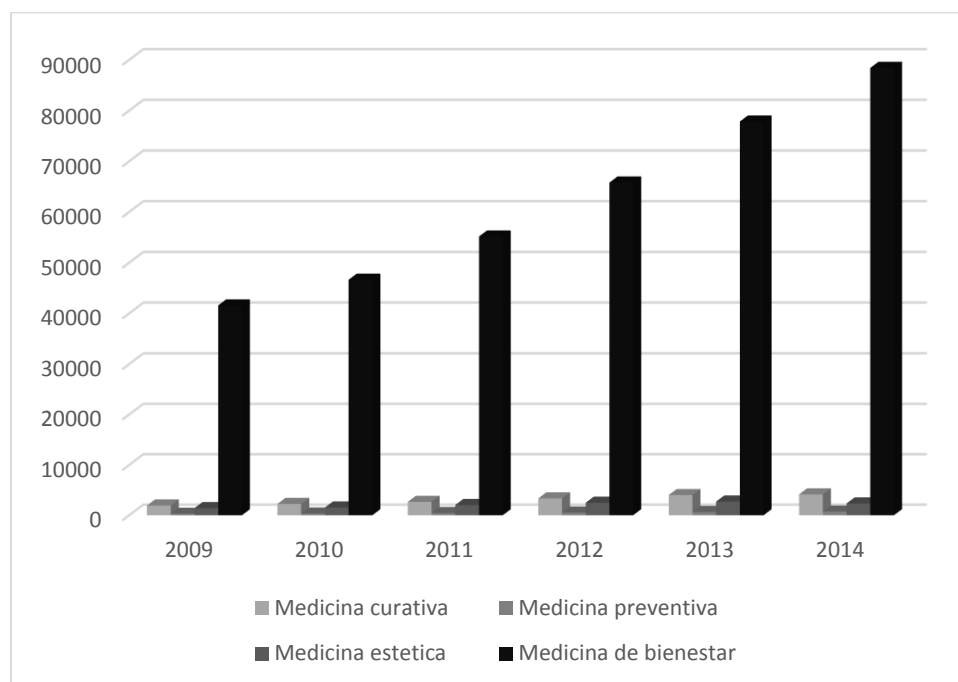


Fuente: Elaboración propia a partir de cálculo de estimación de demanda para 2014.

La medicina estética tuvo una disminución importante para el año 2014 debido a múltiples factores. El más importante es la disminución de la confianza del consumidor luego de diferentes escándalos nacionales sobre procedimientos de rinoplastia y aumentos mamaros en centros de salud no autorizados.

El siguiente gráfico muestra el comportamiento de la demanda de las diferentes categorías del turismo de salud en Colombia durante el periodo 2009-2014.

Grafico 16: Comportamiento de la demanda de las diferentes categorías del turismo de salud en Colombia durante el periodo 2009-2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de recopilación de datos durante el periodo 2009-2014.

Se evidencia el liderazgo indiscutible de los servicios de medicina de bienestar siendo el de mayor proyección a futuro para el sector del turismo de salud en Colombia. Sin embargo, la dependencia del sector hacia demandantes provenientes de Estados Unidos hace que el sector replantee su estrategia en pro de la diversificación de mercados. La siguiente tabla muestra las observaciones de mayor relevancia sobre la demanda de los servicios estudiados en 2014.

Tabla 7: Observaciones de mayor relevancia sobre la demanda de los servicios estudiados en 2014

Nombre del tratamiento/procedimiento	Cantidad demandada en 2014	País de mayor demanda	Observaciones
Radioterapia y quimioterapia	1854,3	Estados Unidos	Alto nivel de gasto en publicidad, alta

			inversión en infraestructura hospitalaria,
Cirugía reconstructiva del suelo pélvico	957,6	Estados Unidos	Bajos costos comparativos frente al promedio de la región.  Graduación de médicos especializados en ginecología y obstetricia
Cirugía cardiovascular con diferentes fines	1331,5	Estados Unidos	Diversificación en los mercados objetivos.  Panamá como segundo mercado de mayor demanda
Tratamientos traumatológicos de baja complejidad (esguinces y luxaciones)	735,6	Estados Unidos	Tendencia al alza a pesar de la baja participación global.  Mayor participación de Canadá y Panamá que en los otros procedimientos.
Rinoplastia	409	Canadá	Disminución de la demanda debido a escándalos de procedimientos con resultados deficientes.

			Necesidad de control de centros de salud no autorizados.
Aumento mamario	1942	Estados Unidos	<p>Voz a voz como principal dinamizador del servicio en Estados Unidos.</p> <p>Bajos costos comparativos y alto gasto en publicidad oficial y privada hacia Estados Unidos y Canadá.</p>
Tratamiento para la reducción y manejo del sobrepeso	88405,5	Estados Unidos	<p>Procedimiento de mayor demanda en todas las categorías.</p> <p>Bajos costos comparativos frente a competidores de la región.</p> <p>Condiciones óptimas en adecuación turística y hotelera que permite potenciar aún más este procedimiento.</p>

			Colombianos residentes en el exterior incentivan la visita de otros turistas hispanos y norteamericanos.
--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia a partir de cálculo de demanda para 2014

La concentración de la demanda proveniente de Estados Unidos a varias causas.

La primera es el número de expatriados colombianos que residen en ese país y buscan someterse a procedimientos invasivos y/o no invasivos en su país de origen debido a los bajos costos comparativos, conocimiento del mercado, la posibilidad de hacer turismo en diferentes regiones del país, visitar y alojarse donde parientes que disminuyan los costos de estadía.

Esta situación también provoca que otros turistas hispanos que no tienen un conocimiento concreto sobre Colombia lleguen al país debido a la eficiencia de la publicidad voz a voz y el conocimiento de la mejor situación que vive el país en materia de seguridad.

En las observaciones hechas para cada tratamiento estudiado se encontró que los tres servicios de medicina curativa tiene la particularidad de tener bajos costos comparativos, altos niveles de gasto en publicidad y mercadeo por parte de entidades oficiales de promoción del turismo e inversión (ver anexos) y una mayor diversificación de los mercados objetivos a pesar que en los tres Estados Unidos lidera el nivel de demanda.

Para los tratamientos traumatológicos de baja complejidad se encontró que tienen una escasa participación global en los servicios de turismo de salud estudiados aun cuando tengan una tendencia al alza sostenida. Asimismo existe un comportamiento de la demanda proveniente de Panamá y Canadá muy interesante para futuros gastos en publicidad y mercadeo tradicional y no tradicional. Para los tratamientos de medicina estética se encontró que la rinoplastia tuvo una caída muy pronunciada de la demanda debido a escándalos de malos procedimientos en centros de salud no autorizados por las autoridades sanitarias lo que

hace recomendar que es necesaria una mayor regulación y control para la eliminación de las operaciones en centros de salud no autorizados. Esta situación es opuesta al procedimiento de aumento mamario donde gracias a la publicidad del voz a voz, así como publicidad privada por parte de centros médicos de alto reconocimiento nacional, este servicio se ha consolidado como uno de los más solicitados a nivel nacional. También se destaca el bajo precio de este procedimiento que incentiva a colombianos en el extranjero, estadounidenses y otros hispanos a someterse a este procedimiento invasivo. Finalmente la medicina de bienestar, principalmente, los tratamientos para la reducción del sobrepeso son los de mayor demanda interna proveniente del extranjero debido a bajos costos comparativos en comparación con el resto de la región, la existencia de condiciones óptimas en cuanto a clima, ambiente turístico, mayor percepción de seguridad y la aplicación de estándares de calidad de talla mundial.

El fenómeno de incentivo de colombianos residentes en el exterior a extranjeros para someterse a este tipo de tratamientos también se replica en los servicios de manejo y reducción del sobrepeso donde panameños, hispanos nacionalizados estadounidenses y pacientes provenientes del caribe aumentan la demanda global por este tipo de servicios.

A continuación se analiza la demanda para 2014 de las cuatro categorías de turismo de forma individual y comportamiento de la demanda de los servicios médico-turísticos para las cinco localidades antes mencionadas para el caso colombiano.

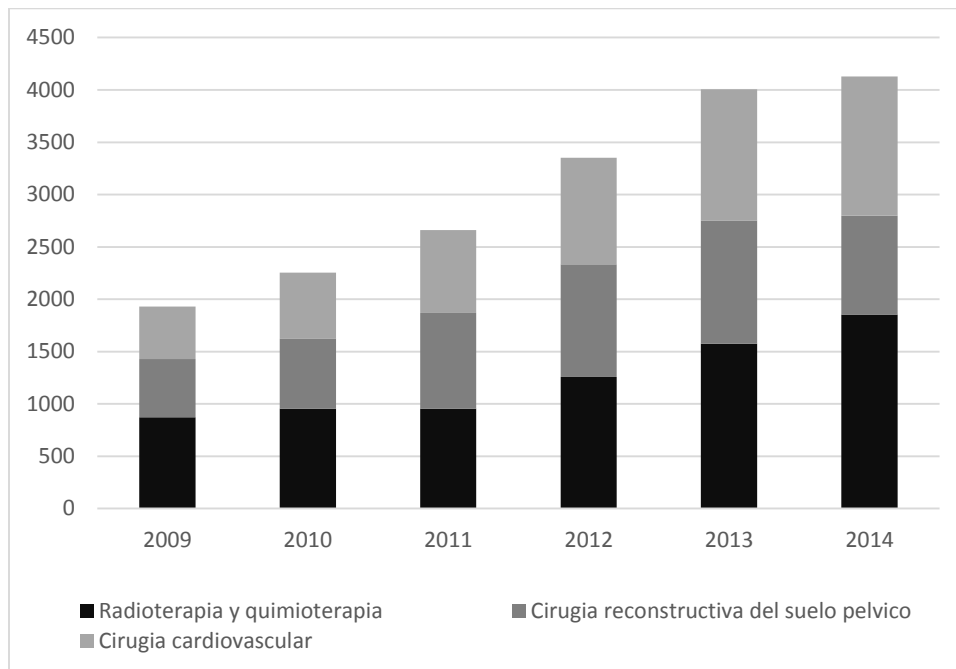
#### 4.1.2.1. Medicina Curativa

Los procedimientos de radioterapia y quimioterapia se encuentran entre los más demandados en su categoría dentro de los países escogidos. Los bajos costos comparativos por unidad de sesión (ver anexos al final) y el alto nivel de publicidad y mercadeo para los cinco países ha permitido que este servicio de demanda externa incipiente tome una porción considerada de los servicios ofrecidos.

El siguiente grafico muestra la participación de los tres procedimientos dentro de la medicina curativa en el periodo 2009-2014.



Grafico 17: Participación de los tres procedimientos dentro de la medicina curativa en el periodo 2009-2014



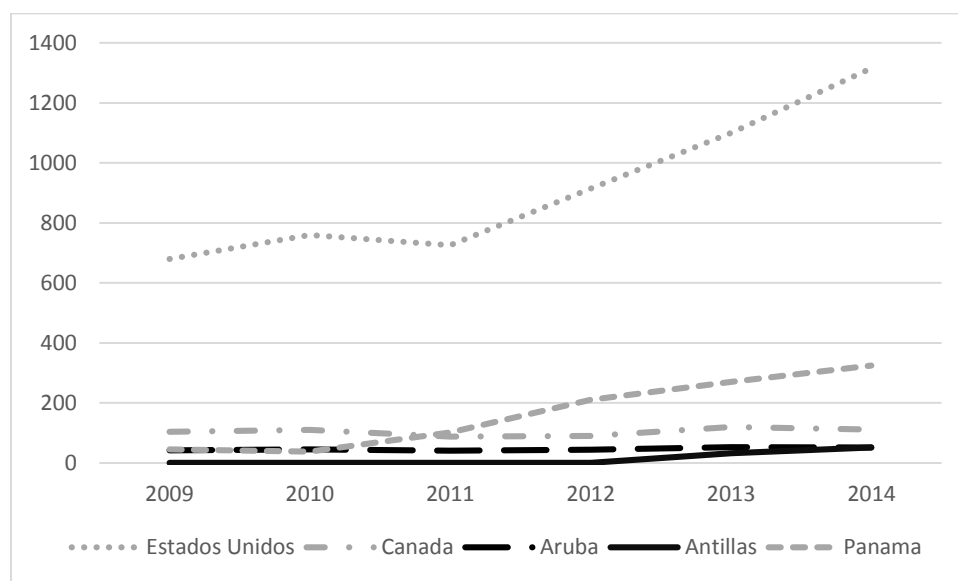
Fuente: Elaboración propia a partir de datos oficiales.

Se aprecia un aumento sustancial de la participación de la radioterapia y quimioterapia a lo largo del periodo de estudio en esta categoría. El gasto en publicidad por parte de entidades oficiales colombianas hacia los cinco países analizados ha promocionado más las ventajas competitivas del país andino frente a otros destinos en la región y el mundo.

Esta promoción se encuentra acompañada de una fuerte inversión en infraestructura de salud (principalmente curativa y preventiva) que ha potenciado la oferta nacional (ver el aparte 4.2) permite un aumento de la capacidad de absorción de la demanda. Estados Unidos es el país con mayor participación en los procedimientos mencionados, seguido de Panamá que por su cercanía geográfica y la muy buena reputación de médicos colombianos en el tratamiento del cáncer se encuentra en segundo lugar seguido de Canadá con una participación incipiente debido a las limitaciones culturales, de idioma, prejuicios frente al país, entre otros. Finalmente Antillas y Aruba se encuentran en último lugar con una participación muy baja.

El siguiente grafico muestra el comportamiento de la participación de los cinco países en la demanda de radioterapia y quimioterapia durante el periodo 2009-2014.

Grafico 18: Comportamiento de la participación de los cinco países en la demanda de radioterapia y quimioterapia durante el periodo 2009-2014.

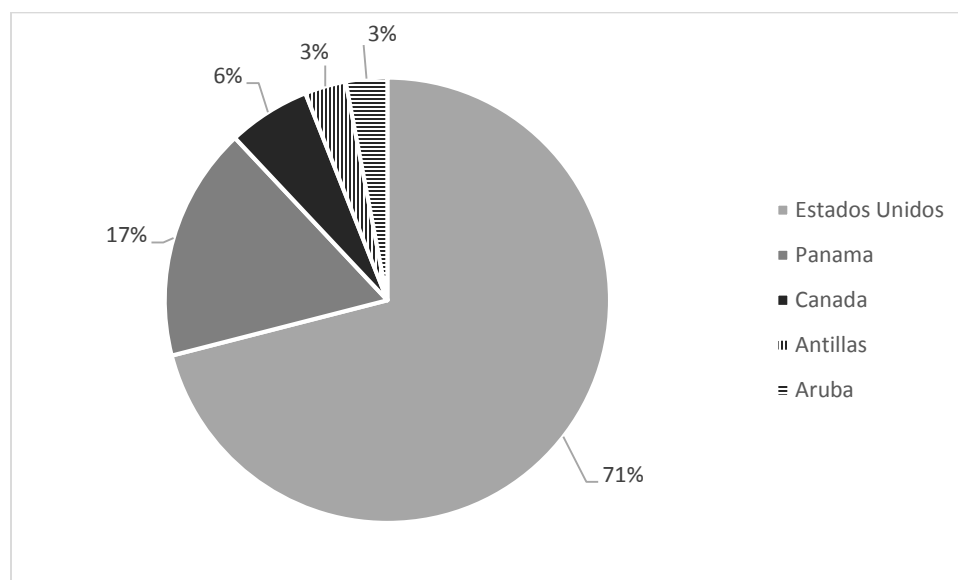


Fuente: Elaboración propia a partir de cálculo de demanda para 2014.

Panamá ha aumentado su participación hasta situarse como segundo mercado externo de estos servicios. Esto se debe a un mayor direccionamiento de la promoción de Colombia hacia este país debido a su buena condición económica actual y la reputación de los médicos colombianos en el tratamiento de enfermedades de alta complejidad.

En cuanto al porcentaje de participación, Estados Unidos es el país con mayor demanda de procedimientos de radioterapia y quimioterapia hacia Colombia con 1,315 servicios demandados para 2014, seguido de Panamá con 324, Canadá con 111, Antillas con 51,9 y Aruba con 51 unidades. El siguiente grafico muestra el porcentaje de participación de las localidades escogidas.

Grafico 19: Porcentaje de participación de demanda de radioterapia a y quimioterapia para las cinco localidades seleccionadas.



Fuente: Elaboración propia a partir del cálculo de demanda de radioterapia y quimioterapia para 2014.

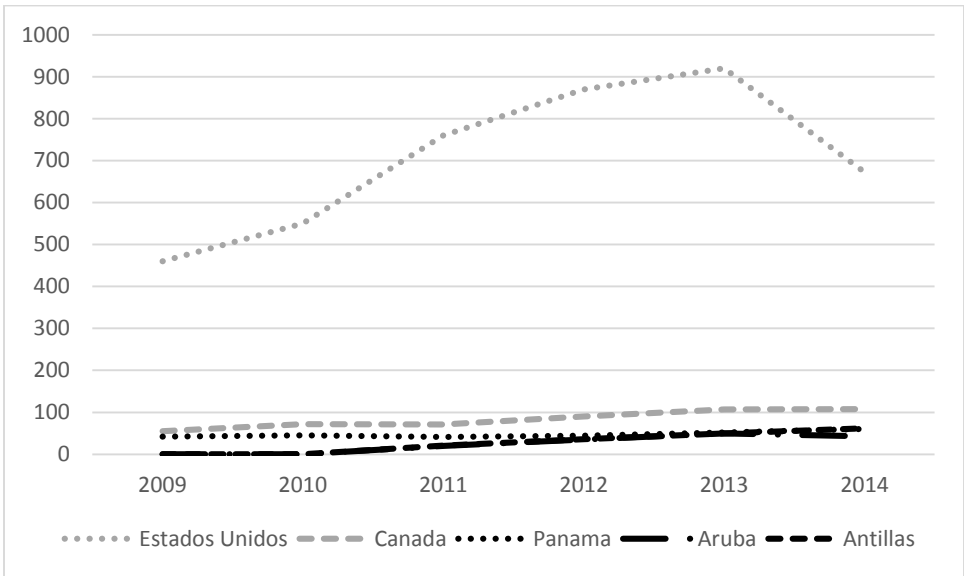
Estados Unidos se encuentra a la cabeza de los servicios demandados debido a la suma de varios factores. El primero es el conocimiento generalizado de una mejoría en la situación de seguridad del país andino que aumenta el número de viajes para someterse a estos tratamientos. El segundo es un alto nivel de gasto en publicidad y mercadeo de las entidades oficiales de promoción nacional hacia este mercado debido al alto poder adquisitivo de sus ciudadanos. Finalmente, las estrechas relaciones que ha conservado Colombia con Estados Unidos han permitido que las entidades estadounidenses de seguridad (Departamento de Seguridad Nacional, Informe de Seguridad Global de la CIA) disminuyan las alertas de viaje hacia el país sudamericano.

Por otro lado, la cirugía reconstructiva de suelo pélvico mantuvo una cuota reducida de mercado en la categoría de medicina curativa aunque durante el periodo 2013-2014 este procedimiento perdió participación en los servicios más demandados. Un factor que ha permitido el mantenimiento de este procedimiento entre los más demandados a nivel nacional son los bajos costos comparativos frente a otros países de la región. Asimismo, la oferta de médicos especializados en Ginecología y Obstetricia (ver más abajo) no ha permitido que

decaiga aún más este procedimiento. Estados Unidos es el país con mayor demanda de servicios de cirugía reconstructiva del suelo pélvico por condiciones similares a las expuestas en los procedimientos de radioterapia y quimioterapia. Sin embargo, durante el periodo 2013-2014 este procedimiento decayó de forma abrupta debido un mayor enfoque hacia otros servicios médico-turísticos como la rinoplastia y aumento mamario expuestos más adelante.

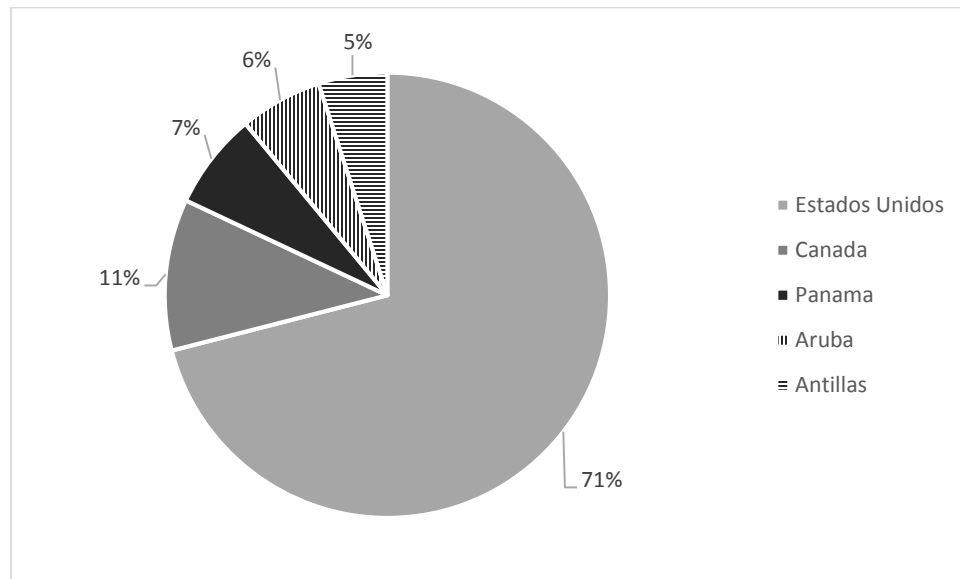
Actualmente Estados Unidos cuenta con 673 unidades demandadas, seguido de Canadá con 107 unidades, Panamá con 61,6 unidades, Aruba con 60 unidades y Antillas con 43 unidades. El siguiente grafico muestra el comportamiento de los cinco países durante el periodo 2009-2014, mientras que la siguiente muestra el porcentaje de participación de cada una de las localidades.

Grafico 20: Comportamiento de demanda de cirugía reconstructiva del suelo pélvico para las cinco localidades durante el periodo 2009-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de la recopilación de cantidad demandada para las cinco localidades durante el periodo 2009-2014.

Grafico 21: Porcentaje de participación de cada una de las localidades en la demanda de cirugía reconstructiva de suelo pélvico.

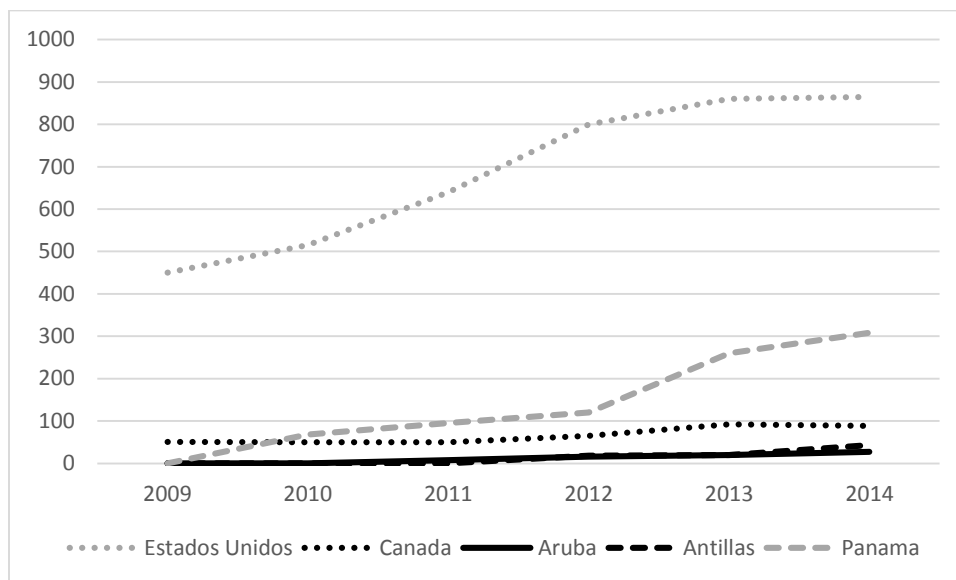


Fuente: Elaboración propia a partir de la estimación de demanda para 2014.

Estados Unidos cuenta con el 71 por 100 de la demanda de cirugía reconstructiva del suelo pélvico, seguido de Canadá con el 11 por 100, Panamá con 7 por 100, Aruba con 6 por 100 y Antillas con 5 por 100 unidades demandadas. En este caso Canadá se ubica en el segundo lugar lo que permite inferir que el servicio estaría siendo bien recibido por los usuarios de ese país. Finalmente, la cirugía cardiovascular con diferentes fines experimentó un crecimiento sostenido hasta 2012.

Sin embargo se percibe un ajuste sostenido hasta el año 2014. El siguiente gráfico muestra el comportamiento de la demanda de los servicios de cirugía cardiovascular demandados por país. Estados Unidos es el de mayor demanda con 864 unidades de servicio demandado, seguido de Panamá con 308 servicios demandados, Canadá con 88 servicios demandados, Antillas con 43 y Aruba con 27.

Grafico 22: Comportamiento de demanda de los servicios de cirugía cardiovascular con diferentes fines durante el periodo 2009-2014.



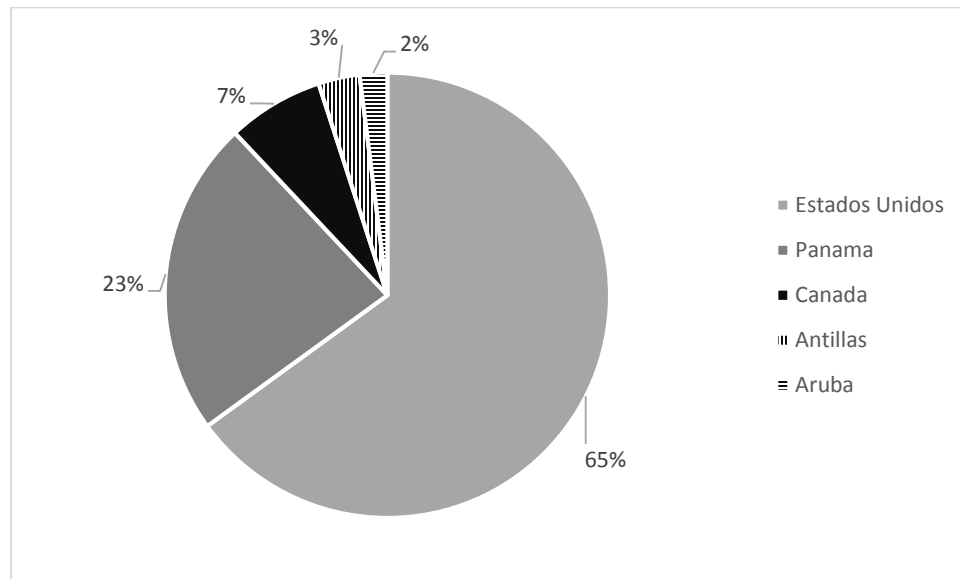
Fuente: Elaboración propia a partir de la estimación de demanda para 2014.

Nótese que la demanda de Panamá se encuentra al alza de este tipo de procedimientos. Lo anterior debido a la estandarización de los protocolos de este tipo de cirugías con la de países con mayor avance tecnológico y de calidad en la oferta.

En cuanto al porcentaje de participación, Estados Unidos cuenta con el 65 por 100 de la demanda de este servicio, seguido de Panamá con 23 por 100, Canadá con 7 por 100, Antillas con 3 por 100 y Aruba con 2 por 100.

El siguiente grafico muestra la distribución porcentual de demanda del servicio de cirugía reconstructiva del suelo pélvico para las cinco localidades en 2014.

Grafico 23: Distribución porcentual de demanda por localidad de cirugía reconstructiva del suelo pélvico para 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de la estimación de demanda para 2014.

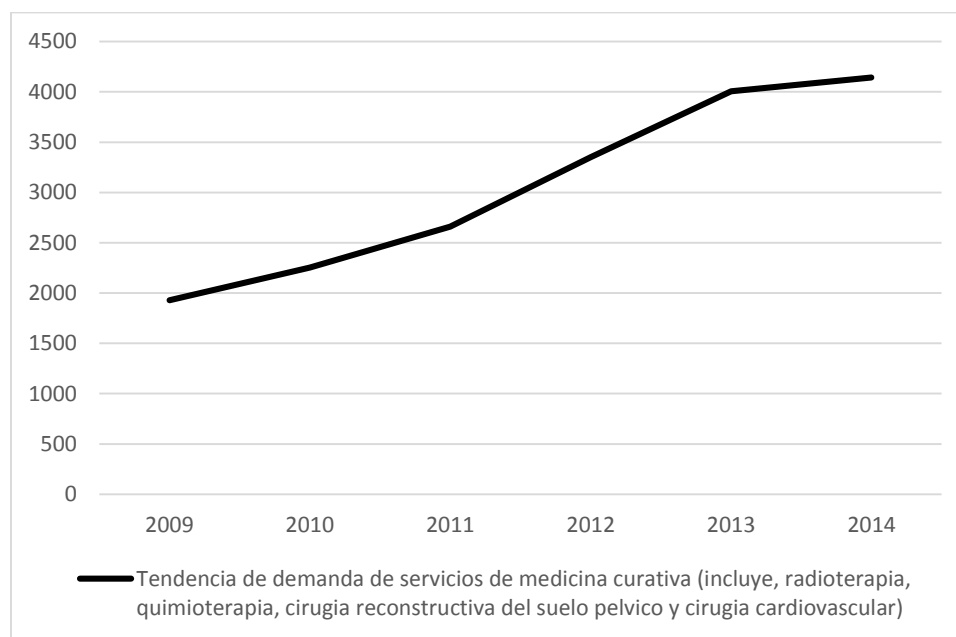
#### 4.1.2.2. Medicina Preventiva

Los tratamientos traumatológicos de baja complejidad no tienen una alta participación global en los procedimientos demandados de turismo de salud. Esto se debe a que este procedimiento tiene un alto costo comparativo con frente a otros países, además del poco conocimiento por parte de los demandantes de los cinco países en la calidad del servicio ofrecido.

A pesar de esto, la tendencia de demanda de este procedimiento crece año tras año lo cual hace suponer que este servicio podría potenciarse aún más con un mayor nivel de gasto en publicidad y mercadeo que aumente la demanda externa.

El siguiente grafico muestra el comportamiento de demanda de este procedimiento durante el periodo 2009-2014.

Grafico 24: Comportamiento de demanda de tratamientos traumatológicos de baja complejidad durante el periodo 2009-2014.

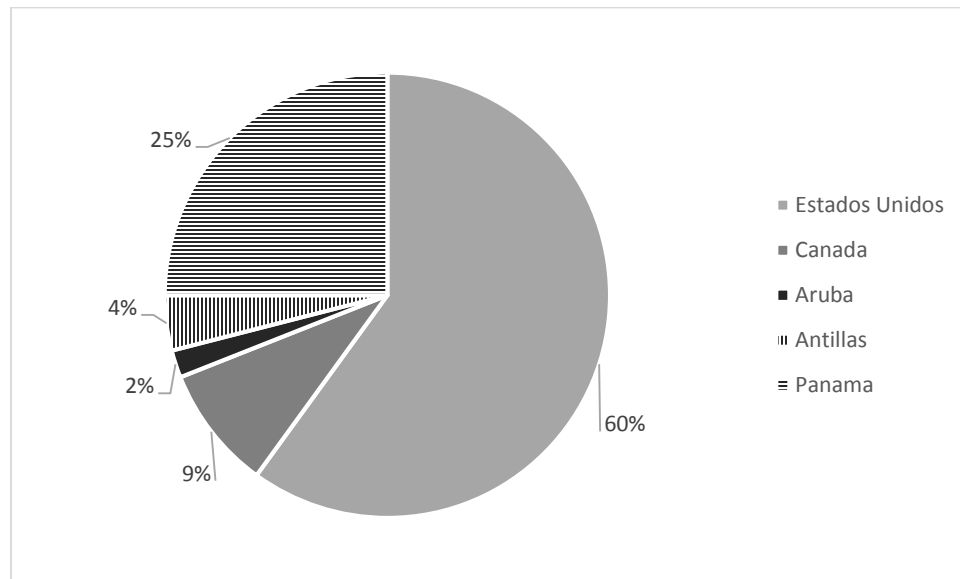


Fuente: Elaboración propia a partir de la estimación de demanda para 2014.

Si bien la participación global de la medicina preventiva en la demanda de servicios médico-turísticos en Colombia es bajo, este ha mostrado un comportamiento ascendente lo que hace suponer que la penetración del servicio en los países escogidos podría profundizarse hasta situarse aumentando la cuota de participación en la demanda global. Para el año 2014 la participación estuvo liderada por Estados Unidos con el 60 por 100 de la demanda total para este tratamiento (principalmente mujeres en situación de prolapso, es decir, descenso de la pared vaginal a la matriz) con 441 demandas de este servicio, seguido de Panamá con 25 por 100 de participación, es decir, 180 demandas de este procedimiento (principalmente mujeres con problemas sexuales e incontinencia derivados del prolapso), Canadá con 9 por 100 de las solicitudes, es decir, 69 solicitudes, Antillas con 4 por 100 o 32 solicitudes y Aruba con 2 por 100 o 13 solicitudes. El siguiente grafico muestra la participación porcentual de demanda de este procedimiento para el año 2014.



Grafico 25: Participación porcentual de demanda de tratamientos traumatológicos de baja complejidad para las cinco localidades en 2014.

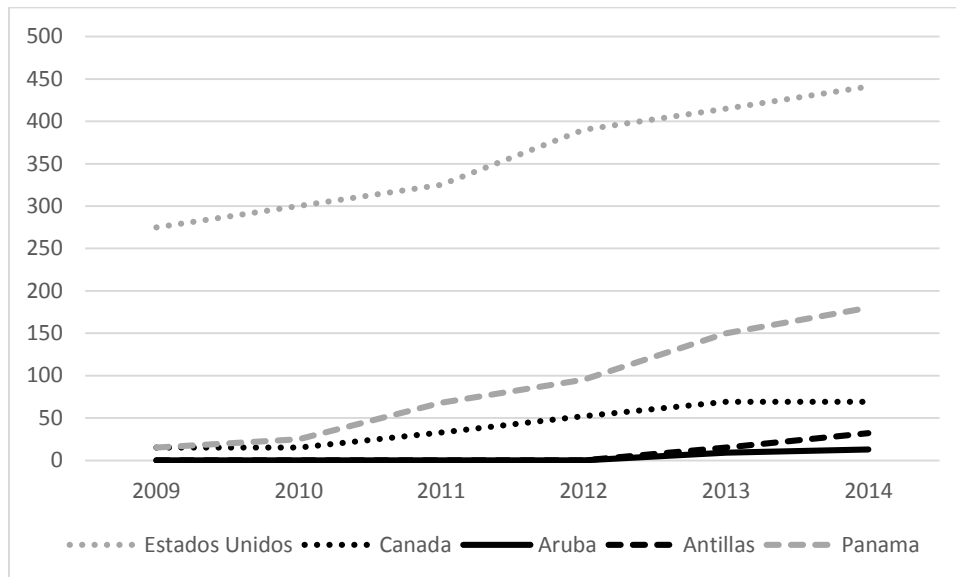


Fuente: Elaboración propia a partir de la estimación de demanda 2014.

Por otro lado, el comportamiento de la demanda de las cinco localidades durante el periodo 2009-2014 muestra un liderazgo de Estados Unidos seguido de Panamá que por su cercanía geográfica, la similitud cultural y el dominio del idioma español se encuentra en segundo lugar. Más atrás se encuentra Canadá con un nivel de demanda baja e incipiente y finalmente Aruba y Antillas con demandas casi inexistentes.

El siguiente gráfico muestra el comportamiento de la demanda de tratamientos traumatológicos de baja complejidad para las cinco localidades seleccionadas durante el periodo 2009-2014.

Grafico 26: Comportamiento de la demanda de tratamientos traumatológicos de baja complejidad (esguinces y luxaciones) para las cinco localidades seleccionadas durante el periodo 2009-2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de la recopilación de la cantidad demandada para el periodo 2009-2014.

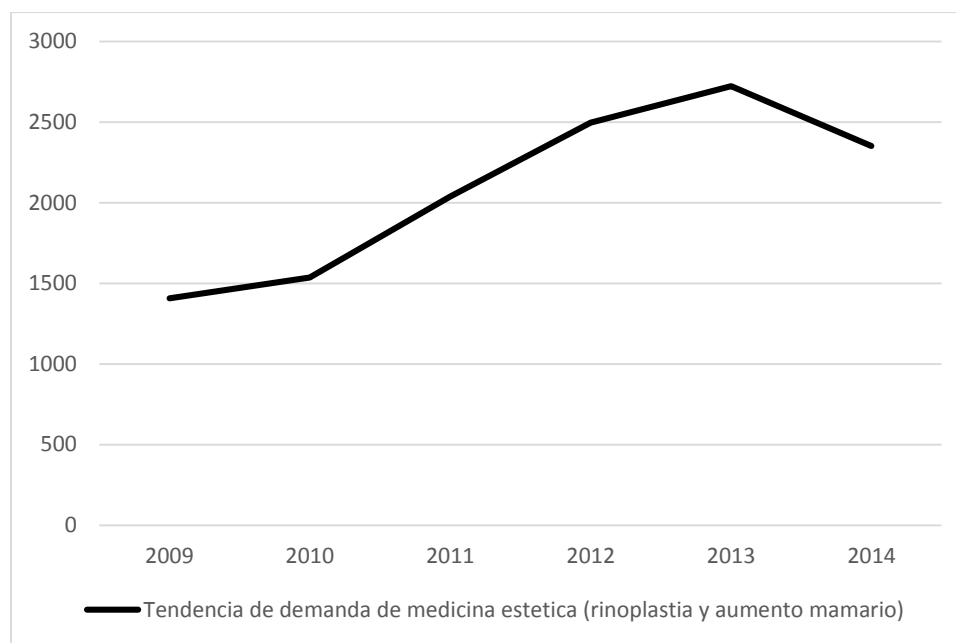
#### 4.1.2.3. Medicina Estética

Los servicios que comprende la categoría de medicina estética se encuentra entre los más demandados a nivel externo entre países analizados. Esta categoría se destaca por el reconocimiento internacional en la calidad de los servicios ofrecidos impulsado por campañas de publicidad y mercadeo estatal y privado, además de la evidencia de los resultados de mujeres colombianas que viajan al extranjero (principalmente artistas entre actrices, cantantes, entre otros) y promocionan los servicios nacional mediante el voz a voz.

En ese sentido la medicina estética en Colombia cuenta con reconocimiento regional por su calidad en el servicio prestado, así como la garantía del servicio suministrado a pacientes internacionales que combinado con el servicio turístico cultural y autóctono de cada región del país donde se ofrezca el servicio y las alianzas con hoteles y servicios privados y transporte de lujo, han potenciado esta categoría, principalmente los procedimientos de rinoplastia con fines estéticos y el aumento mamario también con fines estéticos. Sin embargo, los resultados insatisfactorios en el combate contra la proliferación y funcionamiento de clínicas ilegales (aquellas que no cuentan con los permisos oficiales de

funcionamiento), además del conocimiento público de los casos donde la pacientes que se someten a estos procedimientos en establecimientos ilegales terminan con deterioros graves en su salud y aspecto físico ha disminuido la demanda global de estos dos procedimientos durante el 2014. El siguiente grafico muestra el comportamiento de la demanda de procedimientos de rinoplastia y aumento mamario.

Grafico 27: Comportamiento de la demanda de rinoplastia y aumento mamario para 2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de la recopilación de la cantidad demandada para el periodo 2009-2014.

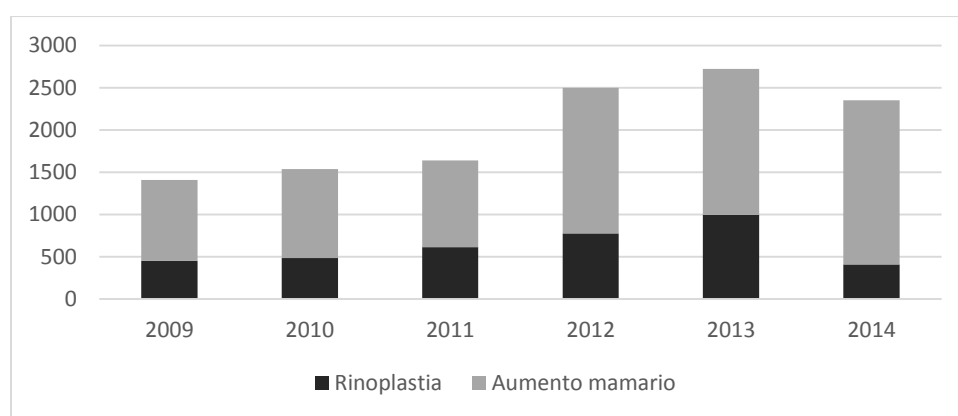
Nótese un crecimiento importante durante el periodo 2010-2013 debido a un aumento en la confianza del consumidor (principalmente estadounidense) así como los bajos costos comparativos frente a países estudiados que incentivan aún más a los pacientes a someterse a este tipo de servicios. Sin embargo, hubo un decrecimiento importante durante el 2014 debido al conocimiento público de casos donde jóvenes se sometían a estos procedimientos en establecimientos ilegales que no contaban con las condiciones de salubridad adecuadas terminando en un deterioro muy importante de su salud y apariencia física.

Lo anterior debido a que estas pacientes buscaban menores precios en los procedimientos a cambio de peores condiciones higiénicas y de calidad (principalmente en servicios de rinoplastia con fines estéticos). En cuanto a la participación de los procedimientos durante el periodo 2009-2014, el aumento mamario acaparó más del 50 por 100 en los años de estudio pasando de 956 servicios en 2009 hasta llegar a 1492 servicios demandados. En ese sentido los bajos precios de los servicios junto con la promoción voz a voz fueron los dinamizantes de este procedimiento.

Para el servicio de rinoplastia, se presenta una caída en la participación global durante el año de estudio debido a varias causas. La primera fue la disminución de la confianza de los consumidores externos a causa de la divulgación de procedimientos de rinoplastia en clínicas no autorizadas con resultados negativos para las pacientes y la confianza en la categoría. Esta situación hizo que este servicio se mantuviese en la misma cantidad demandada durante el periodo de estudio pasando de 452 demandas en 2009 a 456 en 2014.

Si bien en 2013 la demanda se encontró en 996 servicios, los casos de operaciones en clínicas ilegales mermo la confianza externa del consumidor. El siguiente grafico muestra el comportamiento de los servicios de aumento mamario y rinoplastia para el periodo 2009-2014.

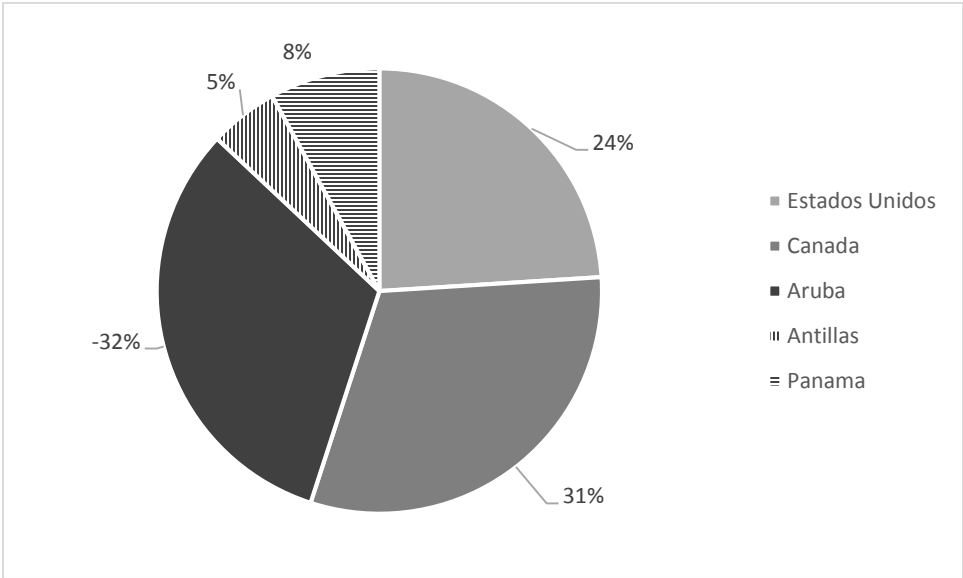
Grafico 28: Distribución de demanda de los servicio de rinoplastia y aumento mamario durante el periodo 2009-2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de la recopilación de la demanda de rinoplastia y aumento mamario para el periodo 2009-2014.

Nótese el liderazgo del aumento mamario y la disminución de los servicios de rinoplastia con fines estéticos a finales del periodo. En cuanto al porcentaje de participación en la demanda de rinoplastia para el año 2014 se encontró que Canadá es el país de mayor de demanda de rinoplastia con 31 por 100 o 360 unidades, seguido de Estados Unidos con 24 por 100 o 277 unidades, Panamá con 8 por 100 o 93 unidades demandadas, Antillas con 5 por 100 o 53 unidades, y finalmente Aruba con una pérdida de mercado de 31 por 100 o una caída en más de 300 unidades demandadas. Estos e debe a la búsqueda de alternativas de las demandantes de ese territorio, así como un mayor posicionamiento de publicidad hacia países como Cana y Estados Unidos. El siguiente grafico muestra la participación porcentual de las cinco localidades en la demanda de rinoplastia para el año 2014.

Grafico 29: Participación porcentual de las cinco localidades en la demanda de rinoplastia para 2014.

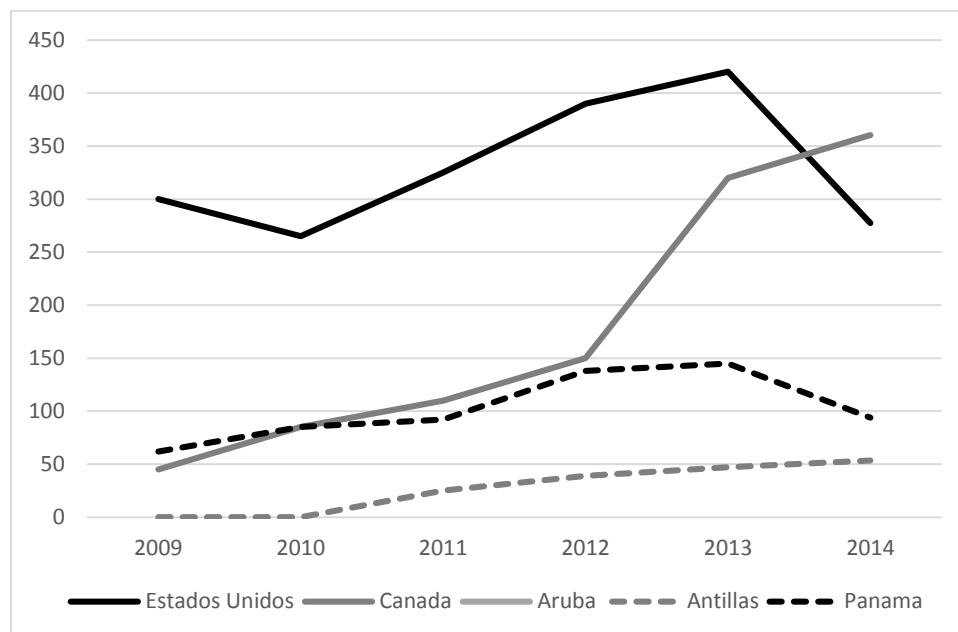


Fuente: Elaboración propia a partir de la estimación de demanda de rinoplastia para 2014.

En cuanto a la tendencia de participación de los países escogidos en la demanda de rinoplastia (con fines estéticos) Canadá ha presentado un aumento sustancial mientras que Estados Unidos se encuentra en un proceso de estabilización de la demanda. Sin embargo, Aruba ha caído de forma abrupta en la participación en 2014 después de mantener una tendencia estable. Lo anterior debido a la búsqueda de segundas elecciones para los

demandantes provenientes de ese país, así como mayor participación de los otros Estados en el servicio demandado. El siguiente grafico muestra el comportamiento de la demanda de rinoplastia de los cinco territorios de estudio para el periodo 2009-2014.

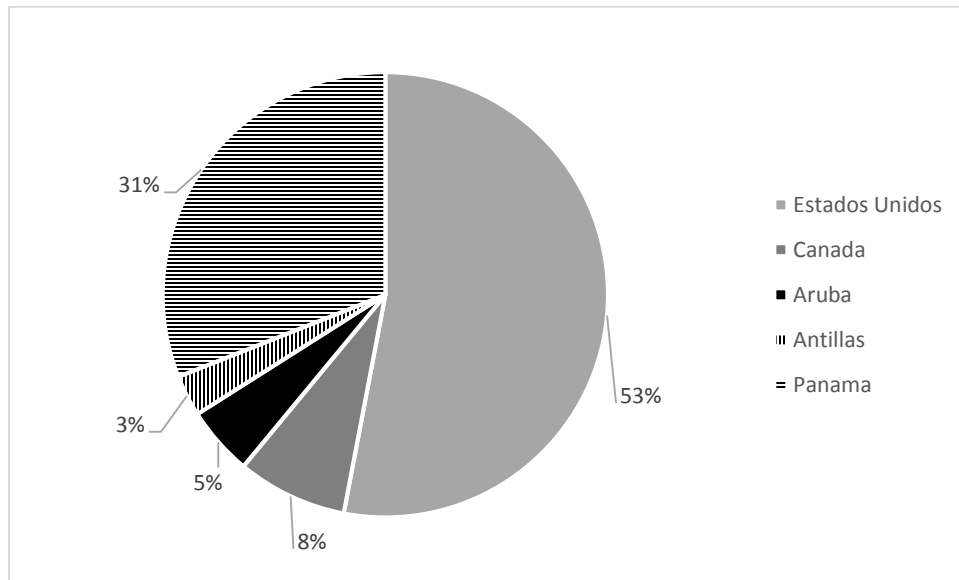
Grafico 30: Comportamiento de la demanda de rinoplastia de las cinco localidades durante el periodo 2009-2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de la recopilación de demanda durante el periodo 2009-2014.

Por otro lado, la participación porcentual en la demanda de aumento mamario se encuentra liderada por Estados Unidos con 53 por 100 de demanda del servicio total o 1029, seguido de Panamá con 31 por 100 o 607 unidades demandadas, Canadá con 8 por 100 o 153 unidades, Aruba con 5 por 100 o 96 unidades demandadas y finalmente Antillas con 3 por 100 o 56 unidades demandadas. El siguiente grafico muestra la participación porcentual de la demanda de aumento mamario para 2014.

Grafico 31: Participación porcentual de demanda de aumento mamario para las cinco localidades en 2014.



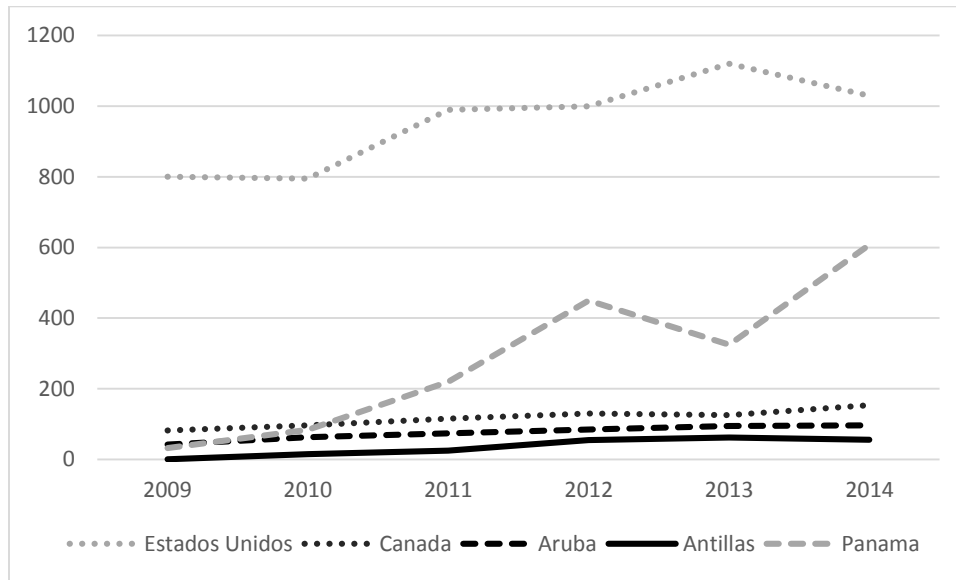
Fuente: Elaboración propia a partir de la estimación de demanda de rinoplastia en 2014.

Estados Unidos lidera la demanda de aumento mamario debido al conocimiento por parte de los extranjeros y colombianos migrantes de la calidad y bajo precio en el servicio ofrecido incentivando la demanda de estos servicios. Para el caso específico de los colombianos aprovechan su estadía para visitar a familiares, hacer turismo en otras regiones del país y quedarse donde parientes que permita disminuir el costo de estadía que sumado con precios bajos en los procedimientos demandados, cuentan con menores costos comparativos que extranjeros que se sometan a este procedimiento.

Por otro lado, en el comportamiento de demanda de aumento mamario, Estados Unidos es el país con mayor demanda de este servicio, seguido de Panamá con un aumento sustancial durante el último año pasando de 325 unidades a 607, mientras que Canadá, Aruba y Antillas muestran una tendencia estable.

El siguiente grafico expone el comportamiento de la demanda de aumento mamario durante el periodo 2009-2014.

Grafico 32: Comportamiento de la demanda de aumento mamario durante el periodo 2009-2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de la recopilación de demanda durante el periodo 2009-2014.

#### 4.1.2.4. Medicina de Bienestar (Inspired Wellness)

Los servicios de medicina de bienestar dirigidos hacia el manejo y reducción de sobrepeso es el servicio de medicina de bienestar más demandado en Colombia.

Lo anterior debido varios factores. El primero es que el precio de mercado es competitivo a nivel interno y externo (ver anexos). Los tratamientos de reducción de peso se encuentran alrededor de los US\$1,000, un precio bajo comparado con el promedio de la región.

Otro factor que influye es que el número de consumidores en los países analizados es muy alto (en muchos casos duplicando o triplicando el de otras categorías).

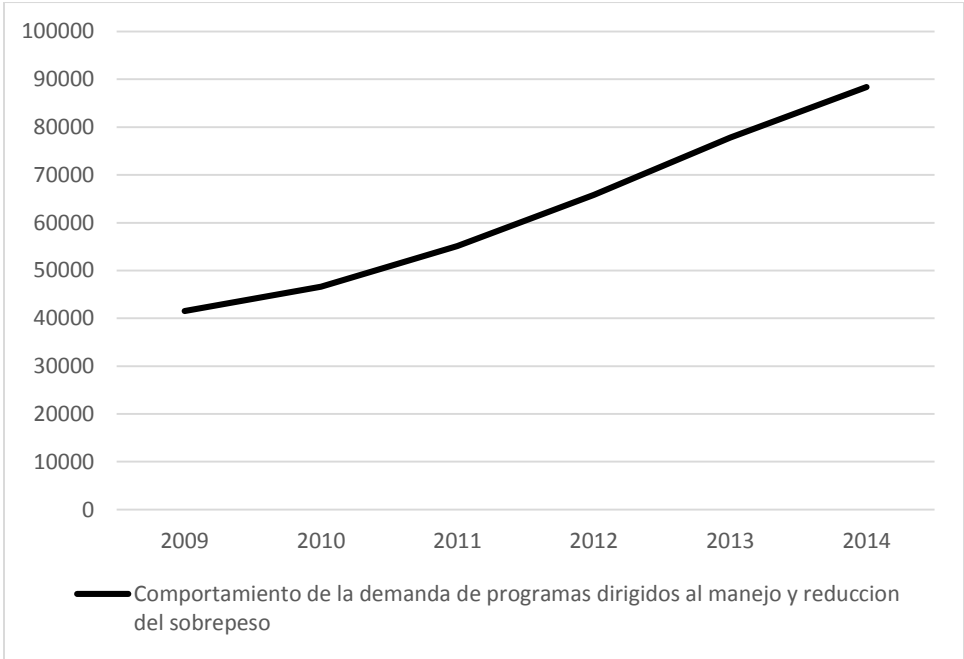
En ese sentido los principales países de procedencia de los consumidores son Estados Unidos con más de 50,000 turistas de salud, Panamá con más de 11,000 seguido de Canadá, Aruba y Antillas con cifras entre 1,500 y 6,000. Los estadounidenses lideran la demanda de servicios de medicina de bienestar debido a su excedente de ingresos, su alto nivel de preferencia para el sometimiento de servicios médicos de este rubro en Colombia y el alto nivel de gasto en publicidad y mercadeo que invierten los organismos públicos de promoción



del Estado colombiano. Panamá es el segundo país de mayor flujo de turistas debido a su cercanía geográfica que les permite una reducción de costos comparativos, así como también su alto nivel de preferencia donde reconocen la calidad de los servicios médicos en Colombia optando por el país andino como una de las primeras opciones en medicina de bienestar.

También cabe destacar el alto nivel de gasto en publicidad para promocionar los servicios médicos colombianos en este país que solo se encuentra superado por el gasto en publicidad para la medicina curativa. El siguiente gráfico muestra el comportamiento de la demanda de tratamientos dirigidos hacia el manejo y reducción del sobrepeso durante el periodo 2009-2014.

Gráfico 33: Comportamiento de la demanda de tratamientos dirigidos hacia el manejo y reducción del sobrepeso durante el periodo 2009-2014.



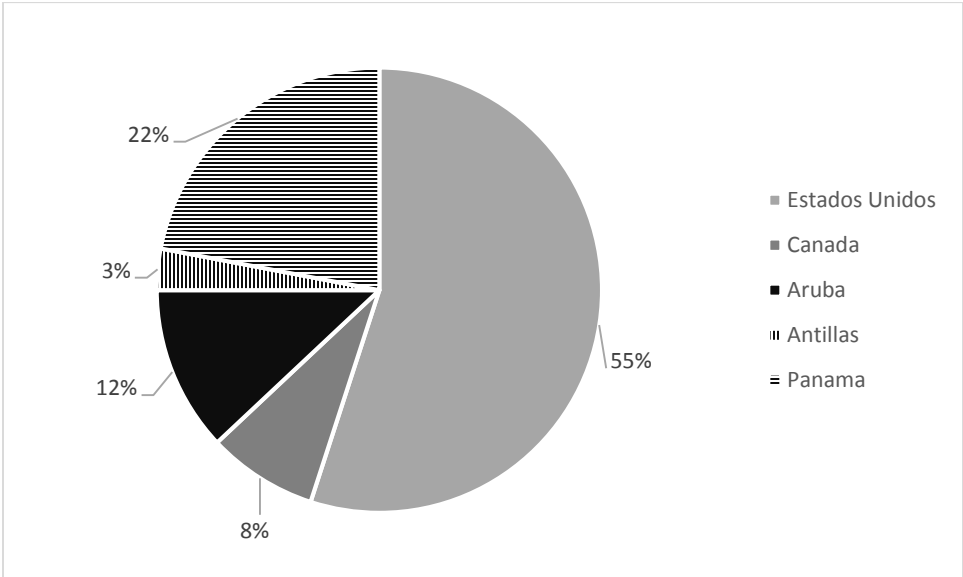
Fuente: Elaboración propia a partir de la recopilación de demanda durante el periodo 2009-2014.

Los estadounidenses y colombianos residentes en Estados Unidos son los principales demandantes de este servicio debido a situaciones como el arraigo familiar de los expatriados nacionales, el alto número de personas con sobrepeso en ese país que busca mejorar su

situación de salud buscando servicios más económicos, alternativos y que les permita un mayor contacto con la naturaleza mientras disfrutan de turismo cultural, ecológico y autóctono de las regiones donde el paciente se someta a los tratamientos de manejo y reducción del sobrepeso. Si a esto se añade que muchos de los usuarios del servicio son colombianos en diferentes ciudades de Estados Unidos se encuentra que la demanda se mantendrá alta debido a los bajos costos comparativos, conocimiento del país receptor y la alta cantidad de usuarios con problemas leves o crónicos de sobrepeso.

En cuanto a la participación porcentual de demanda para el año 2014, Estados Unidos es el país que lidera la solicitud de tratamientos para el manejo y reducción del sobrepeso con 55 por 100 de la demanda total, es decir, 48,721 servicios, seguido de Panamá con 22 por 100 o 19,808 demandas de este tipo de tratamientos, Aruba con 12 por 100 o 10,194 unidades, Canadá con 8 por 100 o 6,705 unidades, y Antillas con 3 por 100 o 2,975 unidades demandadas. El siguiente grafico muestra el porcentaje de participación de los países estudiados en la demanda de tratamientos para el manejo y reducción del sobrepeso.

Grafico 34: Participación porcentual en la demanda de tratamientos de reducción de sobrepeso para 2014.



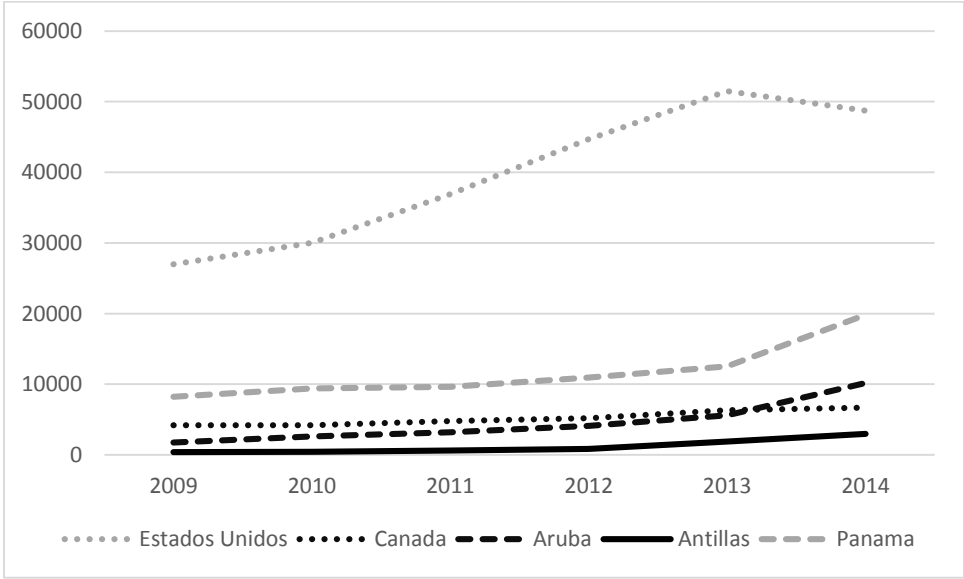
Fuente: Elaboración propia a partir de estimación de demanda, 2014.

Finalmente, el comportamiento de la demanda de este tratamiento durante el periodo 2009-2014 se caracterizó por una tendencia al alza de Estados Unidos y su estabilización para 2014, mientras que países como Panamá y Aruba presentan una incipiente tendencia al alza derivado de una cercanía geográfica con Colombia, similitudes culturales y un porcentaje alto de la publicidad y mercadeo hacia estos países objetivos.

México es el principal competidor de Colombia en este rubro debido a múltiples factores. El primero es su cercanía geográfica con Estados Unidos que disminuye los costos de transporte.

El segundo son las condiciones eco turísticas, oferta de turismo cultural y ambientes de turismo tradicional que permite el establecimiento de una gran oferta de medicina de bienestar (principalmente el manejo de sobrepeso) que compite directamente con Colombia y aunque los precios sean mayores a los ofrecidos en el país andino, un gran porcentaje de los turistas de salud optan por el primero. El siguiente grafico muestra el comportamiento de la demanda de tratamientos para el manejo y reducción del sobrepeso durante el periodo 2009-2014 para las cinco localidades.

Grafico 35: Comportamiento de la demanda de programas dirigidos a la reducción y manejo del sobrepeso para las cinco localidades durante el periodo 2009-2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de la recopilación de demanda durante el periodo 2009-2014.

Además del comportamiento de estabilización que muestra Estados Unidos, Panamá es uno de los mercados objetivos en los próximos años debido a las razones expuestas arriba mientras Aruba es una localidad donde los principales oferentes buscan aumentar los recursos que incrementa la tendencia actual de consumo.

#### **4.2. Contratación empírica, falla de sistemas sanitarios en las localidades seleccionadas e incentivos para el desplazamiento de pacientes desde las cinco localidades seleccionadas hacia Colombia**

A continuación se realizará una contratación empírica de los datos obtenidos en la estimación de demanda para cada una de las localidades a partir de un análisis de sus sistemas de salud (principalmente privado) con el fin justificar las causas de migración de pacientes internacionales hacia Colombia en busca de servicios médico-turísticos expuestos con anterioridad.

##### **4.2.1. Sistema de salud de Estados Unidos (Medicare y sistemas privados) y contratación empírica en coeficientes de correlación**

Estados Unidos es el país del mundo que gasta más dinero per cápita en salud, llegando actualmente a una cifra equivalente al 17 por 100 del PIB, lo que es un 65 por 100 más que el promedio de gasto porcentual de los 12 países más ricos del mundo, sin embargo sus estándares sanitarios promedio en temas como expectativa de vida, mortalidad infantil, prevención de muertes evitables, son inferiores a los de otras naciones industrializadas y además un alto porcentaje de su población no cuenta con ningún sistema de seguro médico. Los servicios de atención de salud en los Estados Unidos de América se dividen entre los sectores público y privado. El país no tiene un sistema único, nacional.

El proveedor más grande de servicios de salud es un sector privado competitivo, a nivel de aseguramiento, proveedores de insumos y prestadores de salud. Aproximadamente, 70 por 100 de la población está cubierta por un sistema de aseguramiento de salud privado el cual en su mayoría es contratado a través del empleador, con aportes conjuntos del empleado y el empleador. El Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS) es el principal

organismo del gobierno de los Estados Unidos de América para proteger la salud de todos los estadounidenses y proporcionar servicios sociales esenciales a quienes no pueden proveérselos por sí mismos. El HHS forma parte del poder ejecutivo y el Congreso de los Estados Unidos de América determina su presupuesto (Merlis, 2013).

El Gobierno Federal es proveedor directo de servicios de salud para el personal militar, los excombatientes con discapacidades vinculadas con el servicio, los indígenas y nativos estadounidenses y los presidiarios de las prisiones federales. También se encarga de los ancianos y los pobres a través de los programas conocidos como Medicare, Medicaid y SCHIP. Mediante un programa Medicare, el gobierno federal proporciona seguro de salud a todos los estadounidenses de más de 65 años de edad, los que tienen insuficiencia renal permanente y ciertas personas con discapacidades, cubriendo a más de 40 millones de estadounidenses. Se financia mediante una combinación de impuestos a los ingresos de personas naturales, ingresos generales y primas que pagan los beneficiarios.

Medicare tiene cuatro partes (Wong y Musa, 2012): la Parte A, que proporciona seguro de hospital; la Parte B, que proporciona seguro médico complementario, la Parte C, que permite que las Partes A y B sean prestadas mediante planes de salud privados y la parte D que se refiere a la cobertura de medicamentos. La Parte A (pagada en gran parte mediante impuestos sobre generales) ayuda a pagar la atención de hospitalización, hospitales de acceso crítico (establecimientos pequeños que proporcionan servicios limitados ambulatorios y de hospitalización a personas en zonas rurales), establecimientos de enfermería calificada, atención en hospicios y algo de atención domiciliaria. La Parte B, que actualmente tiene una prima de cerca de US\$50/mes (ajustada anualmente), ayuda a pagar los médicos, los servicios complementarios de pacientes ambulatorios y algunos otros servicios médicos que la Parte A no cubre, como los servicios de los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales y atención domiciliaria, cuando son médicamente necesarios. La Parte C, conocida como Medicare+Choice, les da a los beneficiarios la oportunidad de inscribirse en planes de salud privados. La idea que sustenta esto fue ofrecer una elección adicional a los ancianos así como promover la competencia entre los planes de salud para reducir los costos para este grupo de población.

La Parte D corresponde al seguro para medicamentos recetados que se encuentra disponible para todos los beneficiarios de Medicare con una prima adicional. La cobertura Parte D es opcional y además de brindarle cobertura para medicamentos recetados, garantiza la cobertura de los insumos necesarios para inyectarse insulina. Existe una variedad de planes de coberturas para medicamentos operados por empresas privadas, pero, todos deben cumplir con las normas establecidas por el gobierno federal y entregar como mínimo un plan estándar definido.

El siguiente gráfico muestra el porcentaje de cobertura de medicamentos según su costo y su respectiva repartición entre el programa y el beneficiario.

Tabla 8: Porcentaje de cobertura de medicamentos según su costo y su respectiva repartición entre el programa y el beneficiario

<b>Costo total anual de medicamentos</b>	<b>Porcentaje que cubre el plan</b>	<b>Porcentaje que paga el beneficiario</b>
US\$0-US\$250	0%	100%
US\$251-US\$2250	75% (US\$1500)	25% (US\$500)
US\$2251-US\$5100	0%	100%
US\$5100 en adelante	95%	5%

Fuente: Elaboración propia.

El “Costo total anual de medicamentos” es la cantidad total de dinero que cuestan sus medicamentos recetados, sin importar quién los paga (Diaz y Maria, 2012). Como se puede observar en la tabla, el plan estándar tiene un tope parcial anual de US\$2,250. Una vez que se supera ese tope de costo total, la persona deberá pagar todas sus recetas hasta que el costo total anual alcance los US \$5,100. A partir de ese monto, comienza la cobertura catastrófica y el plan cubre el 95 por 100 del costo de sus medicamentos hasta el final del año calendario. Nótese la finalidad del programa el cual es la cobertura de medicamentos y tratamientos (principalmente críticos) y de alta denominación monetaria para mayores de la tercera edad que cuentan con impedimentos para acceder a servicios y medicamentos para el combate de cuadros clínicos complejos (enfermedades costosas).

El programa Medicare se encuentra bajo la supervisión de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid, adscrito al Departamento de Salud el cual también administra el programa Medicaid, el Programa de Seguro de Salud Estatal para Niños, y los Mandatos para el Mejoramiento de Laboratorios Clínicos. Junto con los Departamentos de Trabajo y el Tesoro, el CMS también aplica las disposiciones de la reforma del seguro de acuerdo a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996. La Administración del Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad de Medicare y el procesamiento de pagos de primas para el programa Medicare.

Medicare es financiado en parte por impuestos sobre la nómina establecidos por la Ley Federal de Contribuciones de Seguros y Ley de Contribuciones de Empleo por Cuenta Propia de 1954. En el caso de los empleados, el impuesto es igual al 2,9 por 100 (1,45 por 100 aplicado al trabajador y el otro 1,4 por 100 a cargo del empleador) de los salarios, sueldos y otras compensaciones. Hasta el 31 de diciembre de 1993, la ley preveía un importe máximo de los salarios, en la que el impuesto de Medicare podía imponerse cada año. A partir del 1 de enero de 1994, el límite de indemnización fue removido. Un trabajador independiente debe pagar la totalidad del impuesto del 2,9 por 100 sobre las ganancias netas, pero puede deducir la mitad del impuesto de la renta en el cálculo del impuesto sobre la renta.

Medicare también se financia de las multas propias de los usuarios del sistema a partir de diferentes situaciones. La primera es el no establecimiento explícito de las partes por las cuales el usuario se suscribe a Medicare una vez se compruebe su elegibilidad desembolsando alrededor de US\$100 por dos meses a partir de los servicios demandados en un periodo determinado. La mayoría de los beneficiarios de Medicare no paga una prima mensual de la parte A, porque ellos (o su cónyuge) han tenido 40 o más trimestres en el que han pagado los impuestos de la Ley de Contribución al Seguro Federal. Las personas elegibles para Medicare que no tienen 40 o más trimestres de empleo cubierto por Medicare pueden comprar la Parte A para obtener una prima mensual de US\$ 254,00 por mes (2010) para los que tienen 30-39 trimestres de empleo cubierto por Medicare, o US\$ 461,00 por mes (en 2010) para los que tienen menos de 30 trimestres de empleo cubierto por Medicare y que no son elegibles para la Parte A sin prima de cobertura. Todos los afiliados a la parte B de Medicare pagan una prima de seguro para esta cobertura; la prima estándar Premium para la parte B en 2009 era

de US\$ 96,40 por mes. Un nuevo esquema de primas basadas en los ingresos ha estado en vigor desde 2007, en donde las primas de la Parte B son mayores para los beneficiarios con ingresos superiores a 85.000 dólares por individuo o US\$ 170.000 para las parejas casadas. Dependiendo del grado en que los ingresos del beneficiario excedan el ingreso base, estas primas mayores de la parte B son de US\$ 134,90, US\$ 192,70, US\$ 250,50 o US\$ 308,30 para el año 2009, con la prima más alta pagada por los individuos que ganan más de US\$213.000, o parejas casadas que ganan más de US\$ 426.000. Las primas de la parte B de Medicare Parte B se suelen deducir automáticamente de los cheques mensuales de los beneficiarios del Seguro Social. Los planes de partes C y D pueden o no cobrar las primas, a discreción de los programas. Los planes de la parte C también pueden optar por un reembolso de parte de la prima de la Parte B del miembro (Chen, 2010).

En cuanto al deducible por concepto de servicios médicos, el usuario debe desembolsar en la parte A por concepto de servicios utilizados: un deducible de US\$ 1,068 (en 2009) para una estadía en el hospital de 1-60 días, un copago de US\$267 por día (en 2009) para los días 61-90 de una estadía en el hospital, un copago de US\$534 por cada día (en 2009) para los días 91-150 de una estancia en el hospital, como parte de sus Días de Reserva Vitalicia limitados, todos los costos para cada día más allá de 150 días, el coseguro para un mecanismo de enfermería especializada es de US\$ 133,50 por día (en 2009) para los días 21 a 100 por cada período de beneficios, un deducible de sangre de las primeras 3 pintas de sangre necesarias en un año calendario, a menos que sea reemplazado.

En la parte B (recuérdese que este complementa los servicios que inicialmente no se cubren en la parte A) después que un beneficiario cumple con el deducible anual de US\$ 155,00 (en 2010), tendrá que pagar un coseguro del 20% de la cantidad aprobada por Medicare para todos los servicios cubiertos por la Parte B, con la excepción de la mayoría de los servicios de laboratorio que están cubiertos al 100%. También tienen la obligación de pagar un cargo superior al 15% por servicios prestados por proveedores no participantes de Medicare.

Medicare cuenta con ventajas con las cuales mayores de 65 años pueden acceder a servicios médicos a partir de sus condiciones particulares, ya que aquellos que cumplan con los tres requisitos mencionados anteriormente (que tenga 65 años al momento de solicitar



su inscripción, que se encuentre incapacitado y sea certificado por la autoridad medica correspondiente, que se encuentre al final de una deficiencia renal) pueden acceder a diferentes partes del seguro federal (la parte A cubre la infraestructura y estadía hospitalaria, la parte B cubre los servicios médicos incluyendo exámenes, pruebas de laboratorio, con una prima mensual de US\$104 como mínimo aunque puede variar dependiendo de los ingresos, siempre y cuando el afiliado no se encuentre laborando ya que en caso de encontrarse laborando, este se supone que cubre sus servicios médicos con una aseguradora particular.

La parte D incluye la cobertura de medicamentos con los respectivos precios mencionados arriba, dando nacimiento a la parte C que es la combinación de las tres anteriores dando como resultado el aseguramiento tradicional de Medicare que existe desde 1965) tradicional.

El inconveniente del esquema tradicional (80/20) es la repartición del porcentaje de copago de tratamientos e intervenciones médicas en caso de cuadros clínicos de alto costo y complejidad donde el gobierno asume el 80 por 100 del pago de tratamientos e intervenciones médicas, sin embargo, el usuario debe asumir el otro 20 por 100, siendo un monto muy elevado en casos de cuadros cardiacos, cáncer, o enfermedades terminales (en muchos casos el 20 por 100 ha supuesto serios inconvenientes financieros para los usuarios que terminan por liquidarse patrimonialmente). En ese sentido, aun cuando existan alternativas dispuestas por el gobierno federal con el fin de disminuir los costos promedios por servicios (en ese sentido, el programa Medicare plan C o Medicare Advantage que cubre las partes A, B, D se le recomienda a usuarios que no suelen viajar mucho, con lo cual los costos promedios se mantienen constantes ya que los planes que cubre son diversos dependiendo la entidad prestadora de servicios de salud son limitados y preestablecidos en una limitada oferta de clínicas, centros de salud y médicos. Mientras que Medicare Supplement se recomienda a usuarios que suelen viajar mucho y requieren de atención medica en cualquier parte del territorio norteamericano o internacional. También se paga por el derecho de escoger el medico de su preferencia a diferencia de Medicare Advantage) los costos promedios por concepto de pagos de partes y costos adicionales (Supplement o Advantage) suelen ser muy altos para el promedio de usuarios (en Medicare Advantage se paga US\$104, US\$50-US\$75 por incluirse en la parte D, y el usuario cubre el costo total en caso de solicitud de atención

medica fuera de su zona restringida, pagando el 20 por 100 restante por concepto de servicios médicos. En Medicare Supplement el usuario cancela US\$104 más US\$170-US\$300 adicionales por afiliación, US\$50-US75 por incluirse en la parte D.

Cabe resaltar que los medicamentos que incluye la parte D del Medicare no cubre la totalidad de medicamentos, existiendo una fuga en medicamentos que son para condiciones médicas complejas, mas no terminales, poniendo al paciente en situación financiera critica en caso de necesitar medicamentos para tratamientos no considerados en la parte D como prioritarias para usuarios) lo que genera una fuga de los pacientes que buscando mayor cobertura en sus tratamientos, o en su defecto el pago pleno de la totalidad del valor de los tratamientos optan por destinos internacionales donde los costos promedio sean más bajos y permita la satisfacción de la demanda de servicios de salud solicitada.

En cuanto al sistema privado de salud, En los Estados Unidos, los servicios de salud en gran parte son entregados por el sector privado, y aproximadamente 70 por 100 de la población del país está cubierta por seguros de salud o autoseguros organizados por su empleador, quienes comparten con el empleado el costo. La ley no exige que el empleador proporcione cobertura en salud, pero ofrece ventajas tributarias para la compra de un seguro de salud o la organización de un autoseguro, siempre y cuando los trabajadores compren masivamente los planes que sus empleadores proporcionan. Se estima que, al menos antes de la crisis económica, un 75 por 100 de los empleados tenía cobertura de salud a través de su empleador (Godwing, 2004).

Según Gowrisankaran, 2003) los planes de cobertura ofrecidos por los empleadores en su mayoría son opciones con elección limitada de prestadores y sistemas de derivación dirigida, a través de organizaciones HMO, o de Prestadores Preferentes (PPO), desplazando mayoritariamente los planes de libre elección basados en pagos por prestación.

Estas opciones “dirigidas” se generaron como un esfuerzo organizado, que incluye tanto a los aseguradores como a los proveedores de salud, para usar incentivos financieros y medidas organizativas con el fin de controlar el aumento de los costos.

El modelo característico de atención regulada son las HMO y los PPO se consideran una variación del modelo. Las HMO son organizaciones que entregan la totalidad de los

servicios de salud a sus afiliados a cambio de una mensualidad (capitación). Para entregar las atenciones usa una red de proveedores propia o convenida. Para el asegurado la elección de médicos y hospitales se limitan a los que tienen convenios con la HMO para prestar atención y a menudo se requieren derivaciones para ver a un especialista. Los médicos y los hospitales son, en muchos casos, pagados per cápita en vez de usar la modalidad de pago por prestación.

En ese sentido, para los servicios de medicina preventiva, el coeficiente de mayor correlación en el procedimiento de radioterapia y quimioterapia es el precio con 85,69 unidades.

Esto se debe al diferencial importante de precios entre la localidad de origen y de destino. Una sesión de quimioterapia y radioterapia en Estados Unidos cuesta alrededor de US\$2,500 mientras que en Colombia ronda los US\$850 siendo este un diferencial de precios estratégico para la recepción de pacientes que busquen sesiones de estos tratamientos por diferentes medios y bajo diferentes modalidades. Si bien en Estados Unidos, como en varios países con sistemas de salud desarrollados, Medicare cubre solo el 80 por 100 del tratamiento a demandar, y como existe un gran número de pacientes que desconocen Medicare Supplement y Medicare Advantage, los costos son exorbitantes obligándolos a migrar hacia países con sistemas de salud de buena calidad a menores costos.

Para el caso de la cirugía reconstructiva del suelo pélvico, de nuevo el coeficiente de correlación de mayor importancia es el precio del servicio con 7207,65 unidades debido a que en Colombia una intervención de levantamiento del suelo pélvico ronda los US\$1,250 mientras que en Estados Unidos oscila entre los US\$10,000-US\$15,000 representando una oportunidad de reducción de costos promedios, más aun cuando, bajo el plan Medicare en sus diferentes denominaciones, la cirugía reconstructiva del suelo pélvico solo se cubren en caso de daños probatorios después de un periodo de 1 año comprobable por la autoridad médica. Para la cirugía cardiovascular, el precio del servicio es nuevamente el principal factor de traslado de pacientes estadounidenses hacia Colombia, con un coeficiente de correlación de 412,35 unidades. El precio promedio de una intervención cardiovascular con fines curativos de diferente denominación ronda en Colombia los US\$30,000 incluyendo servicios post-operatorios, medicamentos, y chequeos post-operatorios (University of Iowa Hospital

and Clinics, 2012). Un precio bajo en comparación con los US\$120,000 promedio, donde los usuarios de Medicare bajo los estándares tradicionales y Medicare Supplement, cubren entre los US\$30,000 US\$40,000 (esto sin incluir los medicamentos, servicios post-operatorios, revisión post-operatoria, entre otros). Esta situación empeora en los sistemas privados de salud estadounidenses donde el usuario debe pagar por la totalidad del servicio.

Para las intervenciones en medicina preventiva los tratamientos traumatológicos de baja complejidad (ortopedia principalmente) cuentan con un coeficiente de correlación en el precio del servicio de 17,56 unidades. Esto debido a que los precios de estos servicios en Colombia son inferiores al promedio estadounidense (en Colombia estos servicios ronda los US\$1,500 por servicio completo en comparación con los US\$6,000-US\$7,000) representando una oportunidad de desarrollo del sector de tratamientos ortopédicos e implantes (más aun en el caso colombiano donde los avatares del conflicto armado interno han desarrollado un sector de implantes ortopédicos y sustitución artificial de miembros con fines estéticos y funcionales) (Programa de Transformación Productiva, 2015).

Para el turismo de salud en la medicina estética, el servicio de rinoplastia con fines estéticos cuenta con un alto coeficiente de correlación en el precio promedio de oferta con 438,18 unidades. Esto debido a que en términos generales, la rinoplastia con fines estéticos (cirugía plástica estética) tiene un costo muy inferior al ofrecido en Estados Unidos (en Colombia un servicio de rinoplastia ronda los US\$1,350 mientras en Estados Unidos ronda los US\$4,200 sin incluir los servicios post-operatorios).

Para el caso del aumento mamario con fines estéticos, cabe mencionar que este es uno de los servicios de mayor demanda en Colombia, así como uno de mayor reconocimiento a nivel internacional debido a la calidad del servicio ofrecido y a la promoción voz a voz de los principales agentes del espectáculo colombianos en el país norteamericano. En ese sentido, el coeficiente de mayor connotación es nuevamente el del precio, pero esta vez de forma negativa con -1015,43 unidades debido a que si bien en Estados Unidos, un aumento mamario se encuentra alrededor de US\$6,700 en comparación con US\$2,000 en Colombia, el crecimiento de la demanda de aumento mamario se debe principalmente a la buena imagen en cuanto a la calidad de la intervención y los resultados esperados, de ahí que el coeficiente de correlación de precio se encuentre divergente (cuando el coeficiente se encuentre en

terreno negativo, significa una relación inversamente proporcional, que para nuestro caso de estudio, es una mayor relación directa con el factor calidad que con el factor precio del servicio). La variación de precio de la oferta de este servicio con respecto a la estadounidense y su relación con el coeficiente de correlación da un espacio para un leve incremento de precios que ya se encuentra en proceso en la actualidad debido a que para inicios del 2015, el servicio de aumento mamario creció alrededor del 8 por 100 con comparación con el año inmediatamente anterior (Pacheco, 2013).

Pasando a la medicina de bienestar, los programas dirigidos hacia el manejo y disminución de sobrepeso, el precio del servicio ofrecido en Colombia y el ingreso del consumidor son las dos variables dependientes que muestran mayor correlación, 29133,64 y 19,59 unidades respectivamente. Los menores precios en Colombia de tratamientos dirigidos hacia la disminución de peso y mantenimiento de una buena salud por medio de procedimiento no invasivos, sumado a condiciones óptimas que estimulan la oferta de medicina turística alternativa (paisajes, persona médico) hacen de este rubro uno de los de mayor proyección en años futuros. También se debe destacar que, debido al alto nivel de ingresos de turistas de salud (principalmente adultos que superan los 65 años de edad) el gasto promedio por demanda de servicio es comparativamente alta frente a otros pacientes de diferentes localidades.

#### 4.2.2. Sistema de salud de Canadá y contrastación empírica en coeficientes de correlación

En el Canadá la atención de salud se proporciona por un sistema nacional simbiótico cuyo financiamiento es compartido por los seguros de salud público y privado, los usuarios y el gobierno. La Constitución canadiense delega la responsabilidad de la atención de salud a los gobiernos provinciales y territoriales. De ahí que existan, en la práctica, 12 sistemas de salud entrelazados, correspondientes a 10 provincias y dos territorios. Más uno bajo jurisdicción federal. Las provincias tienen la responsabilidad primordial de administrar, organizar y ofrecer los servicios y de financiar y regular las actividades de los profesionales de la salud, mientras que el gobierno federal establece el marco legal y los principios básicos del sistema, que las provincias y territorios observan con relativa flexibilidad. El sistema

federal también cubre a grupos especiales, como los aborígenes, las fuerzas armadas y la policía federal (Deloitte, 2013).

A pesar de que los sistemas provinciales y el sistema federal son independientes y autónomos, todos tienen que cumplir con los principios básicos de accesibilidad, cobertura integral, universalidad, portabilidad y administración pública. El financiamiento es compartido por el gobierno federal y los gobiernos provinciales o territoriales.

La legislación federal ha sido diseñada con el fin de garantizar que todos los residentes del país tengan acceso a la atención médica que necesiten mediante un sistema de seguro de salud financiado por impuestos. Independientemente de su ingreso o capacidad de pago, todo residente puede, en principio, recibir servicios médicos y de hospitalización, además de los procedimientos diagnósticos, quirúrgicos y dentales que se consideren necesarios desde el punto de vista médico, dentro de la cobertura que ofrece el sistema (en ese sentido no se cubren tratamientos ni procedimientos considerados estéticos).

A discreción de las provincias y, más aún, de los gobiernos locales, existen ciertos planes de seguro de salud que ofrecen cobertura adicional. Sin embargo, un mandato constitucional impide que se le niegue atención a un residente del país, aunque no posea cobertura o sus recursos económicos no sean suficientes para cubrir el costo de la atención. De hecho, la condición de residente en otro país nunca puede usarse como justificación para negarle la atención a una persona. El gasto per cápita en salud y el porcentaje del PIB dedicado a ella figuran entre los más altos del mundo.

De hecho, en 2010 el gasto en salud de Canadá se estimó en 9,5 por 100 del PIB, mientras que en Estados Unidos se estimó en 13 por 100. En 2013 los gastos totales en salud de Canadá se distribuyeron de la siguiente manera: hospitales, 38 por 100, otras instituciones, 11 por 100, medicamentos y equipos, 16 por 100, médicos, 15 por 100, dentistas 6 por 100, actividades de investigación, 1 por 100, funciones administrativas, 1 por 100, y otras categorías, 12 por 100. En Estados Unidos, los gastos se distribuyeron como sigue: hospitales, 38 por 100, funciones administrativas, 6 por 100, medicamentos y equipos, 10 por 100, médicos, 19 por 100, dentistas, 5 por 100, otras instituciones, 8 por 100, actividades de investigación, 2 por 100, y otras categorías, 12 por 100. (BANCOLDEX, 2014).

Las grandes diferencias en los gastos administrativos de los sistemas canadiense y estadounidense explican, en parte, la brecha entre sus respectivos gastos en salud.

Estados Unidos gasta en administración de su sistema de salud aproximadamente cuatro veces lo que gasta Canadá (Solórzano, 2003). La distribución de los gastos en salud de Canadá revela que cerca de 95 por 100 de los que corresponden a médicos y hospitales se cubren con recursos del fisco. Sin embargo, el sector público asume aproximadamente 75 por 100 del gasto total, puesto que la diferencia se financia con fondos directos del bolsillo de los individuos y de seguros privados. En los últimos años el gasto privado ha crecido más que el público y como resultado de ello la participación pública se ha reducido a 72 por 100.

En realidad, el sector público tiene el papel fundamental de financiar el seguro de salud, en tanto que el privado financia básicamente la mayor parte de los medicamentos, la atención dental y los lentes prescritos. El gasto del sector público en salud proviene básicamente de los impuestos y es compartido entre el gobierno provincial (61 por 100) y el federal (37 por 100). La distribución se basa en datos de población y en el PIB per cápita de los últimos tres años (Solórzano, 1993). Los hospitales no tienen la autorización para desarrollar su actividad con fines de lucro y se ven obligados a idear otras estrategias para financiar sus presupuestos. Entre ellas figuran la utilización de un gran número de voluntarios para las actividades administrativas y de servicio comunitario y la recolección de fondos mediante campañas publicitarias, donaciones y la venta de servicios auxiliares de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a otras instituciones que carecen de la capacidad instalada necesaria para ofrecerlos.

El levantamiento de fondos se ha convertido, de hecho, en una actividad particular y especializada con su propio ámbito de acción en el contexto de la organización hospitalaria. En todo caso, es importante reconocer que una de las virtudes del sistema es la relativa armonía entre lo público y lo privado: los profesionales ejercen con relativa libertad, los hospitales son administrados por grupos privados que representan a la comunidad a la que sirven, y el Estado financia el quehacer de los hospitales y de los profesionales (Solórzano, 1993).

Durante las dos últimas décadas Canadá ha logrado mantener un equilibrio relativamente bueno entre el modelo de atención de salud libre y empresarial de Estados

Unidos y los sistemas únicos e integrales, como el británico o el sueco, en que el Estado ejerce un control más riguroso.

El sistema canadiense está orientado al bienestar social, es decir, a satisfacer las necesidades básicas de la mayor parte de la población, una de las cuales es precisamente la salud. Si se sopesan sus virtudes y deficiencias, el sistema canadiense parece superior al de Estados Unidos. La diferencia radica en los fundamentos de cada sistema: mientras que el sistema estadounidense defiende a ultranza la libertad individual, el canadiense se preocupa por el bienestar colectivo. Uno de los grandes problemas del momento es el continuo incremento del gasto en salud, cuyo control se ve limitado por el envejecimiento de la población, unido a la creciente necesidad de atención hospitalaria, y el enorme consumo de nuevas tecnologías (Solórzano, 1993). En ese sentido, Canadá se encuentra realizando esfuerzos para lograr una mayor eficiencia en la utilización de recursos con el fin de ofrecer servicios, intervención y procedimientos de salud, además de medicamentos a la totalidad de la población. Esta situación, sumada a una baja publicidad y desconocimiento de la ventaja de precios de servicios médico-turísticos en Colombia, da como resultado una baja movilidad de pacientes canadienses hacia servicios de medicina curativa y preventiva.

Sin embargo, debido a que las intervenciones de medicina estética y de bienestar deben ser cubiertas en su totalidad por los usuarios, varios turistas de salud de dicho país eligen a Colombia como destino para la realización de los procedimientos mencionados y analizados arriba. En la sección de medicina curativa, el coeficiente de correlación de mayor preponderancia es el precio del bien con 951,66 unidades. Esto se debe a que los precios de servicios de quimioterapia y radioterapia en Colombia son menores frente a los precios en Canadá que se encuentran entre US\$1,000-US\$3,000 por sesión. En el servicio de cirugía reconstructiva de suelo pélvico el precio de mercado tiene el coeficiente de correlación más alto con 8,55 unidades debido a que el procedimiento es alrededor de 60 por 100 menor en Colombia que en Canadá, siendo esta una oportunidad para que los pacientes canadienses opten por someterse a dicho procedimiento en territorio nacional. Para la cirugía cardiovascular, el coeficiente de correlación de mayor importancia lo tiene el precio del bien ofertado con -504,9 debido a la percepción de alta calidad del servicio ofrecido a nacionales canadienses y colombianos expatriados en el país norteamericano.



Para el caso de los tratamientos traumatológicos de alta complejidad, el precio de mercado es el coeficiente de mayor correlación con 3,74 unidades. Sin embargo, la correlación es muy baja debido a la baja divulgación del servicio en el país del norte lo que resulta en crecimiento muy lento del número de pacientes de dicho país que buscan someterse a estos procedimientos (de ahí el bajo crecimiento histórico de canadienses que demandan este servicio). Para los servicios de medicina estética, la rinoplastia cuenta con dos variables independientes con altos coeficientes de correlación. El precio de mercado con 3117,45 unidades y el precio de servicios sustitutos a nivel nacional con 10,62 unidades. Por un lado el precio de mercado cuenta con alto coeficiente debido a la diferencia de precios entre Canadá y Colombia donde este procedimiento en Canadá se encuentra alrededor de US\$3,000-US\$5,000 mientras que en Colombia se encuentra alrededor de US\$1,350.

Por otro lado, el coeficiente de servicios sustitutos es alto debido a que como no existen procedimientos sustitutos ni tratamientos globalmente conocidos por la comunidad en general de procedimientos que reemplace la rinoplastia, este se presenta con única opción para una modificación sustancial permanente de la nariz para fines estéticos. En el caso del aumento mamario, la variable independiente que presenta la mayor correlación es el precio de la intervención con 30,37 unidades. Debido a que el precio de mercado en Colombia se encuentra en US\$3,000, un 64 por 100 por debajo del precio del mismo servicio en Canadá, se pensaría que existe un gran incentivo para que exista un incremento sustancial de pacientes que opten por someterse a dicho procedimiento en el país. Sin embargo, el poco conocimiento de dicha opción, además de la falta de noción acerca de la calidad del servicio resulta en un aumento prácticamente nulo de la demanda para los últimos años se estima un crecimiento promedio de 160 cantidades adicionales demandadas debido a las razones expuestas).

En la categoría de medicina de bienestar, Canadá representa un mercado con un potencial crecimiento de más de 6,700 unidades adicionales de demanda. Las tres variables independientes que establecen los más altos coeficientes son el precio del servicio en el mercado colombiano con 17271,24 unidades, el ingreso del consumidor con 10,86 unidades, y el precio de los servicios complementarios (cheques pre tratamiento, consultas periódicas, entre otros). Lo anterior se debe a que los tratamientos de reducción de peso en Colombia

son más económicos que en Canadá debido a la fortaleza del dólar canadiense, así como el establecimiento de precios competitivos por parte de la oferta nacional.

Asimismo, el ingreso promedio del consumidor canadiense permite una mayor unidad de servicios demandados que incentivan la dinamización de los tratamientos para el control y reducción del sobrepeso. Finalmente, los precios competitivos de los bienes y servicios sustitutos permiten la facilidad de mayor opción de sustitución del servicio primario, pero con la opción de complemento que termina por demandar mayores unidades del tratamiento ofertado.

#### 4.2.3. Sistema de salud de Aruba y contrastación empírica en coeficientes de correlación

Existe en Aruba un sistema de salud público y privado. En el caso del sector público, el Ministerio de Salud Pública, Asuntos Sociales, Cultura y Deporte tiene bajo su jurisdicción el Departamento de Salud Pública. Esta dependencia es la encargada de la promoción de la salud y la operación del centro médico Rudy Engelbrecht (Padilla y Danovich, 2013), el Pabellón Psiquiátrico y el Laboratorio Público. Además, dicho departamento es responsable de varios servicios a través de los cuales realiza labores de prevención, inspección y actividades médicas generales.

Por otro lado, en el caso del sector privado, Peters y Sauer (2013) resaltan la proliferación de centros médicos de media y alta complejidad que ofrecen diversos servicios de laboratorio clínico, centros especializados, y centros de bienestar alternativo (aunque se encuentran dirigidos principalmente a turistas con alto poder adquisitivo). Los ciudadanos cuentan con seguro medio obligatorio para cubrir sus costos médicos. Sin embargo, en caso de enfermedad de alta complejidad, se debe contar con un permiso y diagnóstico por parte de un experto en el área de la salud que de un aval de intervención, así como del suministro de medicamentos especializados para la curación de dicha condición. En esa línea, el seguro obligatorio cubre a adultos mayores (mayores de 65 años), desempleados y discapacitados. Asimismo, los usuarios pueden acceder a seguros privados a través de cotizaciones individuales intermediadas por sus empleadores.

Sin embargo, debido a la creciente presión sobre el presupuesto que implica un aumento en la cobertura de servicios de salud, se han introducido reformas que buscan la privatización de la oferta de servicios bajo supervisión del Departamento de Salud con el fin de implicar inversión privada sin afectar la cobertura de servicios, así como la calidad ofrecida.

En ese sentido, el actual Plan Nacional de Seguros (plan parcialmente subsidiado que busca la garantía de oferta de servicios básicos de salud, así como medicamentos fundamentalmente genéricos) le daría acceso a un paquete básico de servicios que incluiría servicios de atención primaria, cuidados secundarios proporcionados por especialistas, hospitalización y cobertura para medicinas recetadas. En ese sentido, la introducción de Plan General de Seguros tiene como objetivo que exista acceso universal a la salud que incluya a compañías privadas e incluya la automatización de los procesos del Laboratorio Publico (Cervino, 2005) (McKinsey, 2010).

En materia financiera, desde 1990, el sector de la salud ha recibido una porción importante del presupuesto del gobierno rondando el 7 por 100 del gasto público total.

En cuanto a la financiación de fuentes del sector, se incluyen impuestos indirectos, donaciones internacionales, y deuda pública en caso de incurrir en déficit presupuestario frente a eventualidades propias del sector. En ese sentido, los Fondos de Cooperación del Reino de los Países Bajos fueron de US\$3 millones de 2004 sin contar con donaciones internacionales de entidades multilaterales (se estima que las donaciones totales rondaron los US\$1 millón para 2010) (Smith, 2010). En cuanto a la provisión de servicios de salud, el sistema de salud de Aruba está estructurado en tres niveles con sistemas de referencias entre ellos: atención primaria, cuidados especializados y cuidados hospitalarios. El centro médico Rudy Engelbrecht provee cuidados médicos (principalmente atención primaria). Con respecto a los cuidados especializados, el Departamento de Salud Publica intenta incrementar la cantidad de servicios de enfermería proporcionados en el hogar, lo cual es crítico y fundamental para adultos mayores y con discapacidades.

Por otro lado existe el Instituto de Enfermedades del Corazón De Aruba, el cual es una entidad sin fines de lucro dedicada al análisis y tratamiento de enfermedades cardiovasculares. Además, existen organizaciones no gubernamentales que proveen servicios

especializados en salud (entre estos se destaca la Cruz Roja con servicios de inyectología y cobertura en materia de vacunación para enfermedades tropicales y servicios de atención de primeros auxilios ofrecidos en el hogar) que diversifican la oferta para lograr una mayor cobertura en la población (aun cuando actualmente existen retos en materia de mejora en la calidad de oferta debido a la escasez de recursos públicos que resulta en la actual propuesta de aumentar la cobertura de servicios públicos a partir de agentes privados).

Finalmente, existen cuatro instituciones que ofrecen servicio de rehabilitación a personas con problemas de drogadicción, especialmente a ciudadanos entre 20 y 60 años. Sin embargo, estos centros solo admiten a personas que han completado programas de rehabilitación en una dependencia hospitalaria (Wong, 2012). En cuanto al nivel hospitalario, el Hospital Horacio Oduber (centro médico de carácter fundacional sin fines de lucro) provee una variedad de servicios que incluye medicina general, cardiología, cirugía, ginecología, obstetricia, pediatría, neurología y ortopedia. Este hospital también provee servicios ambulatorios, hemodiálisis, servicios ambulatorios, fisioterapia y servicios de radiología.

La mayoría de paros son atendidos en este hospital de alta complejidad ya que las mujeres pueden optar por tener sus hijos en casa. De acuerdo con estadísticas del Departamento de Salud, existen 10 casos de partos prematuros por cada 1,000 (Kellman, 2013) los cuales la mortalidad sobrepasan los 2 por cada 100 siendo el restante atendido con éxito en el Hospital de Alta Complejidad de Curazao (Francis, 1999). En caso de escasez de oferta de servicios, tratamientos e intervenciones en la isla, los pacientes suelen ser transferidos a otras localidades para la atención oportuna de su condición mediante la intervención del Departamento de Salud que cuenta convenios de atención de mediana y alta complejidad en otros países de la región y Países Bajos (Stolton, 2010). Con lo anterior, los servicios de salud en Aruba son muy eficientes al momento de proveer tratamientos y procedimientos de diversas complejidades, así como la oferta de tratamientos para curar y prevenir enfermedades de alta complejidad (cáncer, VIH, entre otros).

Sin embargo, existe una restricción en la oferta de servicios especializados, así como intervenciones con fines estéticos y de bienestar integral de medicina alternativa. En ese sentido, en la categoría de medicina curativa, los procedimientos de radioterapia y quimioterapia ofertados en Colombia cuentan con un coeficiente negativo en el precio de

mercado (-619,34 unidades). Esto debido a la alta percepción de calidad del servicio, pero también con percepción de altos precios frente a los ofrecidos en la isla. De ahí el bajo porcentaje de crecimiento de turistas de salud de medicina curativa en este rubro interanual. Para la cirugía reconstructiva del suelo pélvico, existe un alto coeficiente en el precio de mercado con 83,29 unidades. Lo anterior debido a la ventaja de precios que ofrece Colombia frente a la isla, a pesar que el procedimiento es cubierto en plan público de salud. De ahí que también se presente un crecimiento muy bajo interanual de demanda de este procedimiento en Colombia por parte de pacientes de esta isla.

Para la cirugía cardiovascular, el coeficiente de mayor denominación es el precio de bienes y servicios sustitutos con 1,002 unidades. Esto se debe a que el procedimiento es de menor costo en la isla, además que se encuentra cubierta dentro del plan subsidiado de salud para el caso de las intervenciones con fines cardiovasculares de diferente origen.

De ahí también se desprende el crecimiento casi nulo interanual de pacientes de Aruba que buscan someterse a este procedimiento en el país. Para el servicio de tratamientos traumatológicos de baja complejidad perteneciente a la categoría de medicina preventiva, el coeficiente de correlación de mayor denominación se encuentra en la variable independiente de precio de servicios sustitutos con 1,23 unidades lo que significa que, aun cuando exista una gran variedad de tratamientos de baja complejidad, la proliferación de oferta de tratamientos en Colombia a bajo costo representa un atractivo para los turistas de salud provenientes de Aruba.

Sin embargo, debido a la falta de mercadeo y publicidad en varios frentes (internet, misiones comerciales, entre otros) la demanda interanual de servicios es muy baja y no representa un porcentaje sustancial de los servicios médico-turísticos demandados por los residentes de Aruba.

En la categoría de medicina estética, los coeficientes de mayor correlación se encuentran en el precio del mercado de la intervención en Colombia con 8985,61 unidades, el ingreso del consumidor con 6,36 unidades, y el número de consumidores en el mercado con 5,76 unidades. Puede decirse que el precio de una rinoplastia en Colombia tiene es menor que una realizada en Aruba (alrededor de 20 por 100 menor), además que el ingreso promedio del consumidor permite establecer planes de ahorro a mediano plazo para el sometimiento a

este procedimiento (si bien no cuentan con los ingresos promedio estadounidenses ni canadienses, el ingreso promedio de un arubeño, además de la fortaleza de su tipo de cambio que se encuentra alrededor de 0,72 florines por cada 1,000 pesos colombianos).

Lo anterior ha resultado en un incremento sustancial de pacientes arubeños a territorio nacional pasando de 64 intervenciones demandadas en 2013 a más de 376 en 2014.

De ahí que el coeficiente de correlación de la variable independiente de consumidores se encuentre alta y tome cada vez más fuerza en la ecuación general de demanda. En ese sentido se espera que exista un mayor crecimiento de la publicidad y mercadeo privado y misiones oficiales para el procedimiento de rinoplastia en esta isla. Para el caso del aumento mamario, el coeficiente de correlación de mayor proporción se encuentra en la variable independiente de precio de mercado con 203,36 unidades.

Lo anterior debido a que el precio de una intervención en de implantes mamarios para aumento (así como tonificación y levantamiento) son menores a los precios promedios en la isla con alrededor de 26 por 100 frente al precio nacional. Así, con la fortaleza de su moneda frente al peso colombiano y a la posibilidad de ahorro per cápita (muchas veces por intermediación de un centro médico colombiano con planes post-pagos) (Pacheco, 2013) permite que exista un amplio espacio de crecimiento de demanda para este servicio.

Sin embargo, estas ventajas para el consumidor foráneo no se han traducido en una mayor demanda debido a la posibilidad de someterse a dicha intervención en diferentes localidades como Puerto Rico, República Dominicana, entre otros, así como una baja promoción privada y pública de este procedimiento en la localidad objetivo. En la categoría de medicina de bienestar, los programas dirigidos hacia la reducción de sobrepeso, las variables dependientes que representan mayores coeficientes de correlación son el precio de mercado con -34661,87 unidades, el ingreso del consumidor con 30,93 unidades, el precio de servicios complementarios con 12,66 unidades, y el número de consumidores con 8,10 unidades. Esto muestra un fuerte crecimiento de estos programas alternativos no invasivos o con invasión mínima de más de 100 por 100 en 2014 frente al periodo inmediatamente anterior.

También se debe a que los precios reflejan la alta calidad de los programas de reducción de sobrepeso unido a la experiencia de turismo, el bajo precio de los bienes y servicios complementarios que permite una menor restricción presupuestaria y menor tiempo de ahorro para acceder a los mismos, y a un ingreso del consumidor, que si bien se ha mantenido prácticamente constante durante los últimos tres años, permite un margen de gasto para este servicio que si bien se ofrece en la isla, la posibilidad de combinar la experiencia de medicina alternativa con el conocimiento de otra cultura, costumbres y viajes que generalmente incluyen estos programas, se obtiene como resultado un número creciente de visitantes anualmente. Se espera que para 2015 crezca aún más el número de pacientes provenientes de Aruba que permita la potenciación de estos servicios alternativos dentro del territorio colombiano. Lo anterior debido a que según las estimaciones de este trabajo, además del conocimiento de profesionales de la salud de medicina alternativa, el número de demandantes de programas dirigidos hacia la reducción del sobrepeso, así como del mantenimiento de hábitos saludables a partir de un enfoque no tradicional y no invasivo fue de más de 10,000 pacientes.

#### 4.2.4. Aproximaciones generales de sistemas de salud en las Antillas y contrastación empírica en coeficientes de correlación

Las Antillas o América Central Insular, cuenta en términos generales con sistemas de salud parecidos donde prima el sector público en la oferta de servicios básicos tanto preventivos como curativos, además del costo de medicamentos (principalmente genéricos) donde la cobertura ronda el 70 por 100 (Turner, 2007). Los servicios de salud se ofrecen principalmente en hospitales públicos mediante planes de aseguramiento público financiado en general en un 90 por 100 por los gobiernos nacionales mediante la contribución impositiva de sus ciudadanos, así como deuda y copago de los usuarios que pertenecen a sistemas contributivos. Las grandes excepciones son países como Cuba, donde la totalidad de la financiación del sistema sanitario es cubierta por el gobierno nacional, Puerto Rico donde se aplican los planes de Medicare y Medicaid expuestos arriba y que en la actualidad también se encuentran sujetos a los debates en torno al sistema sanitario llevado a cabo en el país norteamericano.

Existen otras excepciones como en el caso de Aruba, donde países, antiguas potencias coloniales, cooperan y comparten parte de los gastos en servicios de salud por medio de las contribuciones financieras, y alianzas para aumento en la calidad de los servicios ofertados a los ciudadanos. En ese sentido, los sistemas generales de salud de países que forman las Antillas contienen varios factores en común que son la relativa injerencia de potencias extranjeras en la estructura de oferta, la amplia participación del sistema público en el la estructura general de oferta de bienes y servicios médicos, y una mayor tendencia hacia la privatización del sector con fines de disminución de costes totales oficiales permitiendo una mayor entrada de actores privados tanto nacionales como extranjeros en la oferta total de servicios.

Como se mencionó anteriormente, Aruba es un ejemplo de mayor adopción de políticas de privatización de los servicios de salud debido a los potenciales ahorros en costos y disminución del aparato burocrático y logístico que supone el sostenimiento del sistema en manos únicamente públicas.

Se estima durante lo corrido del periodo 2010-2012 aumentó en 26 por 100 (Turner, 2008) la participación de los actores privados en la oferta general de los servicios de salud con fines de suministro de servicios, medicamentos, principalmente genéricos, donde las empresas estadounidenses de seguro médico y en menor medida las aseguradoras latinoamericana (en las cuales se incluyen las colombianas que cotizan en la Bolsa de Valores de Colombia) ampliaron su participación en los diversos sistemas de seguros de salud y oferta hospitalaria en localidades como Martinica, Jamaica y Santa Lucía debido a la creciente presión fiscal de sus respectivos gobiernos locales, así como la búsqueda de diversificación de portafolio de empresas aseguradoras y bufetes médicos.

Sin embargo, la creciente privatización general de los sistemas privados de salud en localidades de las Antillas supone un reto de búsqueda de equidad en el acceso al servicio. Este reto es de gran importancia si se tiene en cuenta que según estimaciones de la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe, los ingresos promedios de más del 34 por 100 de la población de Antillas vive con menos de US\$5 al día, lo que supone una seria restricción presupuestaria para el acceso a los servicios de salud con fines principalmente curativos de alta complejidad durante largos periodos de tiempo (Paredes, 2013). La principal dificultad



se encuentra en que el diagnóstico de una enfermedad rara, terminal o de alta complejidad en el tratamiento supone un promedio de gasto de US\$3,000-US\$5,000 anuales por duraciones de 3-5 años en promedio (Maldonado, 1996). Una presión fiscal muy alta si se tiene en cuenta que la asignación promedio de presupuesto nacional dedicado al sector de la salud supone una partida de US\$1,300-US\$1,500 per cápita generando desequilibrios que resultan déficits presupuestarios que presionan al alza la recaudación impositiva hacia usuarios, consumidores en general y búsqueda de financiación externa (además de búsqueda de ayuda por concepto de cooperación regional e internacional).

El caso más sobresaliente es Haití, donde la asignación presupuestaria para los servicios generales de salud, además de bienes intermedios y finales no sobrepasa el 4,5 por 100 del PIB. Si a esto se le suma la escasa capacidad instalada para la producción de bienes y servicios, desvíos de fondos por concepto de dilapidación monetaria y una prácticamente nula base tributaria debido a altísimos niveles de erosión en la recaudación de impuestos, se tiene que el país prácticamente financia su sistema sanitario con ayuda externa por concepto de cooperación internacional mediante la donación de países tanto emergentes como desarrollados, organizaciones internacionales y regionales y organizaciones no gubernamentales para la oferta básica de servicios hospitalarios, suministro de medicamentos genéricos, consulta médica con fines netamente curativos y la práctica inexistencia de una política preventiva en materia de contagio de enfermedades y chequeos rutinarios.

De ahí que luego del terremoto de 2010 que sacudió a este pobre país, el gobierno realizara un llamado casi inmediato a la comunidad internacional para el suministro de medicamentos, personal médico e incluso materiales para el establecimiento de refugios ambulatorios para hacer frente a la catástrofe humanitaria vivida y con la que aun hoy lidia el empobrecido país.

En ese sentido, el turismo de salud colombiano no ha contado con aumentos importantes en sus diferentes categorías (exceptuando la medicina de bienestar integral). Para los servicios de medicina curativa, en los procedimientos de radioterapia y quimioterapia, la variable independiente que muestra un mayor coeficiente de correlación es el precio del procedimiento con 406,54 unidades, lo que permite inferir que el precio promedio e estos

procedimientos son muy competitivos con respecto a sus pares en las Antillas (alrededor de 10 por 100 a 23 por 100 menor).

Sin embargo, debido a motivos como la baja publicidad y mercadeo privado, así como promoción oficial de los servicios de radioterapia y quimioterapia, además de su respectiva cobertura y promedio regular de calidad para los diferentes países involucrados, este servicio no ha tenido un crecimiento importante en el periodo de estudio (2009-2014). En la cirugía reconstructiva del suelo pélvico, el precio de servicios sustitutos es la variable independiente que muestra un coeficiente de correlación mayor con 1,23 unidades, lo que significa que este es el factor determinante que implicaría un aumento de dichos servicios para 2014.

En ese sentido, al no existir servicios sustitutos ya que para lograr el levantamiento del suelo pélvico en caso de descenso de la pared vaginal a la matriz, situación que puede causar incontinencia, y posteriores problemas de infecciones en el aparato reproductivo, las pacientes optarían por el sometimiento de dicha intervención.

Es así, que para el caso de las Antillas, los pacientes buscan este procedimiento en lugares preferiblemente cercanos geográficamente, así como la búsqueda de rendimiento de su presupuesto donde en la gran mayoría de países, la apreciación de las monedas (principalmente de países con alguna vinculación a potencias extranjeras) que permite un mayor rendimiento presupuestario, optan por buscar países como México, Brasil, Colombia y en menor medida Venezuela para someterse a dicho procedimiento.

En ese sentido, Colombia aún no se encuentra dentro de los principales destinos para esta intervención debido a la alta competencia en este rubro que representa México y Brasil donde la popularidad y buena reputación de sus intervenciones disminuye el flujo de pacientes hacia los centros médicos especializados en la materia.

Para el caso de cirugía cardiovascular con fines curativos, las variables independientes con coeficientes de correlación as destacados son el precio del servicio y el ingreso real del consumidor, cada uno con unidades negativas (-1,28 y -5,88) lo que indica que por lado la calidad del servicio prestado cuenta con una percepción alta frente a sus pares en la región mientras que el precio si bien puede ser percibido como alto, es la calidad la que destaca para la percepción de los pacientes de las Antillas. Por otro lado, el coeficiente de

correlación negativo en el ingreso del consumidor infiere una baja incidencia en el ingreso per cápita del mismo en la cantidad de demanda de este procedimiento, siendo entonces el potencial crecimiento de masa de consumidores los que determinarían el crecimiento de demanda de este servicio bajo otras modalidades (planes conjuntos entre operadores de salud colombianos y locales en Antillas, planes post-pago de servicios de intervención con posibilidades de refinanciación (este es el caso de pacientes en sus países de origen que no han tenido respuesta oportuna de sus respectivas solicitudes de intervención en los sistemas públicos y optan por someterse a dichos procedimientos en destinos extranjeros, entre ellos, Colombia) que determinan el comportamiento de la demanda durante el periodo de estimación.

Sin embargo, si bien el crecimiento porcentual de la demanda es alta (más del 100 por 100 durante el periodo de estudio), el volumen total de demandantes se estima como muy bajo frente a otros servicios y otras categorías de la medicina turística, con lo cual no se prevé un crecimiento importante del volumen de turistas más allá de lo podría representar países de mayor capacidad monetaria adquisitiva como Puerto Rico, Aruba y en menor medida Republica Dominicana y Jamaica. En la categoría de medicina preventiva, los tratamientos traumatológicos de baja complejidad, la variable independiente de precio de servicios sustitutos representa el coeficiente de correlación as alto con 1,87 unidades.

Si bien existen gran variedad de tratamientos traumatológicos, los precios de servicios sustitutos poco conocidos en la medicina tradicional no cuentan con la suficiente importancia al momento de elección tradicional del consumidor siendo este inexistente en la estimación actual (esto después de varias entrevistas con gremios y comunidades de aprendizaje de profesionales del turismo de salud bajo el esquema tradicional avalado por la ley y legalmente constituido en Colombia) resultando en un resultado similar a la inexistencia de precios en los servicios sustitutos). La cobertura de medicina preventiva con la que cuentan la gran mayoría de países de ingresos per cápita considerables, hace que este servicio no sea prácticamente demandado arrojando entonces una estimación prácticamente nula de incremento de demanda para el año 2014 y un crecimiento en términos absolutos poco considerables durante el periodo de estudio. Una situación similar puede aplicarse para los servicios de la medicina estética donde debido al bajo poder adquisitivo de muchas

localidades que integran las Antillas, no se prevé un crecimiento importante en la estimación de demanda para el año 2014 ni 2015.

Para el procedimiento de rinoplastia, el coeficiente de correlación más destacado pertenece al precio de mercado con -130,57 unidades lo que permite inferir que si bien el servicio es percibido como de alta calidad, en términos generales, las limitaciones presupuestarias generales de la localidad, además de la multiplicidad de alternativas (México, Brasil, Venezuela, y países intra-antillanos) hacen prever un crecimiento de demanda para 2014 muy bajo, incidiendo muy poco en el porcentaje total de estimación de demanda.

Para el procedimiento de aumento mamario, la situación es diferente ya que el precio del servicio sí incide en la estimación de demanda, ya que al contar con un coeficiente de correlación positivo de 2208,64 el precio del servicio en Colombia es la variable fundamental que impacta en la estimación de crecimiento de demanda. Sin embargo, en términos absolutos, la preferencia del consumidor no ha variado para el caso colombiano frente a sus principales competidores en la región lo que incide en que si bien durante el periodo de estudio existió un crecimiento sostenido hasta 2013, en 2014 se prevé una disminución de unas cuantas cantidades demandadas sin un impacto importante sobre la totalidad de la estimación de demanda para este procedimiento estético.

Finalmente, para el caso de los programas de reducción de sobrepeso perteneciente a la medicina de bienestar integral, la situación cambia drásticamente exponiendo nuevamente que el futuro del turismo de salud en Colombia pasa por una mayor inversión y atención a este rubro que representa un alto porcentaje del total de turistas de salud. Los coeficientes de correlación con mayor importancia pertenecen al precio del servicio en Colombia y el precio de servicios complementario con 5954,42 y 26,65 unidades respectivamente.

Claramente esta tendencia muestra que los precios competitivos los dichos programas junto a todo un paquete de turismo de salud de medicina alternativa, además del bajo precio de los servicios complementarios, son importantes para la estimación de crecimiento de la demanda para esta localidad en más del 90 por 100.

#### 4.2.5. Sistema general de salud en Panamá y contrastación empírica en coeficientes de correlación

El sistema de salud de Panamá se caracteriza por la división de sectores para la oferta, administración, reservas y suministro de bienes y servicios sanitarios para la totalidad de la población. El sector público está conformado por la Caja de Seguro Social encargada de la administración fiduciaria y órdenes médicas en el país, mientras que el Ministerio de Salud es el encargado de la búsqueda, administración y adopción de normativa respectiva al sistema nacional de salud y propuesta sobre modificaciones al actual sistema.

El suministro de servicios de salud y medicamentos los ofrecen las entidades promotoras de salud (hospitales y clínicas públicas y privadas) bajo la supervisión del Ministerio de Salud y la Caja de Seguridad Social mientras que en el área rural, existe una integración funcional de ambas dependencias desde 1973 luego de la constitución de servicios de integración de los servicios del Ministerio de Salud y la Caja de Compensación interior.

Lo anterior con la finalidad de aumentar la cobertura de servicios básicos y de mediana-alta complejidad de acuerdo con el surgimiento de actores públicos y privados del sector salud de conformidad con compromisos internacionales de aumento de cobertura establecido en Naciones Unidas (Objetivos del Milenio, ahora Objetivos para El Desarrollo Sostenible). En ese sentido existen tres niveles de atención del cual el nivel I se fundamenta en la oferta de servicios y procedimientos indispensables de baja complejidad y suministro de medicamentos para tratamientos, post-tratamientos-procedimientos que implique la utilización de los mismos.

El nivel II consta en la oferta de servicios y tratamientos de mediana complejidad de acuerdo con el Código Sanitario bajo la intervención del Grupo Técnico Garante (órgano encargado de la vigilancia y control de suministro de servicios de salud, así como su implicación fiscal y prestación del servicio en poblaciones apartadas de la nación) que establece los tipos de tratamientos que implican un análisis de garantía de suministro y su impacto fiscal y sanitario a nivel poblacional. Finalmente el nivel III consta de la oferta de servicios sanitarios de alta complejidad del cual se incluyen tratamiento a enfermedades terminales, procedimiento e intervenciones quirúrgicas de alto costo, enfermedades raras de

poco conocimiento en el campo médico que implica un tratamiento especial frente a sus pares, así como el suministro de medicamento para el tratamiento de dichas condiciones clínicas que en su mayoría son de denominación comercial con un alto costo promedio para el paciente. Es de destacar para acceder a los servicios médicos de nivel III es necesaria la intervención de un especialista en la materia, así como el suministro de los respectivos permisos para acceder a los tratamientos y medicamentos.

Por otro lado, cabe destacar que el sistema de salud panameño se actualizado conforme a los compromisos internacionales y la necesidad de asegurar servicios de salud para la totalidad de la población, siendo este objetivo uno de los prioritarios para los últimos tres gobiernos, incluyendo al actual (2014). En ese sentido, desde la creación de la CSS en 1941, pasando por la creación del Código Sanitario en 1947, la misma constitución de integración de los servicios del Ministerio de Salud y la Caja de Seguridad Social en los años setenta, la radicación de la Ley 51 por medio del cual se firma la gestión de convenio del Ministerio de Salud con las redes de hospitales de esa dependencia y de carácter privado, hasta la coordinación para la integración de servicios entre MINSAL y CSS mediante concertación nacional, el sistema de salud panameño es uno de los más eficientes en términos de búsqueda de aumento de cobertura sin disminución en la calidad del servicio prestado a diferencia de sus vecinos (este es el caso de Colombia, donde aun cuando los últimos dos gobiernos han aumentado la cobertura, principalmente en el régimen subsidiado, en términos de calidad es muy precario debido a la demora para el acceso de los servicios debido a diferentes factores que van desde la falta de integración en la información de los usuarios, falta de constancia en los pagos efectuados entre las entidades promotoras de salud a hospitales privados, hasta escándalos de corrupción y malversación de fondos a causa de un deficiente seguimiento de las entidades reguladoras, principalmente la Superintendencia de Salud) impactando de forma negativa en los servicios de medicina curativa, preventiva y en menor medida medicina estética en sus respectivos servicios aquí analizados. En cuanto al análisis de periodos de estrategia de extensión de cobertura, entre los años 1995 a 2002 se desarrolló un proyecto básico de cobertura en el área rural de salud integral de servicios de nutrición que buscaba extender la política de eliminación de la hambruna en zonas de difícil acceso a servicios básicos de salud y educación.

En ese sentido, el crecimiento de la cobertura de servicios básicos de salud y educación se limitan a la oferta de servicios médicos y medicamentos de baja complejidad, donde solamente son tratable condiciones que se presenten dentro del nivel I, siendo las condiciones de nivel II y III muy difíciles de tratar en centros rurales, por lo cual se hace indispensable el traslado hacia centros urbanos con infraestructura propia para su tratamiento.

El traslado de centros rurales a urbanos ha supuesto complicaciones de movilidad y condicionamientos para el paciente que por su situación económica o la necesidad de obtención de equipos especiales para el traslado, se hace en muchos casos imposible el mismo sin ayuda de suministros propios de gobiernos seccionales. Durante el periodo 2003-2008 con ayuda del Banco Interamericano de Desarrollo (Coles, 2008) se desarrolló un programa de atención inmediata compuesto por organizaciones extra institucionales (Cruz Roja, organizaciones no gubernamentales) y el Fondo Operativo Para Las Giras Integrales en Salud, una fiducia con fines de financiación de déficits de salud a corto plazo para tratamientos de diagnósticos complejos que incluyen enfermedades terminales, enfermedades raras y de alto costo en su tratamiento y curación.

La finalidad de dicho programa fue la garantía de recursos financieros y equipos tecnológicos que permitiesen el suministro de servicios sanitarios para ciudadanos con ingresos menores a US\$1,000 trimestrales. Durante el periodo 2009-2013 se lleva a cabo el Proyecto de Mejora de la Equidad y Desempeño en Salud, financiado por el Banco Mundial cuyo fin fue mejorar los servicios médicos para el sector publico total con el acompañamiento de la Organización Internacional Para la Estandarización (ISO por sus siglas en inglés) mediante la aplicación de normas ISO 9001 enfocado en servicios de salud cuyas características son el cumplimiento de normas especializadas en la oferta temprana de servicios de salud, la evaluación estructurada con resultados objetivos mediante auditorias periódicas y sorpresivas que evalúen periódicamente la estructura de oferta en aras del mantenimiento de registro de calidad, el aumento de cobertura de carácter global, y su respectiva homologación internacional por parte de organizaciones de auditoria similares como IQNET, Bureau Veritas, entre otros (American Hospital Association, 2002).

Para el periodo 2013-2018, teniendo en cuenta la persistencia en la dificultad de equidad de oferta de servicios médicos para el sector público con respecto a los servicios y

medicamentos ofrecidos en el sector privado, se está llevando a cabo el Proyecto para el Fortalecimiento y Mejora de la Equidad con la ayuda del Banco Interamericano de Desarrollo mediante la ampliación de línea de crédito ofrecido anteriormente en el Programa Multifase de Transformación Institucional, además del suministro de equipo técnico independiente por recomendación de la Organización Mundial de la Salud para mejorar la calidad de servicios ofrecidos en el sector público y mejorar el suministro de medicamentos (principalmente genéricos) a la población de menores ingresos dependientes del sistema subsidiado (esto incluye la compra de permiso de reproducción de medicamentos patentados, la importación de medicamentos no producidos internamente y la adquisición de equipos para tratamiento y curación de enfermedades de alta complejidad). Todo lo anterior ha permitido un aumento sustancial de los principales indicadores de calidad y cobertura en el sistema sanitario.

En ese sentido, el incremento de la población asegurada tanto en el sistema público y privado pasó de 2,800,000 en 2010 a 3,170,000 en 2013 aumentando un 95,42 por 100, una cifra alta en comparación al promedio de la región que se encuentra en 81 por 100 (Buss, 2002).

De estos, los asegurados pertenecientes al sistema contributivo rondan el 42 por 100 por 100 (20 por 100 cotizantes activos y 80 por 100 pensionados del total de asegurados en el sistema contributivo), mientras que los asegurados del sistema subsidiado se encuentran en 58 por 100. Asimismo, se han incrementado las instalaciones de salud (entre clínicas y centros de consulta) tanto del Ministerio de Salud como en la Caja de Seguros Sociales de 915 unidades de diferentes denominaciones a 1032 en 2014 (Ministerio de Salud, 2013).

Sin embargo, el sistema público sigue acaparando más de la mitad de la cobertura del sistema, siendo esto una importante presión presupuestaria para las finanzas públicas donde el 49 por 100 de contribución de gasto los aporta el Ministerio, 26 por 100 lo aporta la Caja de Seguros Sociales, el 20 por 100 lo aportan los usuarios mediante aportes por concepto de copagos, como prima mensual de seguro, y el 5 por 100 restante lo aportan los usuarios de seguros privados. Nótese el bajo porcentaje contributivo de usuarios de seguros privados, esto se debe a que si bien el sistema propende por una cobertura universal, el nivel de ingresos promedios, no permite que más usuarios se vinculen a seguros privados por el alto costo promedio que esto supone (alrededor de US\$130 promedio).



Por el lado del gasto en salud en proporción al PIB, Panamá ha incrementado sustancialmente el gasto total pasando de 8,7 por 100 en 2010 a 9,86 por 100 en 2013 (National Center of Policy Analysis, 2011), pasando de un gasto per cápita de US\$670 en 2010 a US\$862 en 2013 encontrándose por encima del promedio de la región que se encuentra en US\$600 gastando más que países como Chile, Argentina y México. En cuanto al gasto en medicamentos, la Caja de Seguros Sociales aporta el 37 por 100 del total de gasto mientras que el Ministerio de Salud aporta el restante 63 por 100.

En materia de médicos, Panamá cuenta con 1,5 médicos por cada 1,000 habitantes, encontrándose en el promedio regional y superando a países como Colombia que cuentan con 1,35 por cada 1,000 o Perú con 0,92 por cada 1,000. En la actualidad Panamá cuenta con 5,551 médicos en total de los cuales 4,882 se encuentran en el área urbana, 669 en el área rural, un total de 1,114 odontólogos repartidos entre 961 en el área urbana y 153 en el área rural. Finalmente se encuentran actualmente 4,744 enfermeras activas de las cuales 4,025 se encuentran en el sector urbano y 719 en el sector rural (Ministerio de Salud de Panamá, 2013).

Se observa que los servicios de medicina turística colombiana cuentan con posibilidades de crecimiento sostenido en el mediano plazo debido a que si bien existe una amplia cobertura en el sector público, Panamá se encuentra aún en etapa de lograr el objetivo de cobertura universal para después pasar a la mejora en la calidad de servicios ofrecidos teniendo dificultades en la financiación de tratamientos y curación de enfermedades de alta complejidad donde los usuarios de seguros privados, optan por someterse a diversos procedimientos de medicina curativa, preventiva, estética y de bienestar en el vecino país (más aun cuando las transacciones en la economía real se realizan principalmente en dólares estadounidenses, contando así con la ventaja del fortalecimiento de dicha moneda respecto del peso colombiano).

Es decir, si bien existen tratamientos para la cura contra el cáncer, levantamiento del suelo pélvico, cirugías cardiovasculares de diferente complejidad, procedimientos de rinoplastia, aumento mamario y medicina de bienestar, los usuarios con mayor poder adquisitivo optan por realizarse dichos procedimientos en países como Colombia por la ventaja que supone el precio en dólares, la inmediatez del procedimientos frente a la espera

que supone el sistema público (quienes cuentan con capacidad adquisitiva) y por lazos familiares y de identidad cultural entre Colombia y Panamá.

Así, para la categoría de medicina de bienestar, el procedimiento de radioterapia y quimioterapia cuenta con un alto coeficiente de correlación en la variable independiente de precio de mercado con 813,97 unidades, lo que implica un atractivo para pacientes panameños del precio del servicio con respecto al precio presentado en su país. Asimismo, la familiaridad que supone Colombia para estos, así como el rendimiento de su presupuesto permite inferir un crecimiento respetable para 2014. Para el procedimiento de cirugía reconstructiva del suelo pélvico, el coeficiente de correlación más sobresaliente vuelve a pertenecer a la variable independiente de precio de mercado con 494,76 unidades.

De nuevo, el diferencial de precios (alrededor de un 23 por 100 más económico) junto con el respaldo de acreditación de los centros médicos analizados más adelante supone el crecimiento de demanda en alrededor de 20 por 100 para 2014. Este crecimiento se debe a nuevamente la baja publicidad del sector en el país objetivo por parte de la agencia promotora de turismo en Colombia como la dispersión de diversos actores privados que no permite una sinergia única de oferta con fines de mayor captación de pacientes.

En cuanto al procedimiento de cirugía cardiovascular, la variable independiente de precio de mercado nuevamente representa el coeficiente de correlación más alto con 121,55 unidades siendo la competitividad del precio del servicio en el mercado colombiano el principal impulsador de la previsión de nueva demanda para 2014 aun cuando el crecimiento en términos absolutos sea muy bajo. Esto fortalece la premisa de que los servicios de medicina curativa no son el principal fuerte del turismo de salud colombiano debido a la oferta de dichos servicios en las localidades objetivo.

En la categoría de medicina preventiva, los tratamientos traumatológicos de baja complejidad cuentan con un coeficiente de 1,09 unidades en la variable independiente de precio de bienes sustitutos, lo que significa que al no existir otros procedimientos no médicos que no intervengan en el levantamiento del suelo pélvico por medio de acciones invasivas al cuerpo, se hace indispensable demandar dichos servicios para lograr el bienestar del sistema reproductivo. Sin embargo, al existir un bajo volumen de crecimiento en términos absolutos, así como un crecimiento muy bajo de demanda durante el periodo estudiado (un crecimiento

menor de 200 demandas durante el periodo 2009-2013) se percibe que la medicina curativa no es el fuerte de los servicios medico turísticos para el público panameño.

En la categoría de medicina estética, sucede algo muy particular y es el aumento de la demanda de aumento mamario en proporción importante, mientras existe una disminución en términos absolutos de pacientes que solicitan cambios en su nariz.

Así, en el procedimiento de rinoplastia, la variable independiente de precio de mercado cuenta con el coeficiente de correlación más alto de todos, con 884,97 unidades, lo que supondría un crecimiento de la previsión de demanda, sin embargo, este procedimiento es menos costoso en Panamá (alrededor de 21 por 100 menos) lo que explica que la previsión de demanda para 2014 sea negativa respecto al año inmediatamente anterior (145 unidades demandadas en 2013, frente a la previsión de 93,96 unidades demandadas en 2014).

Para el servicio de aumento mamario, sucede lo contrario, el precio de mercado es menor en Colombia en alrededor de 32 por 100, lo que supone un crecimiento de la demanda, siendo la variable independiente de precio de mercado la que arroje el coeficiente de correlación más alto con 2964,66 unidades, aunque existen otras variables independientes que cuentan con coeficientes de correlación también destacados como el precio de servicios complementarios con 3,52 unidades y el ingreso real del consumidor con 2,73 unidades. Así se estima que para 2014 exista un crecimiento de más de 90 por 100 de la cantidad demandada de este procedimiento frente a año inmediatamente anterior (325 unidades demandadas en 2013).

El precio competitivo del servicio, así como de servicios y procedimientos complementarios como filtraciones para eliminación de residuos, meso terapia y la adquisición de sujetadores terapéuticos post-operatorios, son claves para la estimación positiva de demanda de este servicio. Para el caso de programas de reducción de sobrepeso, perteneciente a la categoría de medicina de bienestar integral, existen varios coeficientes de correlación positivos en diversas variables independientes que hacen suponer un crecimiento sostenido en gran medida de la previsión de servicios demandados. Así, el precio de mercado cuenta con un coeficiente de correlación de 12751,65 unidades, siendo uno de los más altos de todo el análisis empírico, el ingreso real del consumidor con 27,06 unidades, el número de consumidores en el mercado con 25,59 unidades, y las preferencias del consumidor con -

20,29 unidades. Esto supone que el precio de los programas de medicina alternativa dirigidos hacia la reducción del sobrepeso son muy competitivos en materia de precios, esto, combinado con un ingreso real del consumidor que permite someterse a dichos procedimientos en Colombia, la similitud cultural que hace que el turista panameño se sienta cómodo, un creciente número de consumidores en años anteriores que hace suponer un aumento de los mismos para el 2014, arroja una estimación de demanda de 19.808 unidades frente a 12,540 unidades demandadas en 2013 arrojando una previsión de crecimiento de alrededor de 7,208 unidades o un crecimiento porcentual de 63,3 por 100, un crecimiento alto solo comparable con Estados Unidos y en menor medida, Canadá.

Así, se puede estimar que la fortaleza del sector de turismo de salud colombiano se encuentra concentrada en los procedimientos de medicina de bienestar. En términos porcentuales, la demanda de programas de reducción de sobrepeso y mantenimiento del índice de masa corporal acapara el 93 por 100 del total de estimación de servicios demandados para 2014, siendo, sin lugar a dudas, la principal, fortaleza del turismo de salud colombiano. Esto se debe a que existe una gran diversidad de programas de medicina alternativa invasiva y no invasiva que caben en esta categoría que puede incluir programas con base a procedimientos del lejano oriente, combinación entre medicina oriental y occidental tradicional, terapias de moda que suelen ser demandadas por pacientes con gran interés en diversificar sus rutinas alimentarias, así como su programa de ejercicios.

Si a esto se combina la posibilidad de que pacientes en las localidades objetivos puedan conocer las diversidades turísticas de los sitios más emblemáticos del país andino como Cartagena de Indias, Medellín, Barranquilla, Bogotá, Cali, y sus respectivas festividades regionalmente conocidas como el Carnaval de Barranquilla, La Feria de Las Flores de Medellín, La Fiesta de Independencia de Cartagena que se combina con el Reinado Nacional de Belleza, La Feria de Cali, la Fiesta Rock al Parque en Bogotá, el Festival Iberoamericano de Bogotá, entre un sinnúmero de fiestas nacionales, donde el paciente cuenta con posibilidades de goce y disfrute debido a que los tratamientos en la medicina de bienestar no invalidan el cuerpo y no lo someten a periodos de recuperación en hospitales de la nación, el potencial de crecimiento de los servicios de medicina de bienestar representa el principal motor de desarrollo del turismo de salud colombiano.

Estados Unidos, Canadá y Panamá representan los principales demandantes de dichos servicios debido a múltiples factores. Por un lado, Estados Unidos cuenta con un mayor ingreso per cápita que le permite acumular gran parte de la demanda estimada, además de la existencia de muchos hispanos, tanto colombianos como de otras nacionalidades, que teniendo una similitud cultural, además de la posibilidad de consumir mayores unidades de estos servicios, a consecuencia de la favorabilidad del tipo de cambio y la creciente buena reputación de los servicios médicos nacionales en este rubro (también cabe resaltar a partir de entrevistas directas con médicos pertenecientes al gremio de medicina de bienestar, que muchos estadounidenses al momento de solicitarles que evalúen los servicios consumidos destacan la amabilidad, la cercanía y atención personalizada de funcionarios, principalmente mujeres, que les permite sentirse a gusto con el servicio prestado), demanda gran parte de las unidades de servicios estudiados y se espera que la demanda aumente aún más en 2014 y 2015.

En el caso de Canadá, si bien los servicios de salud tradicional cubren gran parte de la población y la calidad es muy alta, dentro de los planes de medicina tradicional, los programas para la reducción de sobrepeso no se encuentran dentro de la cobertura de seguro privado (siempre y cuando no represente un riesgo inmediato para el afectado e impida de forma total su calidad de vida) lo que incentiva en demandar dichos servicios en Colombia por la creciente buena reputación de sus servicios, y el fortalecimiento de la buena imagen del país. Para el caso panameño, el principal componente que determina el aumento de la demanda de servicios de medicina de bienestar es la cercanía geográfica y cultural, que sumado con precios competitivo a nivel nacional y la buena reputación de los procedimientos nacionales acreditación por auditores internacionales, hacen de los panameños otra fuente importante de entrada de recursos y desarrollo en este rubro del turismo de salud nacional.

En menor medida, la radioterapia y quimioterapia acaparan el 2 por 100 del total de estimación de servicios demandados, siendo Estados Unidos y Panamá los principales demandantes de dichos servicios. Por un lado Estados Unidos, cuenta con un sistema de salud muy restrictivo donde el copago por parte de los usuarios suele ser muy alto en procedimiento de alta complejidad como el presente, lo que determina que muchos opten por someterse a los mismos en Colombia. Varios de los demandantes de radioterapia y quimioterapia son

nacionales radicados en ese país, así como de otras nacionalidades hispanoamericanas que buscan servicios de alta calidad a precios competitivos.

De nuevo, la fortaleza del tipo de cambio juega un papel fundamental ya que la constante apreciación del dólar frente a peso colombiano por situaciones propias de la economía mundial, endógenas de Colombia y endógenas estadounidenses hace prever que el dólar seguirá fuerte por un largo periodo de tiempo. Por otro lado, si bien en Panamá se ofrecen procedimientos de radioterapia y quimioterapia dependiendo en el sistema público, las demoras en el otorgamiento de permisos respectivos, así como la posibilidad que los pacientes con mayor poder adquisitivo puedan viajar a Colombia y someterse a los mismos a precios competitivos donde la fortaleza del tipo de cambio juega a su favor, permite una estimación positiva del crecimiento de este servicios por parte de esta localidad objetivo para 2014.

Finalmente, el aumento mamario se presenta como otro procedimiento que en menor medida permite un mayor desarrollo del sector de turismo de salud colombiano con alrededor del 100 por 100 del total de servicios demandado estimado. A diferencia de los servicios anteriores, se estima que Estados Unidos demanda menos unidades para 2014 debido a las razones expuestas anteriormente donde si bien la calidad del servicio es percibida como alto, la falta de publicidad tanto pública como privada hacen prever que la demanda total caiga con respecto a otras localidades.

Canadá representaría un crecimiento que en términos totales no es muy alto. Sin embargo, debido a que el volumen total de este servicio es mayor con respecto a otros como rinoplastia y tratamientos traumatológicos de baja complejidad, la ponderación del mismo es mayor en el resultado de estimación total de servicios demandados para las cuatro categorías de turismo de salud en Colombia.

Sin embargo si se quiere que exista una mayor equidad en los servicios de medicina turística analizados, donde servicios como la rinoplastia, cirugía reconstructiva del suelo pélvico y cirugía cardiovascular con diferentes finalidades cuenten con mayor participación, es necesario que las entidades privadas oferentes de dichos servicios establezcan una sinergia que le otorgue mayor confianza al paciente de las diferentes localidades, así como el establecimiento de clúster que integren una unificación de costos, información y servicios

que le dé prioridad a los servicios de baja ponderación en la totalidad de servicios demandados en las cuatro categorías de medicina turística.

También es necesaria una mayor implicación del gobierno nacional en la promoción y aclaración de dudas de potenciales pacientes. En la entrevista con el Doctor Jaime Pacheco (Pacheco, 2013) se destacaba la confusión que presentan varios potenciales pacientes que no conocen las entidades del Estado que les ofrezca información de primera calidad, empezando por la confusión en el nombre de la principal entidad promotora del turismo en Colombia llamada PROEXPORT (dicho nombre confundía a los potenciales pacientes ya que creen que dicha entidad solo promociona la exportación de bienes tangibles, desaprovechando oportunidades de comercialización de servicios médico-turísticos a nivel exterior. De ahí el cambio de nombre a Procolombina), que implica una mayor sensación de inseguridad en un país que actualmente vive un conflicto armado interno y que se encuentra en un proceso de paz.

#### 4.2.6. Capacidad de Oferta para procedimientos seleccionados para 2014 y Comportamiento Durante el Periodo 2009-2014

Se analizará la capacidad de oferta de servicios médico-turísticos en las cuatro categorías para el mercado colombiano a partir de la recolección de datos desde el año 2009 hasta 2013 debido a los motivos expuestos en la estimación de demanda para 2014. Para estimar la capacidad de oferta nacional se utilizan los datos recopilados para las variables independientes desde el año 2009 hasta 2013 y se encuentran los parámetros que deben ser estimados en un análisis de regresión. Posteriormente se aplica la ecuación 7 expuesta en el capítulo anterior.

$$Q_{sx} = \alpha + \beta_1 P_x + \beta_2 P_0 + \beta_3 C + \beta_4 T + \beta_5 N + \beta_6 \pi \quad (6)$$

Donde  $P_x$  es el precio del producto,  $P_0$  es el precio de otros productos,  $C$  es el costo de los insumos,  $T$  es el nivel de tecnología,  $N$  es el número de oferentes,  $\pi$  son las ganancias esperadas. La oferta de mercado entendido como la suma de las cantidades ofrecidas por cada

firma de forma individual a un nivel de precios específico, muestra las cantidades del producto ofrecido en el mercado por unidad de tiempo con varias alternativas de precios manteniendo todos los factores diferentes al precio constante.  $\beta_1$  Es la elasticidad precio de la oferta del servicio a suministrar,  $\beta_2$  es la elasticidad precio de la oferta de servicios sustitutos,  $\beta_3$  es la elasticidad de oferta con respecto a los costos fijos y variables,  $\beta_4$  es la elasticidad de oferta con respecto a cambios tecnológicos que impacten de forma positiva o negativa en el nivel de oferta del servicio,  $\beta_5$  es la elasticidad de oferta con respecto al número de oferentes en el mercado,  $\beta_6$  es la elasticidad de oferta con respecto a las ganancias esperadas.

Asimismo se analizará el comportamiento de la oferta para el periodo 2009-2014 con el fin de exponer con más profundidad las características fundamentales de la oferta y su devenir.

#### 4.2.7. Análisis de resultados (estimación de capacidad para procedimientos seleccionados para 2014 y tendencia durante el periodo 2009-2014)

Al analizar la oferta de servicios de turismo de salud se estudia la capacidad de los centros de salud de alta, media y baja complejidad, así como los centros de bienestar de ofrecer unidades de los servicios estudiados en un año. Los centros de salud escogidos para el estudio de oferta se encuentran en el apartado 4.2.2.1. (Inversión en infraestructura de salud).

La capacidad de oferta de servicios médico-turísticos expuestos muestra una tendencia al alza general para las cuatro categorías así como una concentración hacia la oferta de programas dirigidos al sobrepeso en la categoría de medicina de bienestar. Se encontró que en algunos servicios existe una escasez de oferta con respecto a la demanda mientras que para otros servicios existe mayor oferta frente a la demanda existe para el año 2014.

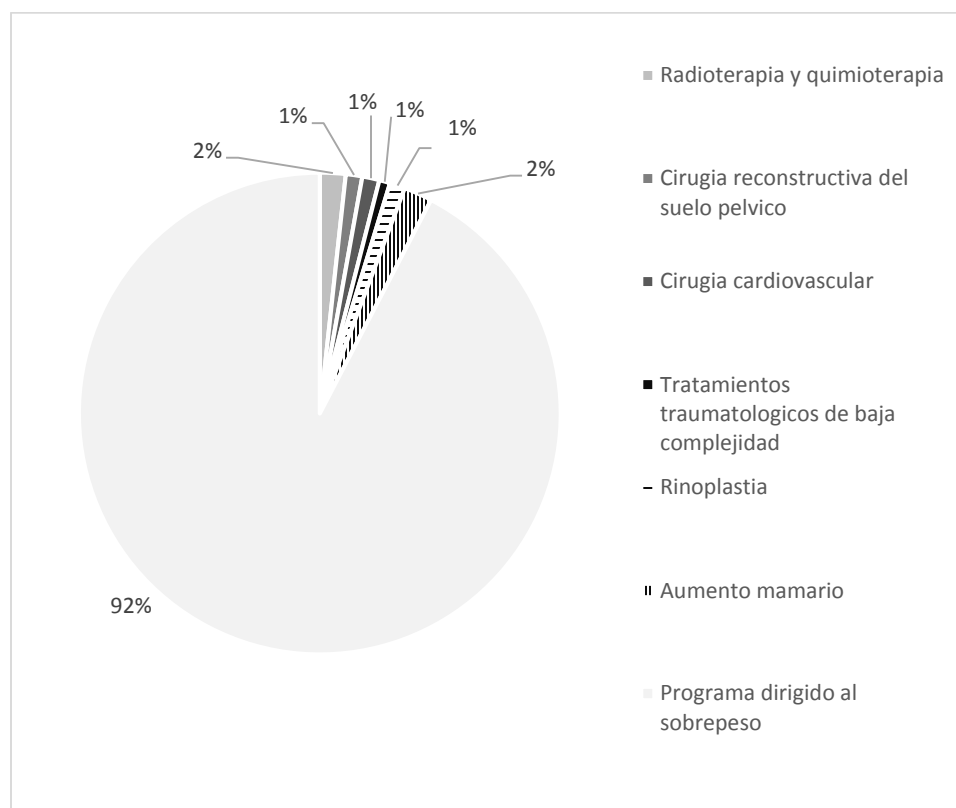
Esto hace suponer que aun el mercado se encuentra en proceso de ajuste frente a la concreción y solidez del sector para Colombia ya que muchas instituciones de salud buscan intensificar su oferta hacia los mercados extranjeros estudiados, sin embargo existe poco flujo de información entre estas que optimice la oferta frente a la demanda.



El siguiente grafico muestra el porcentaje de participación de la capacidad de oferta de servicios de turismo de salud para el año 2014.

La oferta de programas dirigidos al sobrepeso acapara el 92 por 100 o 86,686 unidades ofertadas de los servicios médico-turísticos ofrecidos del total expuesto (ver anexo al final). Esto se debe a que existe una gran variedad de programas dirigidos hacia el manejo y reducción de peso dentro de la categoría de medicina de bienestar que no incluyen la utilización de medicamentos con compuestos químicos y utilizan métodos dentro de la medicina alternativa basada en experiencias no tradicionales. Además, en la categoría de medicina de bienestar, los programas suelen combinarse para tratar varias enfermedades y condiciones. Este es el caso de tratamientos para reducir el estrés con base a programas de relajación y desconexión del entorno que inciden en la disminución del consumo de alimentos que influyen en el manejo y reducción de sobrepeso.

Grafico 36: Porcentaje de participación de la capacidad de oferta de servicios de turismo de salud para 2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de la estimación de capacidad de oferta para 2014.

Es decir, en la medicina de bienestar los programas suelen tratar varias condiciones de manera simultánea resultando en múltiples procedimientos que inciden en la reducción de peso y mayores cantidades ofertadas en comparación con las otras categorías del turismo de salud.

Le sigue el aumento mamario con 2 por 100 o 1,790 unidades ofertadas, los servicios de radioterapia y quimioterapia con el 2 por 100 o 1,620 unidades, la cirugía cardiovascular con diferentes fines con 1 por 100 o 1,080 unidades, las cirugías reconstructivas del suelo pélvico con 1,035 unidades, la rinoplastia con 1 por 100 o 966 unidades, los tratamientos traumatológicos de baja complejidad con 1 por 100 o 684 unidades. La siguiente tabla muestra las observaciones de mayor relevancia sobre la oferta de los servicios estudiados en 2014.

Tabla 9: Observaciones sobre la capacidad de oferta de servicios de servicios médico-turísticos seleccionados para 2014.

<b>Nombre del tratamiento/procedimiento</b>	<b>Cantidad ofertada en 2014</b>	<b>Observaciones</b>
Radioterapia y quimioterapia	1620	Bajos precios comparativos y concentración de centros de salud que ofrecen esos servicios en el centro del país.
Cirugía reconstructiva del suelo pélvico	1035,9	Concentración de centros de salud ofrecen este servicio en el centro y norte del país.
Cirugía cardiovascular con diferentes fines	1080,5	Alto porcentaje de ganancias y bajos

		costos de insumos.
Tratamientos traumatológicos de baja complejidad	684,5	Muy bajo número de oferentes y casi ningún cambio en los insumos para la oferta del servicio.
Rinoplastia	966	Alto número de oferentes.  Variación mínima del precio de la operación en el periodo 2009-2014.  Costos de los insumos se mantuvieron prácticamente inamovibles.
Aumento mamario	1790	Alto número de oferentes.  Variación del 50 por 100 en servicios sustitutos.  Ganancias esperadas menores a los procedimientos de

		medicina curativa y preventiva.
Programa dirigido al sobrepeso	86686	Bajo precio de mercado de programas dirigidos hacia el sobrepeso.  Aumento sustancial en el número de oferentes oficiales en el periodo 1009-2014.  Porcentaje de ganancias esperadas menores a los demás procedimientos.  Baja inversión comparativa.

Fuente: Elaboración propia a partir de la estimación en la capacidad de oferta de servicios médico-turísticos seleccionados en 2014.

La oferta de radioterapia y quimioterapia se caracteriza por unos bajos precios comparativos que no han sufrido de mayores cambios durante el periodo 2009-2014 pasando de US\$815 a US\$850.

En la oferta de este procedimiento también existe una concentración de las entidades que suministran este servicio en el interior del país. Por su parte, en la cirugía reconstructiva

del suelo pélvico se concentra la oferta en el centro del país (principalmente Medellín) y la costa norte (principalmente Barranquilla). La cirugía cardiovascular con diferentes fines ha experimentado un crecimiento sostenido hasta el 2014 ubicándola como una de las de mayor crecimiento debido al gran porcentaje de ganancias esperadas que incentiva una mayor oferta hacia los mercados escogidos. Por su parte los tratamientos traumatológicos de baja complejidad no han tenido un crecimiento comparativo sustancial como los demás servicios y es el de menor número de oferentes oficiales.

Los procedimientos de medicina estética han tenido variaciones menores de precio así como bajos costos de insumos que fomenta la continuidad de oferta para los mercados objetivos.

Finalmente, los programas dirigidos al sobrepeso dominan la oferta de turismo de salud presentando un aumento sostenido de oferentes y se espera que la tendencia se mantenga teniendo en cuenta que es el de mayor demanda actual y futura. Además del aumento de la demanda proveniente de los mercados estudiados, las otras causas del atractivo en la oferta de programas alternativos dirigidos al sobrepeso son el bajo nivel de inversión comparativa y la escasez de profesionales especializados en medicina alternativa acreditados por instituciones educativas acreditadas en Colombia.

A continuación se analizará la oferta de los diferentes servicios médico-turísticos de forma individual.

#### 4.2.7.1. Medicina Curativa

Los tres servicios de medicina curativa han sostenido una tendencia al alza hasta su estabilización en el año 2014. Los servicios de mayor demanda son la radioterapia y quimioterapia casi duplicando a sus pares. Estos servicios han mantenido un nivel de precios casi constante durante el periodo 2009-2014 pasando de US\$815 hasta US\$850 por sesión ofrecida. Esto además de un aumento de la demanda expuesto más arriba que ha incentivado una mayor oferta de este servicio.

Sin embargo, la capacidad de oferta es insuficiente para la cantidad de servicios demandados ubicados en 1,850 unidades mientras la capacidad de oferta se encuentra en

1,620 unidades. Entrevistas con gremios del sector mencionan que la escasez en la capacidad de oferta se debe al aumento sustancial de los insumos por sesión aumentando en 300 por 100 en el periodo 2009-2014. Por su parte, el porcentaje de ganancias esperadas por este servicio disminuyeron pasando de 140 por 100 en 2009 a 120 por 100 en 2014 debido a los altos costos de insumos y recurso humano y una mayor competencia entre los oferentes especializados en este servicio.

En cuanto al servicio de cirugía reconstructiva del suelo pélvico se encontró que la capacidad de oferta se ha duplicado en el periodo 2009-2014 debido a bajos costos del servicio, bajos costos de los insumos (fundamentalmente el servicio postoperatorio), y bajos márgenes comparativos de ganancia por servicio ofrecido (76 por 100 en 2009, 63 por 100 en 2014).

La capacidad de oferta se ubica en 1,035 unidades, muy por encima de la demanda existente en 2014 (954 unidades) lo que hace suponer que el mercado aún se encuentra en proceso de ajuste de la oferta con respecto a la demanda en este segmento.

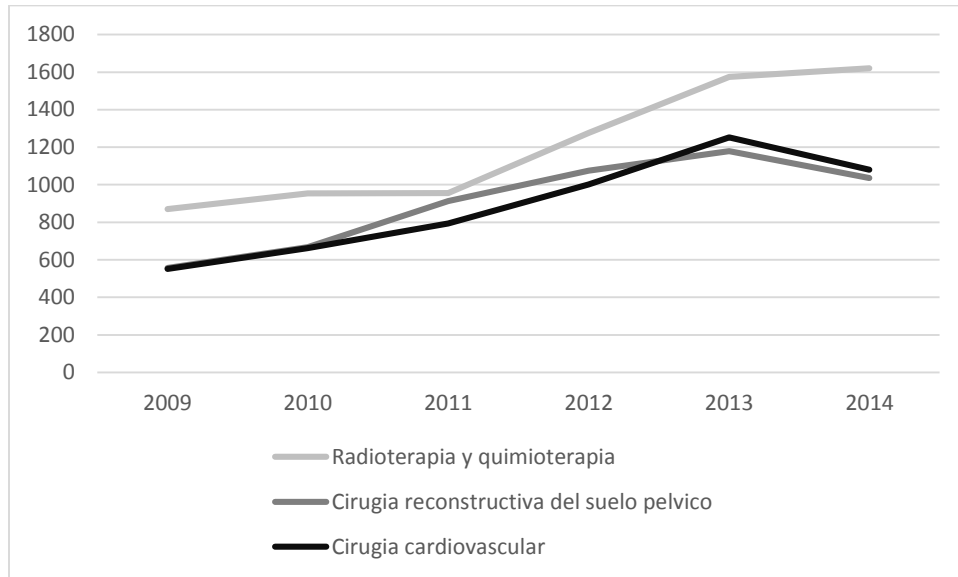
Por último, los servicios de cirugía cardiovascular con diferentes fines mantuvo una tendencia similar a la cirugía reconstructiva de suelo pélvico debido a igual número de oferentes a nivel nacional, porcentajes similares de variación de los precios de venta y costos de insumos, aun cuando el porcentaje de ganancias esperadas haya aumentado de 170 por 100 en 2009 a 230 por 100 en 2014.

La oferta se ubicó en 1,080 unidades, por debajo de la demanda existente en 2014 (1331,4 unidades). El siguiente gráfico muestra el comportamiento de los tres servicios de medicina curativa durante el periodo 2009-2014.

Nótese la similitud del crecimiento de la cirugía reconstructiva del suelo pélvico y la cirugía cardiovascular así como su caída para el año 2014.

La caída en los servicios mencionados se debe a que varios centros de salud han optado por orientar la oferta de servicios de medicina curativa hacia otros procedimientos que cuenten con menores oferentes en el mercado nacional a pesar del alto margen de ganancia por servicio prestado.

Grafico 37: Comportamiento de la capacidad de oferta de los tres servicios seleccionados de medicina curativa durante el periodo 2009-2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de la recopilación de la capacidad de oferta durante el periodo 2009-2014.

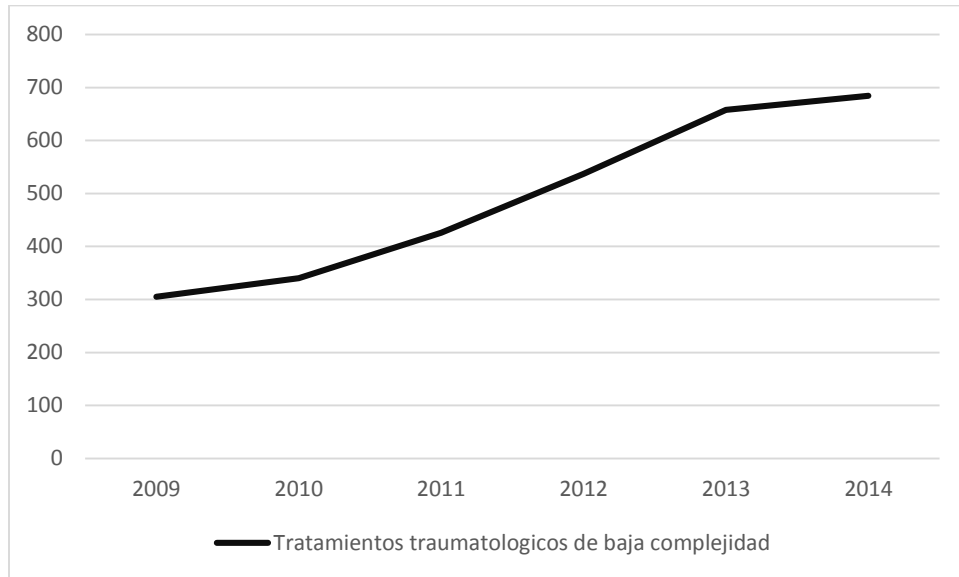
#### 4.2.7.2. Medicina Preventiva

La oferta de tratamientos traumatológicos de baja complejidad ha mantenido prácticamente fijos los costos de insumos y número de oferentes. Si bien existen varias entidades que ofrezcan servicios de tratamiento de traumatologías, son escasos los centros especializados en servicios de traumatologías leves y son los que turistas de medicina preventiva suelen escoger por la estandarización de los servicios y protocolos para pacientes nacionales e internacionales.

En ese sentido, durante el periodo 2009-2014 se mantuvo un comportamiento al alza de los servicios de tratamientos traumatológicos de baja complejidad en centros especializados de talla internacionales logrando cada vez mayor participación en la capacidad de oferta global.

El siguiente grafico muestra el comportamiento de la capacidad de oferta de este servicio durante el periodo 2009-2014.

Grafico 38: Comportamiento de la capacidad de oferta de tratamientos traumatológicos de baja complejidad durante el periodo 2009-2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de la recopilación de la capacidad de oferta de tratamientos traumatológicos de baja complejidad durante el periodo 2009-2014.

En 2014 la capacidad e oferta de este servicio se ubicó en 648,5 unidades mientras la demanda se encontró en 735 unidades lo que denota un espacio de ampliación de la oferta a pesar de encontrarse estas dos fuerzas casi en su punto de equilibrio. Se espera que para los próximos años este servicio logre una mayor igualdad entre los servicios demandados y ofrecidos.

#### 4.2.7.3. Medicina Estética

La capacidad de oferta en el procedimiento de rinoplastia ha mantenido un precio de mercado constante durante el periodo 2009-2014, así como un bajo precio de mercado comparado con los principales competidores regionales. Esto se debe a varios factores.

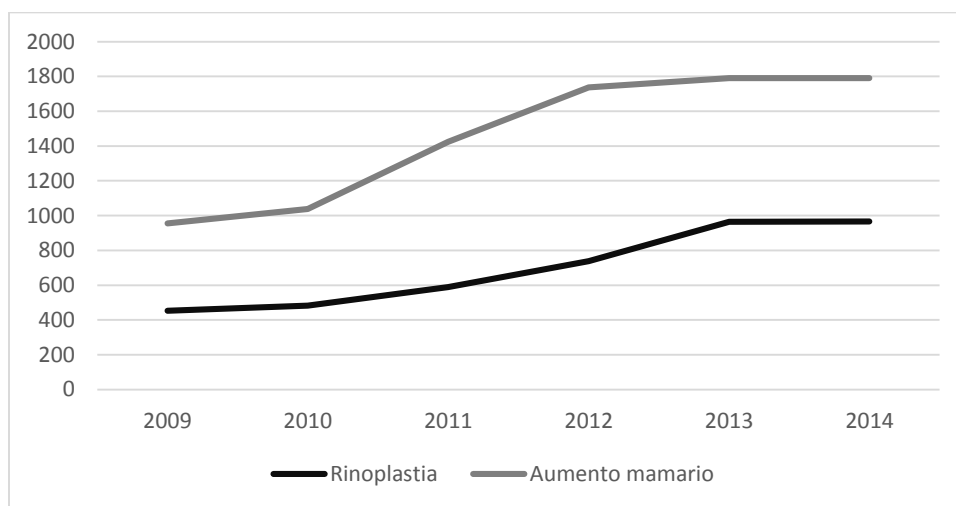
El primero es el mantenimiento de los costos de insumos mantenidos prácticamente sin cambios lo que estabiliza el precio de venta y brinda certidumbre a los demandantes.



En 2014 la capacidad de oferta se situó en 966 unidades, sobrepasando la demanda (409 unidades) lo que hace suponer que los centros de salud especializados se están volcando hacia la mayor oferta de rinoplastias evidenciado en un mayor número de oferentes durante el periodo de estudio (ver anexo al final). La rinoplastia es el servicio de medicina estética que ofrece un mayor margen de ganancia esperada con 78 por 100. Por otro lado, el aumento mamario es el servicio de mayor capacidad de oferta durante el periodo de estudio pasando de 956 unidades en capacidad de oferta en 2009 a 1,790 en 2014. Lo anterior se debe al aumento sustancial de la demanda que se sobrepasa la oferta con 1,942 unidades en 2014.

El aumento mamario cuenta con un menor margen de ganancia que el servicio de rinoplastia con 66 por 100 y precios menores de servicios sustitutos en 50 por 100 del valor del procedimiento. El siguiente grafico muestra el comportamiento de los servicios de medicina estética durante el periodo 2009-2014 (siguiente página). La tendencia de ambos servicios se mantiene estable, sin embargo se espera que los oferentes aumenten la capacidad de oferta gracias a un mayor reconocimiento internacional en la calidad de los servicios mencionados, principalmente en Estados Unidos por parte de colombianos en ese país e hispanos que cuentan sus experiencias beneficiando al sector.

Grafico 39: Comportamiento de la capacidad de oferta de los servicios de rinoplastia y aumento mamario durante el periodo 2009-2014.

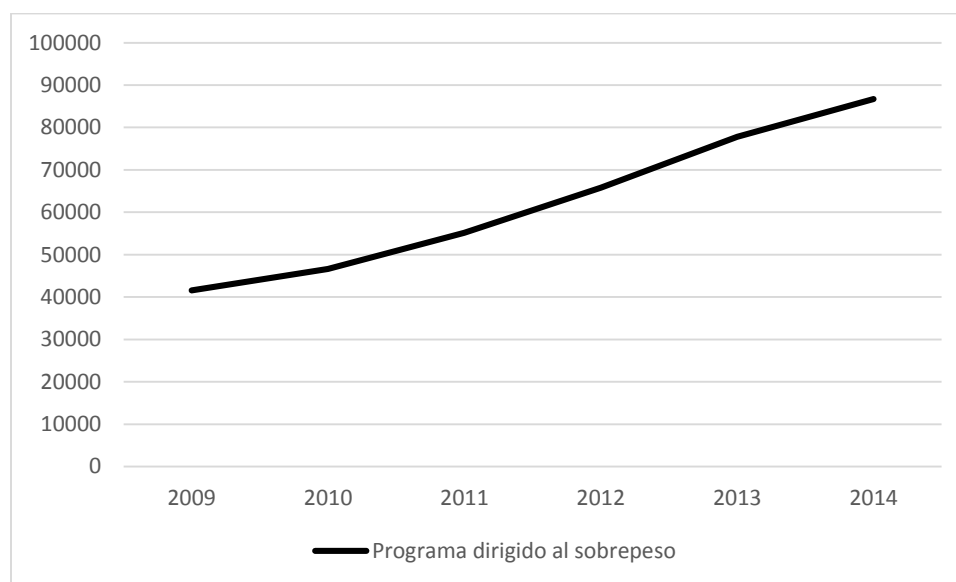


Fuente: Elaboración propia a partir de la recopilación de capacidad de oferta durante el periodo 2009-2014.

#### 4.2.7.4. Medicina de Bienestar

Los programas de manejo del sobrepeso son los servicios de turismo de salud más ofertados a nivel nacional. Los precios de mercado son menores en comparación con otros destinos de la región aumentando el flujo de demandantes hacia estos procedimientos. Debido a un aumento sustancial de la demanda durante el periodo de estudio, la capacidad de oferta se ha duplicado situándose en más de 80,000 unidades. Sin embargo, la oferta aún se encuentra por debajo del nivel de demanda (más de 2,000 unidades demandadas) lo que hace suponer que en este servicio también existe un amplio espacio de aumento de la oferta teniendo en cuenta el comportamiento actual de la demanda. El siguiente grafico muestra el comportamiento de la capacidad de oferta durante el periodo 2009-2014.

Grafico 40: Comportamiento de la capacidad de oferta de programas dirigidos a la reducción y manejo del sobrepeso durante el periodo 2009-2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de la estimación de capacidad de oferta durante el periodo 2009-2014.

Cabe destacar el aumento sustancial del número de oferentes pasando de 4 en 2009 a 15 en 2014 (principalmente centro de medicina alternativa y medicina homeopática).

La estabilidad de los precios generales de los servicios sustitutos ha permitido el mantenimiento de precios para los demandantes extranjeros en los países escogidos donde si bien el margen de ganancia esperada es más baja que la de los servicios de medicina curativa (63 por 100) existe una mayor cantidad de pacientes que fomenta la proliferación de centros médicos especializados en la medicina de bienestar alternativa.

#### **4.3. Contratación empírica de coeficientes de correlación para la capacidad de oferta en procedimientos seleccionados**

En términos generales, la capacidad de oferta se encuentra centrada en la capacidad de inversión en infraestructura de salud (hospitales, centros de atención, número de camas, número de enfermeras que dominen inglés, así como médicos en las especialidades analizadas). Sin embargo, cuando se menciona la capacidad de oferta anual y su estimación para 2014, se hace a partir de entrevistas directas con miembros de organizaciones nacionales que promueven el turismo de salud donde a partir de datos propios de dichas organizaciones recogidos de los centros de salud de mayor prestigio e involucramiento en los servicios médico-turísticos, donde se estima la cantidad de unidades de servicios analizados ofrecidos a pacientes internacionales o nacionales en el extranjero a partir de la disponibilidad de recurso humano y equipos de salud en la infraestructura nacional, después de atender a pacientes nacionales, y considerando la demanda histórica desde 2009 hasta 2013 y la estimación de demanda para 2014. Esto es importante tenerlo en cuenta con el fin de no generar confusión cuando se analiza la capacidad de oferta anual, ya que si bien es posible atender la demanda extranjera de servicios médico-turísticos, esta se debe realizar después de garantizar el derecho constitucional de servicios médicos en sus diferentes categorías a la población nacional. Sin embargo, en la realidad, debido a las fugas propias del sistema de salud colombiano (que se analizara más adelante) muchas veces se privilegian a pacientes extranjeros que cuentan con recursos financieros para el sometimiento de diversos tratamientos que pacientes nacionales que no cuentan con ellos, generando una realidad inquietante en el sistema de salud colombiano.

#### 4.3.1. Medicina curativa: Radioterapia y quimioterapia, cirugía reconstructiva del suelo pélvico, cirugía cardiovascular

Para los servicios de radioterapia y quimioterapia, los coeficientes de correlación de mayor ponderación pertenecen a las variables independientes de precio de mercado, número de oferentes, y precio de servicios sustitutos con 9104,49-2408,48-6,79 unidades respectivamente. Esto significa que el precio de mercado es un determinante fundamental para el aumento de capacidad de oferta ya que representa un margen de utilidad de 129 por 100 (aunque ha disminuido a nivel histórico debido a creciente competencia de nuevas clínicas y asociación de profesionales de la salud que ofrecen dichos servicios), es decir, un margen atractivo para oferentes de diversas categorías.

Por otro lado, el número de oferentes se ha ampliado de manera interesante donde al inicio de 2009 solo existían 21 centros especializados en procedimientos de radioterapia y quimioterapia de la más alta calidad y reputación nacional, mientras que hoy existen 26 acreditados internacionalmente. Por otro lado, el costo real de los insumos ha crecido a ritmos similares a la inflación (aunque el encarecimiento del dólar desde finales de 2012, así como el alto costo de los transportes desde zonas apartadas del país hacia los principales centros médicos demandantes de dichos procedimientos están haciendo que el precio crezca de forma poco vista en anteriores ocasiones) lo que hace suponer un atractivo interesante para oferentes que buscan reducir sus costos reales para mantener las tasas de utilidad bruta y neta. Asimismo, al considerarse el componente tecnológico como dado en centros de salud donde se especializan en procedimientos de radioterapia y quimioterapia, hacen suponer si bien el precio promedio puede ser mayor al de centros de salud de menor complejidad y componentes tecnológicos menos sofisticados, el precio final del servicio sigue siendo muy competitivo para los demandantes de diferentes localidades (principalmente Estados Unidos, Canadá y Panamá).

Para el procedimiento de cirugía reconstructiva del suelo pélvico, el coeficiente de correlación del precio del servicio es el más alto con 1636,54 unidades. Mientras que el coeficiente de correlación perteneciente a la variable independiente número de oferentes y costo de los insumos se encuentran en terreno negativo con -28,55 y -3,17 unidades. Así, el incremento del número de oferentes se debe principalmente centros de salud con capacidad

muy baja de absorción de nueva demanda, lo que impacta de forma casi nula en la totalidad de capacidad demandada. De hecho, Colombia actualmente se encuentra en un debate por medio del cual se busca que los centros de salud (principalmente clínicas y hospitales) cuenten con un tamaño estándar con el fin de aumentar la capacidad de vigilancia y control de establecimientos debido al creciente escándalo de pacientes nacionales y algunos extranjeros que sin conocer si un establecimiento se encuentra con permiso de operación, terminan por someterse a procedimientos en clínicas no autorizadas para la prestación de servicios de salud resultando en pérdida de salud de pacientes e incluso muerte sin que el gobierno nacional tenga la capacidad de acción efectiva debido al desconocimiento de estos sitios clandestinos. Por otro lado el incremento sustancial de insumos de equipos para la cirugía de levantamiento de suelo pélvico, entre otras (entre otras causas debido al tipo de cambio) representa una limitante al crecimiento de capacidad de oferta reflejado en el coeficiente de correlación. Por otro lado el precio de mercado sigue siendo la variable independiente con el coeficiente de correlación más alto (1636,54 unidades) debido a los precios competitivos promedios que se manejan en Colombia frente a otros destinos como Brasil México, y Estados Unidos. También cabe destacar que el margen de ganancias entendidas como las utilidades netas se encuentra en 63 por 100, un porcentaje menor al procedimiento antes mencionado, lo que incentiva que para los procedimientos de medicina curativa, la capacidad se concentre en la radioterapia y quimioterapia.

Para el procedimiento de cirugía cardiovascular con diferentes finalidades, el coeficiente de correlación que influye en la estimación de capacidad de demanda es el número de oferentes con 1964,55 unidades. Esto debido a que a diferencia de los procedimientos de descenso pélvico, la cirugía cardiovascular es el procedimiento más ganancias ofrece con 230 por 100 de utilidades netas. Sin embargo, el crecimiento de centros especializados en cirugía cardiovascular de alto reconocimiento y acreditación internacional es aun escaso debido a la fuerte inversión que supone la creación de un centro donde el recurso humano debe ser de excelentísima calidad caracterizado por el dominio del idioma inglés y trayectoria nacional e internacional con más de 15 años en el ramo. En materia de costos, los insumos han crecido siendo más costosos en promedio a otros procedimientos (principalmente en post-operatorios como terapias, marcapasos, entre otros).

De ahí que aun cuando el margen de ganancia sea uno de los más atractivos en la medicina turística nacional, la capacidad de oferta proyecte una disminución frente a al año inmediatamente anterior.

#### 4.3.2. Medicina preventiva: Tratamientos traumatológicos de baja complejidad (esquinces)

La variable independiente de precio de mercado muestra el coeficiente de correlación más significativo con 1321,05 unidades infiriendo que la ganancia esperada que arroja el precio de mercado (aun cuando en términos absolutos no haya variado encontrándose en 40-43 por 100) frente al mantenimiento real de los costos para dichos procedimientos incentiva la consolidación de los actuales oferentes de gran calidad, renombre y acreditación nacional e internacional en el mercado, mas no el surgimiento de competidores con capacidad de crear reconocimiento de marca a nivel nacional y mucho menos internacional. Sin embargo, en términos absolutos se prevé que la capacidad ofertada aumente marginalmente, más aun cuando se prevén nuevos actores en este rubro (este es el caso de la Clínica de Media Complejidad La Misericordia ubicada en Barranquilla con capacidad de absorción de 800 pacientes para diferentes procedimientos de mediana complejidad, como es el caso de los tratamientos traumatológicos de baja complejidad).

#### 4.3.3. Medicina estética: rinoplastia y aumento mamario

En los procedimientos de medicina estética se prevé un aumento marginal de la capacidad ofertada. Esto nuevamente debido a que el crecimiento de la capacidad se debe a la consolidación de los actores de mayor relevancia en el mercado, mas no a la introducción de actores con el capital suficiente para competir por mayor cuota de mercado frente a los ya instaurados. Así, para el procedimiento de rinoplastia la variable independiente de precio de mercado representa el mayor coeficiente de correlación con 5803,22 unidades, así como el margen de ganancias que se encuentra en 78 por 100, siendo muy atractivo para los oferentes e inversionistas del ramo de servicios de salud. Cabe destacar que los costos para el procedimiento de rinoplastia se encuentran con variaciones mínimas, lo que influye de forma positiva en la estimación de capacidad de oferta ya que no representa un riesgo sustancial en

la variación de ganancias esperadas por concepto de utilidades. Para el procedimiento de aumento mamario, el precio se ha mantenido prácticamente invariable en términos reales por lo que el coeficiente de correlación refleja una cifra negativa de -8466,21 unidades.

Esto debido a la proliferación de centros de salud y asociaciones médicas con fines de lucro, así como la oferta individual de este procedimiento que ha hecho que el mercado se disperse siendo un potencial riesgo debido a la posibilidad de procedimientos mal ejecutados que afecten de forma negativa la salud de un paciente. Asimismo, el precio de los servicios sustitutos no se encuentra tan alejado del precio del procedimiento analizado, lo que implica que el demandante en muchos casos opta por desembolsar una cantidad relativamente mayor por el sometimiento de procedimiento considerado de mayor duración, así como con menores implicaciones para el tejido mamario. El principal servicio sustituto del aumento mamario por medio de implantes, son las infiltraciones de líquido directo al seno con el fin de aumentar el volumen del mismo sin necesidad de la invasión de un cuerpo ajeno como lo es el implante. Este procedimiento es más arriesgado ya que supone la introducción de un líquido (ya sea grasa o ácidos no destructivos del tejido corporal y adiposo) directo al musculo, que si no se sabe hacer con mucha precisión, puede acabar en la reproducción del mismo no solo en el seno, sino también en diferentes partes del pecho. En términos generales, la posibilidad de procedimientos de infiltración e inyección de líquidos inofensivos para el cuerpo humano en senos con fines de agrandamiento de volumen hacen que muchos pacientes extranjeros u nacionales en el exterior opten por no someterse al implante mamario tradicional.

De ahí que la capacidad estimada de oferta se mantenga prácticamente invariable aun cuando el margen general promedio de ganancias sea alto (66 por 100), el paciente se encuentra actualmente optando por someterse a procedimientos menos invasivos que no supongan un riesgo en el futuro vía cambio de implantes e incertidumbre de mantenimiento integral del implante en el seno.

#### 4.3.4. Medicina de bienestar: Programas dirigidos a la reducción de sobrepeso

Para el programa de reducción de sobrepeso perteneciente a la categoría de medicina de bienestar, el coeficiente de correlación de mayor impacto es el perteneciente a la variable

independiente de precio de mercado con -1618,40 unidades, lo que significa que debido a la proliferación reciente de varios centros especializados en medicina de bienestar donde se ofrecen programas de reducción de sobrepeso con procedimientos alternativos que incluyen terapia que quelacion, colonterapia, sueroterapia, oxigenación en cámara hiperbárica a partir de un escáner llamado dermatron, los oferentes optan por ofrecer dichos servicios a menores precios sacrificando parte de sus utilidades netas estimadas para 2014 en 63 por 100 frente a porcentajes de más de 120 por 100 en 2009.

Sin embargo, el alto volumen de pacientes frente a otras categorías de medicina de bienestar hace que las ganancias brutas y netas sean altas compensando el sacrificio en materia de precios. Otro componente que incide en el aumento de capacidad de oferta es el mantenimiento de precios bajos de insumos que resultan en un mantenimiento de beneficios netos donde son los oferentes quienes de forma voluntaria como resultado de un mayor número de competidores optan por disminuir sus márgenes en aras de mantener y acaparar una mayor cuota de mercado.

Así, el coeficiente de correlación de la variable independiente de número de competidores se encuentra en 102,25 unidades, incidiendo de forma positiva en la capacidad de oferta de este programa y sus afines hacia las diferentes localidades objetivo. Así, la estimación de capacidad de oferta se encuentra en 86,686 unidades, una cifra menor a la previsión de demanda que se encuentra en 88,405 unidades, lo que en términos absolutos significa un exceso limitado de demanda frente a la capacidad de oferta en parte debido a las listas de espera.

Lo anterior también se debe a la concentración de los servicios ofertados en pocos actores en comparación con el tamaño de mercado. Esta situación se aprecia principalmente en los programas dirigidos al sobrepeso, tratamientos traumatológicos de baja complejidad, cirugía cardiovascular y cirugía reconstructiva del suelo pélvico, incidiendo de forma negativa en la posibilidad de aumentar de forma efectiva la capacidad de oferta debido a la alta concentración de mercado debido a las acreditaciones internacionales que los hacen ser las primeras opciones para pacientes internacionales de las localidades objetivo.



#### **4.4. Análisis de variables para el desarrollo del turismo de salud en Colombia**

##### **4.4.1. Oferta de Recurso Humano en Salud (médicos y enfermeras)**

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2014) Colombia cuenta con un déficit de médicos y enfermeras debido a múltiples factores.

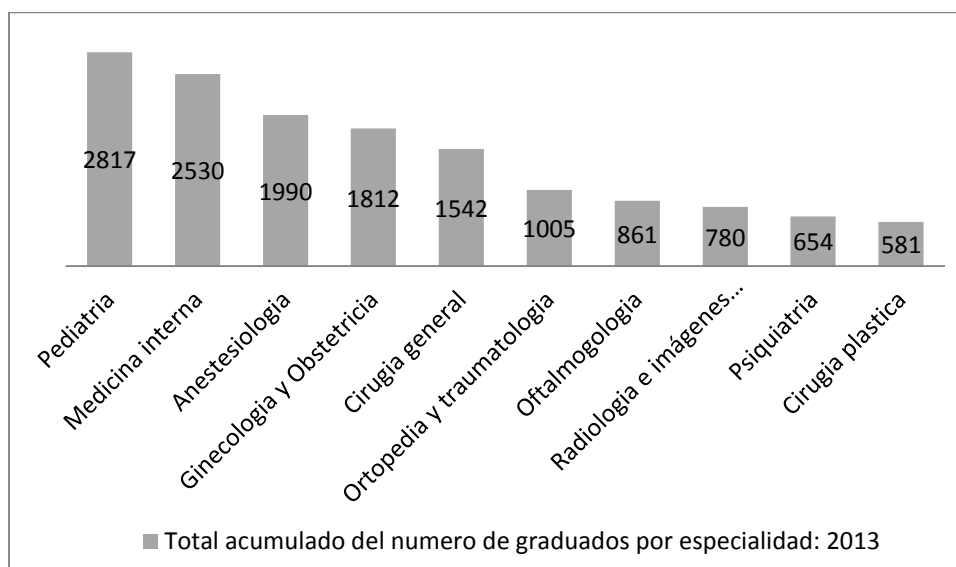
Uno de ellos son los altos costos de matrícula que impiden a muchos aspirantes a estudiar dichas carreras como medicina y enfermería. Otro gran impedimento popular para estudiar medicina son las bajas remuneraciones que reciben los graduados sin especialidad, que en muchos casos no sobrepasa los US\$550 mensuales, un incentivo negativo para cualquier aspirante a estudiar esta profesión.

Según el Ministerio de Educación Nacional de Colombia (2014), el número de especialistas acumulados en el periodo 2002-2013 es de 14,572, mientras que el número de médicos generales llega a 95,200, mostrando un déficit de 10,000 médicos para la atención de pacientes a nivel nacional.

Según el diario el Espectador, (El Espectador, 2013) hacen falta 480 médicos internistas, 422 cirujanos generales, alrededor de 400 pediatras, 732 anesestesiólogos y 184 ortopedistas y traumatólogos. Una situación que no da señales de revertirse debido a la baja acumulación de especialidades obtenidas por los médicos en Colombia en el periodo 2002-2013, el número de especialistas crece a un ritmo menor que el número de usuarios que hicieron parte del sistema de salud.

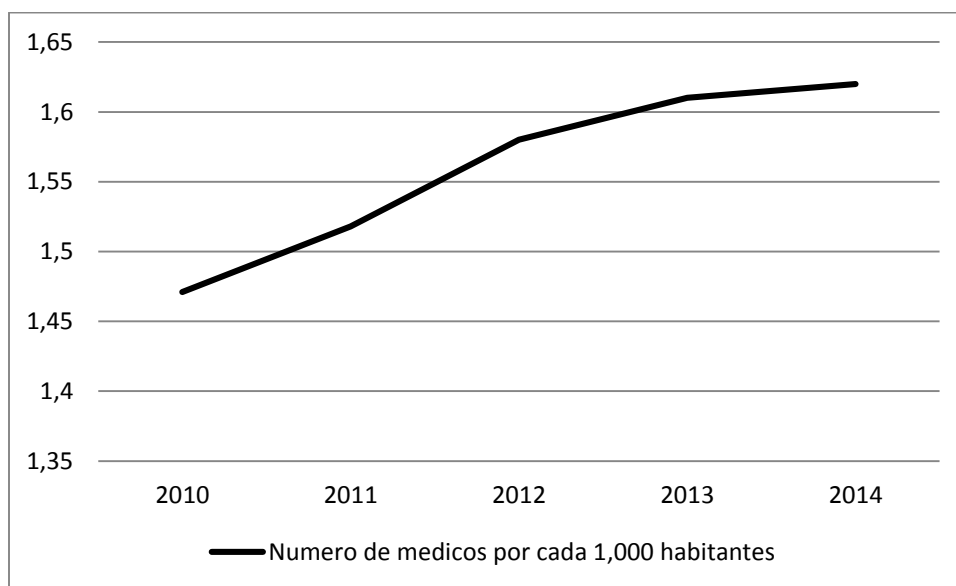
El siguiente grafico muestra el número de médicos que graduaron de especialistas en el periodo 2002-2013. Nótese que las especialidades más alcanzadas fueron pediatría, medicina interna y anesestesiología. Si bien son especialidades de gran importancia en materia de suministro de servicios nacionales, no suplen las necesidades de demanda del sector del turismo de salud nacional.

Grafico 41: Total Acumulado del Número de Graduados por Especialidad: 2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos encontrados en el Ministerio de Salud y Protección Social, 2014.

Grafico 42: Número de Médicos por Cada 1,000 Habitantes: 2010-2014



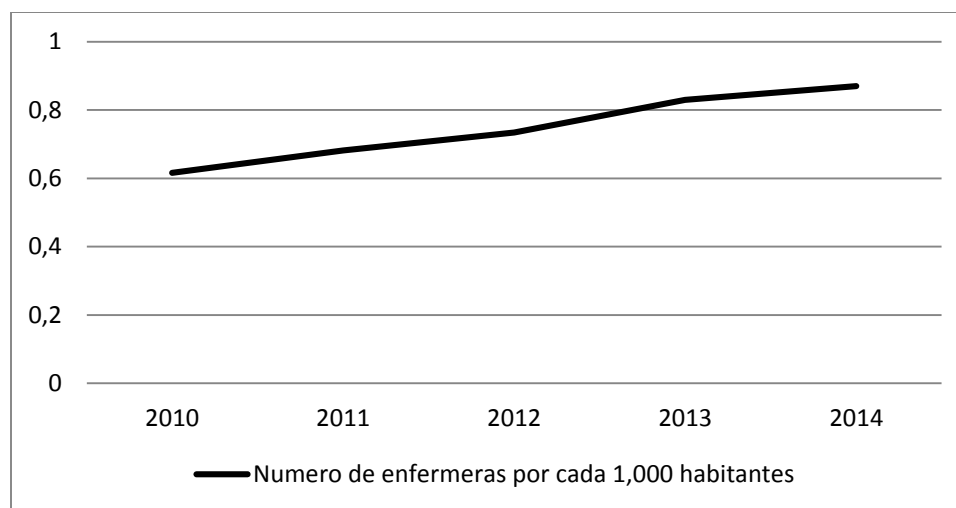
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos encontrados en el Banco Mundial, 2014.

El grafico 42 muestra el número de médicos por cada 1,000 habitantes en el territorio nacional. Colombia se encuentra en 1,62 por cada 1,000 habitantes, una desventaja frente a países como México que cuenta con 2,3 médicos por cada 1,000 habitantes o Brasil que cuenta con 1,87 médicos por cada 1,000 habitantes. Lo anterior limita la potenciación del turismo de la salud tanto medico como de bienestar ya que no existen suficientes especialidades que demanda el sector y existe una escasez de profesionales que disminuye la oferta de servicios. Solo 55 por 100 de los médicos en Colombia domina el idioma inglés, representando una limitación en la oferta de turismo de salud ya que muchos de los pacientes en busca de procedimientos y tratamientos médicos proceden en su mayoría de Estados Unidos y no domina el idioma español. Colombia se encuentra rezagada frente a competidores de talla mundial como India cuya totalidad de médicos domina el idioma inglés o Costa Rica donde 80 por 100 de sus médicos domina el idioma inglés.

Otra limitante de oferta de servicios turísticos de salud es la escasez de enfermeras ubicándose 1 por cada 1,000 habitantes donde solo el 9,72 por 100 habla inglés.

Una desventaja frente a países como India donde el 100 por 100 de las enfermeras hablan inglés o Costa Rica donde 50 por 100 domina el idioma. El grafico 43 muestra el número de enfermeras por cada 1,000 habitantes durante el periodo 2010-2014.

Grafico 43: Número de Enfermeras por Cada 1,000 Habitantes: 2010-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos encontrados en el Banco Mundial, 2014.

#### 4.4.2. Inversión en infraestructura de salud y recurso humano

##### 4.4.2.1. Inversión en infraestructura de salud

En 2014, la inversión en infraestructura clínica, hospitalaria y estética aumentó en promedio 120 por 100 respecto a 2013 (PROEXPORT, 2014) (ahora Procolombia).

Las inversiones se dirigen hacia una mayor calidad en el servicio ofrecido, principalmente a pacientes internacionales que buscan someterse a tratamiento e intervenciones (invasivas o no invasivas) de medicina curativos, preventiva, estética y/o de bienestar integral. La tabla 9 muestra la inversión aproximada realizada en 2014 en los principales centros de salud y bienestar acreditados por la organización ISO, y por la organización de normas ICONTEC. Muchos de los centros se encuentran acreditados por el Sistema de Acreditación Única en Salud y otras incluso se encuentran acreditadas por la Organización Mundial de la Salud.

Tabla 10: Inversión en Clínicas e Instituciones Privadas de Salud y Estética: 2014.

<b>Inversión en Clínicas e Instituciones Privadas de Salud en Colombia Según Normas ICONTEC e ISO 9001 -2014</b>			
<b>Centros de Salud Privados</b>	<b>Ubicación</b>	<b>Inversión (millones de dólares estadounidenses)</b>	<b>Capacidad Instalada y Observaciones</b>
Clínica Porto azul	Barranquilla	87,5	102 Camas, 164 consultorios, 21 locales comerciales, centro de diagnóstico especializado.
Hospital del Corazón	Bucaramanga	4,4	96 Camas habilitadas, servicios de procedimientos Cardiológicos invasivos y no invasivos.

Hospital Pablo Tobón Uribe	Medellín	94,5	20 UCI camas habilitadas, 371 camas hospitalización, 21 camas urgencias, 27 consultorios institucionales, 93% de ocupación.
Centro médico Ibanmaco	Cali	83	400 Camas habilitadas, 100 camas cuidados intensivos, 16 quirófanos, atención a pacientes de intensa complejidad, especialidad en cirugía bariátrica, medicina interna.
Fundación Cardiovascular	Bucaramanga	196	196 Camas distribuidas en hospitalización de adultos, pediatría y cuidados intensivos.
Clínica de Occidente	Medellín	80	193 Camas hospitalarias, 2 salas de parto, 5 salas de cirugía, indicador de mortalidad de 2%, satisfacción del 96%.
Fundación Santa fe de Bogotá	Bogotá	45 (aproximadamente)	205 Camas, 13 salas de cirugía, 27 camas de cuidados intensivos, 14 camas de cuidados intermedios, 22 unidades renales.
Fundación Clínica Valle del Lilli	Cali	80	295 Camas en pisos de hospitalización, 61 camas de unidad de cuidados intensivos, 11 quirófanos, 365 médicos especialistas.

Clínica Carriazo	Barranquilla	2,4	Participación en 9 patentes a nivel internacional, servicio de queratoplastia laminar guiada por láser, taquimetría, coexion con láser.
Clínica General del Norte	Barranquilla	3,1	412 Camas hospitalarias, 11 camas de cirugía, 2 salas de hemodinámica, servicio de urología, cardiología, neurocirugía, cirugía bariátrica, chequeos médicos.
Clínica Las Américas	Medellín	62,7	349 Camas, 24 camas para cuidados intensivos de adultos, 38 camas de unidad de cuidados especiales, 10 incubadoras e unidad de neonatos, 4 habitaciones de hospitalización de terapia radioactiva.
Clínica Reina Sofía Colsanitas	Bogotá	32 (Aproximadamente)	387 Camas habilitadas, 46 unidades de cuidados intensivos, 17 salas de cirugía, reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud como Hospital limpio y seguro.
Clínica Sequoia (Clínica Dental)	Bucaramanga	0,32	Servicio de odontología general, implantología, cirugía periodontal reconstructiva.

Fundación Oftalmológica de Santander	Bucaramanga	1	271 Camas habilitadas, 18 salas de cirugía, 52 especialidades, 587 enfermeras, 27,500 pacientes mensuales, 360,000 pacientes al año.
Fundación Cardioinfantil	Bogotá	70,7	330 Camas para hospitalización, 92 camas para hospitalización pediátrica, 208 camas para hospitalización adultos, 30 camas para observación de urgencias, 90 camas para 6 unidades cuidados intensivos, 8 salas de cirugía, 4 salas de hemodinámica, servicio personal de personal bilingüe, soporte al paciente y a la familia, servicio de comunicación y opciones de pago.
Fundación Clínica Shaio	Bogotá	25,2	277 Camas 64 UCI, 8 salas de cirugía de alta complejidad, servicio de reemplazos articulares, servicio de cirugía bariátrica, servicio de cirugía plástica, estética y reconstructiva, urología general, oncología mínimamente invasiva con láser y de trasplante, chequeos médicos ejecutivos.
Genavie Life Generator	Barranquilla	1,50 (Aproximadamente)	Programa anti-estrés, antienvjecimiento, programa para deportistas, programa de desintoxicación y revitalización, programa pre y post operatorios, programa de incentivos corporativos.

Rada Cassab Estética y Belleza	Bogotá	1	Utilización de equipos de mecano estimulación para fines adelgazantes, lipólisis ultrasónica transdermina para fines del rompimiento del tejido adiposo.
San Vicente Fundación	Rionegro/Medellín	\$ 67,00	Sede Medellín: 660 Camas, 45 camas UCI, 14 quirófanos. Sede Rionegro: 180 Camas habilitadas, 14 camas UCI, 5 quirófanos.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos encontrados en Proexport, 2014.

La inversión total en infraestructura privada de salud de alta complejidad y medicina estética (además, de bienestar) para los centros analizados arriba fue aproximadamente US\$936,32 millones (\$1,7 billones en pesos colombianos), un 73,8 por 100 más que en 2012, donde gran parte de esta inversión en infraestructura de salud se realiza bajo el marco de las zonas francas de salud lo que permite disminuir costos fijos por concepto exención tributaria, principalmente renta y patrimonio.

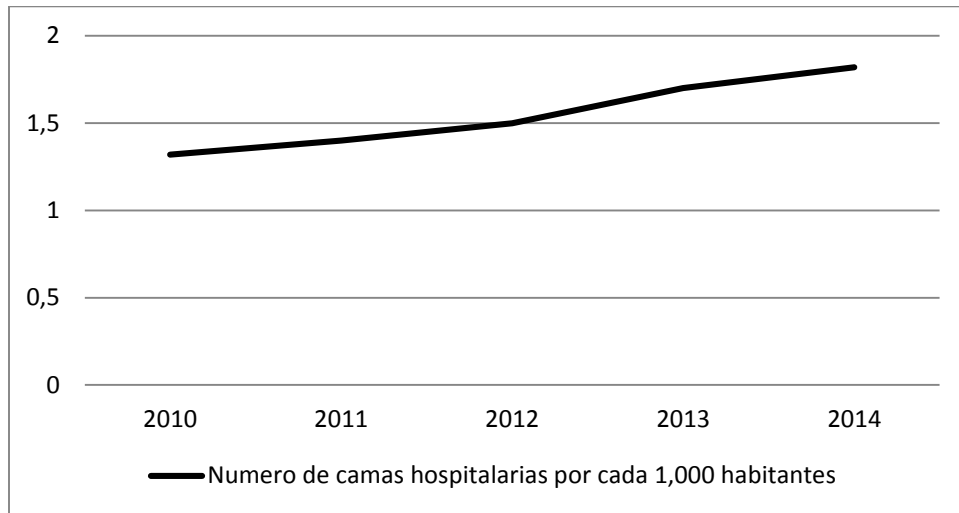
Los incentivos para la inversión en el sector, además de la proyección de demanda han incentivado un aumento sustancial en la cobertura de servicios. El grafico 41 muestra el número de camas hospitalarias en centros de salud de alta complejidad acreditados por el Sistema Únicos de Acreditación Nacional del Ministerio de Salud de Colombia.

El crecimiento de la oferta de camas se debe en gran medida a la utilización de las zonas francas de salud que ha fomentado un aumento en la inversión en centros de salud de alta complejidad dirigido a pacientes internacionales y nacionales con alto poder adquisitivo.

Esta situación va de la mano con una mayor área de construcción infraestructura de salud de alta calidad avalado por el Sistema Único de Acreditación y organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud y el Journal of Clinical Investigation mencionados arriba.



Grafico 44: Número de camas hospitalarias de alta complejidad por cada 1000 habitantes: 2010-2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos encontrados en el Banco Mundial, 2014.

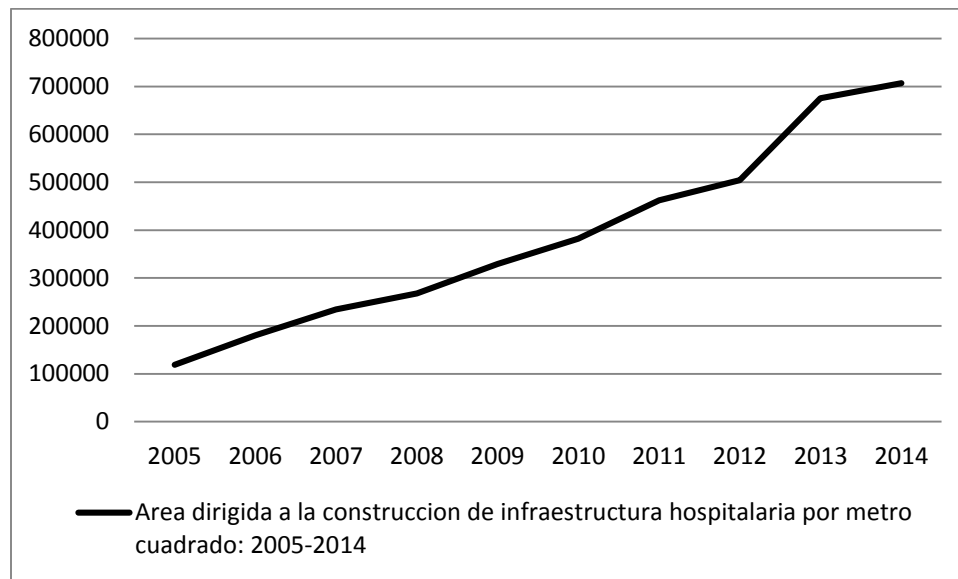
Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2014), el total de área de construcción de centros de salud (hospitales de alta complejidad) de las siete principales ciudades del país (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Pereira y Armenia) creció de forma sostenida desde 2005 ubicándose en más de 700,000 m<sup>2</sup> frente a los 119,000 m<sup>2</sup> registrados en 2005 registrando una variación de 494,1 por 100 durante el periodo 2005-2014.

Según el diario La Patria (La Patria, 2013. pp.12) se estima que el crecimiento en área construida continúe la tendencia hacia el alza. El grafico 45 muestra el crecimiento sostenido en área construida para el periodo 2005-2014.

Se expone un comportamiento positivo en este sector de la economía colombiana que representa a mediano plazo una alternativa interesante de ingreso de divisas y la oferta de servicios con valor agregado que requiere de una inversión en infraestructuras, equipos y personal cualificado. En ese sentido se prevé que para el 2020 la inversión en infraestructura de salud incluyendo los centros de medicina estética y de bienestar crezca de forma sostenida aunque en un menor ritmo (Documento CONPES 3678, 2010).

Lo anterior debido a la estabilización y consolidación en los servicios de salud dirigido principalmente a nicho de mercado que busca cada vez más servicios de medicina estética y de bienestar en comparación con la medicina curativa y preventiva de alta complejidad.

Grafico 45: Área Dirigida a la Construcción de Infraestructura Hospitalaria y de Salud por Metro Cuadrado: 2005-2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos encontrados en el DANE, Proexport, El Colombiano, La Patria. 2014.

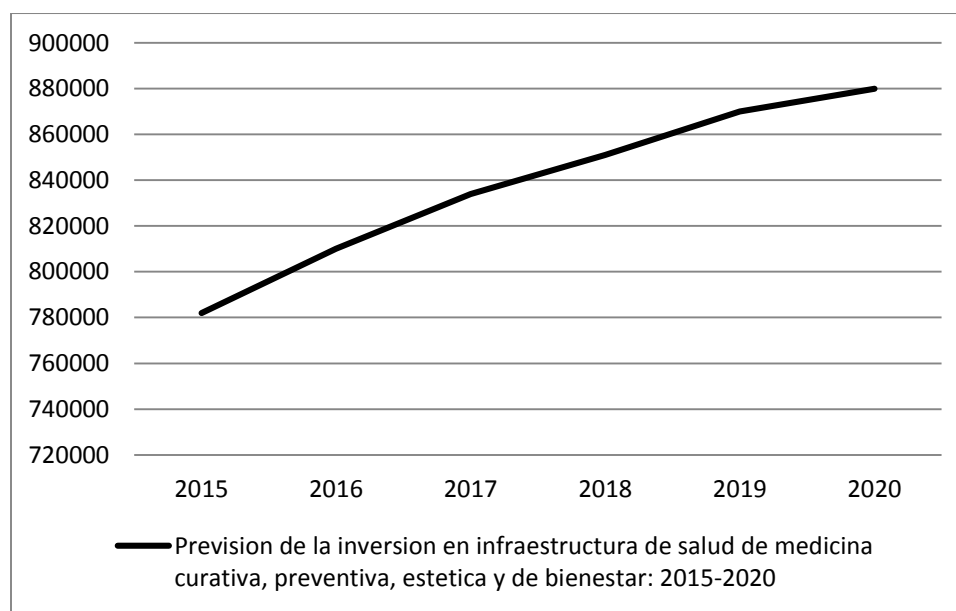
La consolidación incluye la fidelización de pacientes (principalmente extranjeros y colombianos en el exterior, aunque no se descartan los pacientes nacionales de alto poder adquisitivo) a partir de programas que incluyan la combinación de oferta de intervenciones (invasivas y no invasivas), tratamientos estéticos y de bienestar con la posibilidad de conocer a profundidad los atractivos turísticos del país andino.

Para esto las organizaciones médicas con fines de lucro han comenzado a consolidar alianzas estratégicas con hoteles reconocidos a nivel mundial ubicados en Colombia para la oferta servicios de hospedaje y recreación turística mientras el paciente es tratado de su

condición de salud por medio de intervenciones invasiva/no invasiva y/o avanza en su proceso de revitalización orgánica, mental y espiritual (finalidad ofrecida por el turismo de salud en la categoría de estética y de bienestar).

Es decir, si bien existen segmentos que se proyectan en un importante crecimiento como la medicina de bienestar, en las categorías de medicina curativa y medicina preventiva las inversiones en infraestructura hospitalaria se estabilizarán debido a que el monto de inversión (principalmente en infraestructura y capacitación medica) es superior (como se muestra más adelante el grafico 47) en estas dos categorías en comparación con la medicina estética y de bienestar.

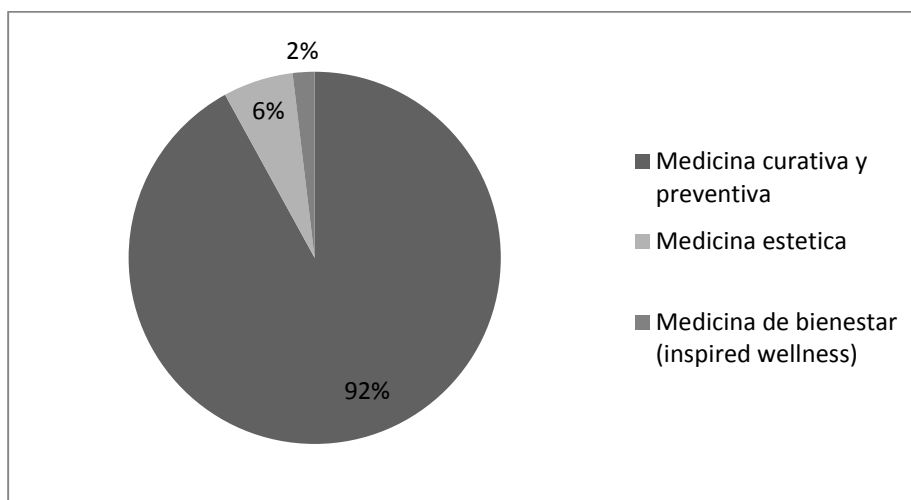
Grafico 46: Previsión de la Inversión en Infraestructura de Salud de Medicina Curativa, Preventiva, Estética y de Bienestar por Metro Cuadrado en Colombia: 2015-2020.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información recopilada en el Diario El Espectador, entrevistas con auxiliares de la Asociación de Medicina Estética de Colombia, entrevistas con auxiliares y miembros de la Asociación de Turismo de Salud de Colombia, que a su vez es miembro de la Medical Tourism Association, 2013.

En cuanto a la composición de inversión por categorías de turismo de salud y con base a la tabla de inversión en infraestructura hospitalaria en 2014, la mayor parte de la inversión en turismo de salud se concentró en la medicina curativa y preventiva (aunque en estas instalaciones también se llevan a cabo procedimientos de cirugía plástica) con alrededor del 92 por 100, la medicina estética con el 6,1 por 100 y la medicina de bienestar (inspired wellness) con alrededor del 1,9 por 100. El grafico 47 muestra la composición de inversión comparada en infraestructura hospitalaria para el año 2014. Es importante señalar que la inversión de varios hospitales privados para la oferta de servicios médico-turísticos combinan los servicios de medicina preventiva, curativa, estética y espacios adecuados para ofrecer parte de los servicios de medicina de bienestar (por ejemplo, la inclusión de hospedaje del paciente dentro de las instalaciones hospitalarias mientras se somete a las intervenciones contratadas o el establecimiento de locales comerciales dentro del complejo hospitalario para incentivar la compra de bienes y/o servicios durante la estadía del paciente).

Grafico 47: Composición Aproximada de la Inversión en Infraestructura de Salud Según la Categoría de Turismo de Salud en 2014.

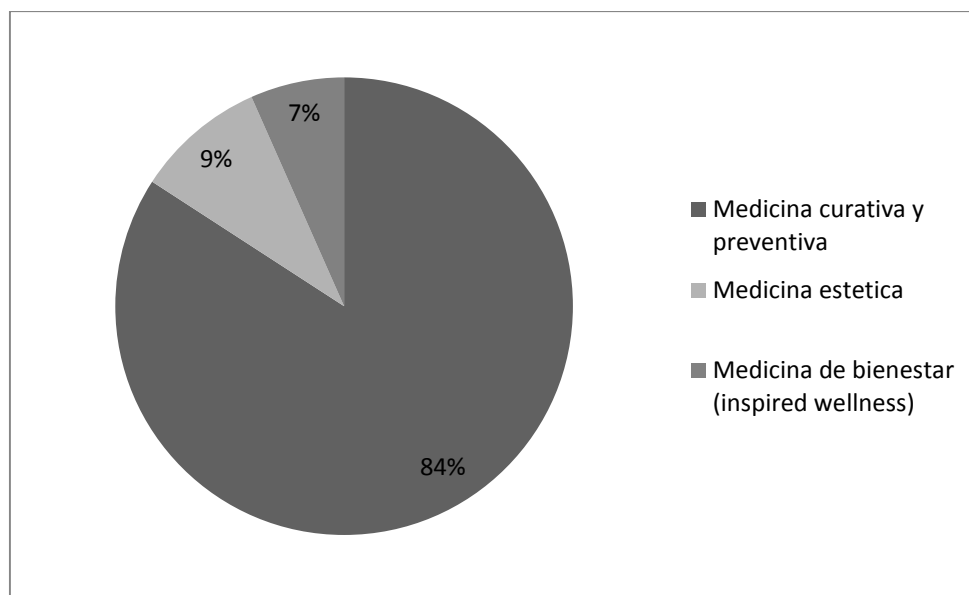


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos encontrados en la tabla 5 y entrevistas con auxiliares de la Asociación de Medicina Estética de Colombia, 2014.

La concentración de inversión en la medicina preventiva y curativa se debe al propósito (principalmente del sector privado) de ofrecer una infraestructura hospitalaria con equipos tecnológicos de alta complejidad y calidad para fortalecer la atracción de turistas en el segmento curativo y preventivo, aun cuando términos de volumen, los turistas de medicina curativa y preventiva son menores comparados con turistas de medicina estética y de bienestar. Sin embargo, los turistas de salud en la categoría de medicina curativa y preventiva son los que más invierten en servicios de salud debido a que los procedimientos y tratamientos son de alta complejidad y necesitan de una adecuación óptima, además de personal altamente capacitado, al momento de someterse a intervenciones invasivas/no invasivas. En ese orden de ideas se prevé que la inversión en medicina estética y de bienestar crezca de forma exponencial en comparación con la medicina curativa y preventiva.

Lo anterior debido a que el monto de inversión de estas dos categorías es menor (alrededor de US\$2 millones), que sumado a programas de turismo tradicional y ecoturismo suponen una oportunidad de crecimiento importante.

Grafico 48: Previsión Aproximada de la Inversión en Turismo de Salud en las Cuatro Categorías: 2015-2016.

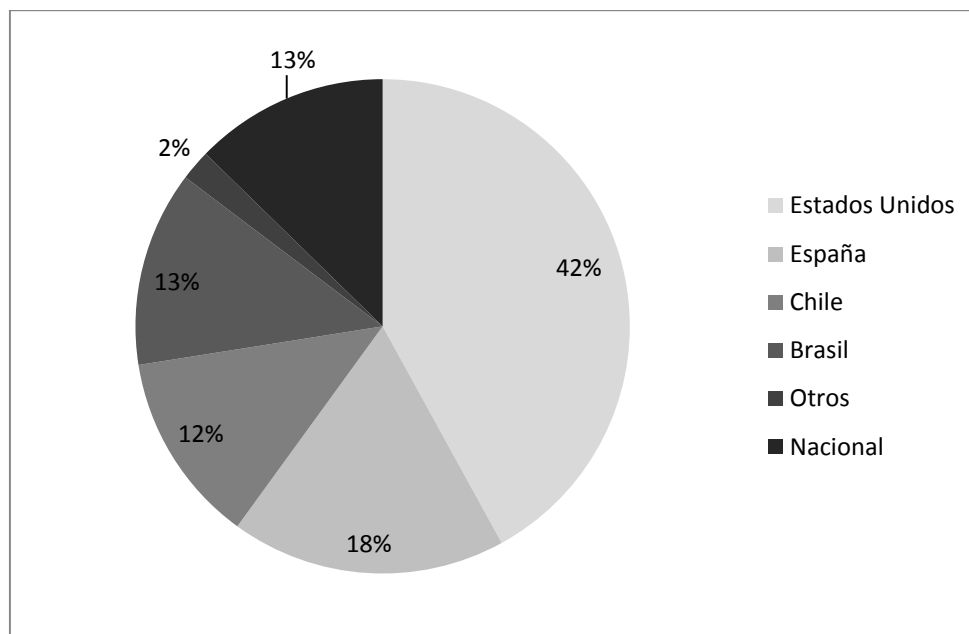


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos e información y entrevista realizada al Doctor Jaime Pacheco Rengifo, Miembro de la Asociación de Medicina Alternativa Venezolana, 2014.

Una vez analizada la inversión en infraestructura de turismo de salud, es importante conocer la precedencia de estos montos depositados en este sector. Se encontró que los países que más invierten en el sector del turismo de salud en Colombia son Estados Unidos con un 42 por 100, España con 18 por 100, Chile con un 12 por 100, Brasil con 13 por 100, la inversión por parte de nacionales en el sector ronda el 13 por 100, mientras que el restante 2 por 100 pertenece a otros orígenes.

El gráfico 49 muestra la composición de la inversión directa en infraestructura de turismo de salud según el país de origen.

Gráfico 49: Composición de la Inversión Directa en Infraestructura de Turismo de Salud Según el País de Origen: 2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos encontrados en Proexport y la Asociación Colombiana de Turismo Medico, 2014.

Llama mucho la atención la participación de países latinoamericanos en la inversión en infraestructura hospitalaria para fines (entre otros) del turismo de salud. Esta situación se

debe fundamentalmente a que el sector resulta altamente atractivo para inversionistas de la región debido a su potencial de crecimiento, además de la oportunidad de valorización de los bienes inmuebles y a la oportunidad de lograr exenciones tributarias por medio de la utilización de a figura jurídica de las zonas francas de salud (De la Puente, 2015).

Además, cabe resaltar que en contexto de salida paulatina de una crisis económica europea y el crecimiento a paso lento de la economía estadounidense, la alternativa de inversión en un sector no tradicional con un importante potencial de crecimiento en un país que respeta la seguridad jurídica para inversionistas extranjeros, es atractiva para inversionistas de la región e internacionales. En términos generales el sector tiene un potencial enorme de crecimiento y diversificación donde sobresale principalmente el turismo de salud de bienestar.

#### 4.4.2.2. Inversión en recurso humano en salud

A pesar que el sector se muestra prometedor para futuros años, existe un déficit importante de médicos y enfermeras, principalmente aquellos con dominio fluido del idioma inglés, lo que impide consolidar el sector y ofrecerlo al exterior si se tiene en cuenta que un gran porcentaje de turistas que llegan a Colombia son estadounidenses, seguidos de canadienses, provenientes del caribe con el dominio de un idioma diferente al español.

Según el Ministerio de Educación Nacional, para el año 2012 se graduaron 9,146 profesionales de la salud (entre médicos y enfermeras), mientras que según el Ministerio de Salud y Protección Social el número total de personal médico en 2013 fue de 260,000, del cual según la firma McKinsey en su informe sobre el diagnóstico global de turismo de salud (McKinsey, 2014), informa que solo el 55 por 100 de los médicos dominan con fluidez el idioma inglés.

En materia de especializaciones, las principales que se encuentran en el mercado colombiano son Pediatría, Medicina Interna, Anestesiología, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Ortopedia y Traumatología.

Según el Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX) de la Universidad Javeriana, (CENDEX, 2014) existe un importante déficit de médicos y enfermeras,

bacteriólogas, nutricionistas, profesionales en laboratorio clínico, así como anestesiólogos, ortopedistas, cirujanos y pediatras. Debido a que el sistema de salud en Colombia creció de forma exponencial a partir de los noventa, la demanda excedió a la oferta llevado a un déficit de profesionales de la salud. En la actualidad, el escenario más optimista establece que existe un déficit de 20,670 médicos en las especialidades mencionadas arriba y 4,300 enfermeras.

En ese sentido, solo el 9,72 por 100 de las enfermeras dominan el idioma inglés. Estas cifras limitan la expansión de la oferta del turismo de salud y el posicionamiento de Colombia como destino de clase mundial. El caso de las enfermeras es más preocupante debido a que según cifras del Banco Mundial, el número de enfermeras y auxiliares por cada 1,000 habitantes paso de 0,6 a 0,87.

La inversión necesaria para lograr una mayor oferta de profesionales de la salud (principalmente especialistas) es muy alta. Sin embargo, limitantes como los costos de matrícula, cupos limitados para realizar una especialización de interés, poca vigilancia a las instituciones universitarias que permite situaciones de estafa y oferta de programas académicos no calificados ni aprobados por el Ministerio de Educación Nacional no logra el aumento de la oferta de profesionales de la salud especializados.

No se prevé que la inversión en profesionales de la salud aumente de forma exponencial que permita satisfacer la demanda de turistas de salud procedentes de las diferentes localidades ya mencionadas. Además, no se prevé que exista un aumento importante del personal en salud que domine el inglés más allá de los datos establecidos arriba, lo que limita la oferta de servicios de salud para turistas (principalmente extranjeros).

#### **4.5. Posicionamiento de Colombia en el turismo de salud mundial**

Una vez analizadas las variables antes mencionadas, se procede a plantear un escenario a partir del diagnóstico establecido en los anteriores epígrafes.

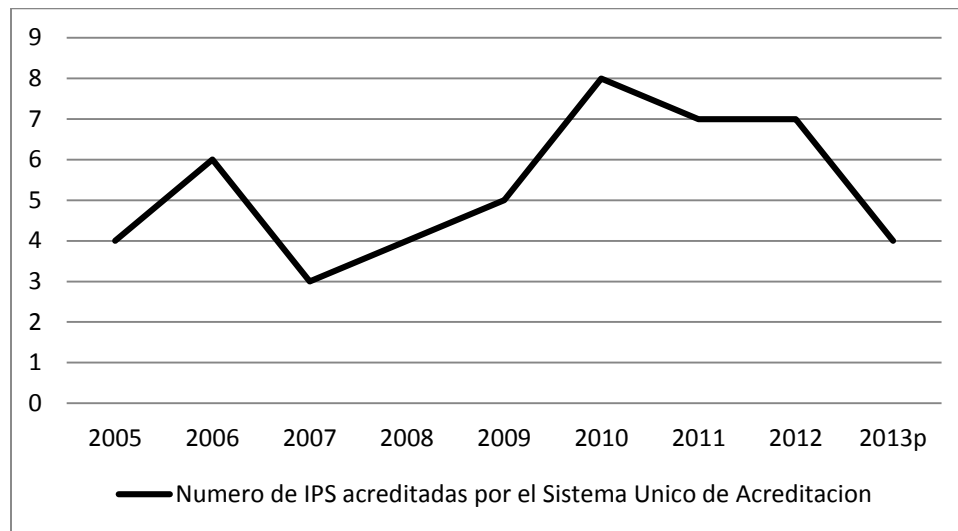
En términos generales Colombia estableció una postura estrategia en marcada en el documento de Política económica y social y comenzó a establecer su implementación a nivel institucional apoyando al sector privado por medio de la promoción de acuerdos bilaterales que permitan el aumento del flujo de los turistas de salud y de las inversiones en este sector.



En ese sentido, el establecimiento de zonas francas de salud es un inicio muy positivo ya que ha facilitado la inversión en este rubro. Según el Documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social (COMPES) numero 3678 de 2010 cuyo eje fundamental es el establecimiento de una política de transformación productiva basado en un modelo de desarrollo sectorial, la postura estratégica de Colombia en el sector del turismo de salud se fundamenta en seis pasos:

- Implementación del programa de bilingüismo con contenido específico para el sector salud por parte del Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA, con la participación de 500 personas en Medellín, 10 en esfuerzo liderado por el Clúster de Medicina y Odontología de Medellín, y 75 personas en Bogotá, como parte de un programa piloto del Centro de Salud del SENA. Actualmente Colombia se encuentra promocionando el bilingüismo principalmente online debido a la escasez de espacio físico para albergar a futuros estudiantes. Sin embargo este programa es básico y no se direcciona a médicos y enfermeras en ejercicio, lo que impide dominar el tecnicismo del idioma inglés aplicado a las ciencias de la salud;
- Posicionamiento de la acreditación nacional a través del otorgamiento por parte de ISQua a ICONTEC, ente acreditador del Sistema Único de Acreditación en Salud en Colombia, del certificado de Acreditación Internacional. De otra parte dos instituciones de salud en el país cuentan con certificado de acreditación otorgado por la Joint Commission, el cual a su vez es acreditado por ISQua. En ese sentido actualmente se encuentran acreditadas 32 centros de salud por parte de ICONTEC (entre clínicas y centros especializados), lo cual es positivo ya que consolida una oferta dirigida a pacientes internacionales (principalmente turistas de salud de medicina curativa y preventiva);

Grafico 50: Numero de IPS Acreditadas por el Sistema Único Nacional de Acreditación de ICONTEC.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos encontrados en ICONTEC, 2014.

- Aprobación de siete zonas francas de salud (Bogotá, Sopó, Rionegro, Sabaneta, Puerto Colombia y Pereira), con una inversión cercana a los \$405.000 millones (US\$200 millones) y generación de 2.200 empleos. Estas zonas francas han sido clave en el desarrollo del sector y representa una oportunidad importante para inversionistas nacionales y extranjeros de disminuir sus costos de inversión y potenciarlo (principalmente en las categorías de medicina curativa y preventiva). Sin embargo, llama la atención que los esfuerzos de gobierno nacional se enfoquen en las categorías de medicina curativa y preventiva. Si bien la infraestructura hospitalaria y nivel tecnológico se encuentran aumentando de forma importante, los rubros que más ingresos generan por concepto de volumen de turistas son las categorías de medicina estética y de bienestar. La razón por la cual la medicina estética y de bienestar no se encuentra participando de los altos montos de inversión de la infraestructura hospitalaria y adquisición de tecnología de punta se debe a que los inversionistas en estas últimas dos categorías tienen un nicho de mercado objetivo que no requiere de instalaciones con altos montos de inversión (como ya se mostró, la inversión en medicina curativa y preventiva es mucho mayor que la inversión en medicina estética y de bienestar) debido a que los tratamientos ofrecidos en la medicina estética y de

bienestar son de baja complejidad, lo que requiere bajos niveles de inversión comparativos;

- Desarrollo de proyectos de ampliación o renovación de la infraestructura hospitalaria por más de \$500.000 millones (US\$250 millones), los cuales deben generar al menos 12.000 empleos en obra y funcionamiento. Estas inversiones no solo han permitido que los extranjeros o residentes en el exterior disfruten de servicios de salud a bajo costo comparativo, sino que ha aumentado la demanda de nacionales con medio y alto poder adquisitivo de servicios, tratamientos e intervenciones invasivas/no invasivas, lo que supone una mejora en la calidad de servicios de salud ofrecidos para la población colombiana (principalmente aquella que cuenta con seguro privado opcional de salud o medicina prepagada);
- Promoción de la utilización de la línea de crédito A PROGRESAR de BANCOLDEX (Banco de Comercio Exterior) que busque la destinación de \$3.000 millones para el desarrollo de infraestructura para la prestación de servicios de bienestar. Esta línea de crédito ha sido de mucha ayuda para los oferentes de servicios de turismo de salud en la categoría de bienestar. A la fecha se ha triplicado la demanda de esta línea de crédito aumentando el cupo y renovación por parte del gobierno actual. Se estima que la renovación de esta línea de crédito se encuentre en \$10,000 millones de pesos colombianos (US\$5 millones) para el año 2015 (BANCOLDEX, 2014).

Todo lo anterior infiere que Colombia tendría una participación considerable para los próximos años, principalmente en la categoría de medicina de bienestar (principalmente programas dirigidos a la reducción del sobrepeso) debido al fuerte crecimiento actual que mantiene este segmento debido a las razones expuestas con anterioridad, seguido de la medicina estética, principalmente el aumento mamario por el reconocimiento internacional de la calidad y bajo costo en el servicio prestado.

#### **4.6. Actos administrativos y legislativos, estrategias de valor y organismos estatales que inciden en el desarrollo del sector del turismo de salud**

En este apartado se estudian los instrumentos normativos que inciden en el desarrollo del sector del turismo de salud, así como los organismos administrativos encargados de promocionar el sector y regular el mismo con el fin de ofrecer los servicios antes mencionados a las localidades objetivas donde se garanticen una reglas de juego claras y se ayude a promocionar los destinos y servicios medio-turísticos que propendan por el desarrollo integral del sector de acuerdo con las aproximaciones de política turística mencionadas en la sección de aproximaciones teóricas de la economía del turismo.

La intención de este apartado es conocer más a fondo la estructura integral de la estrategia de valor que el gobierno colombiano, actores privados, académicos y sociedad civil pretende asignarle al sector del turismo de salud tanto medico como de bienestar a partir de un diagnostico que resalten las ventajas, debilidades, oportunidades y amenazas que permitan potenciar los servicios de medicina turística donde se potencien los nichos de mercado aquí analizados.

##### **4.6.1. Actos legislativos y administrativos y organismos estatales que inciden en el desarrollo del turismo de salud en Colombia**

Los documentos del Consejo Nacional de Política Económica Y Social, pertenecientes al Departamento Nacional de Planeación (organismo adscrito con autonomía administrativa y presupuestaria que trabaja de forma mancomunada con los ministerios de gobierno) busca establecer hojas de ruta que propendan por el desarrollo de objetivos de estructuración productiva donde se prioricen las necesidades de satisfacción social en materia de suministro de bienes y servicios a la población de acuerdo al mandato constitucional otorgado al Gobierno Nacional, así como el desarrollo de sectores productivos que promuevan la diversidad de industrias impulsando la diversificación de ingresos y actividad productiva transformando a Colombia en un país menos dependiente de la renta proveniente de las materias primas (principalmente el petróleo, carbón y oro).

En ese sentido, los documentos CONPES (Consejo Nacional de Política Económica y Social) son rutas para la materialización de aspiraciones estatales de desarrollo y promoción del bienestar de la nación.

Existen varios documentos CONPES asociados al desarrollo del sector del turismo de salud de forma directa o indirecta, ya sea mediante el establecimiento de una hoja de ruta que busque dinamizar el sector de forma directa, o por medio de la búsqueda de un mayor dinamismo entre actores que participan en el sector, además de la consolidación de otras industrias que potenciar el mismo.

Así, los documentos CONPES inciden en los efectos directos, indirectos e inducidos desde la actividad propia de las actividades médico-turísticas, hasta diversos sectores de la economía que involucran tanto a personas naturales como personas jurídicas y entidades gubernamentales.

Uno de los documentos CONPES que fomenta un mayor dinamismo en el sector del turismo de salud colombiano es el número 3678 de 2010, "Política Nacional la Transformación Productiva y Promoción de las Micro, Pequeñas y Medianas Empresas: Un Esfuerzo Público y Privado" que busca un mayor nivel de productividad de las micro, pequeñas y medianas empresas a partir de la facilitación de instrumentos tanto financieros como de capital, además de acceso a mercados que permita una mayor participación de su actividad productiva en el la producción nacional y en la generación de empleo de calidad.

Las estrategias y recomendaciones especificadas en dicho documento hacen parte de la Política Nacional de Competitividad, enmarcada en el Plan Nacional de Desarrollo (hoja de ruta de políticas gubernamentales para la promoción del desarrollo durante el cuatrienio que un gobierno se establece en el poder) buscan hacer de las micro y pequeñas empresas, más sostenibles en el tiempo, a fin de disminuir el nivel de volatilidad de creación y liquidación de las mismas.

Las soluciones planteadas en el presente documento administrativo para el aumento de la productividad y competitividad de las micro, pequeñas y medianas empresas son las siguientes:

#### 4.6.1.1. Acceso a servicios financieros

Para garantizar la colocación efectiva de recursos monetarios, financieros y de crédito en las micro, pequeñas y medianas empresas, es necesario aumentar las líneas de crédito pertenecientes a las entidades financieras nacionales públicas y el establecimiento de convenios con entidades de crédito privadas.

En ese sentido, el Banco de Comercio Exterior, (BANCOLDEX por sus siglas) está pasando de US\$7,000 actuales a US\$10,000 de créditos condonables con bajas tasas de interés con respecto al resto del sistema financiero, con menores requerimientos en materia de documentación frente a empresas tradicionalmente constituidas con tamaño de mercado suficientemente amplio en el sector formal. Lo anterior debido a que una de las principales limitantes que supone la solicitud de una línea de crédito a una microempresa es su falta de proyección (entre 5-10 años) en el sector formal, por lo que en muchos casos se hace muy difícil probar en las entidades financieras la solidez patrimonial y el flujo constante de recursos (factores determinantes en el otorgamiento de un préstamo).

Este fortalecimiento supone igualmente la corrección de las asimetrías regulatorias con otras entidades públicas de redescuento, que permitan el acceso de las microempresas y Pymes a los servicios financieros ofrecidos por BANCOLDEX en condiciones favorables.

De igual manera, con el objetivo de que el FNG (Fondo Nacional de Garantías, entidad que garantiza créditos de personas naturales en banca personal hasta por US\$20,000) continúe ampliando su capacidad de emisión de garantías, se fortalecerá su patrimonio mediante un proceso de capitalización para que de este modo, no sobrepase el nivel de apalancamiento indicado por los niveles de solvencia regulatorios.

Para continuar fortaleciendo los esquemas de microfinanzas, impulsados por la Banca de las Oportunidades (política nacional de fomento de la bancarización, es decir, aumento de personas naturales con productos financieros y bancarios), se pretende llevar a cabo un programa de fortalecimiento de las instituciones microfinancieras no reguladas, de las cooperativas con actividad financiera y de las redes empresariales de Microempresas y de Pymes, para que logren ofrecer productos acordes con las necesidades de los empresarios.

De igual manera, para garantizar que los créditos productivos otorgados a las Microempresas se destinen hacia el fortalecimiento de las mismas, se desarrollará un programa de acompañamiento y asistencia técnica para esas empresas.

Así mismo, el presente documento administrativo busca promover los esquemas de Banca Comunal y los fondos autogestionado entendido como los fondos mutuos depositados por personas naturales que no sobrepasen los 2 salarios mínimos mensuales legales vigentes establecidos en US \$1,200.

Para este efecto, la Banca de las Oportunidades apoyará estos esquemas mediante asistencia técnica y divulgación de información a las Cooperativas y ONG que puedan desarrollar estos instrumentos en lugares apartados y con poblaciones de menores ingresos. El documento también busca el destino de recursos para la recopilación y divulgación de mejores prácticas y socializar técnicas de implementación de esquemas de fondos autogestionados. Adicionalmente, avanzar en el estudio y desarrollo de otros productos financieros para las Microempresas, como los microseguros y las cuentas de ahorro de bajo monto.

Para garantizar el acceso a fuentes alternativas de financiación se establecerá una política de estímulo a los fondos de inversión, en la que se determine la clase de participación que tendrá el Estado, los recursos que dedicará a este objetivo y los esquemas de fomento y acompañamiento a las empresas, entre otros aspectos.

Así mismo, para fomentar el uso de factoraje por parte de las microempresas y las Pymes, se busca implementar un programa de compra de cartera en cadenas productivas para el desarrollo de proveedores y se identificarán los cambios regulatorios necesarios para el desarrollo de dicho mercado (es decir, la oferta de mismos créditos adquiridos con bancos anteriores donde un segundo banco compra el crédito al primero y refinancia el monto endeudado al empresario donde ofrece menores tasas de interés, así como plazos más largos de cumplimiento de obligación financiera).

Como mecanismo adicional, se optimizará el desarrollo de esquemas fiduciarios específicos para Microempresas y Pymes, que faciliten su acceso a fuentes de financiación.

#### 4.6.1.2. Fomento de formalización de la actividad empresarial

De la Puente (2015) exalta que en aras de disminuir el nivel de informalidad que se encuentra en alrededor del 40 por 100 de la actividad económica según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, el presente documento administrativo busca disminuir los procedimientos y documentaciones requeridas para formalizar el objeto social de la actividad económica en el sentido de permitir a los propietarios de negocios informales obtener certificado de registro en Cámara de Comercio de diversas ciudades del país con solo la presentación de la cedula y el relleno del formato sobre las generalidades financieras de la micro y pequeña empresa a formalizar. Lo anterior debido a que en Colombia, la formalización de una empresa toma alrededor de un mes (DANE, 2014) donde los costos promedio oscilan entre US\$150-US\$170 solo en oficialización de documentación ante la respectiva Cámara de Comercio.

También el presente acto administrativo busca que los procedimientos de oficialización de una actividad económica se logren a través de las respectivas plataformas web de las cámaras de comercio de los diferentes municipios y distritos mediante la creación de una ventanilla única de creación en sociedades mercantiles que absorba todos los pedidos de creación de sociedades con fines de lucro, recaude las contribuciones impositivas correspondientes y asesore a los nuevos empresarios en los tipos de sociedades que se encuentran disponibles conforme al capital y tipo de control que pretenda uno o más socios en la compañía.

Con miras a reducir los costos de transacción que enfrentan las microempresas y las Pymes para operar en la formalidad, el presente documento busca realizar un estudio que determine los costos asociados a la creación y formalización de empresas, así como el uso actual de estos recursos.

El estudio debe incorporar recomendaciones para su racionalización en materia de recursos y modificación interna de las cámaras de comercio con el fin de absorber de forma rápida las solicitudes de nuevas constituciones de sociedades mercantiles.



#### 4.6.1.3. Fomento de desarrollo de mercados de servicios no financieros de desarrollo empresarial (SDE)

Frente al bajo desarrollo del mercado de SDE, la política busca corregir sus principales fallas mediante la revisión y ajuste de los instrumentos. El objetivo es incentivar el aumento en el número de empresas dispuestas a demandar ese tipo de servicios, al tiempo que se fortalece y amplía el número de oferentes dispuestos a suministrarlos.

Los principales servicios no financieros que se busca que las nuevas sociedades constituidas demandas son los servicios de homologación contable, auditoría y asesoría en el manejo de las hojas de balance para empresas provenientes del sector informal.

El fortalecimiento a la oferta de servicios no financieros con intenciones de optimizar el análisis contable, auditable y normativo en materia laboral y tributario suministrado por el gobierno nacional e intermediado por sociedades con bajos costos por concepto de honorarios consiste en: i) cofinanciar proyectos de los oferentes de SDE orientados a desarrollar nuevos productos y servicios innovadores que se ajusten a los requerimientos de los empresarios, ii) suministrar información a los oferentes acerca de las necesidades de servicios por parte de las Microempresas y las Pymes, iii) diseñar un sistema de gestión de conocimiento para identificar, adaptar y difundir innovaciones en servicios de apoyo a las Microempresas y a las Pymes, y iv) desarrollar un sistema de acreditación de proveedores de SDE y supervisar la calidad de los servicios ofrecidos, entre otros aspectos.

Este programa contará con un sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación de impacto, y garantizará la participación efectiva de las regiones en términos de financiación, decisión y ejecución de programas y proyectos.

#### 4.6.1.4. Fortalecimiento de capacidad de innovación y transferencia tecnológica

Frente a la baja capacidad de innovación por parte de las microempresas y las Pymes, esta estrategia está enfocada en proveer incentivos y crear condiciones para que las empresas realicen inversiones que les permita desarrollar sus capacidades de innovación y desarrollo tecnológico y se facilite la transferencia tecnológica.

Para ello se trabajará en cuatro áreas:

En primera instancia, se promoverá la transferencia de tecnología en las microempresas y en las Pymes de tal manera que puedan adquirir, usar, adaptar y adoptar tecnología.

Con este propósito se apoyará a las empresas en sus actividades de búsqueda, evaluación, negociación y apropiación de tecnología mediante la promoción explícita de estas actividades, la realización de convocatorias donde se priorice la transferencia de tecnología y la financiación de proyectos con este componente.

De igual manera, para fortalecer los vínculos entre las microempresas y las Pymes con todas aquellas entidades que generan conocimiento (como las universidades, los centros de desarrollo tecnológico o centros de investigación) se apoyará la creación y consolidación de comités universidad-empresa, oficinas de transferencia de resultados de investigación e innovación (OTRIs) y cualquier otro mecanismo de cooperación y transferencia de tecnología entre dichos actores.

Esta estrategia permitirá que las necesidades del sector productivo se conviertan en agendas de investigación de las universidades y demás entidades de generación de conocimiento.

Así mismo, para fortalecer la formación de capital humano y su vinculación en el desarrollo de actividades de innovación en las microempresas y en las Pymes, se cofinanciará la vinculación temporal de investigadores en las empresas y centros de investigación y desarrollo tecnológico, y se capacitará a los gerentes de las empresas en gestión de la innovación e incorporación de nuevas tecnologías.

Finalmente, se promoverá el sistema de propiedad intelectual mediante la cofinanciación de obtención de patentes, certificados de obtentor y licenciamiento de tecnologías.

#### 4.6.1.5. Promoción del uso de las tecnologías de la información

La estrategia buscará optimizar los programas actuales de promoción, acceso y uso de tecnologías de la información, así como corregir los factores que limitan su adopción y el uso generalizado en las Pymes.

Para tal efecto, se continuarán las acciones que actualmente se están desarrollando para promover el acceso, suministro y uso de información por parte del Gobierno y del sector productivo. Además, teniendo en cuenta los resultados de las políticas implementadas, los estudios en marcha y una evaluación de los factores que han limitado el uso del comercio electrónico en el país, se diseñará una estrategia para promover el uso de las tecnologías de la información en el sector empresarial, como parte del Plan Nacional de Tecnologías y Comunicaciones que está desarrollando el Ministerio de Comunicaciones.

#### 4.6.1.6. Acceso a la formación para el trabajo

Además de continuar con el desarrollo de los programas actuales del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) basada en la oferta de programas técnicos de dos años en diversas áreas de conformidad con la demanda actual del mercado que permiten que sus egresados logren ser empleados a en cortos periodos de tiempo, así como obtener el cocimiento necesario para el emprendimiento de una idea de negocios formal, se implementarán nuevos incentivos con el objeto de mejorar el acceso a los instrumentos y promover la asociatividad.

Así, en el caso del Programa de Formación Especializada del Recurso Humano se definirá un porcentaje del presupuesto para la atención de los proyectos que presenten las Microempresas y las Pymes con fines de financiación siempre y cuando contenga un alto valor agregado donde primara principalmente el componente tecnológico. Además, se implementarán acciones de sensibilización que permitan a estos segmentos dinamizar su participación en las convocatorias.

#### 4.6.1.7. Impulso al acceso a mercados

Para facilitar el acceso a mercados nacionales e internacionales el gobierno nacional se encuentra llevando a cabo acciones orientadas a promover: i) la actualización de estudios sectoriales, ii) la actualización de estudios sobre nuevos productos a nivel internacional, iii) la realización de proyectos de investigación en inteligencia competitiva. A través de PROEXPORT (ahora Procolombia), se entregarán las herramientas necesarias tanto de información, como de conocimiento y penetración de mercados a las Pymes que hayan tenido la preparación previa y adecuado su estructura productiva para establecerse con éxito en los mercados internacionales. Asimismo, para fomentar el acceso de las microempresas y de las Pymes a las compras del Estado, el gobierno nacional reglamentará las modificaciones que sobre el particular fueron introducidas a la Ley 80 de 1993, a través de la Ley 1150 de 2007.

Así mismo, se encuentra rediseñando mecanismos para hacer efectiva la participación real de las empresas en este mercado. En este sentido se el Gobierno central, con ayuda de gobernaciones y alcaldías municipales busca preparar a pequeñas y medianas empresas, así como microempresas a preparar ofertas exportadoras, a través de servicios especializados en subcontratación, desarrollo de proveedores, encadenamientos productivos y formación de clústeres; se ofrecerán servicios de apoyo orientados a ayudar a las empresas a licitar y a conseguir contratos con el Estado; se suministrará información oportuna sobre oportunidades para participar en procesos de contratación; y se brindarán facilidades para acceder a financiación, entre otros aspectos.

#### 4.6.1.8. Fomento del emprendimiento

Actualmente se está diseñando y estructurando una estrategia para fomentar emprendimientos articulados a cadenas de valor con potencial real de mercado, que permitan ampliar la base empresarial y generar cambios sustanciales en la estructura productiva nacional. El diseño de esta estrategia parte de la realización de un inventario y una evaluación del impacto de los actuales programas de emprendimiento.

A partir de allí, se generan mecanismos de coordinación de los diversos instrumentos de apoyo y se desarrollarán instrumentos específicos de financiación adecuados a las diversas

fases del proceso de formación y consolidación de las nuevas empresas (capital semilla, capital de arranque y capital de riesgo).

De igual manera, la estrategia contempla el desarrollo de sistemas de información confiables que evidencien oportunidades de negocio; los mecanismos para fortalecer las redes de cooperación entre las universidades, el sector privado y las entidades del Estado para impulsar el surgimiento de emprendimientos; el desarrollo de mecanismos tendientes a reducir los costos de operación de las empresas en sus primeros años de operación; y el diseño de intervenciones diferenciadas de acuerdo a las características y capacidades de los diversos grupos de poblaciones con vocación emprendedora (jóvenes emprendedores, poblaciones vulnerables, etc.) Lo anterior implica llevar a cabo un amplio ejercicio de coordinación que complemente esfuerzos entre las distintas áreas y niveles del Gobierno, los organismos de cooperación internacional y las organizaciones privadas que desarrollan programas de emprendimiento para definir derroteros de acción comunes hacia el logro de esos objetivos.

#### 4.6.1.9. Articulación productiva y asociatividad empresarial

La articulación productiva, la conformación de redes de colaboración y la promoción de la asociatividad empresarial, son mecanismos para mejorar la capacidad de las microempresas y las Pymes para operar en la formalidad. Por eso, a través de los diferentes programas de apoyo a estas se busca generar incentivos para promover esquemas asociativos que les permita aumentar su poder de negociación en la compra de insumos y en la comercialización de sus productos; incursionar en mercados donde individualmente resulta muy difícil; acceder a las compras del sector público; llevar a cabo proyectos tecnológicos e innovadores difíciles de financiar de manera individual; acelerar los procesos de aprendizaje e intercambio de experiencias; y acceder a recursos de crédito y otras fuentes de financiamiento, entre otros aspectos. Mediante esta estrategia se promoverán esquemas de subcontratación a escala nacional e internacional; se desarrollarán programas de desarrollo de proveedores que incluyan componentes de formación profesional, transferencia de tecnología, normalización técnica y gestión de la calidad; se realizarán encuentros empresariales, se apoyarán programas de cadenas productivas, promoción de clústeres empresariales, y de agregación de ofertas para la comercialización.

Asimismo, con el objeto de fortalecer la integración internacional de las microempresas y las Pymes, se promoverán y desarrollarán programas que: i) articulen esfuerzos público – privados para identificar y consolidar proyectos asociativos, ii) desarrollen y proporcionen metodologías para el trabajo asociativo empresarial, iii) posibiliten la gestión de recursos financieros y no financieros, iv) acompañen y evalúen los procesos iniciados, y v) sistematicen las experiencias, con el objeto de incentivar el desarrollo de estrategias de subcontratación industrial entre eslabones y/o cadenas productivas y/o clústeres nacionales con los internacionales.

Por otro lado el documento CONPES 3527 de 2008 de “Política Nacional de Competitividad y Productividad” busca promover la competitividad y sectores alternativos donde Colombia cuenta con mayor ventajas competitivas a partir de la estructuración de una hoja de ruta que permita la sincronía de diferentes organismos del Estado con actores privados basado en el crecimiento desigual que actualmente presenta los sectores productivos en el país donde la exportación de bienes tradicionales (petróleo, y carbón) son los principales motores de crecimiento económico del país, concentrando de forma muy peligrosa los ingresos y la dependencia de la economía colombiana de la oscilación de los precios internacionales de estas materias primas. La estrategia de promoción de sectores de clase mundial ha sido liderada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. Además del desarrollo de planes de negocio para estos sectores, este plan de acción busca adaptar el marco regulatorio y legislativo a un ambiente más competitivo, promover la competencia y la estabilidad jurídica, atraer más inversión nacional y extranjera; ampliar y profundizar los tratados de libre comercio y convenios de doble imposición tributaria y consolidar los espacios de diálogo público-privado.

Entre los principales objetivos de promoción de la productividad y proyección de sectores con ventajas competitivas se encuentra el impulso exportador del sector agropecuario nacional a través del otorgamiento de bienes de capital y líneas de crédito por medio de programas de promoción del sector agropecuario del Ministerio de Agricultura con el apoyo del Instituto Colombiano Agropecuario (ICA). En ese sentido, se busca la creación y puesta en marcha de fondos de capital semilla a través del diseño y estructuración de fondos del trámite de recursos provenientes del presupuesto general de la nación para la asesoría

técnica, financiera y jurídica a pequeños campesinos que buscan la exportación de sus bienes a mercados internacionales.

Asimismo se busca promover, la creación de fondos de capital público-privados a través de capital mixto donde se integren las principales entidades de crédito del país para la estructuración de recursos que promueva el desarrollo de la microempresa agropecuaria donde el diseño de regímenes con incentivos para atraer fondos de capital privado extranjero sea un complemento que permita una mayor cobertura de nuevos emprendedores que buscan salir de la informalidad y la pobreza. Sin embargo, cabe anotar que no se menciona la construcción de infraestructuras de transporte con el fin de disminuir costos de transporte que permita una reducción del precio final y propenda por el mantenimiento de márgenes de beneficios (más aun cuando los bienes agropecuarios se venden a precios de mercados internacional que fluctúan y que en la actualidad representan un desincentivo para futuros emprendedores del campo debido los altos costos en la obtención de insumos).

El documento CONPES 3527 de 2008 también resalta el fortalecimiento de las Cámaras de Comercio de Cajas de Compensación Familiar (entidades que se encargadas de ofrecer servicios a empleados como cursos académicos, financiación para libre inversión, subsidios para la adquisición de vivienda, todo en el marco de la Ley de Promoción de Seguridad Social Laboral) en el apoyo del desarrollo empresarial a través de la asesoría, financiación a bajas tasa de interés, y el otorgamiento de subsidios a nuevos emprendedores. Esto se encuentra en proceso de ejecución a través de un diseño de programa de capacitación, sensibilización y difusión de la actualización tecnológica. También se destaca la formación de 20 expertos en el uso de las patentes como fuente de información tecnológica, además del establecimiento de un centro de información y orientación con énfasis en cinco sectores productivos del sector servicios. La intención es que a través de un banco de datos de solicitudes de patentes que sea de dominio público, los emprendedores que busquen obtener una licencia para el derecho de uso de una patente, o crear un nuevo invento con el fin de comercializarlo, cuenten con el apoyo de entidades de conocimiento general y cercanía geográfica (cajas de compensación y centros de entrenamiento) donde puedan acceder a servicios y asesorías necesarias para la creación de nuevas ideas emprendedoras caracterizadas por su innovación y componente tecnológico de alta gama.

El presente documento también buscó en su momento lograr emitir un proyecto de ley de transformación productiva que terminaría por crear el programa de Transformación Productiva que actualmente se encarga de divulgar y coordinar programas administrativos y de mercadeo en aras de potenciar más la divulgación del turismo de salud a nivel mundial.

También estableció las bases para la ejecución de la Ley de Propiedad Intelectual a través de una hoja de ruta marco donde se establezcan las bases para el otorgamiento de patentes a partir de reformas propias emanadas en la Ley de la Republica donde los ciudadanos conozcan las nuevas variables que se tendrían en cuenta al momento de solicitar una patente, los cargos que se debe desembolsar (así como sus montos) y el establecimiento de condiciones por medio de las cuales se puede cancelar una patente. El presente documento también expone las acciones hacia una mejora en la competitividad del sector agropecuario a través de ejes estratégicos y objetivos específicos donde se destacan la mejora la productividad y la eficiencia en los sistemas de producción agropecuaria, mejora de la innovación tecnológica en los sistemas de producción agropecuarios, ampliación de la cobertura y mejora de la operación de los sistemas de riego y drenaje, mejora de la eficiencia en el uso del suelo, aumento de la eficiencia de las actividades de comercialización y logística de las cadenas agropecuarias.

Mejorar el acceso real de la producción agropecuaria a los mercados internacionales, el desarrollo de estatus sanitario de la producción agropecuaria y la apertura de los mercados para la producción agropecuaria y asegurar su permanencia. Además, se busca propender por la estabilidad del ingreso de los productores y el incremento de las inversiones en el campo, estabilidad en los ingresos de los productores, incrementar el financiamiento y mejorar el desempeño de los mercados. En ese sentido, las principales acciones enmarcadas en el mejoramiento de los sistemas de producción y comercialización agropecuaria se establecen a través de diversos productos. El primero es la el establecimiento de agendas de innovación tecnológica por cadena productiva donde en su proceso de elaboración se incluyan a los diversos actores a partir de la identificación de limitantes tecnológicos. Asimismo, de busca la financiación de proyectos de innovación tecnológicas a través de convocatorias para proyectos de innovación donde el principal promotor sea el Ministerio de Industria, Comercio y Turismo.



Otro punto importante es el incremento en el uso de semilla y material reproductivo de calidad y certificado a través de la expedición de certificado de calidad por parte del ICA al productor de semilla certificada y la verificación de áreas efectivamente cultivada con semillas certificadas. La finalidad es que los productos cultivados en Colombia cuenten con mayor apertura de mercados exteriores que incentiven el aprovechamiento de tipos de cambio favorables para la exportación, además de la diversificación de productos exportados no tradicionales. Finalmente, el documento establece la hoja de ruta para un mejor aprovechamiento del suelo, estímulo a la actividad y estabilidad de la producción agropecuaria de acuerdo con la Ley 1152 de 2007 que busca dotar a la Unidad Nacional de Tierras Rurales de los instrumentos operativos para comprar bienes improductivos por el valor catastral, además de otorgar la potestad para el diseño y operación de instrumentos para la defensa de la propiedad y la formalización de la tenencia de la tierra.

El documento CONPES 3582 de 2009 de “Política Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación” que busca mayores niveles de aplicación de innovación en sociedades mercantiles a partir de mayores niveles de educación superior de postgrados que se articulen a los proyectos empresariales siendo más provechoso para la comunidad empresarial y científica enmarcada en una política de fomento de la educación superior para el trabajo del actual gobierno nacional. Los diferentes estudios (DNP y COLCIENCIAS (2006), DNP (2007), COLCIENCIAS (2008)) señalan que en materia de ciencia y tecnología para su aplicación a la comunidad nacional, el problema central ha sido la baja capacidad del país para identificar, producir, difundir, usar e integrar conocimiento. Esta problemática está asociada con i) bajos niveles de innovación de las empresas, ii) débil institucionalidad en el sistema nacional de comunicación y tecnologías de la información, iii) insuficiente recurso humano para la investigación y la innovación, iv) baja apropiación social de la ciencia y la tecnología, v) ausencia de focalización en áreas estratégicas de largo plazo y vi) disparidades regionales en capacidades científicas y tecnológicas.

El objetivo general de las políticas contenidas en este documento CONPES es incrementar la capacidad del país en identificar, producir, difundir, usar e integrar el conocimiento científico y tecnológico, con el propósito de mejorar la competitividad, y contribuir a la transformación productiva del país. Así, la política que se plantea busca

estimular tres elementos del conocimiento: la oferta (generación de conocimiento), la demanda (uso) y la interacción entre oferta y demanda, esta última a través del fortalecimiento institucional del sistema nacional de tecnologías de la información y comunicaciones. La implementación de las estrategias contenidas en esta política de Ciencia, Tecnología e Innovación debe permitir la coordinación de acciones de las instituciones públicas que asignan recursos para actividades de investigación y de innovación, buscando elaborar una agenda agregada que permita crear las condiciones para que el conocimiento tenga una función instrumental en la generación de riqueza, ingreso, equidad y bienestar social. Los objetivos específicos de la política son los siguientes: 1) Fomentar la innovación en los sistemas productivos, 2) Consolidar la institucionalidad del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, 3) Fortalecer la formación del recurso humano para la investigación y la innovación, 4) Promover la apropiación social del conocimiento, 5) Focalizar la acción pública en áreas estratégicas, y 6) Desarrollar y fortalecer capacidades.

El efecto de largo plazo de la implementación de esta política estará medido por el logro de grandes metas nacionales en Ciencia, Tecnología e Innovación. La primera de ellas es lograr una acción articulada de entidades públicas en ejecución de política y recursos.

Basados en esta acción, Colombia deberá aumentar gradualmente sus niveles de inversión en actividades de ciencia, tecnología e innovación (ACTI), de forma tal que para el 2019 esta inversión represente el 2 por 100 del PIB. Paralelamente, el país incrementará el número de profesionales con formación avanzada logrando que en el 2019 el país haya graduado 3.600 doctores con una tasa de graduación de 450 por año, los cuales estarán generando el conocimiento que requieren los mayores niveles de investigación e innovación del país.

La inversión del país en ACTI con la meta del 2 por 100 del PIB y en capital humano con la de doctores, generará una transformación del aparato productivo, que se verá reflejada en el nivel de sofisticación de sus exportaciones. En este sentido, se pretende que con la implementación de la política el nivel de sofisticación de la oferta nacional y para exportación pase de US\$12.332 en la actualidad a US\$17.500 per-cápita en el año 2019. Cada uno de estos objetivos contempla un conjunto de estrategias y acciones que se describen a continuación y que se relacionan de tal forma que las entidades de Gobierno que hacen parte

del sistema nacional de tecnologías de la información y comunicaciones se complementen en su rol de promotores de la acción privada en términos de investigación e innovación.

#### 4.6.1.10. Fomento a la innovación en los sistemas productivos

Con el fin de impulsar la realización de actividades de investigación e innovación en el sector productivo colombiano es necesario proveer incentivos que corrija las fallas de mercado que restringen la inversión en ese tipo de actividades y que promuevan en el empresariado colombiano la importancia de la ciencia, tecnología e innovación como pilares de la transformación productiva que requiere el país para conseguir mejoramientos en competitividad (CONPES 3582, 2009). Por esta razón, la primera estrategia propuesta es desarrollar y promover un portafolio de incentivos para la innovación que permita aumentar y articular la oferta, pública y privada, de instrumentos para las empresas y los sistemas productivos. Los incentivos que hagan parte de este portafolio deben reconocer las diferentes necesidades de las empresas, ser complementarios en su objeto y contribuir a mitigar el impacto de las fallas de mercado que limitan a las empresas la realización de actividades de innovación. Ello requiere que tanto las entidades del Estado como del sector privado que promueve la innovación incluyan criterios de diferenciación o segmentación y pertinencia que permitan cubrir las necesidades de las empresas según el nivel de desarrollo tecnológico y la etapa del ciclo de vida en que se encuentran.

Como instrumentos específicos de esta estrategia se propone la financiación de proyectos que contengan componentes de vigilancia tecnológica a los sectores productivos, que les permita identificar de manera sistemática oportunidades de modernización y transferencia de tecnología, como una actividad incorporada dentro de su modelo de gestión. Adicionalmente, se requiere un esquema de consultoría tecnológica mediante el cual se pueda establecer tanto la situación tecnológica y competitiva de la empresa, como el uso del portafolio de incentivos disponible en las entidades del Estado para impulsar su transformación productiva.

Este tipo de proyectos debe complementarse con un programa que apoye a las empresas en procesos de búsqueda, negociación, adquisición y transferencia de tecnología.

En este aspecto se identificarán las capacidades industriales nacionales que puedan ser potenciadas a través de acuerdos de compensación como una medida de fortalecimiento de la transferencia internacional de tecnología. Adjuntamente, este portafolio considera los esquemas de garantías a créditos que se soliciten, previo el cumplimiento de ciertas condiciones que sean definidas por la entidad financiadora, para promover la transferencia de tecnología en las empresas a través de la ejecución de proyectos que tengan por objetivo adaptar tecnologías nacionales e internacionales existentes (CONPES, 2009).

Otra estrategia para promover la innovación en los sistemas productivos, y reconociendo que las nuevas empresas se caracterizan por una dinámica innovadora significativa, es fomentar el emprendimiento innovador de alto contenido tecnológico. Esta estrategia tiene como acciones puntuales las siguientes: i) revisión y reformulación del sistema nacional de incubación de empresas; ii) financiación de los costos de elaboración de planes de negocio para la creación de empresas innovadoras y de base tecnológica; iii) realización de encuentros entre nuevos empresarios e inversionistas; iv) diseño de un programa para apoyar emprendimientos en las universidades, los centros de investigación y los centros de desarrollo tecnológico.

La última estrategia es consolidar el sistema de propiedad intelectual mediante el desarrollo de los lineamientos formulados por el CONPES 3533 de “Bases de un plan de acción para la adecuación del sistema de propiedad intelectual a la competitividad y productividad nacional 2008-2010”, de tal forma que los empresarios encuentren recompensa para sus esfuerzos de innovación y aprovechen la propiedad intelectual para potenciar procesos de transferencia de tecnología. En este sentido, las acciones específicas apuntan, en primer lugar, a fortalecer la función de divulgación de derechos de propiedad intelectual de las entidades del gobierno mediante la realización de seminarios, talleres y cartillas sobre la institucionalidad y legislación de propiedad intelectual vigente nacional e internacionalmente. En segundo lugar, es necesario apoyar a los investigadores y sus instituciones en la protección y explotación de los resultados de investigación, lo cual incluye no solo financiamiento de los procesos ante las autoridades de propiedad intelectual sino también capacitación de investigadores para que adquieran los conocimientos necesarios para gestionar patentes, contratos de licencia, gestión y comercialización de resultados de

investigación. Estas acciones se complementan a través de la financiación de planes de negocio basados en explotación comercial de activos intangibles.

#### 4.6.1.11. Consolidación de la institucionalidad del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación

Con este objetivo se busca fortalecer los mecanismos formales e informales que regulan la interacción entre los agentes que hacen parte del SNCTeI (por sus siglas).

Se plantean seis estrategias principales, mediante las cuales se le otorga a las organizaciones del sistema herramientas que les permita fortalecer y mantener los lazos de acción coordinada en torno a la realización y apoyo a actividades científicas, tecnológicas y de innovación (ACTI). La primera estrategia es implementar lo dispuesto en la Ley 1286 de 2009 y reglamentar el marco normativo de CTeI. Aunque ya están sentadas las bases legales que soportan la acción del SNCTeI, es necesario actualizar y darle un desarrollo apropiado a las herramientas que ya existen en la Ley 29 de 1990 para facilitar la coordinación del sistema. Parte esencial de la implementación y reglamentación tiene que ver con dotar a COLCIENCIAS de los instrumentos políticos, legales, administrativos y financieros para que pueda cumplir su tarea como entidad rectora del SNCTeI dándole mayor jerarquía ante las demás entidades públicas y privadas. Esto se complementa con un esquema financiero que permita superar las barreras que imponen las normas de presupuesto sobre los recursos de CTeI y que facilite la financiación de investigación e innovación mediante la articulación de recursos públicos y privados, nacionales e internacionales.

Dado que la modificación del marco normativo no se agota en el cambio institucional de Colciencias y su forma de ejecutar recursos, es necesario elaborar y desarrollar una agenda de trabajo conjunto con las entidades competentes para identificar los cambios normativos que se requieren para el funcionamiento del SNCTeI de forma eficaz. Dicha agenda debe establecer la necesidad y conveniencia de desarrollar las normas de contratación, premiación y seguimiento que se refieren al régimen especial de ciencia y tecnología, incentivos para inversionistas y estatus jurídico de las entidades del sistema, entre otros temas.

La segunda estrategia consiste en incrementar y asegurar los recursos públicos para investigación e innovación, para lo cual es necesario realizar un ejercicio de planeación de la inversión pública en CTeI a mediano plazo que tenga en cuenta las limitaciones fiscales pero que haga viable el aumento de las inversiones públicas. Este ejercicio permitirá establecer una senda de inversión en CTeI, teniendo en cuenta las restricciones fiscales del marco de fiscal de mediano plazo y el marco de gasto de mediano plazo, las necesidades de inversión y las prioridades de política que se determinen.

El fomento a la creación de mecanismos de articulación de I+D permite la interacción entre entidades que desarrollan investigación y desarrollo y aquellas que la demandan, en una relación de doble vía, en la cual las entidades involucradas se benefician mutuamente. Experiencias previas como las Oficinas de Transferencia de Resultados de Investigación (OTRI), son un tipo de mecanismo a desarrollar y ampliar en términos del alcance e impacto que deben lograr en el aparato productivo (CONPES, 2009).

Otra estrategia para potenciar la institucionalidad del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Información consiste en desarrollar el mercado de servicios científicos y tecnológicos, para lo cual se debe adelantar una revisión y ajuste de los instrumentos de política que apoyan la innovación y los servicios científicos y tecnológicos para la transferencia de tecnología. En el desarrollo de este mercado, la labor de los proveedores de servicios científicos y tecnológicos es fundamental, ya que son las entidades llamadas a ser el puente entre actores del sistema; es por esto que se debe promover el fortalecimiento y especialización de sus capacidades y servicios. La realización de ruedas de negocios entre investigadores y empresas, es una acción concreta de esta estrategia que sirve de espacio de encuentro entre necesidades y posibles soluciones. Sin embargo, la labor de las entidades de soporte a la innovación va más allá de la prestación de servicios tecnológicos, razón por la cual la quinta estrategia es fortalecer institucionalmente este tipo de entidades, así como los centros de investigación para que puedan ejercer su labor efectivamente. El fortalecimiento institucional pasa por la definición de una política de reconocimiento de los costos indirectos de este tipo de instituciones.

En esta misma línea, se propone la creación de un centro de investigación para potenciar el desarrollo científico y tecnológico del sector defensa en aras de buscar la

exportación de sus tecnologías y la adecuación de las mismas a través de procesos de innovación para la aplicación en áreas civiles. Esta acción representaría un impulso al sector productivo dado que se genera una apertura de oportunidades para la participación activa en el desarrollo de proyectos, permite potenciar sus capacidades industriales y proyectarse en el tiempo en un entorno internacional, y contribuye con el desarrollo económico y social del país a través de la comercialización de las tecnologías. De igual forma, contribuye a la constitución de programas de investigación que apalancan los proyectos de I+D+i con la participación de personal suficientemente formado y usando el modelo de desarrollo tecnológico entre Estado - Sector Productivo – Universidad, que cada vez se hace más fuerte, y que le permite a la Nación tener una autarquía tecnológica en nuestros sistemas de defensa.

#### 4.6.1.12. Focalización de la acción pública en áreas estratégicas

Las iniciativas de la política pública requieren una focalización para incrementar su impacto. El supuesto fundamental es que así como ocurre con la estructura productiva que se especializa de acuerdo con la explotación de ventajas comparativas y creación de ventajas competitivas, las capacidades científicas tecnológicas y de innovación también se especialicen, de tal forma que tengan la habilidad de alcanzar la frontera del conocimiento en áreas donde Colombia se encuentre más cerca o hacia donde se decida que es necesario en función de las prioridades del país. Esto requiere que los esfuerzos tanto públicos como privados se concentren de tal manera que alcancen alto impacto y se evite la dispersión de recursos. El objetivo de la estrategia de focalización de la acción pública en áreas estratégicas es complementar las iniciativas de focalización desarrolladas por el Gobierno Nacional a través de la Política Nacional de Competitividad, de tal manera que las decisiones de priorización de actividades económicas tengan correspondencia con las decisiones de priorización de desarrollo de capacidades científicas, tecnológicas y de innovación. Esto permitirá que se defina una visión de desarrollo científico y tecnológico de largo plazo para el país que consulte las necesidades de transformación productiva y competitividad.

La primera estrategia que apunta en esa dirección es fortalecer las capacidades regionales para la generación, gestión y uso del conocimiento. Esto se llevará a cabo a través del fortalecimiento de los sistemas regionales de CTel (ciencia, tecnología e información),

con lo cual se busca el mejoramiento en la planeación, organización, ejecución y evaluación de las actividades de CTeI por parte de los entes territoriales.

Para fortalecer la investigación en las regiones, la segunda estrategia consiste en apoyar la investigación (generación de conocimiento) en instituciones educativas de básica, media y superior y centros de investigación y desarrollo tecnológico, a través del apoyo financiero a la adquisición de equipos robustos de investigación y facilitar que éstos sean compartidos entre los diferentes actores regionales del SNCTeI y fomentar las alianzas de grupos de investigación consolidados con grupos incipientes, con miras a cerrar las brechas de capacidades en CTeI entre las regiones del país. Como complemento a estas acciones orientadas a capital físico y capital humano, se apoyará la adquisición y el acceso a bibliografía especializada, se establecerá un proceso de mejora continua en el registro y clasificación de grupos e instituciones de investigación y se desarrollará una política para el reconocimiento de costos indirectos de los centros de investigación y desarrollo tecnológico.

Finalmente, se consolidará la inserción internacional de la CTeI colombiana. Las acciones que se llevarán a cabo para el desarrollo de esta estrategia consisten en facilitar el acceso de los grupos y centros de investigación y desarrollo tecnológico del país a recursos tanto intelectuales como financieros del orden regional e internacional, aprovechar la diáspora científica a través de la articulación de las capacidades nacionales en CTeI con investigadores colombianos en el exterior y desarrollar la capacidad de cooperación horizontal, es decir, apoyo a países de América Latina y el Caribe en áreas donde Colombia ha desarrollado capacidades institucionales y humanas en CTeI.

#### 4.6.2. Régimen franco como impulso al sector del turismo de salud

El establecimiento de zonas francas es un ejemplo de apoyo jurídico a planes de desarrollo nacional que a través de la aplicación de exenciones tributarias pretende incentivar sectores productivos y hacer de un país más competitivo. En Colombia recientemente la normatividad de Zonas Francas fue modificada para adaptarla a las exigencias de la Organización Mundial del Comercio, generando un incremento considerable en el número de empresas que se han acogido y que pretenden acogerse a este régimen. En general, una



zona franca es una parte del territorio de un Estado en que las mercancías que en ella se introduzcan se consideran en territorio aduanero con respecto a los derechos e impuestos de importación y no están sometidas a control habitual de aduana (Bernal, 2014). Así, las características fundamentales de una zona franca es su carácter de extraterritorialidad, es decir, se entiende que jurídicamente los bienes y servicios producidos se encuentran fuera del territorio nacional para efectos aduaneros. En Colombia, el concepto de extraterritorialidad a través de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) en sus distintos conceptos y régimen aduanero nacional (Ley 1004 de 2005).

Otra característica es que es un régimen excepcional solo en los bienes y servicios en que ha establecido expresamente, es decir, una excepción al régimen aduanero en virtud de la extraterritorialidad antes señalada con la obligación de cumplimiento de normativas de diferente índole como ambiental, laboral, entre otras. También cabe destacar que una zona franca es un área geográfica en la que confluyen varios aspectos (Bejarano, 2006). Estos son: un terreno que debe cumplir con ciertas características, un pronunciamiento por parte de la entidad competente que declara dicho terreno como zona franca y unos usuarios específicos que deben funcionar sobre esta figura jurídica.

La cuarta característica es que es un instrumento dirigido hacia la promoción y fortaleza del comercio exterior en materia de bienes y servicios considerados estratégicos para el fomento de la competitividad nacional y su respectiva extensión hacia actividades económicas internas. Así, por la evolución del comercio internacional y las disposiciones de la Organización Mundial de Comercio, muchos países se ha utilizado la figura de zona franca para la promoción de actividades económicas no tradicionales y fomento de la ciencia, tecnología e innovación que encuentran poco espacio en la actividad productiva de carácter común.

La quinta característica es que las zonas francas sirven como herramientas de competitividad para el resto del territorio aduanero nacional en el sentido de garantía de una justa competencia con la industria local a partir de la diferenciación de espectros característicos de los diversos sectores productivos. La sexta característica es que sus tratamientos están sujetos a acuerdos internacionales a través de disposiciones de la

Organización Mundial de Comercio, acuerdos aduaneros de fomento de integración comercial bilateral o multilateral.

Teniendo en cuenta las ventajas que representan las zonas francas, a partir de los noventa, el país inicia un proceso de ampliación de estas figuras jurídicas de cara a la liberalización comercial y el advenimiento de una fuerte competencia internacional frente a la falta de preparación en materia de equipos, tecnología, inversión y recurso humano. Para el año 2005, mediante la Ley 1004 de 2005 se expide un nuevo marco normativo para el tema de zonas francas, estableciendo un tratamiento distinto en materia tributaria para los usuarios de zonas francas. El antecedente de esta normatividad se encuentra en la decisión de la OMC de no prorrogar más allá del 31 de diciembre de 2006 el período de transición que le permitía aplicar temporalmente subvenciones a las exportaciones (para el caso, renta exenta de las Zonas Francas).

En cuanto al establecimiento y designación de zonas francas, el establecimiento de en cualquier país requiere de un trámite previo que permita el reconocimiento expreso de esa extraterritorialidad que las caracteriza. Por esto, al analizar cualquier legislación siempre será necesario definir dos temas de vital importancia: la entidad que concede la autorización y los requisitos necesarios para obtener esa designación como Zona Franca.

En Colombia la autorización de declarar la existencia de nuevas Zonas Francas corresponde a la DIAN, previo el concepto favorable de una Comisión Intersectorial especialmente creada para estudiar el tema. La legislación de zonas francas incluye varios casos especiales, que requieren unas condiciones específicas para su aprobación, como son entre otros: las zonas francas Transitorias, zonas francas permanentes especiales, que incluye también la posibilidad de que empresas ya existentes accedan al régimen franco en sus actuales instalaciones y la figura de los parques tecnológicos.

Las Zonas Francas Transitorias: Son aquellos lugares donde se celebran ferias, exposiciones, congresos y seminarios de carácter internacional y que pueden declararse como zonas francas transitorias por un período de tiempo determinado (periodo de duración del evento, incluyendo un periodo anterior y uno posterior a la realización del mismo). En estas zonas existen dos clases de usuarios: Usuario Administrador, que es la entidad administradora del área, y los Usuarios Expositores.

Zonas Francas Permanentes Especiales (ZFPE): Constituidas en un terreno aproximado de 20 hectáreas con sociedades cuyo patrimonio oscile en alrededor de US\$5-7 millones y dotada de infraestructura básica de funcionamiento general. De manera general, las ZFPE son terrenos destinados a un solo fin, donde por lo general se llevan a cabo operaciones que no tienen cabida en una zona con fines generales (por ejemplo, actividades de fabricación de automóviles o textiles). En nuestro país, esta modalidad se establece desde el Decreto 383 de 2007 que reglamentó la Ley 1004 de 2005 y que posteriormente fue modificado por el Decreto 4051 de 2007. Asimismo, en esta modalidad se permite que empresas actualmente en funcionamiento accedan al régimen de Zona Franca en sus instalaciones, sin necesidad de relocizarse y se establece la posibilidad que las Sociedades Portuarias accedan al régimen. Este es el caso de las zonas francas de salud como territorio dirigido a la producción y prestación de servicios de salud con la favorabilidad de extraterritorialidad para efectos tributarios.

Los parques tecnológicos como zonas francas: Con el objeto de impulsar el desarrollo de los parques tecnológicos, desde el Decreto 383 de 2007 se le ha permitido a éstos acceder al régimen de zona franca. La finalidad de los mismos es ser polos de innovación, transferencia tecnológica y competitividad del país en las áreas de energía, salud, software, agroindustria y biotecnología. Sin embargo, a la fecha sólo existen: i) Parque Tecnológico de Antioquia; ii) Parque Tecnológico del Eje Cafetero; iii) Parque Tecnológico de Santander – Guatiguará; iv) Parque Tecnológico del Caribe; v) Parque Tecnológico de la Sabana y vi) Parque Tecnológico de la Umbría.

Por otro lado, en el aspecto tributario, las zonas francas cuentan con exenciones de diferentes índoles haciéndolas muy atractivas a diversas inversiones y actividades económicas.

En materia tributaria, con la eliminación de la exención sobre ingresos por ventas al exterior para usuarios industriales de zona franca, la Ley 1004 de 2005 estableció para los usuarios industriales de bienes, usuarios industriales de servicios y usuarios operadores una tarifa de renta del 15 por 100, aplicable a partir del 1° de enero de 2007, estableciéndose un tratamiento diferencial de carácter subjetivo y no objetivo, es decir en función del sujeto pasivo y no de la base imponible, como ocurría antes de la mencionada Ley.

La tarifa en mención no cobija a los usuarios comerciales, en relación con los cuales, incluso desde antes de la Ley 1004 de 2005, no se les consideraba para beneficios en el impuesto sobre la renta. Ahora bien, para las compañías que están realizando actividades y solicitan la declaratoria de una ZFPE en sus instalaciones, se ha establecido que sólo se adquiere la calidad de usuario industrial el 31 de diciembre del año en que se cumple con ciertos requisitos. Por lo tanto, en este caso se podría interpretar que la aplicación de la tarifa de renta del 15 por 100 (en vez de 35 por 100 sin régimen franco) sería a partir de dicho año, teniendo en cuenta que al momento de la consolidación del impuesto (31 de diciembre) ya se cumplirían los requisitos para tener la calidad de usuario industrial (Barrera, Crane, Ruiz, 2012). A partir de la masificación de la utilización del régimen franco para la promoción del comercio exterior, actualmente operan empresas logísticas, de transporte, telecomunicaciones, asistencia médica, turismo, reparación, limpieza o prueba de calidad de bienes que aprovechan los beneficios tributarios como menor porcentaje de declaración de renta expuesto antes, la no declaración del IVA a los usuarios que operan en estos regímenes que importen bienes desde el territorio aduanero nacional donde se encuentren operando y de los gastos de logística de la operación, que al no tener que nacionalizar la mercancía que está en ellas, aumenta la competitividad de las empresas radicadas en territorio colombiano.

También existe el beneficio de acceso a crédito tributario por impuestos pagados en el exterior ya que es frecuente que los usuarios de zona franca tengan un importante flujo de operaciones en otros países, lo cual posiblemente llevará a que se paguen impuestos en el exterior por estas actividades. De tal manera que resulta de gran importancia para dichos usuarios la posibilidad de tomar como descuento en renta los impuestos pagados en otros países (crédito fiscal). Al respecto, si bien no existe norma especial para los usuarios de zona franca, es importante tener el límite del impuesto acreditable (15 por 100 a 33 por 100) para determinar hasta cuanto puede ser el monto del descuento a solicitar.

Asimismo, cabe destacar los beneficios de aplicación de auditoria para usuarios de zonas francas donde la empresa declarante cuenta con un periodo más extenso de declaración de renta debido al beneficio tributario en virtud de su ubicación geográfica, la posibilidad de opción de declaración de renta del 15 por 100 sobre sus ingresos y declarar sobre las utilidades de los socios al final de un periodo de ejercicio, y la exoneración de canalización

de sus divisas producto de sus operaciones a través del mercado cambiario otorgándoles la posibilidad de manejar sus operaciones de importación o exportación con residentes colombianos en moneda extranjera. Respecto de los usuarios industriales de servicios no existe régimen especial. Sin embargo, es de recordar que los servicios prestados a residentes del exterior son operaciones del mercado libre y, por ende, no son de obligatoria canalización a través del mercado cambiario.

Aunque en la actualidad y debido al éxito de esta figura jurídica (en un entorno de ratificación de tratados de libre comercio que actualmente se encuentran en proceso de aprobación en el Congreso de Colombia), se ha incrementado la participación de empresas de soporte técnico, mantenimiento, maquinaria, auditorías, administración de bienes, corretaje y consultoría. Así, una empresa que quiera ingresar a una zona franca, debe soportar un patrimonio de al menos US\$32 millones, asegurar la inversión de cinco veces su valor patrimonial, y garantizar la duplicación su renta líquida gravable.

Es así que, en términos generales, este modelo de negocio ha sido eficiente en el país. Muestra de ello es que paso de 10 zonas francas en 1991 a 101 en 2003, con ventas de más de US\$24,200 millones frente a US\$3,700 millones hace una década, es decir, un aumento del 550 por 100. Estas áreas empresariales están presentes en más de 60 municipios del país de 19 departamentos, generando más 40,000 puestos de trabajo directo y cerca de 90,000 indirectos.

El turismo de salud se ha visto beneficiado de esta figura jurídica a partir del involucramiento de diferentes empresas del sector salud y turismo y la utilización de las ZFPE únicamente dedicadas al sector salud, siendo receptoras de importantes inversiones (principalmente en infraestructura clínica de alta complejidad) ampliando la oferta de servicios de diversas áreas que van desde oftalmología, hasta cirugía cardiovascular de alta complejidad, pasando por radiología y posibilidad de hospedaje mientras culmina el periodo de recuperación dentro de las instalaciones abarcando una serie de ofertas adicionales como la adquisición de bienes suntuarios y la posibilidad de consumo de turismo cultural dentro de las instalaciones.

En ese sentido, se estima que el crecimiento de esta figura sea tal que amplíe la oferta de servicios médicos bajo esta denominación pasando de las existentes en las ciudades de

Bogotá, Barranquilla, Bucaramanga, Rionegro y Pasto que ya cuentan con clínicas en operación. Un caso de gran relevancia es la zona franca permanente de salud que actualmente opera en Barranquilla. Esta no solo ha expandido la oferta, sino que ha fomentado la concentración de pacientes en la zona norte-centro histórico de la ciudad (que hasta el momento solo contaban con dos clínicas de alta calidad y suministro de equipos de última tecnología) (De la Puente, 2015), para pacientes que buscan un servicios de alta calidad, diferenciado a partir de planes de medicina prepagada (medicina privada en Colombia) que cubren servicios de medicina especializada sin pasar por filtros de chequeos ni ordenes médicas en las entidades promotoras de salud. El establecimiento de la zona franca en salud de Barranquilla y la posterior operación de la Clínica Portoazul supuso una inversión de alrededor de US\$4 millones con participación de inversionistas especializados de la ciudad con apoyo de capital chileno.

#### 4.6.3. Estrategia de valor y Programa de Transformación Productiva para el desarrollo del turismo de salud en Colombia (objetivos, actividades principales, actividades ejecutivas, riesgos e inversión requerida)

El objetivo general de la estrategia de valor para el sector es promover la competitividad de la industria para aprovechar las oportunidades que ofrece el mercado internacional, apoyando su fortalecimiento mediante acciones que mejoren la disponibilidad de recurso humano pertinente y bilingüe, faciliten el acceso a capital y provean un marco regulatorio adecuado a la dinámica del sector y a los estándares internacionales.

Para lograr este objetivo se ha identificado que es necesario trabajar en cinco aspectos estratégicos:

- 1) Aumentar la competitividad de la industria orientándola al mercado internacional y estableciendo una estrategia de especialización;
- 2) Desarrollar el capital humano pertinente y bilingüe que estimule el crecimiento y la penetración en mercados externos;
- 3) Desarrollar un marco normativo general que se ajuste a la evolución de la industria e incorpore estándares internacionales;

- 4) Facilitar el acceso a capital a las empresas de la industria;
- 5) Crear e implementar una estrategia sectorial de I+D+i que promueva el desarrollo de productos y servicios de software que respondan al proceso de internacionalización de manera competitiva y sostenible.

En ese sentido, es importante destacar que el Programa de Transformación Productiva creado en el gobierno Uribe (2002-2010) es el encargado de coordinar diferentes dependencias de orden nacional, regional tanto en el sector público como en el privado, las políticas, actividades, inversiones requeridas, y la mitigación de riesgos potenciales que más adelante se mostraran con el de potenciar el sector del surtimentos de salud y bienestar (además de otros de gran importancia). El Programa de Transformación Productiva se crea a partir de la necesidad de potenciar sectores alternativos no tradicionales de la economía nacional con el fin de disminuir el grado de dependencia de ingresos de sectores tradicionales (petróleo, carbón) a partir de la identificación de actividades productivas nacionales donde Colombia cuenta con posibilidades reales de crecimiento internacional a partir de un marco jurídico claro y confiable para actores externos. Este programa cuenta con el apoyo de diferentes entidades públicas y privadas del estado, entre los cuales se destacan ministerios, departamentos administrativos, empresas públicas del estado empresas mixtas y los inclusivos del sector privado que para nuestro caso, son las clínicas privadas, centros de salud públicos y las entidades promotoras de servicios de salud.

También se incluyen las agremiaciones del sector como hotelero, operadores turísticos, transportadores de lujo e incluso servicios consulares.

Las actividades específicas del Programa de Transformación Productiva son las siguientes:

- Fomentando mejoras en la productividad y la calidad: Fortalecimiento;
- Optimizando las reglas de juego: Marco normativo;
- Potenciando sus procesos para ser más competitivas: Infraestructura y logística;
- Generando capacidades: Capital humano;
- Conectándolas con oportunidades de financiación: Acceso a financiación.

Los sectores vinculados al PTP cuentan con planes de negocio -diseñados a la medida- que definen el curso a seguir para alcanzar incrementos decisivos en la productividad y competitividad, mientras fortalecen sus cadenas productivas y se posicionan en mercados internacionales. En concordancia con estos planes de negocio, el PTP desarrolla pilotos que ofrecen soluciones a la medida para acelerar la productividad y competitividad de las empresas y es promotor de la oferta del Gobierno Nacional para el empresariado colombiano.

Así, la hoja de ruta para la potenciación y promoción del turismo de salud, basado en los documentos CONPES y actos legislativos antes mencionados, son los siguientes:

#### 4.6.3.1. Fomento para el incremento del número de profesionales de la salud, especialmente de especialistas y sub especialistas; así como la creación de alianzas académicas internacionales

Los principales objetivos de este apartado son Impulsar acciones para incrementar la cantidad y disponibilidad de profesionales de la salud, así como la promoción para la creación de incentivos para incrementar la disposición de los bachilleres para ingresar al sector salud. Las principales actividades que se están llevando a cabo son la identificación de profesionales y especialidades con mayor déficit (aquella que se busca ofrecer, así como las razones por las cuales existe el déficit oferta o demanda).

Así, para mejorar las restricciones a la oferta, el gobierno nacional a través del Departamento Nacional de Planeación, ministerios involucrados y el Programa de Transformación Productiva, se encuentra en proceso de realización de inventario de la oferta actual de los programas educativos en las áreas (tipo de profesional y especialidades) de interés para el sector. También se destaca el fomento del aumento de cupos requeridos por el sector de la salud en las universidades públicas a partir de programas de aumento de la cobertura educativa, del cual se destaca el programa “Ser Pilo Paga” del Ministerio de Educación Nacional que otorga 10,000 becas completas para el estudio de programas universitarios a estudiantes que obtuvieron altos puntajes en las pruebas de Estado (Saber 11).



El Gobierno Nacional, teniendo en cuenta la importancia que se le debe dar a la calidad de la acción profesional tanto de médicos como enfermeras para asegurar una mayor percepción de excelencia en la práctica en las diferentes categorías de la medicina turística, ha promocionado alianzas entre instituciones educativas colombianas con instituciones internacionales para intercambios educativos. Lo anterior busca además profesionales de la salud, colombianos conozcan más a fondo los procedimientos administrativos y de calidad requeridos para la oferta de servicios médico-turísticos en las principales localidades objetivo resaltando especialmente a Estados Unidos. Sin embargo, debido al alto costo que supone estudiar carreras universitarias del campo de la salud (principalmente medicina y en menor medida enfermería) tanto en concepto de matrícula semestral como en implementos adicionales (libros y demás insumos) donde además, no se hace especial énfasis en prácticas y procedimientos tanto académicos, administrativos y propios de la disciplina aplicados en localidades objetivo, el Gobierno Nacional junto con las universidades públicas y privadas del país y el apoyo de empresas privadas (principalmente las entidades prestadoras de servicios de salud) busca que el personal tanto profesional en medicina general y estudiantes que inician la vida universitaria puedan realizar tanto estudios de postgrado como de pregrado en países angloparlantes dándoles especial enfoque a las especialidades de las cuales el país cuenta con mayor déficit.

Todos los objetivos anteriores se encuentran en proceso de cumplimiento a través de la participación de diversos actores del ámbito nacional, entre los cuales se destacan gerentes de entidades prestadoras de servicios de salud públicos, sus respectivos directores de recursos humanos (con la finalidad de darle prioridad de oportunidades laborales a los profesionales recién egresados con el fin de que adquieran más experiencia laboral en su campo de especialidad), los gerentes de las entidades promotoras de servicios de salud privadas, los decanos de las facultades de ciencias de la salud con la finalidad que se encarguen de ajustar los programas curriculares enfocándolos más hacia el conocimiento de las prácticas administrativas, y propias del ramo enseñadas en países angloparlantes para que los estudiantes puedan conocerlos de primera mano y sentirse familiarizados con su aplicación real en pacientes extranjeros.

Asimismo se encuentran involucrados los directores de programas académicos (medicina, enfermería, psicología, fisioterapia, entre otros) con el fin de supervisar los ajustes curriculares ejecutados en la práctica por los profesores hacia sus alumnos. Por otro lado, las entidades oficiales y privadas involucradas en este proceso son el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, Ministerio de Educación Nacional, universidades públicas y privadas del país representadas en las decanaturas y facultades, programas técnicos de profesionales de la salud, los hospitales públicos y privados, y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

El Gobierno Nacional en cabeza del Departamento Nacional de Planeación, ha identificado potenciales riesgos e inversiones potenciales necesarias para la concreción de los objetivos antes mencionados. Por un lado, los obstáculos son principalmente de tipo coordinativo, restricciones legales y posible oposición de las entidades universitarias nacionales.

Primero, si bien, las 10,000 becas del gobierno nacional son un hecho y muchos estudiantes están accediendo a la posibilidad de estudiar una carrera universitaria, la dispersión de los estudios no permite que se pueda potenciar en una gran proporción las oportunidades de estudios hacia carreras de medicina, enfermería, fisioterapia, y psicología, solo el 23 por 100 de los estudios otorgados con las oportunidades de becas se han dirigido hacia estudios de medicina y sus afines (Ministerio de Educación Nacional, 2014). Segundo, existe una falta de coordinación entre la academia y las instituciones prestadoras de servicios de salud u hospitales públicos y privados para primar a profesionales recién graduados en puestos de trabajo que aumenten su experiencia laboral y les permita acceder rápidamente a estudios de postgrado y tener un contacto más profundo con el tratamiento real a pacientes.

En ese sentido, es necesario un mayor impulso de las academias del país para que fomenten más oportunidades a sus respectivos estudiantes para el acceso a prácticas laborales.

Esta situación se presenta principalmente en las carreras de medicina y enfermería ya que muchas universidades, al no tener su propio centro médico, deben luchar por cupos de prácticas laborales en entidades públicas y privadas dejando por fuera a varios estudiantes que deben buscar por sí solos dichas oportunidades u optar por opciones de prácticas no tan atractivas para su futuro desempeño profesional.

En tercer lugar, en una coyuntura de reformas tributarias anuales que buscan diversificar aún más las fuentes de recursos del erario público a causa de coyunturas económicas externas adversas de las cuales se destacan el mantenimiento de una leve demanda de bienes y servicios de países desarrollados, la baja de los precios internacionales de materias primas (principalmente petróleo y carbón) y la expectativa de un cambio de la política monetaria estadounidense que re direccionaría el flujo de capital directo e indirecto hacia este último, un otorgamiento de beneficios tributarios es una opción de difícil concreción para que empresas que participen en el sector del turismo de salud tengan más beneficios de los que cuentan en la actualidad. Es así que actualmente existen restricciones del Ministerio de Hacienda para brindar beneficios tributarios más allá de los establecidos en la actualidad vía zonas francas de salud y régimen tributario especial para operadores turísticos en todas sus denominaciones. Finalmente, existe el riesgo de una oposición de las academias del país que inquietas ante la propuesta de que un mayor número de estudiantes pueda realizar sus estudios universitarios en países angloparlantes, así como la exigencia de ajuste de las estructuras curriculares de programas de medicina y sus afines con el fin de introducir un mayor conocimiento sobre procesos administrativos, propios de la disciplina y atención directa a pacientes internacionales desde sus inicios en la práctica profesional, opten por sugerir contrapropuestas dirigidas hacia el no riesgo de fuga de potenciales nuevos estudiantes impactando de forma negativa sus ingresos y opción de crecimiento a futuro.

De ahí que las universidades de mayor prestigio se encuentran en la tarea de traer personal (tanto profesores, como funcionarios administrativos) extranjero para ofrecer clases más en sintonía con la dinámica de países como Estados Unidos, conocer a fondo el funcionamiento de clínicas y hospitales públicos estadounidenses con el fin de implementar de forma paulatina sus estándares de calidad y procedimientos administrativos.

Por otro lado, se estima que la inversión requerida para la aplicación de los diversos objetivos, así como las estrategias planteadas al inicio de este epígrafe, dependerá del alcance de las iniciativas desarrolladas donde se destacan principalmente los esfuerzos financieros para la materialización de oferta de becas de estudios tanto de pregrado como postgrado.

En ese sentido, la beca de estudios de pregrado le cuesta actualmente al Estado entre US\$2,000-US\$5,000, estudios de maestría entre US\$13,000-US\$52,000 y estudios

doctorales entre US\$47,000-US\$74,000 sin incluir costos de hospedaje, alimentación, suministro de materiales de estudio, seguro anual, entre otros (Ministerio de Educación Nacional, 2014).

El equipo de trabajo encargado de potenciar el sector médico-turístico se encuentra realizando diferentes labores con el fin de materializar lo antes dicho. Primeramente, se está identificando los principales tipos de profesionales y especialidades con mayor déficit (de aquellas que se busca ofrecer) así como las razones por las cuales existe el déficit (oferta o demanda).

Segundo, para mejorar las restricciones de oferta, el equipo de trabajo busca realizar inventario de la oferta actual de los programas educativos en las áreas (tipo de profesional y especialidades) de interés para el sector, fomentar el aumento de los cupos requeridos por el sector en las Universidades Públicas, incentivar alianzas entre instituciones educativas colombianas con instituciones internacionales para intercambios educativos y promover estímulos para las instituciones prestadoras de servicios de salud (clínicas y hospitales públicos) que capacitan a sus profesionales de la salud.

Para mejorar la disposición a entrar en el sector (situación que se presenta debido al alto nivel de inversión requerido, así como la necesidad de obtención a priori de certificados de calidad de reputación nacional y regional en las localidades objetivo) se debe fomentar la implementación de programas de becas para pregrado o posgrado en países angloparlantes en especialidades con mayor déficit, con el fin de suplir la necesidad que estudiantes manejen muy bien el idioma inglés y disminuir el déficit de profesionales en especialidades con alto nivel de escasos.

Asimismo, promover compromisos entre las instituciones prestadoras de servicios de salud y las instituciones educativas sobre oportunidades laborales para personal egresado.

4.6.3.2. Promover, impulsar y facilitar la capacitación del Capital Humano en Investigación, Desarrollo e Innovación de manera sostenible y que permita generar una visión transformadora a largo plazo en el sector

Para lograr la capacitación y el impulso del capital humano en el sector, es necesaria la consecución de objetivos que propendan hacia la aplicación de innovación en la oferta medica-turística que mejora la productividad y competitividad del sector productivo en el país. Así, los principales objetivos planteados por el equipo de trabajo encargado de la potenciación del sector del turismo de salud son:

- Alinear las necesidades de capacitación y educación en Investigación, Desarrollo e Innovación del sector productivo, con la estrategia de fomento a la innovación y desarrollo empresarial de COLCIENCIAS;
- Fomentar la capacitación y motivación de la alta dirección de las empresas del sector productivo en investigación, desarrollo e innovación;
- Propiciar el fortalecimiento de la capacidad científica, tecnológica y de innovación de los profesionales del sector productivo, que le permita al sector ser más competitivos en el mercado internacional;

Mientras que las principales actividades enmarcadas para el cumplimiento de los anteriores objetivos son:

- Documentar la oferta de programas educativos relacionados directa mente con la investigación, desarrollo e innovación ofrecidos por las IES (Instituciones de Educación Superior) nacionales e internacionales;
- Conocer y difundir la actual política de fomento a la investigación e innovación, así como los programas actuales ofrecidos por Colciencias;
- Evaluar la brecha que el sector productivo percibe en CTI (Ciencia, tecnología e Innovación) y crear mapas de competencias científicas y tecnológicas pertinentes para el sector;
- Desarrollar conjunta mente con las Instituciones de Educación Superior (IES) y los Centros de Desarrollo Tecnológico e Innovación y el sector productivo, planes de choque en capacitación para atender sus necesidades actuales y futuras;
- Fomentar la participación del sector productivo en los planes de capacitación de sus profesionales en las áreas de interés a través de propiciar el acercamiento de los profesionales del sector a la ciencia y a la innovación tecnológica a través de planes de divulgación y programas de becas, impulsar el fortalecimiento de formación de

técnicos y tecnólogos especializados para I+D+i, y desarrollar un plan de transferencia de conocimientos y tecnologías con expertos internacionales;

- Promover la formación de doctores y las pasantías post-doctorales;

Los principales agentes involucrados en el cumplimiento de dichos objetivos son los directores de recursos humanos que se encargarían de facilitar el ingreso de profesionales de la salud en instituciones médicas, así como la promoción e incentivo hacia la capacitación de los profesionales que ejercen su profesión con el fin de incentivar la actualización continua de información de los sus respectivas empleados.

Por otro lado, las entidades públicas encargadas de desarrollar los anteriores objetivos son el Ministerio de Industria, Comercio y Turismo, el Servicio Nacional de Aprendizaje, COLCIENCIAS, representantes de la industria hotelera, hospitalaria y promotora de servicios de salud, representantes del sector educativo en cabeza de los decanos de las facultades de la salud, así como los coordinadores de programas a fines al mismo, y los representantes de la educación no formal (educación continua) que jugarían un papel fundamental en la actualización de la información a profesionales ya graduados con experiencia laboral y que buscan adaptarse a las nuevas demandas del sector médico-turístico.

Los principales riesgos enmarcados en el cumplimiento de estos objetivos son la generación de confianza en los sectores productivos y educativos para el desarrollo de estas alianzas debido a que en la actualidad existe un costo circuito entre la enseñanza universitaria hacia profesionales y los requerimientos que necesita el mercado. Es tanto el distanciamiento entre ambos que existe un déficit importante de ingenieros de diversas áreas de alrededor de 35 por 100 (Ministerio de Educación Nacional, 2014) mientras que los programas que en los programas de ingeniería, el crecimiento interanual de estudiantes matriculados es de 12,5 por 100. También existe un alto riesgo de falta de aprobación y continuidad en el proceso por parte del sector productivo para el desarrollo del plan de negocios, además del no seguimiento continuo del cumplimiento de los compromisos adquiridos con el sector educativo (los escasos que se encuentran en curso y vigentes). Asimismo, existe la falta de interés en establecer este tipo de convenios por parte de las entidades internacionales ya que se necesitaría un trabajo de reconocimiento de las entidades educativas nacionales con

proyección internacional limitada que no muchos casos no representa un interés alto para para los centros de pensamiento de países angloparlantes, así como universidades internacionalmente reconocidas que buscan aumentar mucho más su proyección a partir del aumento de la categorización de sus pares internacionales.

Finalmente, existe la limitación de presupuesto de las entidades públicas y privadas nacionales o internacionales para este tipo de convenios/ incentivos debido a situaciones fiscales internas de Colombia expuestas anteriormente. En ese sentido, es imperante la necesidad que las entidades académicas nacionales, así como las entidades públicas de promoción y prestación de servicios de salud gestione ayudas internacionales procedentes de diversas fuentes que incluyen organizaciones no gubernamentales, gobiernos de otras naciones, e incluso entidades académicas extranjeras.

Las actividades que se encuentra realizando el equipo de trabajo en cabeza de la organización de Programa de Transformación Productiva son las siguientes:

- Conformar equipo inter-disciplinario privado-público para ejecutar la iniciativa;
- Identificar las necesidades de capacitación bilingüe del sector productivo y desarrollar una estrategia que permita medir la demanda con la oferta de recurso humano bilingüe actual;
- Divulgar la actual política de educación bilingüe del Ministerio de Educación Nacional;
- Divulgar los programas de capacitación bilingüe del SENA y desarrollar en conjunto planes de choque para atender las demandas actuales;
- Lograr una mayor cobertura, alcance y calidad de los programas de capacitaciones bilingües actuales, pertinentes al sector productivo e impulsar nuevas alianzas y/o convenios con las instituciones dedicadas a la capacitación bilingüe;
- Desarrollar una estrategia que permita conocer los programas ofrecidos en los institutos de idiomas e instituciones educativas de las regiones para de esta manera focalizar esfuerzos en la identificación de las brechas existentes;
- Diseñar campañas que promuevan el estudio de una segunda lengua;

- Diseñar en conjunto con el equipo de trabajo público-privado planes de choque que permitan atender las necesidades actuales de desarrollo bilingüe en el recurso humano;
- Impulsar un mayor acceso a la capacitación bilingüe a través de becas con los organismos nacionales o internacionales que tengan este objetivo.

#### 4.6.3.3. Estimulación y promoción del bilingüismo con el objetivo de aumentar la eficiencia y la productividad de los empleados del sector

Con el fin de promover en mayor medida el bilingüismo en profesionales de la salud que un mayor desenvolvimiento de estos hacia pacientes internacionales que permita crear mayores lazos de confianza entre las partes, además de incrementar sus niveles de profesionalidad y desenvolvimiento en institucionales hospitalarias nacionales e internacionales de medicina médico-turística, es necesario el cumplimiento de los siguientes objetivos del cual se encuentra trabajando el equipo técnico de Programa de Transformación Productiva:

- Estimular, fortalecer e impulsar que el recurso humano de los sectores de talla mundial cuente con una segunda lengua que facilite el intercambio comercial y el proceso de internacionalización sectorial;

Las actividades que se encuentra desarrollando el equipo técnico de Programa de Transformación Productiva son los de:

- Conformar equipo inter-disciplinario privado-público para ejecutar la iniciativa.
- Identificar las necesidades de capacitación bilingüe del sector productivo y desarrollar una estrategia que permita medir la demanda con la oferta de recurso humano bilingüe actual;
- Divulgar los programas de capacitación bilingüe del SENA y desarrollar en conjunto planes de choque para atender las demandas actuales Actividad;
- Lograr una mayor cobertura, alcance y calidad de los programas de capacitaciones bilingües actuales, pertinentes al sector productivo e impulsar nuevas alianzas y/o convenios con las instituciones dedicadas a la capacitación bilingüe;



- Desarrollar una estrategia que permita conocer los programas ofrecidos en los institutos de idiomas e instituciones educativas de las regiones para de esta manera focalizar esfuerzos en la identificación de las brechas existentes;
- Diseñar campañas que promuevan el estudio de una segunda lengua;
- Diseñar en conjunto con el equipo de trabajo público-privado planes de choque que permitan atender las necesidades actuales de desarrollo bilingüe en el recurso humano;
- Impulsar un mayor acceso a la capacitación bilingüe a través de becas con los organismos nacionales o internacionales que tengan este objetivo.

#### 4.6.3.4. Capacitación al personal de salud y turismo en servicios para Turistas de salud

Esta iniciativa busca promover, impulsar y facilitar el acceso al conocimiento en coherencia a la capacitación y educación del Recurso humano en Investigación, Desarrollo e Innovación y así poder contar con el capital humano pertinente y que ayude a mejorar la productividad y la competitividad del sector productivo en el país.

En ese sentido, los objetivos primordiales que se deben cumplir son los siguientes:

- Capacitación R R.HH. del sector salud sobre temas de turismo y complementariedad en la oferta de servicios de estos dos sectores;
- Capacitación R R.HH. del sector turismo en temas de atención a pacientes médicos;

Así, los actores que se encuentran haciendo parte de esta iniciativa son por un lado el gerente público del Programa de Transformación Productiva cuyo papel se enfoca en la coordinación de centros de salud para promover la capacitación partir del conocimiento público de la importancia de establecer sinergias entre las partes con el fin de permitir un mayor nivel de preparación de profesionales de la salud en el campo experimental cuyo principal foco sea la implementación de procedimientos administrativos y propios de su campo de acción a turistas de salud procedentes de diferentes localidades objetivo.

También se destaca la participación tanto de directores de recursos humanos de hospitales y clínicas ya que a partir de la facilidad que otorguen en la posibilidad de que profesionales

recién egresados cuenten con más oportunidades de ejercer su actividad profesional y de tener un contacto mucho más fluido con pacientes tanto del sector público y privado, estos contarán con mayor preparación en la atención a pacientes internacionales o nacionales procedentes del extranjero. Es muy importante destacar que si bien los pacientes nacionales radicados en el extranjero en muchos casos conocen los procedimientos e idiosincrasia nacional, estos, al tener mucho tiempo por fuera del país, se acostumbran a tratamientos y procedimientos administrativos y médicos diferentes donde prima a la atención inmediata y estandarizada. En ese sentido, es importante que tanto médicos como enfermeras tengan en cuenta al momento del suministro de servicios de salud que una de las características que buscan estos pacientes nacionales en el extranjero es la atención personalizada y detallada en todo momento ya que al realizar un esfuerzo financiero adicional para trasladarse hasta Colombia y someterse a procedimientos en el país, sienten que deben ser atendidos con especial atención y privilegio. El incumplimiento del factor personal en la atención médica puede desembocar en la mala imagen y reproducción de comentarios negativos de la atención nacional a pacientes internacionales tanto de la salud, como de bienestar integral.

Otros representantes incluidos son los directores de programa del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), así como directores de agremiaciones como ANATO (Asociación Colombiana de Agencias de Viajes y Turismo), COTELCO (Asociación Hotelera y Turística de Colombia) con el fin de coordinar los estándares de calidad e inversiones requeridas para la atención particular a turistas de salud. Cabe anotar, que a diferencia de otros tipos de turistas, los pertenecientes al subsector de la salud buscan tranquilidad y especialmente privacidad mientras se someten a procedimientos para curar o prevenir una condición, con lo cual la discreción, así como el contacto permanente entre el centro de salud donde el último piensa someterse a procedimientos médicos, debe ser un eje fundamental de funcionamiento sinérgico entre los operadores del turismo de salud nacional.

Existen varias alianzas entre los operadores de centros de salud y de bienestar, y hoteles de alta gama para que el traslado, comunicación constante y el flujo de información entre los operadores con respecto al turista de salud sea permanente y no exista un aislamiento entre el hotel, la empresa transportadora y el centro de salud donde el paciente se encuentra adelantando sus procedimientos médicos.

Finalmente, es importante la inclusión de los agentes de servicios consulares de donde provenga el paciente ya que al existir una comunicación constante entre el turista de salud y un agente encargado del seguimiento de su caso (causa de estadía en Colombia, sitios donde se hospeda, centro de salud donde se encuentra adelantando su tratamiento médico y medico encargado de su tratamiento) para fines de comunicación a su respectivo consulado, el paciente siente un mayor nivel de seguridad y amparo en caso de hurto, o resultados adversos en materia de procedimiento médico que le permita acudir directamente a su representación consular donde no deba iniciar desde cero su trámite de reclamación.

Las entidades involucradas en este proceso son el Ministerio de Comercio, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, gremios de sectores, prestadores de servicios turísticos, entidades de promoción y prestación de servicios de salud, y la Cancillería.

El involucramiento de estos actores permite que las sinergias entre los diferentes operadores turísticos directos e indirectos puedan ejercer de forma efectiva clústeres e interacción de la información que permita una mayor efectividad en la oferta de servicios sanitarios a pacientes extranjeros o nacionales radicados en el exterior. Los principales riesgos que se presentan en esta iniciativa son varias:

- Falta de articulación de los dos sectores. Al no existir una política nacional de integración de centros académicos con centros de salud más allá que la obligación de ofrecer oportunidades limitadas en cupos de que nuevos profesionales de la salud ejerzan su profesión en los primeros, así como la falta de flujo de información entre ambos que permite una mayor sintonía en el cumplimiento mutuo de objetivos, es necesaria la ampliación de cupos, así como el establecimiento de acuerdos tácitos entre la academia y centros de salud para que se enseñe e implementen estándares de calidad en materia administrativa y propia del sector enfocado en la preparación de profesionales de la salud para la atención de pacientes internacionales.
- Demoras en el desarrollo de los programas. Otro gran inconveniente es que una vez las partes lleguen a un acuerdo, la creación y ejecución de los programas conjuntos para la enseñanza e implementación de estándares administrativos y propios del deben ir de acuerdo a las normativas legales propias exigidas en la Ley 100 de 1993

(Ley 100 de 1993). Ya que en caso de incumplimiento de la normativa, existe el riesgo del cierre parcial o total del centro de salud.

- Renuencia de las facultades a implementar cambios en su programa. Esto se debe a que la idea de preparar a profesionales bajo estándares internacionales por encima de estándares nacionales supone en muchos casos una limitación de práctica médica y administrativa a varios profesionales que aspiran a ofrecer servicios de salud solo dentro del país para pacientes nacionales y dirigidos fundamentalmente al sector público. En ese sentido, los programas de medicina y enfermería, buscando aumentar la demanda de profesionales nacionales debido a las aspiraciones de los mismos y conocimiento incipiente del turismo de salud más allá de las oportunidades abstractas que se supone que ofrece, optan por realizar cambios mínimos limitados en el conocimiento general de los estándares procedimentales internacionalmente reconocidos, así como una breve aproximación a los tipos de atención médica en países como Estados Unidos, España, entre otros.

Por otro lado, la inversión requerida estimada por el Programa de Transformación Productiva con base en ejemplos de programas de capacitaciones ya existentes, como capacitaciones ofrecidas por el clúster de Medellín, el INALDE o por la Universidad de Los Andes para temas específicos es de alrededor de US\$600 – US\$800 por asistente (paciente).

Esto para lograr una mayor sinergia entre los operadores médico-turísticos, así como una mayor integración y flujo de información entre los centros de salud y la academia.

Teniendo en cuenta lo anterior, las actividades que se encuentran adelantando los participantes de esta iniciativa son las siguientes:

- Desarrollar cronograma de talleres de sensibilización y complementariedad entre los dos sectores, con base en los mercados objetivos que se han priorizado, mínimo 4 por año;
- Crear el programa de capacitación a funcionarios de las oficinas de atención a pacientes internacionales de las IPSs;
- Capacitar en temas relevantes para turistas (visas, trámites etc.) al personal de las oficinas de atención a pacientes internacionales de las IPSs;

- Incluir dentro de la línea de profundización de marketing en salud, el tema de turismo de salud;
- Incluir dentro de programa curricular de turismo la asignatura de primeros auxilios;
- Capacitar al personal de turismo en temas relacionados a trámites de visas médicas a través de cancillería, SENA y facultades de Hotelería y Turismo.

#### 4.6.3.5. Definición y promoción de mecanismos normativos que garanticen la calidad de los servicios de turismo de salud

Esta iniciativa busca garantizar la calidad de los servicios ofrecidos a los turistas de salud a través de toda la cadena de valor.

Asimismo, pretende fortalecer la institucionalidad del sector a través de la consolidación del marco normativo en aras de promover una mayor cantidad de inversiones directas a partir de reglas de juego claras para los diversos sectores productivos nacionales que busquen involucrarse en el turismo de salud nacional. Los principales objetivos para el cumplimiento de dicha iniciativa son el diseño de una plantilla de requisitos que deben cumplir los prestadores de servicios de turismo de salud para recibir el aval del gobierno para la promoción de los mismos. Asimismo se está estableciendo un sistema de control sobre la oferta de prestadores de servicios de turismo de salud.

Las actividades principales que se encuentran llevando a cabo los miembros del comité de Programa de Transformación Productiva son:

- Definir los requisitos sobre: Formalidad y experiencia, infraestructura para atender turistas de salud, certificación de competencias laborales y capacitación del personal, certificaciones de calidad, Seguridad e higiene, insumos y equipos, servicio al cliente y asistencia legal (seguros). Cabe destacar el componente de servicio al cliente ya que solo hasta 2012 se avaló el estatuto del consumidor con el fin de dar respuesta a las persistentes quejas sobre aumento de precios sobre bienes y servicios básicos y secundarios, la ineficiencia temporal en la respuesta de autoridades del consumidor, además de la ambigüedad en la obligatoriedad de respuesta por parte de las firmas

privadas en la garantía de la calidad del producto consumido, así como la atemporalidad del producto adquirido por el consumidor colombiano;

- Crear un registro de prestadores de servicios que cumplen los requisitos para exportar servicios de turismo de salud;
- Actualizar registro de prestadores de servicios que cumplen los requisitos para exportar servicios de turismo de salud;
- Crear un sistema de divulgación acerca de los riesgos de utilizar proveedores de servicios no registrados como prestadores de servicios de turismo de salud, normas sobre responsabilidad médica, responsabilidad civil y asistencia legal;

Los miembros encargados del cumplimiento de esta iniciativa son los gerentes de los centros de salud públicos y privados ya que al tener conocimiento detallado del marco legal vigente que debe cumplirse, pueden participar en un proyecto normativo administrativo y legislativo que permita otorgar mayores beneficios en materia de seguridad jurídica a empresas que deseen operar en el sector del turismo de salud más allá de los beneficios propios del régimen franco en Colombia. También se incluyen a los decanos de facultades de medicina, enfermería y sus derivados ya que al conocer el marco normativo de la Ley 30 de 1993 o Ley General de Educación por medio del cual se organiza el servicio público de educación superior (Ley 30 de 1992) aplicado a la oferta educativa en el área de la salud donde en la actualidad el gobierno nacional está dando un enfoque categorizista de la actividad particular de cada profesión, es importante el ajuste programático donde se especifique el enfoque de aprendizaje basado en el modelo experimental de servicios con el fin de que las universidades que ofrecen programas en el área de la salud realicen los ajustes necesarios para el fomento de un nuevo modelo educativo.

Por otro lado, también es necesaria la inclusión de gerentes de instituciones de salud privadas y clínicas particulares ya que debido al manejo diario que tienen estas organizaciones con respecto a actualizaciones normativas, se hace posible la creación de proyectos de ley que incentiven la prestación de servicios de salud aquí estudiados para pacientes extranjeros o nacionales en el exterior enfocados hacia la estructuración de oferta de aquellos servicios médicos donde exista escases de insumos en implementos.

Es importante que se establezca un marco normativo de estándares de calidad y de definición tacita de la medicina de bienestar ya que en la actualidad, el limbo jurídico y la ambigüedad normativa concerniente a este aspecto, hace que existan grandes posibilidades de oferta de servicios de medicina de bienestar de baja calidad, estafas e incluso falta de respuesta frente a la no satisfacción plena del servicio prestado vulnerando a los potenciales clientes, con lo cual tendría un efecto nefasto sobre la reputación incipiente tanto de la categoría wellness, como en la totalidad del sector. Por otro lado, las entidades involucradas en el cumplimiento de la presente iniciativa son el Ministerio de Industria, Comercio y Turismo, especialmente enfocado hacia el Viceministerio de Turismo, Ministerio de Salud y Trabajo, Secretarías de Salud, Facultades de Medicina, sociedades científicas, centros de pensamiento y de opinión que fortalezcan el apoyo a los proyectos de ley que favorezcan el turismo de salud, los gremios económicos, los centros de salud, las entidades promotoras de servicios de salud, las empresas cualificadas de transporte nacional de lujo, y lo hoteles de alta gama para el hospedaje de los huéspedes nacionales e internacionales.

Los principales obstáculos que representa la presente iniciativa son las siguientes de las cuales el equipo de Programa de Transformación Productiva se encuentra trabajando:

- Excesiva cantidad de requisitos que termine en desincentivar la oferta de servicios para el sector;
- Impopularidad de los requisitos;
- Riesgo de que las normas sobre calidad, seguridad e higiene, control de insumos y responsabilidad civil o médica no estén adecuadas a los estándares internacionales y requieran ser ajustadas;
- Contrabando de insumos;
- Asegurabilidad de los pacientes;

Cabe destacar dos riesgos que se superponen a los demás. El primero es el contrabando de medicamentos y equipos médicos que no cuentan con registro calificado INVIMA (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos) de alta calidad.

El contrabando de medicamentos, como de otro tipo de bienes entre los cuales se destaca la gasolina, el cigarrillo, alimentos básicos, todos en su mayoría provenientes de

Venezuela debido a la fortaleza actual del peso colombiano frente al Bolívar venezolano que, sumado a una precaria vigilancia y control de las autoridades nacionales colombianas y venezolanas, así como el involucramiento directo de bandas criminales colombianas, guerrilla colombiana y delincuencia común, aumenta el riesgo que muchas clínicas privadas opten por adquirir medicamentos de contrabando como resultado del bajo nivel de vigilancia, control y altos niveles de corrupción de las entidades de supervisión del sistemas de salud.

También cabe destacar la impopularidad de requisitos debido a que lo que buscaría un marco jurídico que fortalezca el sector del turismo de salud es la priorización de servicios médicos estratégicos para pacientes extranjeros que en muchos casos son de escasa demanda comparativa a nivel nacional. Esto por supuesto, provocaría un malestar general en la población que al ver que existen incentivos para la inversión en procedimiento de baja demanda comparativa, optarían por protestas y presión sobre el Gobierno Nacional que desembocaría en cambios de fondo sobre las decisiones tomadas. Finalmente, es necesario destacar el excesivo nivel de trámites que deben cumplir las compañías prestadoras y promotoras de servicios de salud que incentiva la disminución de ofertas en varios de los servicios de alta complejidad que pretenden suministrar en mayores cantidades. Esto se debe a que al existe múltiples dependencias administrativas y fiscales en la prestación de servicios de salud (Procuraduría, Contraloría, Auditoría, INVIMA, permisos de operación del Ministerio de Salud, Secretaria de Salud municipal, Secretaria de Salud departamental, entre otras) que dificultan la operación rápida de estas a fin de cumplir normas estatutarias nacionales acordes al mandato constitucional.

Como resultado, el equipo técnico de Programa de Transformación Productiva junto con las demás entidades del estado mencionadas anteriormente, se encuentra adelantando las siguientes actividades de promoción de iniciativa y mitigación de riesgos:

- Definición de requisitos sobre formalidad y experiencia, infraestructura para atender turistas de salud, certificación de competencias laborales y capacitación del personal, certificaciones de calidad, seguridad e higiene, insumos y equipos, servicio al cliente y asistencia legal, seguros;
- Crear un registro de prestadores de servicios que cumplen los requisitos para exportar servicios de turismo de salud;



- Actualizar registro de prestadores de servicios que cumplen los requisitos para exportar servicios de turismo de salud y utilizar sistema de divulgación para avalar a prestadores;
- Crear un sistema de divulgación acerca de los riesgos de utilizar proveedores de servicios no registrados como prestadores de servicios de turismo de salud, normas sobre responsabilidad médica, responsabilidad civil y asistencia legal.

#### 4.6.3.6. Gestión de flexibilización del visado para el ingreso de turistas de salud al país

Esta iniciativa busca promover la flexibilización de los trámites y de las condiciones de los visados de salud. Así, es importante la consecución de los siguientes objetivos:

- Promover la flexibilización de los trámites relativos a la visa de salud;
- Fomentar el uso de los visados de salud.

El primer objetivo pasa por someter a evaluación a las entidades prestadoras y promotoras de servicios de salud en embajadas de localidades objetivas (principalmente Estados Unidos, Canadá y Panamá) donde las entidades auditoras avalen la pertinencia y calidad de los servicios permitiendo mayores flexibilidades de viajes para pacientes internacionales hacia Colombia, logrando así mayor reconocimiento internacional en la aplicación de estándares internacionales de servicios de salud. Asimismo, es importante la participación del Ministerio de Industria y Comercio, así como el Ministerio de Relaciones Exteriores en la promoción de la buena imagen y reputación de los procedimientos médicos que Colombia busca exportar en mayores cantidades a partir del cumplimiento de esta y las demás iniciativas mencionadas.

El cumplimiento del primer objetivo de la presente iniciativa facilitaría el cumplimiento de la segunda ya que a partir de la buena imagen y conocimiento exterior de los excelentes estándares de calidad que se encuentran implementando las entidades promotoras y prestadoras de servicios de salud, así como la potenciación del sector desde el ámbito público, el Ministerio de Relaciones Exteriores a través de sus diferentes Consulados y Embajadas en las localidades objetivo ofrecería mayores beneficios y facilidades en la solicitud de visas de salud incentivando a nuevos pacientes tanto nacionales en el exterior como extranjeros a que se sometieran a los tratamientos ofertados a nivel interno. Las actividades principales que el

equipo de trabajo se encuentra realizando de la mano con los organismos públicos mencionados son:

- Revisar con la Cancillería qué se viene adelantando pertinente a esta iniciativa;
- Verificar las condiciones de los visados de salud, para evaluar si es necesario implementar condiciones más flexibles y/o beneficios que incentiven el uso de estas visas;
- Dar a conocer los beneficios de utilizar la visa de salud;
- Promover los beneficios comparativos de accesibilidad de la visa de salud en Colombia vs. Otros competidores;

El principal riesgo en el cumplimiento de esta iniciativa serían las trabas puestas por la Oficina de Migración Colombia donde se percibiría una flexibilización injustificada del otorgamiento de visas que puede incidir en un mayor riesgo de contrabando, narcotráfico e incluso estadía ilegal por tiempo indeterminado.

#### 4.6.3.7. Gestión y desarrollo de mecanismos para la atracción de inversión extranjera directa

Esta iniciativa se fundamenta en la potenciación de figuras jurídicas y estatutos de inversión que permita un crecimiento de proyectos de inversión directa en el sector del turismo de salud a partir de las necesidades propias en materia de infraestructura, recurso humano, maquinaria y equipo que expandiría la capacidad de absorción de demanda actual y futura.

Para tal fin, es necesaria la promoción de mecanismos y atracción de inversión extranjera directa de entrada a través de la Creación de un comité público-privado para identificar posibles inconvenientes en la aplicación de mecanismos de atracción de inversión extranjera directa de entrada, la realización de sugerencias de modificaciones y complementaciones para apoyar el incremento de IED en Colombia en caso de ser necesarias, la recomendación de cambios en los mecanismos de atracción de IED, en caso de ser necesario, la evaluación de recomendaciones sectoriales de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Industria y Comercio, la elaboración de un listado de mercados y compañías

objetivos para que realicen inversión en el sector y la promoción internacional de los mecanismos de inversión extranjera directa de entrada.

#### 4.6.3.8. Facilitar la creación de líneas de crédito y garantías financieras para el desarrollo del sector Turismo de Salud y promocionar las existentes

La presente iniciativa busca una mayor facilidad de acceso a crédito para fines de inversión en el sector del turismo de salud a partir de mayor apoyo de entidades públicas y mixtas de crédito que incentiven a medianos actores con capital limitado en la oferta médico-turística a pacientes internacionales y nacionales en el extranjero. Así, entidades de crédito y asistencia oficial como El Banco de Comercio Exterior (BANCOLDEX), la Financiera de Desarrollo Territorial (FINDETER), el Fondo Nacional de Garantía (FNG), el Fondo Emprender del SENA, y el Programa de Fomento para la Pequeña y Mediana Empresa (FOPYME) se encuentran en proceso de ampliación de líneas de crédito condicionados con tasas de interés mucho menores a promedio tradicional de mercado, y muy por debajo de la tasa de usura después de la respuesta positiva del inicio de esta iniciativa donde a través de BANCOLDEX, las solicitudes de crédito para inversión en programas de medicina de bienestar aumentó en más del 100 por 100 en el periodo de tres años (BANCOLDEX, 2014).

Los principales miembros de esta iniciativa son las entidades de crédito oficiales del estado para fines de emprendimiento no tradicional anteriormente mencionado, el director del Programa de Transformación Productiva para la guía de los rubros que requieren mayor financiación oficial y mixta, y los representantes de gremios relacionados con el turismo de salud con el fin que conozcan los planes de financiación no tradicional y asistencia técnica para la solicitud y posterior desembolso condicionado.

Los principales riesgos que presenta esta iniciativa son por un lado los pocos recursos existentes en las entidades de financiación no tradicional como resultado de la baja asignación presupuestaria y bajo aporte total de las entidades privadas que la componen, así como las restricciones de implementación a través del sistema bancario debido a la restricción de crédito para empresas con bajo conocimiento en el sector que se traduce en facilidades de

crédito de libre inversión que suponen un interés mucho más alto que en condiciones de no tradicionalidad.

Impulsar el mejoramiento de la conectividad aérea: La presente iniciativa busca impulsar el incremento de rutas o frecuencias aéreas desde los mercados objetivo hacia los destinos colombianos de turismo de salud, con tarifas competitivas e infraestructura adecuada para prestar un servicio óptimo a los turistas de salud. Esto está siendo posible debido al crecimiento exponencial de la competencia interna permitiendo la existencia de tarifas preferenciales en épocas específicas del año que fomenta el aumento de transporte de pasajeros desde las localidades objetivo hasta el destino final con fines de tratamientos de medicina en sus diferentes categorías. Así, los objetivos que se encuentran en proceso de cumplimiento por medio del cual se podría consolidar esta iniciativa son:

- Promover la adecuación de los terminales para satisfacer la demanda y necesidades particulares de los turistas de salud;
- Fomentar la apertura de nuevas rutas o frecuencias desde los países objetivo de mercado hacia los destinos de turismo de salud;
- Propender por el establecimiento de tarifas aéreas competitivas respecto de los destinos de turismo de salud competidores.

Para lograr el cumplimiento de los anteriores objetivos, es necesaria una mayor gestión pública por parte de los diferentes ministerios involucrados, además de una mayor gestión de promoción de ciudad de los diferentes alcaldes de las ciudades más importantes de Colombia para lograr mayor incentivo de las compañías aéreas a establecer vuelos directos entre Colombia y las principales localidades destino.

Así, se destaca el actual acuerdo de conectividad entre la empresa American Airlines que estableció la ruta Barranquilla-Fort Lauderdale sin pasar por la ciudad de Bogotá, o la conexión entre las ciudades de Cartagena de Indias (Colombia)-Fort Lauderdale (Estados Unidos) a bajo precio, aumentando el porcentaje de Colombianos que viajan al extranjero en 2 por 100 (Aeronáutica Civil, 2013).

Los principales riesgos de esta iniciativa son la saturación de la capacidad aeroportuaria y desarrollo lento de los procesos licitatorios y de las obras de infraestructura necesarios para

ampliarla, la dificultad para incluir las adecuaciones necesarias para atender turistas de salud en los planes de renovación de los terminales, la reticencia por parte de las aerolíneas nacionales al ingreso de otras aerolíneas internacionales, principalmente las de bajo costo y los costos relacionados con las obras de infraestructura. El riesgo más destacado es el relacionado con la precariedad de los terminales aeroportuarios nacionales en el sentido de no estar preparados para un aumento sustancial de la capacidad frente a las inversiones que supone la introducción de competidores internacionales.

Las infraestructuras de transporte tanto aéreo como terrestre han sido la principal debilidad y obstáculo para la conexión nacional, tanto así que existen ciudades completamente incomunicadas de los principales centros económicos nacionales (De la Puente, 2012).

Se estima que para lograr una modernización de las terminales aéreas que incluyan remodelación de pistas de aterrizaje, climatización interna (principalmente en zonas cálidas), aumento de terminales que permitan la absorción de una mayor cantidad de pasajeros, el aumento de recurso humano como respuesta a las nuevas demandas de pasajeros, la cobertura de servicios públicos como agua y electricidad, ronda los US\$12,000 millones, una cifra muy alta para un país que se encuentra en proceso de paz donde la reparación de víctimas luego de sesenta años de conflicto armado interno, sumado a una coyuntura económica mundial negativa donde los precios del petróleo y carbón han bajado de forma drástica y no se prevé un incremento sustancial de demanda de bienes por parte de países en desarrollo, es muy alta y solo puede materializarse con recursos provenientes del endeudamiento ante entidades financieras multilaterales como el Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.

En tal situación, las actividades promotoras del cumplimiento de esta iniciativa son:

- Generar una cultura de servicio para la atención adecuada a los turistas de salud;
- Determinar las rutas y frecuencias en función de los mercados objetivos;
- Identificar las aerolíneas interesadas en operar o aumentar sus frecuencias en las rutas de turismo de salud;
- Brindar apoyo en la negociación de los convenios bilaterales;

- Fomentar el diseño de tarifas especiales para turistas de salud;
- Promover las mejoras necesarias en los terminales para recibir turistas de salud Actividad;
- Desarrollar una cartilla de previsiones respecto de las necesidades particulares de los turistas de salud, para que sea incluida en los planes de renovación de los terminales.

#### 4.6.3.9. Desarrollar una propuesta de articulación entre entidades del gobierno a través de un documento CONPES

La presente iniciativa busca desarrollar una propuesta de articulación entre entidades del gobierno a través de un documento CONPES para asegurar la continuidad de las iniciativas transversales y sectoriales del Programa de Transformación Productiva.

El principal objetivo para el aseguramiento de esta iniciativa es establecer los lineamientos para el fortalecimiento de los sectores de talla mundial mediante una política estatal reflejada en un documento CONPES. Lo anterior debido a que el aseguramiento de futuros documentos CONPES permite la continuidad de políticas y cumplimiento de objetivos enmarcado en el Programa de Transformación Productiva a fin de garantizar los recursos públicos y apoyo de entidades oficiales y privadas frente a futuras situaciones de incertidumbre de la economía mundial y nacional. Es solo a través de la emisión de documentos administrativos como el CONPES que se pueden asegurar recursos para políticas establecidas en gobiernos anteriores y continuarlas en el futuro.

Este factor es muy importante si se tiene en cuenta que es muy común que las políticas gubernamentales se descontinúen alegando un nuevo enfoque de política pública que ha terminado por dejar a medias muchos proyectos de varias índoles, entre los cuales se destacan las infraestructuras de transporte, la política de cobertura de educación superior pública o el establecimiento de seguros contra el desempleo. Aunque, si bien existen casos de continuidad de la base de política pública iniciada por un gobierno, el próximo le realiza muchas modificaciones que termina por distorsionar la finalidad última de la política en cuestión.

Los miembros que actualmente se encuentran integrando el cumplimiento de esta iniciativa son por un lado el Director de Marco Normativo del Programa de Transformación

Productiva, los gerentes del sector público del sector salud (promotores y prestadores del servicio) y los representantes de gremios relacionados con el sector del turismo de salud en sus diferentes categorías (hoteles, clínicas privadas, empresas de transporte de pasajeros de lujo, centros de bienestar spas, gimnasio, entre otros). Estos deberán mitigar los riesgos que supone el aseguramiento de un documento CONPES en un ámbito de incertidumbre económica nacional e internacional. Por un lado deberán identificar la importancia y las ventajas en la sostenibilidad de las iniciativas de los sectores, mediante la construcción de una política estatal para la continuidad y fortalecimiento de los sectores de talla mundial del Programa de Transformación Productiva, solo así se podrían asegurar recursos públicos para la promoción del sector a partir de las potencialidades que los respectivos ministerios y entidades administrativas del estado observen. Sin embargo, esta actividad no supone un reto mayor ya que muchos de los ministerios que integran el gobierno nacional se encuentran participando en las iniciativas anteriores, lo que incide en el convencimiento de su importancia al momento del aseguramiento de recursos en posteriores gobiernos.

También se necesita presentar una propuesta al Ministerio de Comercio, Industria y Turismo con relación a la forma de operacionalizar dichas articulaciones con el fin de convertirlas en políticas de Estado a través de un documento CONPES para el Programa de Transformación Productiva. Dicho documento debe incluir, entre otros: objetivos, justificación, y beneficios.

Finalmente, deben apoyar al Ministerio de Comercio, Industria y Turismo en el proceso de aprobación del Documento CONPES ante los organismos pertinentes.

#### 4.6.3.10. Promover la creación y actualización de estadísticas del sector

Esta iniciativa pretende revisar la información estadística de los sectores salud y turismo e impulsar la generación, divulgación y posterior actualización de estadísticas para el sector Turismo de salud.

El principal objetivo es establecer un sistema de consolidación eficiente de estadísticas sobre el sector con el apoyo de los operadores del turismo de salud, así como las entidades oficiales de estadística mediante conjunción de datos individuales y posterior

unificación en plataformas oficiales de libre acceso donde puedan ser consultadas por cualquier actor interesado invertir o investigar sobre el sector.

Los principales agentes involucrados son el Gerente de Sector Público del Programa de Transformación Productiva ya que a través de su intervención, las entidades públicas estadísticas del país (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas y en menor medida el Banco de la República), gerentes del sector privado donde su tarea principal es la recopilación de estadísticas de centros de salud y entidades promotoras individuales, los prestadores de servicios de turismo (hoteles, transportadores, restaurantes, centros de bienestar, gimnasios, spas, centros de fisioterapia) que actualmente se encuentran dispersados y no permite el conocimiento certero sobre el panorama médico-turístico a nivel micro en diferentes ciudades del país, y finalmente las agremiaciones del sector turístico y médico que permita un mayor intercambio de información a fin de intercambiar opiniones y crear estrategias de lazos intersectorial que resulta en un mayor provecho del paciente extranjero o nacional residente en el exterior (principalmente proveniente de las localidades objetivo). Los principales riesgos que presenta esta iniciativa son por un lado, la protección de la información por parte de las entidades (estas son muy cautelosas en la liberación de información sensible para su actividad económica, y por miedo a futuras demandas de pacientes que prefieren que su cuadro clínico permanezca confidencial), el desinterés por parte de las entidades en compartir información que representa el aprovechamiento de oportunidades de expansión intersectorial. En ese sentido, los sectores turísticos y médicos en Colombia no encuentran aún las ventajas de compartir información, principalmente debido a que existe una noción de riesgo de aprovechamiento indebido informativo que supone una desventaja en el acaparamiento de cuota de mercado entre los competidores (incluso en diferentes sectores como los mencionados).

Esta situación se debe a una falta de unificación de conceptos y de entendimiento pleno del turismo de salud como sector integral y su puesta en marcha en términos prácticos. La falta de entendimiento (y en muchos casos la falta de interés) resulta en una visión mutua de desconfianza que no permite el libre flujo de información. Es tanta la desconfianza entre los sectores productivos colombianos en materia de compartir información sobre sus estados financieros y flujo de clientes, que, en muchos casos, solo bajo orden legal, las empresas



liberan de forma plena su información concerniente a sus actividades operacionales, ingresos, pasivos, activos, patrimonio de forma detallada ante el público. Así, las principales actividades que se deben ejecutar (y que muchas de ellas se encuentran en pleno proceso de ejecución) son:

- Verificar la información estadística disponible en los sectores turismo y salud;
- Determinar qué información estadística relevante para el sector no se encuentra disponible;
- Determinar una metodología para la recolección de información estadística sobre el sector;
- Determinar los deberes de los actores involucrados;
- Impulsar acuerdos que regule el reporte de indicadores clave para el sector;
- Impulsar la creación de una entidad que consolide, actualice y divulgue información estadística sobre el sector.

#### 4.6.3.11. Apoyar el fortalecimiento de la oferta de servicios de bienestar (Inspired Wellness)

Esta iniciativa busca fomentar la creación una amplia oferta de productos y servicios que permita posicionar a Colombia como uno de los principales destinos para el turismo de bienestar.

Teniendo en cuenta que este sector se presenta como el de mayor potencial de crecimiento nacional, además de uno de los principales emisores de ingresos, es importante que la comunidad (gremios, entidades oficiales del estados, entidades mixtas de otorgamiento de crédito, academia, facultades de medicina) conozcan mucho más las potencialidades del sector e incentiven la capacitación, las facilidades de implementación, el establecimiento de un marco jurídico claro y la calidad en la implementación de oferta, los servicios médico-turísticos de bienestar. La calidad de los servicios de medicina de bienestar, además de las alianzas estratégicas de los diferentes actores en las operaciones de turismo de salud, y las facilidades de financiación para la proliferación de servicios de medicina de bienestar alternativa son los ejes fundamentales en el cual el turismo de salud actualmente reposa sus esperanzas de crecimiento sostenido a futuro debido a las características mencionadas

anteriormente del cual se destacan los precios promedios para el acceso a los programas de reducción de peso bajo métodos no tradicionales, la baja inversión requerida comparativa para la oferta de bienes, los menores requisitos legales exigidos para la apertura de un centro de medicina alternativa de bienestar (esto debido a que no existen especificaciones legales que limiten la actividad de medicina de bienestar). Aunque esta situación también promueve la proliferación de establecimientos que utilizan la denominación de medicina alternativa de bienestar para lograr estafar y realizar actividades ilícitas que terminan por perjudicar la imagen de esta categoría entre los pacientes nacionales a nivel interno, a nivel externo e internacionales que buscan procedimientos más económicos con estándares de calidad similares. Ante este escenario es indispensable que se cumplan los siguientes objetivos en aras de incrementar el potencial de turismo de salud de bienestar, además que potenciar el sector más de lo que ya de por sí representa para el sector salud y turismo:

- Diseñar una estrategia de desarrollo del segmento en Colombia;
- Atraer inversionistas nacionales e internacionales;
- Promover el diseño del portafolio de servicios ofrecido a nivel país;
- Adherir marcas o cadenas internacionales de servicios de Inspired Wellness.

En ese sentido, los principales actores que hacen parte del grupo para el cumplimiento de esta iniciativa son el Gerente del Sector Público del Programa de Transformación Productiva con el fin de dar a conocer a los diferentes operadores turísticos las oportunidades de maximización de ingresos con la vinculación de la medicina de bienestar en los programas y paquetes turísticos ofrecidos al exterior, los gerentes de los sectores privados de las diferentes agremiaciones pertenecientes al sector médico-turístico, y los directores de clínicas privadas, para la inclusión de centros de medicina alternativa en sus programas de recuperación de pacientes donde se establezcan lazos de intercomunicación y conexión que permita un mayor desarrollo integral del turismo de salud nacional.

Por otro lado, los principales riesgos que presenta esta iniciativa son por un lado, que muchos de los programas de bienestar son pasajeros y tienden a pasar de moda rápidamente. Sin embargo, para el programa de pérdida de peso bajo métodos no tradicionales no es el caso, ya que al existir una tendencia mucho mayor hacia la obesidad en las localidades

objetivos, este servicio tiende a proyectarse en el mediano y largo plazo ya que los pacientes cada vez optan más por procedimientos no invasivos y de mínimo impacto sobre el cuerpo.

Por otro lado, se tiene la noción que existe una dificultad en la noción de diferenciación de los programas de medicina alternativa, ya que bajo la perspectiva medica tradicional, estos no suponen una añadidura de valor agregado. No obstante, esta noción se encuentra equivocada ya que es precisamente la aplicación de procedimientos no alternativos (orientales por ejemplo) lo que diferencia este servicio de los demás. Además, existe el apoyo de la medicina alternativa (además de su aval), lo que le otorga una mayor profesionalidad al momento del otorgamiento del servicio demandado a pacientes nacionales y extranjeros.

Otro riesgo que presenta es la falta de credibilidad como oportunidad de negocio.

Esta situación se presenta principalmente en la concepción de medicina tradicional occidental donde se percibe a la medicina alternativa como de poco valor agregado e incluso como una estafa en los centros más conservadores, lo que dificulta la expansión del sentimiento de credibilidad. Finalmente, otra dificultad radica en la dificultad con la que cuentan estos establecimiento de medicina alternativa para acceder a líneas de crédito que permitan la expansión de su actividad debido a que no se percibe como actividad de alta rentabilidad y de seguridad en materia de ingresos por parte de las entidades de crédito (bancos y compañías financieras). De ahí, se hace necesario llevar a cabo las siguientes actividades (de las cuales las primeras tres ya se encuentran en ejecución):

- Definir una propuesta de valor diferenciada base en las ventajas competitivas y comparativas del país para el desarrollo de nuevos productos;
- Fomentar la utilización o implementación de líneas de crédito para el desarrollo de los productos y de la infraestructura necesaria para la prestación de servicios de Inspired Wellness;
- Desarrollar un programa de capacitación con expertos internacionales enfocado a los empresarios nacionales para el diseño de productos de Inspired Wellness;
- Divulgar los incentivos y las líneas de crédito para el desarrollo del sector;
- Participar en ferias, talleres y otras actividades de mercadeo;
- Desarrollar un análisis sobre el interés de las étneas locales;

- Promover el desarrollo de servicios de Inspired Wellness aprovechando el conocimiento tradicional de las etnias locales;
- Desarrollar un portafolio de servicios exportables de Inspired Wellness;
- Fomentar la generación de alianzas entre operadores nacionales de servicios de Inspired Wellness y cadenas o redes de servicios internacionales Actividad;
- Hacer un levantamiento y análisis cualitativo de la oferta actual.

#### 4.6.3.12. Desarrollo de marca para promocionar el turismo de salud

Esta iniciativa busca como finalidad el desarrollo de una marca que integre todos los servicios asociados a turismo de salud.

Lo anterior debido a que la actual marca-país es muy genérica y no especifica los servicios de turismo de salud que se ofertan en Colombia. Únicamente se basa en una forma de identificación que no se diferencia de otras marcas promocionales de países del caribe

El principal objetivo debe ser la promoción del desarrollo de una marca que posicione a Colombia a nivel internacional como un destino de turismo de salud a partir de la diferenciación de marca iniciando con el direccionamiento especializado de publicidad hacia el público objetivo. Así, se podría lograr mayores niveles de eficiencia y de utilización de recursos dirigidos a este rubro.

Los actuales integrantes de esta iniciativa (aunque muy atrasada debido a la falta de acceso y disponibilidad de la información en los centros oficiales y agremiaciones del sector) son, por un lado el Gerente del Sector Publico del Programa de Transformación Productiva, el Gerente de Imagen País, adscrito a PROEXPORT (ahora Procolombia), el Viceministerio de Turismo con el fin de su identificación de potenciales canales de expansión de la información en las localidades objetivo, la Cámara de Salud de la Asociación Nacional de Industriales de Colombia con el fin de involucrar a las agremiaciones del sector salud y turismo que operen en el sector.

Los potenciales riesgos en la implementación de esta iniciativa son la dificultad de consenso de los participantes alrededor de la marca debido a que cada uno de estos buscaría

posicionar su modelo de negocio en la mente de los potenciales pacientes, y la afectación de la marca de la imagen del país por malas prácticas y afectaciones sufridas por los turistas de salud donde el principal flagelo para el sector es la proliferación de centros de salud sin permiso de operación que atraen a clientes nacionales e internacionales practicándoles malas intervenciones y degradando la imagen a nivel nacional e internacional. De ahí la importancia que las autoridades ejerzan mayor fuerza al momento de supervisar e intervenir tanto centros de salud con permiso de operación y de alta calidad, como la clausura y multa de páracentros que perjudican la imagen del turismo de salud al interior del país a través de la Superintendencia de Salud, INVIMA (Villagrande, 2013), y el Centro Farmacológico Botánico para la supervisión de suministro de medicamentos sin compuestos químicos de origen natural.

Las actividades que se encuentran adelantando (aunque con resultados dudosos debido a la falta de existencia de dicha marca) son:

- Evaluar la necesidad de contratar a experto en desarrollo de marcas para que diseñe y desarrolle una marca que represente al sector turismo de salud colombiano en el exterior;
- Desarrollar alianzas para apalancarse en la marca país y en las campañas de turismo existentes;
- Determinar los requisitos necesarios para el uso de marca;
- Elaborar plan de desarrollo de la marca (relaciones públicas, Plan de medios, Manejo de situaciones de crisis, entre otros).

#### 4.6.3.13. Promocionar y mercadear el sector turismo de salud en el exterior

Esta iniciativa pretende realizar labores de promoción y marketing tendientes a incrementar el volumen de turistas de salud en el país a partir de la implementación de estrategias adecuadas a cada una de las localidades objetivo mediante la implementación de estrategias diferenciadoras (caracterizadas por las generalidades propias de cada turista según su categoría) teniendo en cuenta las fortalezas y debilidades de cada procedimiento perteneciente a cada categorías de turismo de salud y bienestar.

Los principales objetivos son por un lado, la elaboración de estrategias donde se primen las características de cada turista de salud según los procedimientos más demandados, así como la promoción de exportación de servicios médico-turísticos a actores que actualmente no aprovechen los nichos del extranjero mediante un acompañamiento PROEXPORT (ahora Procolombia).

Los principales integrantes de esta iniciativa son el Gerente de Sector Público del Programa de Transformación Productiva, la Cámara Sectorial de Salud, el Viceministerio de Turismo y los gerentes de las institucionales prestadoras de servicios de salud. Los riesgos son la estructuración de proyecto integrador de promoción de servicios médico-turísticos al extranjero y el apoyo a los actores que integran el sector salud de promocionar sus servicios de forma integrada a las localidades objetivas, debido a que mucho de estos no se encuentran interesados en incursionar en mercados extranjeros, lo que impide que en la estructuración del proyecto se amplíe la gama de ofertas a diversos servicios no ofertados en la actualidad.

También existe el riesgo de cambios los Planes de Ordenamiento Territorial (estructura de ordenación del territorio donde se diferencian los sectores productivos, sociales de un municipio o distrito en Colombia) que limite la capacidad de inversión operación de los centros de salud, así como la capacidad establecimiento de infraestructura de salud en sus diferentes denominaciones que incida de forma negativa en la oferta global de servicios médico-turísticos. Es ahí donde es importante que los diferentes gremios del sector salud, así como la creación de comités que supervisen que dichos planes no excluyan el sector médico-turístico de las actividades económicas con mayor privilegio en un municipio que termine por mermar las ventajas competitivas frente a competidores vecinos y de otras latitudes.

Las inversiones requeridas para la materialización de esta iniciativa son el establecimiento presupuestario de rango con base en el presupuesto para la promoción de la marca país al exterior a partir de ejemplos como el de Corea del Sur (Williams, 2004) para promocionar el turismo de salud constando alrededor de US\$20,000-US\$4 millones anuales.

Asimismo, es necesaria la supervisión y participación en los planes de ordenamiento territorial donde el sector médico-turístico integrado por todos los actores actuales y los que piensan integrarlo en el futuro aseguren el espacio y condiciones adecuadas (localización a

través de figuras como las zonas francas de salud, capacidad de inversión, y servicios ofertados) que permita seguir proyectando de forma positiva el sector a futuro.

En tal sentido, las actividades que se encuentran adelantándose y que se necesita que se concreten debido a la pertinencia de la discusión de los planes de ordenamiento territorial intermunicipales en diferentes zonas del país son:

- El diseño de la estrategia de promoción para mercadear el sector;
- La creación de un paquete básico de herramientas de promoción;
- La participación en ferias internacionales relacionadas con el sector;
- La generación de talleres para capacitar a la gente en la promoción del sector;
- El fomento de planes de promoción y reconocimiento hacia los mercados objetivo;
- El diseño e implementación de una estrategia de captación de congresos médicos y de turismo de salud conjuntamente con PROEXPORT;
- La actualización y complementación de la definición de perfiles de consumidores en relación con cada uno de los mercados objetivo;
- El diseño de herramientas de promoción acordes con las nuevas características de cada mercado objetivo.

4.6.3.14. Reforzar los programas de apoyo para acreditaciones internacionales con el fin de facilitar el reconocimiento del sector en el exterior

Esta iniciativa busca promover la creación de una asociación cuyo objetivo primordial sea promocionar al sector en el exterior, articulando jugadores de los sectores turismo y salud con el fin de darle mayor dinamismo en el sector externo a partir de mayor reconocimiento en las localidades objetivo. Para el cumplimiento de esta iniciativa, es necesario cumplir dos objetivos fundamentales.

El primero es la identificación de las principales acreditaciones y certificaciones a nivel internacional, principalmente en Estados Unidos en materia de operación, y de aplicación de prácticas administrativas, trato hacia el paciente reconocidas a nivel internacional empezando por la ISO 9001, ICONTEC e IQNET. Esto supone un gran reto

debido a que en Colombia son pocas las organizaciones de carácter médico de promoción y prestación de servicios de salud los que cuentan con estas acreditaciones (ver gráfico 50).

Otro objetivo es la creación de programas de apoyo para la implementación de las principales acreditaciones y certificaciones internacionales identificadas propias del turismo de salud. La finalidad del cumplimiento de este objetivo es la apropiación de los mismos con el fin de lograr mayor reconcomiendo de agremiación de del turismo de salud a nivel internacional y acceder a los espacios de intercambio de opiniones que incidan en un mayor reconocimiento global de los servicios ofertados en Colombia. En ese sentido, los principales riesgos para el cumplimiento de estos objetivos son la percepción de los operadores turísticos nacionales de que la acreditación nacional es suficiente para mercadear el sector en el exterior, lo que limita un mayor reconocimiento internacional de los servicios médico-turísticos colombianos.

También existe el riesgo de altos costos asociados a la certificación/acreditación internacional que superan por mucho los costos de acreditaciones nacionales (un costo que pocas instituciones de servicios y promoción de salud están dispuestas a cubrir). Finalmente, existe el riesgo de un alto desinterés de operadores turísticos y médicos en acreditarse internacionalmente debido a que nuevamente se percibe la acreditación nacional como suficiente para la oferta de servicios médicos y turísticos a nivel internacional, lo que desestimula el reconocimiento de la marca país en el sector del turismo de salud en las localidades objetivo.

Los integrantes de esta iniciativa son los gerentes de las instituciones prestadoras de servicios de salud, los decanos de las facultades de ciencias de la salud, el Gerente del Sector Publico del Programa se Transformación Productiva y el Ministerio de Salud.

Sus actuaciones se encuentran encaminadas hacia la identificación de acreditaciones internacionales en materia de turismo de salud que sean lo suficientemente relevantes para lograr un mayor posicionamiento de imagen exterior, así como mayores lazos de comunicación con gremios internacionales del sector, así como mayor flujo de información que permita perfeccionar la estrategia de posicionamiento de marca antes mencionada.



En ese sentido, las actividades que necesitan ser adelantadas son varias. Por un lado es necesario revisar la selección de acreditaciones más relevantes para el sector y la revisión de programas de acreditación nacional existentes y la posibilidad de homologación con acreditaciones internacionales que permita ahorrar tiempo y costos durante el proceso.

También es necesaria la divulgación de programas de apoyo que salgan de los integrantes de del comité para el cumplimiento de esta iniciativa con el fin de dar a conocer a los operadores turísticos de salud, las posibilidades de apoyo institucional y gremial para la acreditación internacional que permita mayor inserción del sector en las localidades objetivo. Finalmente, se debe promover la homologación de procesos específicos administrativos en materia de contabilidad según las normas actuales de información financiera, así como procedimientos médicos con el fin de acercarse cada vez más a homologaciones de programas de calidad integral. También se deben resaltar las principales acreditaciones tanto en salud como turismo con el fin de darle un mayor nivel de posicionamiento y presencia internacional al sector en los mercados externos. Por el lado de la salud las principales acreditaciones nacionales e internacionales son:

- A nivel nacional: La acreditación es otorgada por el ICONTEC, quién a su vez cuenta ya con una certificación internacional de ISQua. Se llama tarjeta profesional, se debe tener una a nivel nacional y una en cada departamento donde el profesional dese ejercer;
- A nivel internacional: La acreditación más reconocida para hospitales es la de la Joint Commission International (mencionado más arriba). De acuerdo con el estudio realizado por McKinsey (McKinsey, 2008) sobre turismo de salud en el mundo, esta es la única acreditación considerada como válida por los turista de salud provenientes de Norteamérica. Por otro lado existen otras acreditaciones internacionales de menor reconocimiento, las principales son: NCQA, la ESQH, Trent Accreditation, Quality Health, la emitida por el Netherlands Institute for accreditation, el Council for Health Service accreditation. Para profesionales especialistas de la salud las certificaciones de asociaciones de cada especialidad en EE.UU. son un elemento importante para certificar la calidad de los profesionales debido a que la referencia mundial de calidad

de servicios médicos y de estándares internacionales en materia administrativa, trato al paciente y propias de la disciplina se encuentran y se aplican en este país;

El turismo cuenta con los las siguientes acreditaciones nacionales e internacionales:

- A nivel nacional: La certificación internacional de la normatividad de Turismo de Colombia es hecha por las siguientes certificadoras con influencia en varios países: COTEGNA, BVQ, INTERTEC y SGS. Los prestadores de servicios turísticos deben tener el Registro Nacional de Turismo, el cual debe ser renovado anualmente so pena de cancelación de licencia de operación (McKinsey, 2009);
- A nivel internacional: La normatividad sobre calidad turística la genera cada país y no hay por el momento sistemas de homologación internacional. Para el desarrollo de esa normatividad se consultan los estándares de otros países. En América Latina, México, Chile y Colombia son países con normatividad avanzada (ANATO, 2014);

4.6.3.15. Promover la mejora en la señalización de los aeropuertos y hospitales ofrecerla en inglés

Esta iniciativa busca que mejore la señalización y entidades de salud a partir de la necesidad de satisfacción del paciente internacional angloparlante que le permita ubicarse mejor en su espacio físico y darle mayor familiaridad con los procesos médicos ofrecidos en el país a partir de programas de modernización aeroportuaria y de infraestructura clínica que integren procesos de acreditación internacional pensado para pacientes y turistas internacionales. Para el cumplimiento de esta iniciativa, es necesario que en las concesiones para el mantenimiento y construcción de aeropuertos en diferentes municipios y distritos del país se especifique la importancia de señalización en por lo menos dos idiomas (siendo inglés indispensable) que permita una mayor ubicación a pacientes internacionales, así como la guía de procedimientos en poca información, publicidad e instrucciones a seguir en establecimientos médicos con el fin que pacientes logren mayor conocimiento del sitio en el cual se encuentran y donde el personal domine el idioma inglés para mayor comunicación entre las partes.

Los miembros del equipo para el cumplimiento de esta iniciativa son el Ministerio de Salud y de Transporte ya que en sus manos recaen las concesiones tanto de establecimiento de transporte en todas sus denominaciones, como los centros médicos donde el Ministerio tiene competencia para la regulación y cumplimiento de los parámetros especificados, así como la intervención en caso del no cumplimiento de los mismos. De ahí la importancia que al momento de otorgar un concesión de construcción o mantenimiento de un aeropuerto o permiso de construcción de una clínica privada, se suscriba el compromiso de señalización adecuada que permita a los pacientes internacionales ubicarse mejor y sentir más confianza en el destino escogido.

Sin embargo, existen otros departamentos administrativos adscritos a los Ministerios de Transporte y Salud que inciden en mayor forma en el cumplimiento de esta iniciativa como lo es el Departamento Administrativo de Aeronáutica Civil encargado del control de la aviación civil en Colombia y quien incide forma importante en el aval de cumplimiento de un aeropuerto según los parámetros cumplidos por los concesionarios privados del país.

También se incluye la Superintendencia de Puertos y Transporte (aunque su función es más global aunque puede incidir en el cumplimiento de las normas de señalización) mientras que por el lado de la infraestructura clínica y de bienestar incide la Superintendencia de Salud con funciones de regulación, vigilancia y control de la oferta de salud de acuerdo a los parámetros constitucionales nacional, INVIMA con fines de evaluación y aprobación de medicamentos circulantes en el país, el Instituto Nacional de Salud con fines de investigación y promoción de alertas de enfermedades de fácil contagio que permita a los pacientes internacionales y nacionales en el extranjero tener mayor nivel de prevención al momento de llegar al país, y la Contraloría y Auditoría Nacional con fines de cumplimiento fiscal de utilización eficiente de recursos, así como de ejecución de fases de infraestructuras contratadas a los concesionarios. Cabe anotar que para el caso colombiano, muchas de las infraestructuras de transporte de y de salud en Colombia cuentan con dificultades de cumplimiento de plazos debido a múltiples causas (muchas de estas expuestas en diferentes apartados). Una de estas es el cumplimiento de fechas de verificación de información, reclamación, entrega de recursos por fase, entre otros.

Asimismo, existen varios casos de fraude procesal y de corrupción entre concesionarios que buscando acaparar contratos multimillonarios, optan por ponerse de acuerdo en el incumplimiento de requisitos documentarios con el fin de que una sola propuesta de concesión logre hacerse con el contrato a cambio de sumas millonarias a concesionarios minoritarios que aun cuando no obtienen los contratos de concesión, generan inexplicablemente un importante flujo de recursos a sus respectivas arcas.

La inversión estimada requerida para el cumplimiento de esta iniciativa es un presupuesto de US\$300,000 destinado a la señalización de aeropuertos y centros médicos privados a partir de la inclusión en las concesiones del fortalecimiento de estas especificaciones. Las actuaciones requeridas son:

- Establecer una línea de comunicación clara con el equipo del Viceministerio de turismo encargado de esta iniciativa.
- Realizar un diagnóstico de la señalización en los destinos con mayor desarrollo de infraestructura para turistas de salud.
- Realizar un trabajo de socialización de los planes de trabajo sectoriales con las entidades relevantes y autoridades territoriales clave para el sector.
- Identificar cuellos de botella en la señalización de los aeropuertos y hospitales con mayor afluencia de turistas de salud.
- Realizar un diagnóstico de la señalización de los aeropuertos y hospitales en los principales destinos de turismo de salud (principalmente en ciudades de alto impacto e influencia de servicios médico-turisticos aquí analizados como Bogotá, Medellín, Barranquilla, Cali y en menor medida Bucaramanga).

4.6.3.16. Crear una “Ciudad Virtual” a través de la cual se unifique el sistema de manejo de información de pacientes y surja la creación de un expediente único

La finalidad de esta iniciativa es el desarrollo de tecnologías de información que permitan administrar el expediente de turistas médicos y realizar el seguimiento de los tratamientos en su país de origen permitiendo al potencial paciente una mejor ubicación de los sitios donde se ofertan los servicios médico-turísticos y la localización de los ofertantes

de todas las denominaciones (hoteles, clínicas, consultorios, precio promedio de servicios, servicios de transporte avalado nacionalmente, los centros de medicina alternativa, spas, gimnasios, centros de fisioterapia, entre otros). Para el cumplimiento de esta iniciativa, Programa de Transformación Productiva debe promover el desarrollo de tecnologías de la información para la centralización de expedientes médicos de turistas de salud que actualmente se encuentran en más del 50 por 100 bajo denominación física, lo que dificulta el intercambio de información entre las partes salvaguardando la información personal sensible del paciente.

En ese sentido, los integrantes de esta iniciativa son el Gerente del Sector Público del Programa de Transformación Productiva quien coordinaría la centralización de la información proveniente de las bases de datos de los centros de salud (clínicas y consultorios), el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones que a través de Viceministerio de Tecnologías de la Información con apoyo del comité de Política de Delegación de Nombres de Dominio .CO se otorguen los permisos respectivos para la utilización de dicho dominio donde los pacientes internacionales ubiquen fácilmente los servicios médico-turísticos de especialización según el municipio y distrito dentro del país, así como las empresas que se acomodan a sus demandas particulares. También deben integrarse los prestadores de servicios de salud para que de forma voluntaria provean la información general de pacientes sin vincular su información personal ni expediente médico, los hoteles, empresas de transporte. Lo anterior puede establecerse a partir de alianzas con plataformas web de amplio reconocimiento que incluyen dentro de sus servicios la posibilidad de visualización de lugares en diversos países en tiempo real para otorgar mayor confianza al consumidor de servicios de salud.

Sin embargo, existen importantes riesgos y obstáculos que son importantes mencionar como la reticencia actual que existe en las diferentes entidades de salud (tanto clínicas privadas como consultorios) de otorgar información general de sus pacientes ya que existe el riesgo de litigios por suministro de información de pacientes particulares sin consentimiento por escrito. Esta situación no solo se presenta en las entidades de salud, sino también en otros operadores que integran el sector de turismo de salud como hoteles, empresas de transporte, agencias de viajes, gimnasios, centros de medicina alternativa, ente otros.

Otro riesgo existente es la centralización de los datos al momento de la creación de la “ciudad virtual” donde cada empresa querrá resaltar la mayoría de sus servicios y no permitir la posibilidad de competencia de otra entidad en la misma área, lo que dificulta la posibilidad de participación voluntaria en dicho proyecto. Finalmente, existe la limitante de legislación internacional y nacional en materia de divulgación de datos personales de los pacientes que van más allá del entorno empresarial y que podría afectar de forma directa al Gobierno Nacional en cabeza de los diferentes ministerios y entidades administrativas independientes obligándolas al cumplimiento de pagos e indemnizaciones a pacientes internacionales que vieron revelado su información general expuesta. Sin embargo, esta iniciativa busca por un lado una mayor facilidad de ubicación de servicios médico-turísticos y la posibilidad de compartir información general de pacientes (no particulares) lo que no generaría una violación de información particular de pacientes.

Por lo anterior, los temores de los actores miembros del sector no deberían preocuparse por actuaciones legales de sus clientes.

Aunque si bien no existe una violación a la privacidad, la sensación de que la información personal está siendo revelada puede incidir de forma negativa en la disminución de demanda en los establecimientos en cuestión, así como en una disminución sustancial de su imagen favorable frente a otros potenciales pacientes recomendados.

La inversión estimada para la creación, actualización y puesta en marcha de la “Ciudad Virtual” ronda los US\$100,000 anual (sin contar con las alianzas entre plataformas web de amplia gama y el Programa de Transformación Productiva), mientras la creación de una plataforma única de centralización de la información de turistas de salud en todas las categorías antes mencionadas puede estimarse en US\$80 millones (Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, 2013) debido a la necesidad de pasar a archivos web los documentos en papel después de su respectiva búsqueda, categorización y características diferenciadoras.

Así, las actividades más relevantes que deben completarse son:

- Identificar los proveedores con desarrollos de MIS para el manejo de expedientes médicos y revisar el ajuste de estos desarrollos con la legislación de los países de origen de los turistas de salud;
- Definir la información requerida por las instituciones, los médicos tratantes y el sistema de salud del turista de salud teniendo en cuenta: manejo de información de pacientes internos y ambulatorios, registro, citas y cobro a pacientes, contenido clínico, flujo y descripción del tratamiento brindado, información que soporte las decisiones médicas tomadas, y detalle de las decisiones tomadas;
- Evaluar potenciales proveedores de sistemas de información, sus propuestas de valor y su costo;
- Impulsar el desarrollo e implementación de la tecnología de información apropiada y pertinente;
- Propiciar la supervisión y el control de suministro de la información al sistema.

#### 4.6.3.17. Promover el desarrollo de infraestructura hotelera y hospitalaria dirigida a Turistas de Salud

Esta iniciativa busca promover planes de desarrollo de infraestructura de servicios hoteleros y hospitalarios enfocados a la atención integral y de alta calidad de turistas de salud en Colombia. Para el logro de esta iniciativa es necesario una mayor dotación de equipos tecnológicos sumado a la aplicación de estándares de alta calidad en materia administrativa y propia de la disciplina que permita una mayor generación de confianza entre los usuarios de servicios de salud sus homólogos en localidades objetivo.

El alcance de este logro implica el cumplimiento de dos objetivos. El primero es el fomento de la renovación, adecuación o construcción de nuevos centros receptores de turismo de salud de acuerdo con estándares y tendencias internacionales a partir de la toma de ventaja de figuras jurídicas como las zonas francas de salud e inversión en I+D que disminuyan la renta dirigida a tributación, así como la toma de ventaja en cuanto a la oportunidad de inversión en el sector. Las inversiones que en la actualidad se llevan a cabo se dirigen principalmente a servicios de medicina curativa y preventiva, aunque existe una importante

atomización de inversión en infraestructura de salud dirigida a medicina de bienestar alternativa.

Este es el caso de los centros médicos deportivos, spas, centros de medicina de bienestar alternativa, centros de salud no tradicionales, centros de salud homeopáticos, programas de relajación provén los hoteles en sus paquetes turísticos, entre otros. De ahí que este segmento sea el de mayor crecimiento (debido a la proliferación y amplitud en la categorización de los servicios). Otro objetivo fundamental que garantizaría el crecimiento del sector es el de atraer inversión para el desarrollo de infraestructura de turismo de salud (principalmente en sectores donde Colombia cuenta con un déficit de oferta).

En ese sentido, Colombia cuenta con condiciones favorables en materia cambiaria que permite un mayor rendimiento de la inversión monetaria dirigida hacia el sector, así como el establecimiento de condiciones brutas que con un enfoque de mayor búsqueda de rentabilidad, sumado al marco legal permisivo a la inversión en sectores no tradicionales, hace de la inversión extranjera directa una apuesta interesante para muchas firmas expertas en la estructuración de oferta de servicios médicos y turísticos. Cabe anotar que una proporción importante de inversión en infraestructura de salud y turismo proviene de países vecinos (se destacan Perú, Chile, Brasil y México) debido al reconocimiento de falta de desarrollo pleno de estos sectores que sumado a un crecimiento constante de turistas, hace que el sector de turismo de salud cuente con perspectivas interesantes de crecimiento sostenido en el mediano plazo.

En ese sentido, es necesaria la implicación del actual equipo de gestión donde de nuevo en Gerente del Sector Público del Programa de Turismo de Salud hace presencia bajo el papel de promotor de nuevas oportunidades de inversiones a inversionistas (principalmente regionales y de Estados Unidos), así como sintonizador e interlocutor de las principales inquietudes de los gremios de salud y hotelero hacia el gobierno nacional en cabeza de los diversos ministerios involucrados con el fin de promover un mayor flujo de información entre las partes. Asimismo, es necesaria la presencia de la unidad gremial del sector de la salud perteneciente a la ANDI con el fin de captar las inquietudes de los gremios de la salud para ofrecer mayor seguridad jurídica y oportunidades vinculadas al régimen franco en materia de inversión no tradicional. Por otro lado, también es importante la presencia de los gremios



hoteleros ya que a través del aumento de su capacidad y aumento de los estándares de calidad y confort a pacientes internacionales y nacionales en el extranjero, el sector del turismo de salud podrá gozar de mayor categoría a nivel regional pasando de ser uno más de los destinos que se ofrecen en América Latina a diferenciarse por la calidad en la oferta y servicios prestados diferenciados.

Los principales riesgos y obstáculos para el cumplimiento de esta iniciativa son, por un lado, la normatividad que implica mayor generación de infraestructura de acuerdo a las actuales concesiones y permisos de establecimientos de zonas francas de salud donde el cumplimiento de cada normativa hace que el proyecto de construcción de complejos hospitalarios de alta calidad tarde más de lo esperado en comparación a otros países como México, Perú y Brasil (Schultz, 2014). Otro riesgo latente es la articulación entre los sectores turismo y salud para la realización de alianzas. Aquí nuevamente se expone que lastimosamente, muchos de estos operadores no encuentran un valor agregado en compartir información, itinerarios y flujo de pacientes/huéspedes lo que termina en pérdidas masivas de oportunidades. Sin embargo, esta situación se presenta entre los actores con menor nivel patrimonial, ya que los que cuentan con mayor nivel de patrimonio, experticia y trayectoria internacional cuentan con mayores oportunidades de identificación de oportunidades a partir de la experiencia de otras naciones, muchas de ellas en localidades objetivo. Sin embargo, al no existir una fuerte inclusión de los actores con menor capacidad de absorción de clientes, el sector se encuentra muy concentrado en unos pocos actores. Asimismo, muchos pacientes internacionales prefieren la atención de cadenas hoteleras, y clínicas de reconocimiento regional que ser atendidos por nuevos actores que incursionan en el sector, así su experticia y equipos a disposición de clientes sean similares.

Otro reto importante es el aseguramiento de la inversión destinada a la promoción de desarrollo de infraestructura hotelera a partir de las exenciones tributarias ofrecidas por el gobierno nacional a fin de invertir en el sector que son compensadas con una redistribución tributaria (temporal o permanente) en diferentes industrias y contribuyentes individuales empleados o autónomos. En tal sentido, el presupuesto para desarrollar y promover un complejo turístico de clase mundial es de aproximadamente US\$100,000 por habitación hotelera, y US\$300-US\$400 por metro cuadrado. Con tales precios, se pensaría que los

actores que incursionen en este sector serias de talla y reconocimiento mundial (como sucede en la actualidad tanto en el sector hotelero como clínico).

Así, las actividades que se deben fomentar (la primera se encuentra en proceso de conclusión) son las siguientes:

- Realizar censo y análisis de la capacidad instalada del sector salud y hotelero;
- Realizar un análisis comparativo de la infraestructura instalada y prevista por los países líderes en turismo de salud versus la infraestructura existente en Colombia;
- Divulgar estímulos para la inversión y de los mecanismos de financiación existentes y evaluación de la necesidad de promover la creación de unos adicionales;
- Impulsar la creación de zonas francas de servicios turísticos y de salud;
- Fomentar Misiones comerciales para promover IED;
- Propiciar alianzas estratégicas entre prestadores de servicios hoteleros e instituciones prestadoras de servicios de salud Actividad;
- Evaluar la necesidad de construir infraestructura adicional para la atención de turistas de salud.

#### 4.6.4. Casos de éxito en Colombia

Es importante mencionar casos de éxito de promoción y crecimiento del sector a partir de la estructuración y puesta en marcha de estrategias de internacionalización de oferta de servicios médico-turísticos donde diversos actores comparten información sobre tendencias generales de pacientes con el apoyo de entidades de promoción del sector y acceso a financiación oficial. El primero de ellos es el caso de logro de mayor reconocimiento internacional por parte del Hospital Pablo Tobón Uribe en la ciudad de Medellín.

En 2006 se realizó al interior del Hospital un ejercicio de revisión de su planeación estratégica y se determinó su nueva visión definida como lograr posicionarse como hospital líder en centros de excelencia de alta complejidad, centrado en el ser humano y abierto al mundo a través del logro de altos estándares de calidad y seguridad, centros de excelencia reconocidos y la acreditación internacional, con ahorros para el sistema donde se oferten servicios de medicina turística a pacientes objetivos (primordialmente en Estados Unidos

donde se encuentra la comunidad colombiana e hispana en mayor proporción). Igualmente, luego del análisis interno enfocado en calidad, excelencia y seguridad y sin perder de vista el beneficio que esto pudiera tener frente a los mercados externos, se determinó como un objetivo estratégico clave la acreditación internacional (principalmente IQNET, y Joint Comission).

El contexto por el cual se toman las decisiones en materia de restructuración y ajuste parcial de la oferta dirigida a pacientes internacionales y nacionales en el extranjero fueron las siguientes:

- En 2003 el área de Mercadeo, presentó el turismo de salud, como una tendencia mundial que brindaba una oportunidad de negocio;
- El HPTU se ha caracterizado por una búsqueda activa de mercado, de ahí su participación en eventos internacionales, como Panamá, República Dominicana entre otros, donde presentó sus servicios de salud, realizó eventos académicos e inicio su proceso de mercadeo internacional;
- Participación en iniciativas locales como Salud Sin Fronteras;
- Análisis del potencial de exportación con investigación de mercados, para conocer el mercado latino en la florida y los servicios de salud demandados;
- Desarrollo de un proceso estandarizado bajo la norma ISO de atención al turista de salud;
- Principales competidores a nivel internacional: Argentina, Tailandia, México, Chile, India, Costa Rica, Brasil;
- Demanda por parte de turistas de salud procedentes de Israel, Aruba, Panamá, Centro América y Estados Unidos de América.

Frente a este contexto el HPTU realizó los siguientes enfoques que permitieron el redireccionamiento de la oferta, así como ajustes de tipo normativo, sofisticación del personal (médicos y enfermeras):

- Sensibilización al interior del hospital, trabajo multidisciplinario, socialización del proceso, apoyo y fomento del bilingüismo: Principalmente al recurso humano en salud (médicos y enfermeras) sobre la necesidad de aprender el idioma inglés, así

como la aplicación de estándares de calidad internacionalmente aceptados sin ir en contravía a las normativas colombianas, procedimientos administrativos de expediente del paciente, y trato más humano que incentive una buena imagen del complejo médico dentro y fuera del país;

- Creación de un área de atención al cliente en 2006: 6 personas bilingües, perfil (ejecutivos de cuenta encargados de la captación de clientes nacionales en el extranjero, principalmente en Estados Unidos a través de campaña vía web y participación en charlas didácticas a personal con alto grado de interés en las localidades objetivo). Atención 1 a 1 integral (acceso a telecomunicaciones, necesidades culturales y religiosas, transporte, alojamiento, servicios complementarios);
- Garantías a turistas de salud: A través de la suscripción a seguros de salud y mayor comunicación con las entidades consulares e intercomunicación directa con familiares en destino de origen.
- Convenios directos con aseguradoras y cajas de seguridad social de los países: Esta situación permitió un mayor grado de certidumbre a pacientes en la prestación del servicio demandado ya que estos contaban con seguros de salud y riesgos de siniestro en sus países de origen;
- Contacto directo por medio de la página Web: A través de ejecutivos de cuenta veinticuatro horas en doble turno donde se respondían preguntas de diversa índole (principalmente en materia de seguridad del procedimiento, credenciales del medio, y seguridad integral en Colombia);
- Participación en misiones comerciales: Acompañamiento de PROEXPORT (ahora Procolombia) en misiones bilaterales, misiones diplomáticas de corto plazo en las localidades objetivo, entre otros);
- Realización de eventos académicos con invitados internacionales reconocidos en su campo: Importante grado de involucramiento de universidades nacionales con gran prestigio en el país que permitiese un mayor acceso a universidades estadounidenses para lograr participar en charlas, seminarios y conferencias de servicios médico-turísticos;

- Participación médica en eventos internacionales con trabajos de investigación, póster o ponencia de experiencias: Patrocinio a médicos de la entidad, centros de pensamiento de universidades de gran reconocimiento nacional y foros de debate propiciados por agremiaciones del sector;
- Acreditación nacional e Internacional (en proceso): Buscan asegurar la acreditación Joint Commission con miras a lograr mayor captación de clientes angloparlantes diversificando su portafolio de clientes;
- Capacitación en otros idiomas: Principalmente a médicos, enfermeras, fisioterapeutas y personal tercerizado como requisito para laborar en la entidad en un plazo de cinco años;
- Investigaciones conjuntas con el sector farmacéutico y la academia nacional e internacional: Busca propiciar ambientes de investigación de alto nivel avalado por laboratorios internacionales con funcionamiento nacional con el fin de acelerar el proceso de acreditación de la Joint Commission;
- Investigación de necesidades de turistas de salud, para la atención integral: Investigación de mercado, principales demandas de paciente, principales temores en la elección de un servicio internacional, entre otras variables de gran importancia;
- Fortalecimiento del departamento de Mercadeo y del área de apoyo al paciente internacional (servicio al cliente): A través de plataformas web, visitas rutinarias tercerizadas, envío de correo digital mostrando la información pormenorizada de los costos y garantías de servicios suministrados en Colombia;
- Benchmarking: Creación de cadenas de valor con hoteles cuatro y cinco estrellas de la ciudad y la contratación de empresas de transporte personalizada con el fin de otorgar mayor categoría al servicio prestado;
- Medición de la satisfacción de los usuarios extranjeros: Encuestas y entrevistas directas pre y post servicios.
- Presencia en medios Internacionales: Páginas web de turismo de salud, marca país, medios nacionales con señal internacional.
- Capacitaciones médicas en el exterior: En dominio del idioma inglés, actualización de información, foros, conferencias e intercambio de opiniones con profesionales de la salud de otros países;

Los resultados logrados han sido:

- Primera institución nacional en obtener la acreditación con excelencia en salud;
- Premio Calidad en Salud Colombia – Plata; primera entidad en Salud en recibirlo, 2000, 2001 y 2002;
- 350 Pacientes internacionales atendidos en los últimos años;
- Ingresos superiores a US\$600 millones anuales;
- Reconocimiento internacional, pasantías, rotaciones y publicaciones;
- Convenios con aseguradoras internacionales;
- Señalización Inglés – español en el hospital;
- 34 publicaciones médicas;
- 13 Quirófanos nuevos con la más avanzada tecnología, que nos permite cumplir con altos estándares de calidad y seguridad.

Otro caso de éxito es la iniciativa “Travel Medic” de carácter privado que a través la colaboración de sectores miembros del sector del turismo de salud (hoteles, clínicas, consultorios médicos y apoyo financiero de las entidades de crédito oficiales para la inversión en sectores no tradicionales, facultades de medicina y centros de enseñanza de un segundo idioma) coordinó al sector productivo y educativo para la creación de la Alianza para el fortalecimiento de la educación técnica y tecnológica para el sector del turismo de salud dándole énfasis al aprendizaje de un segundo idioma por parte de médicos y enfermeras, así como mejorar el trato a pacientes que llegan por primera vez a Colombia (McKinsey, 2009).

La Asociación Travel Medic Eje Cafetero nació de la iniciativa de seis empresas manizaleñas pertenecientes al sector de la salud, hotelería y turismo, las cuales se unieron con los objetivos de:

- Brindar servicios de salud de excelente calidad humana, alta tecnología y precios competitivos; además de una atención hotelera de primera clase;
- Ofrecer los encantos turísticos de la región cafetera de Colombia unidos a la posibilidad de realizarse tratamientos médicos, estéticos y odontológicos;
- Internacionalizar los servicios de cada una de las empresas fundadoras como una estrategia de expansión y crecimiento en otros mercados.

El principal objetivo de Travel Medic es ofrecer al cliente un paquete completo de servicios médicos, turísticos y hoteleros que se adapten a sus necesidades logrando así satisfacer de la mejor forma sus deseos; por el grupo interdisciplinario de empresas que participan de la alianza, y que trabajan bajo estrictas normas y protocolos internacionales de calidad brindándole al paciente seguridad y confianza. En la actualidad Travel Medic es una asociación integrada por once instituciones prestadoras de servicios de salud de la ciudad de Manizales. Su principal objetivo es promover a nivel nacional e internacional el Turismo Médico con el fin de dar a conocer la ciudad y la región ofreciendo los mejores servicios médicos, turísticos y hoteleros con gran calidad y seguridad, que conlleven a obtener un reconocimiento y posicionamiento en el mercado.

El Contexto de esta iniciativa fue por un lado la constante migración de colombianos al extranjero durante el periodo 2005-2006 desde áreas metropolitanas del centro-occidente hacia países como Estados Unidos y Panamá. Así, muchos colombianos que tenían limitantes en materia de legalización de situación migratoria buscaban que parte de los servicios de salud que consumían en Colombia pudiesen ser trasladados en sus destinos.

De ahí, surge la necesidad de apertura de servicios hacia nuevos mercados por medio de la identificación de clientes potenciales en la diáspora colombiana en el extranjero (principalmente en estas dos localidades).

Para lograr una expansión de oferta de servicios a pacientes colombianos en el extranjero en situación de legalización de estatus migratorio, los oferentes integrantes de la iniciativa dirigieron sus esfuerzos de oferta inicialmente a colombianos que estuviesen en situación de legalidad, aunque con cambios de estatus (por ejemplo, pasar de visado de turismo a visa estudiantil o visa de trabajo) mediante la emisión de publicidad y aparición en canales colombiano en el exterior donde el anuncio consto de la oferta de paquetes médico-turísticos de medicina curativa y preventiva (que más adelante se expandiría a medicina estética y de bienestar) donde tuviesen la oportunidad de viajar a su país de origen, someterse a tratamientos curativos y preventivos de diferentes aflicciones y volver al país de destino, mientras que para aquellos que tuviesen una limitante de salida en los países de destino, se programaban citas y procedimientos con el fin de apartar el servicio médico durante un periodo determinado. Esta iniciativa tuvo un gran éxito que el proyecto expandió sus

servicios y procedimientos un público no colombiano (principalmente latinoamericano) radicado en Estados Unidos, Panamá, Canadá, España y Aruba con muy buenos resultados.

El primer enfoque dado por los integrantes de este proyecto para la oferta de servicios médico-turísticos fue inicialmente la creación de una asociación sin ánimo de lucro, encargada de trabajar en temas de imagen y publicidad de los destinos donde se ejecutasen los servicios médico-turísticos, el desarrollo del talento humano donde se le dio especial énfasis al trato humano y conocimiento de los sistemas de salud de la mayoría del público no colombiano para identificar falencias y mejorar el servicio con respecto al de sus países de origen, el desarrollo de una estrategia comercial a través de publicidad dirigida y contacto directo con pacientes y el fortalecimiento de la cultura de servicio al cliente.

El segundo enfoque en la estructuración de oferta fue el establecimiento de alianzas estratégicas con centros de aprendizajes de idiomas donde el personal que tuviese contacto directo con pacientes internacionales angloparlantes dominase el idioma inglés (principalmente médicos y enfermeras) mediante métodos no tradicionales de enseñanza (como la conversación directa con profesores de inglés, el aprendizaje del idioma dirigido a la disciplina del profesional, clases virtuales con profesores norteamericanos, entre otros).

El tercer enfoque fue la búsqueda de apoyo financiero al Ministerio de Educación Nacional para el fortalecimiento de la educación técnica y tecnológica para el sector de turismo de salud (principalmente el entrenamiento a personal encargada de atención al cliente y profesionales de la salud con contacto directo con el paciente angloparlante).

Finalmente se destaca la coordinación de los miembros del sector productivo integrantes de este proyecto con el sector educativo a través de la asociación para desarrollar programas de capacitación técnica a la médica (disponibilidad horaria de alumnos por fuera de su horario laboral). Estos enfoques han permitido resultados muy interesantes que podrían reproducirse en otras iniciativas de aumento de competitividad del sector médico-turístico:

- Asociación con 4 universidades, 11 colegios, las secretarías de educación y salud;
- Financiamiento del Ministerio de Educación para llevar a cabo el proyecto;
- Desarrollo de 8 programas técnicos y tecnológicos con base en las necesidades del sector productivo para la atención de turistas de salud;



- Cupos para 320 estudiantes en programas desarrollados a la medida de las instituciones. Cabe destacar que estos estudiantes son profesionales de la salud que buscan capacitación técnica en su campo de trabajo para mejorar la comunicación con pacientes angloparlantes. Asimismo se destacan aquellos ciudadanos en otras áreas que buscan obtener estudios técnicos y tecnológicos en programas a fines al turismo de salud, aumentando el número de profesionales dirigidos hacia el sector;
- Alianzas estratégicas con el sector turístico, para la prestación de servicios complementarios como asistencia para clases a domicilio por medio del apoyo del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

Así, la estrategia Travel Medic se ha enfocado en dos aspectos. Por un lado, se ha concentrado en lograr alianzas estratégicas entre el sector productivo, la academia y el sector público donde las instituciones académicas se encargan de la estructuración y oferta de programas técnicos y tecnológicos para el sector de turismo de salud.

El sector público a través del Ministerio de Educación se ha encargado de otorgar el aval, permiso y financiación para la oferta de carreras técnicas y tecnológicas dirigidas al sector del turismo de salud, mientras que el sector privado es el encargado de sugerir programas que hagan de este sector más competitivo y absorber la fuerza laboral que se gradúa de estos programas. Como resultado se ha logrado la unión de 11 entidades del sector salud, bajo estándares internacionales de calidad, servicio, y respaldo médico, trabajo inter-gremial, con el comité de Caldas, Medellín y Bogotá, apoyo del gobierno, por medio de proyectos académicos, dirigidos a transformar la formación técnica y tecnológica, la emisión de programas técnicos en profesionales de sistemas e-salud, gestión de sistemas de información del sector salud, documentación de sistemas de salud, procesos administrativos para instituciones del sector salud, atención pre-hospitalaria, tecnólogo en enfermería y cuidado ambulatorio, tecnólogo profesional en atención de usuarios de salud y tecnólogo en gestión comercial de servicios de salud.

Finalmente, se logró una mayor sinergia entre Alcaldías Locales, Ministerio de Educación Nacional, Hoteles y gremios del sector. El segundo aspecto en que se ha enfocado el proyecto Travel Medic ha sido el desarrollo del talento humano entendido como la expansión del conocimiento público del sector y el logro de mejores estándares laborales para

quienes trabajan en el sector. Con ello, se crean alianzas con colegios con el fin de capacitar estudiantes desde grado Décimo en temas de Turismo de Salud, lo cual ha ayudado a disminuir la deserción escolar y aumentar en el interés por carreras técnicas y tecnológicas asociadas a turismo y la salud. También, la asociación creó programas de formación técnica en diferentes campos de Turismo de Salud, previa consulta a gerentes de reconocidas entidades de salud de la región, para garantizar la disponibilidad de fuerza laboral capacitada y oportunidad real de empleo para los técnicos y tecnólogos del eje cafetero.

En la actualidad, los servicios ofrecidos por Travel Medic se enfocan en cuatro áreas para turistas de salud nacionales en el extranjero y extranjeros de diferentes nacionalidades:

Servicios médicos y estéticos (McKinsey, 2008): Oftalmología, Ortopedia, Otorrinolaringología, Gastroenterología, Cirugía General, Cirugía Plástica, Lipoescultura, Cirugía de Abdomen (Abdominoplastia), Cirugía de Nariz (Rinoplastia), Cirugía de Párpados, Cirugía de la frente o cejas, Cirugía de Mentón, Cirugía de Orejas, Cirugía de Glúteos, Rejuvenecimiento Facial, Cirugía Vasculare, Cirugía Laparoscopia, Cirugía Pediátrica, Ginecología. Servicios de odontología: Periodoncia, Implantes Oseointegrados, Rehabilitación Oral, Estética Dental, Dolor Orofacial y problemas de la Articulación Temporomandibular, Endodoncia, Cirugía Maxilofacial, Ortodoncia.

Servicios médicos y de diagnóstico: Chequeos, Escenografía General y Doppler Color, Ecografía en 3D y 4D, Radiología Simple e Intervencionista, Mamografía (Biopsia Estereotáxica Digital), Cardiología no Invasiva, Colonoscopia y Endoscopia Diagnóstica y Terapéutica, Medicina Nuclear, Fisioterapia, Rehabilitación Cardíaca y Cardiopulmonar, Laboratorio Clínico, Urgencias, Consulta Especializada, Citología Vaginal, Espirómetros, Terapia Ocupacional, Terapia Respiratoria, Cirugía General y Plástica, Gineco-Obstetricia de Alto Riesgo, UCI Neonatos y UCI Adultos, Ortopedia y Traumatología, Neurocirugía, Banco de Sangre, Unidad Renal, demás servicios de apoyo relacionados y sub-especialidades complementarias, Escenografía, Ecografía, Radiología Simple e Intervencionista, Mamografía, Cardiología no Invasiva, Endoscopia Diagnóstica y Terapéutica, Medicina Nuclear, Fisioterapia, Rehabilitación Cardíaca, Laboratorio Clínico, Consulta Especializada, Citología Vaginal.

Servicios oftalmológicos: Cirugía Refractiva con Excímer Láser, Exámenes de Diagnostico.

Otros servicios: Quirófanos, Urgencias, Hospitalización.

4.6.5. Organismos estatales especializados que inciden en la supervisión, planeación y agregación de valor del turismo de salud en Colombia.

En necesaria la diferenciación de los organismos que inciden en la agregación de valor general al sector del turismo de salud. Inicialmente deben especificarse las entidades de supervisión mencionadas anteriormente, estas son:

- El Ministerio de Salud y Protección Social: En la estructura organizacional este Ministerio como órgano rector encabeza la jerarquía regulatoria, formulando y adoptando las políticas, programas y estrategias para el sector;
- La Comisión de Regulación en Salud: La Comisión de Regulación en Salud, como unidad técnica especial adscrita al Ministerio de la Salud y Protección Social, se encarga de definir los Planes Obligatorios de Salud, el listado de medicamentos, las reglas para el traslado de afiliados entre Entidades Promotoras de Salud y el valor de la Unidad de Pago por Capitación entre el régimen subsidiado y contributivo, así como de recomendar proyectos de ley o decretos reglamentarios que sean necesarios;
- La Superintendencia Nacional de Salud: La Superintendencia complementa la función de regulación representando el mecanismo de coacción (impone multas y sanciones) para el efectivo cumplimiento de las normas expedidas. La ley 1122 de 2007, creó el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual, está en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, con base en los siguientes ejes: financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención en salud pública, atención al usuario y participación social, acciones y medidas especiales, información y focalización de los subsidios en salud; también le otorga facultades de función jurisdiccional y de conciliación, para poder ser eficaz en la atención de las necesidades de los usuarios del sistema, como también

agrega nuevos vigilados como son los regímenes especiales y exceptuados (Ley 100 de 1993);

- Ministerio de Industria, Comercio y Turismo: Es el organismo encargado de la regulación del turismo en Colombia a través del Viceministerio de Turismo que junto con la Superintendencia de Industria y Comercio se encargan de la regulación de oferta de bienes y servicios en materia de precios, control de calidad de oferta de los mismos y el cumplimiento del marco normativo que busca la no configuración de situaciones distorsionadoras de mercado como carteles, monopolios, monopsonios, entre otros.

Por otro lado, los organismos encargados de la planeación y ejecución de las diversas estrategias de potencialización y posicionamiento del turismo de salud nacional son:

- Ministerio de Industria, Comercio y Turismo: Este se encarga de la asignación de partidas presupuestarias, la aglomeración y concordancia de posturas de los diversos actores del sector con el fin de aprovechamiento de oportunidades de inversión en los diversos eslabones de la cadena de producción y comercialización de servicios médico-turísticos;
- Departamento Nacional de Planeación: Es la entidad encargada de la repartición presupuestaria de planes avalados por el Gobierno Nacional y de la estructuración de políticas de aumento de la competitividad, así como de la construcción de políticas encaminadas hacia la satisfacción de necesidades básicas insatisfechas de la mano con diversos ministerios de gobierno y departamento administrativos de orden nacional;
- Programa de Transformación Productiva: Este programa se encarga de la ejecución de política industrial mencionadas anteriormente bajo la supervisión del Ministerio de Industria y Comercio de Colombia, cuyo aval debe contar con el visto bueno del gobierno nacional a través de un dialogo permanente con las empresas y las regiones que logre identificar oportunidades de desarrollo productiva enmarcado en la búsqueda de crecimiento y consolidación de los sectores agroindustriales, textiles, maquilajes, turismo de salud, turismo de bienestar, autopartes, turismo de naturaleza, software y tecnologías de la

información, energía eléctrica, bienes y servicios conexos y tercerización de procesos de negocios o Business Process Outsourcing, (BPO) identificados como los de mayor ventaja competitiva en Colombia frente a mercados objetivos internacionales. Los propósitos estratégicos de consolidación del sector del turismo de salud son el fortalecimiento del aparato productivo a través de la mejora en sus procesos de diversificación eficiente de mercados objetivos, el desarrollo regional mediante la identificación del potencial productivo y la facilitación de creación de clústeres o encadenamientos productivos donde se articulen los diferentes eslabones de la cadena productiva de servicios médico-turísticos y de bienestar. Finalmente se busca la internacionalización por medio del posicionamiento de servicios médicos y turísticos en las cadenas de valor global.

Por otro lado, las entidades oficiales y privadas que ciertamente generan valor a los diferentes procesos de crecimiento del turismo de salud en Colombia son:

- Asociación Nacional de Industriales: La ANDI (aunque se especula un cambio de nombre en los próximos meses a Gremio Nacional de Empresarios) es la entidad que agrupa los intereses del empresariado nacional a través de diferentes sectores. Es el de la salud y turismo lo que llaman la atención ya que a través de estas se puede canalizar las demandas, exigencias, incertidumbres y demás factores de vital importancia que permita clarificar el panorama de inversión directa en el sector salud y turismo;
- Los gremios de turismo de salud: Por un lado el Centro Colombiano de Cirugía Plástica y Estética de Colombia radicado en Medellín, La Asociación Colombiana de Turismo Medico, entre otras de menor tamaño comparativo.

#### **4.7. Recomendaciones para impulsar el turismo de salud en Colombia**

Se considera que Colombia necesita profundizar su postura estratégica que aproveche su ventaja competitiva que son los menores costos comparativos y su cercanía frente a los principales mercados objetivos. Además, Colombia debe especializarse en procedimientos agudos no críticos con un protocolo estándar a nivel mundial. Lo anterior con base a los

resultados arrojados en la previsión de demanda de servicios de salud donde la medicina estética y de bienestar representa un potencial importante de crecimiento frente a la medicina curativa y preventiva teniendo en cuenta que la tendencia global se dirige hacia un mayor nivel de ingresos en las dos categorías mencionadas sin perder de vista procedimientos de turismo de salud curativo como ortopedia, cirugía general, medicina interna y cardiología aprovechando las inversiones en infraestructura de salud y adquisición aparatos tecnológicos.

Las condiciones necesarias para lograr impulsar el turismo de salud en las cuatro categorías (principalmente la categoría de medicina de bienestar y estética) son:

4.7.1. Lograr un reconocimiento de los servicios de salud del país por parte de clínicas internacionales que permitan un mayor reconocimiento de las especialidades ofrecidas a en el país. Esto se logra por medio del intercambio de especialistas que colombianos con especialistas de países objetivos que operen en Colombia y viceversa. También se logra mediante la publicación conjunta de artículos de investigación y revisión en revistas especializadas (principalmente estadounidenses).

4.7.2 Un sistema de información clara y accesible a los mercados objetivos que facilite el acceso y entendimiento de la información a pacientes de mercados objetivos el cual incluya estadísticas de calidad comparable con estándares internacionales, manejo de expedientes únicos en inglés y español que contenga información, de acuerdo con los estándares internacionales a través de toda la red de prestadores del servicio, uso de un sistema de prestación de servicios de turismo de salud en las cuatro categorías unificado. Lo anterior con el fin de obtener información en tiempo real sobre el desempeño del sector y el flujo de pacientes nacionales en el exterior o internacionales.

4.7.3. Aumentar la cobertura de profesionales de la salud (médicos, enfermeras jefes y auxiliares) bilingües dado que los pacientes provienen principalmente de Estados Unidos.

4.7.4. Disponibilidad de especialistas en ortopedia, cirugía general y medicina interna para la categoría de turismo de salud curativo y preventivo.

4.7.5. Disponibilidad de especialistas en medicina alternativa y homeopática para la categoría de medicina de bienestar.

4.7.6. Disponibilidad de especialistas en medicina estética y cirugía plástica para la categoría de medicina estética.

La condición 4.4.1 implica asegurar que los protocolos de medicina interna, cardiología y cirugía general de proveedores de turistas de salud estén estandarizados con los utilizados en Estados Unidos. También implica ofrecer un aval del gobierno únicamente a prestadores que utilizan estos protocolos. Lo anterior con el fin de lograr un control de las entidades que propenden por la oferta de servicios médicos en el exterior. Un estándar comparable con el estadounidense llevaría a resultados satisfactorios. El primero sería positivo en la medida que los hospitales y clínicas estadounidenses reconocerían la homologación de los procedimientos médicos en Colombia y tranquilizaría a pacientes internacionales acostumbrados a un tipo específico de procedimiento administrativo.

La condición 4.7.1 también implica aumentar el número de publicaciones elaboradas por colombianos en revistas especializadas (principalmente estadounidenses) orientadas al reconocimiento científico de Estados Unidos, principal mercado del turismo de salud colombiano. También es necesario generar convenios para que especialistas internacionales (principalmente estadounidenses) operen en Colombia y viceversa con el fin de profundizar las relaciones científicas entre Colombia y Estados Unidos en el turismo de salud. Esta condición también implica establecer un sistema de información para turismo de salud el cual se incluya medición de indicadores de calidad de los servicios de salud regulando el reporte de los mismos con el fin de tener información veraz a disposición y actualizada sobre el desempeño del sector en las cuatro categorías.

La condición 4.7.2 implica el establecimiento obligatorio a prestadores de expediente único para pacientes con el fin de llevar un registro que no solo incluya las generalidades del paciente, sino que cumpla fines de seguimiento pos viaje, fidelizándolo en el servicio demandado y en el país.

La condición 4.7.3 implica aumentar la cantidad de profesionales bilingües, pasando del 55 por 100 que actualmente constituyen los que dominan el idioma inglés, al 100 por 100. Lograr una cobertura integral de profesionales bilingües podría tardar más que seis años ya que las universidades tanto públicas como privadas no exigen un dominio integral del idioma inglés más allá de los cursos ofrecidos en sus programas académicos, lo cual no es suficiente para preparar profesionales cuyos principales clientes hablan inglés y buscan ser entendidos a la perfección. Además, los cursos de idiomas ofrecidos en las instituciones universitarias de Colombia no busca el dominio al 100 por 100 de un segundo idioma sino a la obtención de bases fundamentales para su perfeccionamiento posterior. En general el inglés se ve solo como un complemento (muchas veces sin importancia) del programa de medicina y/o enfermería en los programas universitarios. El caso de las enfermeras es más delicado, ya que para potenciar el turismo de salud a niveles dados arriba es necesario para del 8 por 100 de enfermeras que dominen el idioma inglés a 50 por 100, lo cual es notablemente difícil de alcanzar teniendo en cuenta las condiciones actuales de la educación bilingüe en Colombia.

Este es uno de los mayores impedimentos para lograr formar profesionales dirigidos hacia el sector externo. La condición 4.7.4 implica lograr mayores niveles de graduados y especialistas en las especialidades de mayor demanda en la medicina preventiva y curativa. Sin embargo, la limitación surge de los altos costos y escasos de cupos para el ingreso a especialidades de la salud de mayor demanda en las dos categorías. Esta situación provoca una constante escases de profesionales debido a los motivos explicados en el primer capítulo (escases de profesionales de la salud).

Para la condición 4.7.5, el aumento de profesionales de la medicina alternativa y homeopática implica un cambio en el concepto general de esta rama de la medicina en Colombia debido a que el público considera que esta especialidad no tiene tanto prestigio como las demás especialidades de la medicina tradicional. Sin embargo, debido al importante crecimiento de la categoría de bienestar, además de las dificultades internas (principalmente administrativas) del sistema de salud colombiano, muchos usuarios han optado por someterse a tratamientos alternativos homeopáticos que utilizan medicamentos sin compuestos químicos con resultados positivos para la categoría y el sector del turismo de salud en general.



Esto se debe a que al masificarse esta especialidad, existe un impulso para la internacionalización del servicio. Además, debido a que los turistas de salud en la categoría de bienestar son mayores y se cree que siga aumentando en los próximos años (principalmente debido a la búsqueda de tratamientos alternativos para tratar el estrés, sobrepeso, tranquilidad espiritual), se espera que los profesionales de esta rama aumenten.

Finalmente, la condición 4.7.6 implica un mayor número de profesionales bilingües especialistas en medicina estética y cirugía plástica. En ese sentido el crecimiento de cirujanos plásticos se encuentra estable y cuenta con una reputación nacional e internacional respetable. Cabe destacar que son los especialistas en cirugía plástica los que más utilizan los medios de comunicación tradicionales (revistas, periódicos, televisión) para promocionar sus servicios y posicionarse en el mercado local. En el largo plazo (posterior a 2015) se pretende aumentar la atracción de pacientes no asegurados provenientes de Estados Unidos que no pueden someterse a procedimientos de alta complejidad debido a los altos costos. Unido a esto se busca que el servicio de salud se complemente con un atractivo turístico mostrando las bellezas naturales y autóctonas de Colombia (componente eco turístico).

También se pretende que los turistas de salud de clase alta provenientes de países vecinos lleguen a Colombia en un efecto domino.

Este flujo de turistas provenientes de Estados Unidos ayudará a conseguir un reconocimiento del sector a nivel internacional.

Las competencias claves para lograr el posicionamiento en el largo plazo será el reconocimiento del sector por parte del mercado estadounidense por medio del establecimiento de una oferta sólida caracterizada por profesionales de la salud bilingües, un manejo de expedientes de pacientes en inglés y español de acuerdo con los requerimientos de los potenciales aliados a nivel internacional, la disponibilidad de recursos para invertir en I+D, la mejora de la eficiencia operativa de procedimientos curativos y preventivos. También es necesaria la disponibilidad de una infraestructura hotelera de alta calidad en alianzas con los centros de salud curativos, preventivos, estéticos y de bienestar (este es el caso de Genavie Life Generator con el Hotel cinco estrellas, Sonesta ubicado en Barranquilla, Colombia). Finalmente, también es importante la disponibilidad de conocimientos autóctonos documentados que aumenten el atractivo turístico propio de Colombia para pacientes

principalmente internacionales que no hayan tenido contacto anterior con el país (este es el caso de visitas a reservas forestales, poblaciones indígenas como actualmente lo realiza la firma Vivir en Plenitud, en Barranquilla, Colombia).

## **CONCLUSIÓN**

El turismo de salud es un sector en crecimiento que involucra la oferta de varias entidades públicas y privadas caracterizadas por un eslabonamiento horizontal y vertical, además de la combinación de ofertas en diferentes rubros a fines al turismo y a la salud.

Su tendencia mundial de crecimiento lo hace muy atractivo como fuente de inversión en un sector no tradicional e innovador. En ese sentido Colombia se encuentra con una oportunidad de participación en este mercado a través de la puesta en marcha a través de un modelo estratégico de negocio que inicia con la publicación del documento CONPES 3678 que establece los parámetros fundamentales para el desarrollo del turismo de salud en el país.

La fuerte inversión en infraestructura de salud, los menores costos comparativos para los principales cinco mercados potenciales en el continente, así como el atractivo natural que caracteriza al país andino son factores claves que permiten potenciar el sector como uno de clase mundial.

Sin embargo, existen limitaciones que amenazan la proyección del país andino.

El porcentaje bajo de médicos especialistas y enfermeras en el país, el bajo porcentaje de profesionales de salud que domina el idioma inglés, la percepción de inseguridad en el país que aún persiste a pesar de encontrarse en una negociación para llegar a un acuerdo de paz y la falta de un reconocimiento mundial del turismo del sector en Colombia representan un desafío que va más allá de la planeación gubernamental de un cuatrienio para transformarse en un visión estratégica de estado que apoye al sector privado en el largo plazo.

El establecimiento de zonas francas de salud, las exenciones tributarias que estas representan, así como el acompañamiento de agencias nacionales de promoción del turismo y la inversión extranjera son los primeros pasos de una planeación más profunda que implica alianzas público-privadas hacia mercados objetivos para aumentar el reconocimiento de Colombia como destino turístico de salud en las cuatro categorías, principalmente en las

categorías de medicina estética y de bienestar debido a la baja inversión comparativa que estas representan y a la riqueza natural, artesanal y cultural de la que goza el país.

Se proyecta un crecimiento de la participación mundial de Colombia en este sector a partir de las tendencias que se encuentra presentando el sector a nivel interno, así como la fuerte inversión en infraestructura de salud, en la disminución de costos de tratamientos y procedimientos tradicionales y alternativos que fomenta la oferta. Se espera que el desarrollo del sector a nivel interno y mayor cuota de participación a nivel externo hagan del turismo de salud un sector alternativo dinamizador de la economía colombiana que no solo impulse el crecimiento económico y diversifique la oferta exportadora, sino también impulse la buena imagen del país resaltando las bellezas naturales, culturales y artesanales con las que cuenta Colombia.

En resumen, La presente investigación intenta aproximar el sector del turismo de salud para el caso de Colombia a partir de dos secciones. La primera acapara las aproximaciones teóricas más relevantes de la economía de la salud y el turismo teniendo en cuenta la vigencia de diversas perspectivas teóricas del funcionamiento del actor frente al consumo y oferta de salud y turismo. En ese sentido, la primera sección abarca inicialmente un panorama general del turismo a nivel mundial, para luego introducir el estudio teórico de demanda de bienes y servicios turísticos resaltando la ecuación de función de demanda de bienes/servicios turísticos que se utilizan en la segunda parte para determinar la cantidad demandada de procedimientos médico-turísticos en los que se presumen Colombia tiene mayor oportunidad de crecimiento según informes de organizaciones consultoras y entrevistas a miembros de gremios de medicina en sus cuatro categorías.

También estudia la aproximación teórica de oferta de bienes/servicios turísticos en el que se destacan los factores que influyen la oferta de bienes turísticos, un estudio administrativo de formas de integración de firmas que operan alrededor del sector y la implicación de alianzas estratégicas como fuente de fortalecimiento del eslabonamiento productivo. Asimismo, se establece la función de oferta de bienes turísticos del profesor Dwyer (2013) que otorga una aproximación cuantitativa del nivel de preparación de las firmas nacional para absorber una futura demanda. Por otro lado, la sección también estudia el impacto económico de la actividad turística en una economía a partir de la contribución

del sector a los demás agentes económicos, la organización industrial en la industria turística y el papel de los oligopolios, la formación de precios y dinámica de la industria, la regulación del sector y su relación con la preservación del medio ambiente como valor agregado, la formulación de políticas para la promoción del sector a partir de los instrumentos disponibles, apuntes a la política turística reciente en Colombia, además de los tipos de impuestos a la industria turística. La primera sección también ofrece una aproximación general a la economía de la salud mediante un análisis cuantitativo del comportamiento del individuo en la demanda de servicios sanitario a través del establecimiento de la función de producción de servicios de salud, la demanda de salud y servicios médicos, las conductas de salud del consumidor, el impacto de las conductas no saludables sobre el valor futuro de la salud, y los tipos de seguros de salud según el perfil de riesgo e ingresos del consumidor.

También se analizó la aplicación del sector de turismo de salud para el caso de Colombia frente a la dinámica internacional del sector. Así, existe una división de dos secciones en la cual la primera estudia la actual tendencia de demanda y oferta de bienes médico-turísticos a nivel internacional estableciendo las causas de movilidad de pacientes internacionales, analizando el flujo de pacientes internacionales según su procedencia, ingresos totales, costos totales y tendencia de movilidad total de recursos. Finalmente estudia la relación entre la edad y el consumo de servicios médico-turísticos a partir de informes otorgados por firmas consultoras internacionales y entrevistas a miembros de diversos gremios del sector. La segunda sección aplica los conceptos e información cualitativa del sector en Colombia para estimar la cantidad demandada y ofertada de bienes turísticos a partir de la selección de cinco localidades de mayor consumo de procedimientos médicos (radioterapia y quimioterapia, cirugía reconstructiva del suelo pélvico, cirugía cardiovascular con diversos fines, tratamientos traumatológicos de baja complejidad, cirugía de aumento mamario, rinoplastia y tratamientos para el control y reducción del sobrepeso) pertenecientes a las cuatro categorías del turismo de salud (curativa, preventiva, estética y de bienestar) hacia Colombia (Estados Unidos, Canadá, Aruba, Antillas, Panamá) a partir de la utilización de variables independientes que permite arrojar una cifra tentativa de consumo aproximado que a su vez permite conocer cuál sería la tendencia de los procedimientos analizados de cara a un mayor posicionamiento de otros destinos médico-turísticos (Brasil, México, Costa Rica, Singapur). Los datos utilizados fueron encontrados a partir de entrevistas con gremios del

sector, y bases de datos debidamente citadas en la bibliografía al final de la presente investigación. Asimismo, una vez determinada la cantidad demandada tentativa para cada una de las localidades en cada uno de los procedimientos mencionados se establece la contrastación empírica en la fuga de sistemas sanitarios, especialmente privados, hacia e incentivo en el desplazamiento de pacientes hacia las cinco localidades mencionadas por medio de un análisis del sistema de salud de cada una de ellas que permita inferir los motivos de movilidad internacionales de pacientes. De la misma manera, se estima la capacidad de oferta de los procedimientos mencionados a partir de variables independientes tomadas de las fuentes presentadas en la bibliografía para luego realizar la contrastación empírica que permita conocer las causas de las limitantes en la oferta de los procedimientos analizados (oferta de recurso humano en salud en médicos y enfermeras, inversión en infraestructura de turismo de salud en las diferentes categorías, el posicionamiento del país en el turismo de salud mundial y regional a través de actos administrativos, legislativos y actuación de los organismos estatales que inciden en el desarrollo del sector resaltando los documentos de política económica y social (CONPES) del Departamento Nacional de Planeación y el programa interinstitucional de Transformación Productiva. Seguidamente se estudian casos de éxito en Colombia de promoción y consolidación de la oferta de aumento de demanda de servicios médico-turísticos en diversas regiones del país para dar paso a las recomendaciones para el posicionamiento del sector como uno de clase mundial.

Con todo lo anterior, es necesario que se establezcan políticas continuistas de Estado en la promoción del sector que trasciendan periodos gubernamentales. Primeramente, es indispensable una mayor integración vertical de las diversas firmas que integran la oferta global de turismo de salud (transportadores, hoteles, clínicas, servicios de turismo, agencias de viajes) con el fin de ofrecer al paciente un servicio integral que le ofrezca mayor confianza al encontrarse en el país, así como la sofisticación del servicio de cara a exigencias de pacientes internacionales acostumbrados a servicios de alta calidad y eficiencia global.

En ese sentido, aún existe una segmentación y segregación muy alta de mercado que sumado a la asimetría informativa entre diferentes operadores del sector, hace que los pacientes internacionales con intenciones de viajar a Colombia no encuentren una estructuración confiable lo que hace perder mayor número de consumo per cápita.

Por otro lado, la oferta colombiana se ha concentrado en atraer turistas de salud nacionales residentes en el extranjero (caso Estados Unidos, Panamá y en menor medida Canadá) con resultados muy bajos como ponderación de número total de turistas que llegaron al país en 2013.

Esto se debe a que los diversos gremios y clínicas con mayor músculo financiero destinado a publicidad y mercadeo prefieren pacientes nacionales con ingresos mayores en moneda extranjera ya que tienden a exigir menos en comparación con pacientes internacionales acostumbrados desde largos periodos de tiempo a protocolos y procedimientos distintos que optimizan el servicio al paciente y otorga una mayor información en menores periodos de tiempo. Aun cuando las clínicas dirigidas a pacientes internacionales se encuentren en proceso de adaptación de preferencias de pacientes extranjeros, lo cierto es que gran parte de la oferta aún se enfoca en pacientes nacionales en el extranjero. Asimismo, es necesaria una mayor preparación en un segundo idioma a médicos y enfermeras ya que en comparación con otros destinos de la región e internacional, estos profesionales no dominan en su gran mayoría el idioma inglés, limitando la oferta hacia pacientes extranjeros. En ese sentido, se ilustra en el segundo capítulo la escasez de médicos y enfermeras que dominan el idioma inglés en comparación con otros profesionales de la salud de la región. Por otro lado, es necesario una mayor comunicación y cooperación entre el sector público y privado ya que existe un déficit de en el flujo de información entre ambos que quiere solventarse con la puesta en marcha de los documentos CONPES y actos administrativos en general para una mayor inclusión de los operadores turísticos de salud en la planeación y ejecución de estrategias de agregación de valor en todos sus segmentos.

Esta cooperación se fundamenta en la necesidad de aplicar las directrices de los documentos CONPES en los rubros más críticos que hacen del sector aún muy dependiente únicamente de las actuaciones individuales de formas del sector privado a diferencia de otras naciones como México o Singapur donde el sector público juega un papel muy importante en el otorgamiento de incentivos para inversión en infraestructura de salud y adquisición de tecnología en maquinaria y procedimientos de punta. En ese sentido, Colombia debe explotar más los procedimientos pertenecientes a la medicina de bienestar, principalmente los procedimientos para tratar y reducir el sobrepeso, ya que según la estimación presentada, es

el tratamiento de mayor demanda actual y futura como consecuencia de menores costos directos e indirectos de inversión y mantenimiento, la adecuación natural de los paisajes que permite la oferta de este, la tendencia actual hacia el mantenimiento del estado físico y salud espiritual frente a enfermedades como el estrés, el sobrepeso, la depresión, entre otros en los que Colombia no es indiferente, además la diferencia importante de precios de estos frente a otros de medicina curativa, preventiva y estética que los hacen más atractivos de cara al público objetivo.

Sin embargo, otro riesgo latente que existe no solo en Colombia sino en todas las localidades que han buscado potenciar el turismo de salud en el desequilibrio entre la oferta de servicios médicos en el sector público y privado frente a nacionales versus extranjeros.

Debido a que existe una fuerte inversión para construir clínicas de alta complejidad, ofrecer procedimientos con alto componente tecnológico, y realizar seguimientos post-procedimientos y obtener certificados de alta calidad en la prestación del servicio demandado en el sector privado llevándose a los mejores especialistas de diversas ramas de la medicina, existe un desequilibrio en la calidad ofrecida en el sector privado que prioriza la atención a pacientes con mayor poder adquisitivo en comparación al sector público que prioriza la cobertura básica de procedimientos y tratamientos cubiertos por el Estado en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Así, los procedimientos no se realizan con especialistas con gran experiencia laboral, los medicamentos utilizados son principalmente genéricos, y la atención al usuario es deficiente en cuanto a respuesta inmediata se refiere. De ahí el riesgo de desequilibrio de oferta de servicios donde los usuarios del sector público no cuentan con oportunidades de atención de alto nivel de calidad y componente tecnológico como resultado de la priorización de atención a pacientes nacionales en el extranjero o internacionales que se someten a procedimientos en Colombia.

Por último, la presente investigación deja la puerta abierta al análisis cuantitativo de la calidad de servicios médicos ofrecidos en Colombia a pacientes internacionales del sector privado versus pacientes nacionales del sector público, así como el nivel de profundización de cooperación entre las firmas privadas, firmas públicas y entidades gubernamentales para la sofisticación y eficiencia de oferta de servicios médico-turísticos que en la actualidad representa uno de los mayores impedimentos para la optimización de atención a pacientes en

sus diferentes pasos de consumo. También ofrece una base para el estudio del impacto cuantitativo de los documentos CONPES sobre la consolidación del turismo de salud en el país frente a experiencias internacionales y regionales donde el sector público tiene una mayor preponderancia que el nacional debido a múltiples causas.

Una de ellas es la poca presencia estatal en la toma de decisiones que no se consideran como ejes fundamentales en los planes de desarrollo de los gobiernos de Colombia (actualmente, el Plan Nacional de Desarrollo del segundo periodo del presidente Juan Manuel Santos busca aumentar el recaudo tributario en un entorno de bajos precios de petróleo frente a un eventual acuerdo de paz entre este, las FARC-EP y el ELN). Las línea de investigación que este trabajo de investigación deja como base es la estructura económica del turismo de salud colombiano, la participación pública en la planeación y estructuración del sector de cara a una mayor competencia internacional, y la divergencia en la calidad de oferta de los servicios de salud del sector público versus sector privado de cara a una participación mayoritaria del último. Finalmente y no menos importante es la necesidad de una mayor armonización de datos sobre la llegada de pacientes nacionales radicados en el extranjero, e internacionales, el consumo per cápita, las alianzas existentes de aseguradoras internacionales o nacionales en el extranjero y clínicas privadas de alta y mediana complejidad a nivel nacional. Lo anterior debido a que la pluralidad de datos que no se asemejan o aproximan dificulta una política publica coyuntural más allá de la planeación a largo plazo materializada en los documentos CONPES. Es necesario conocer el papel de los intermediadores del sector (brokers o intermediadores que captan nuevos pacientes y fidelizan los existentes, aseguradoras y gremios médicos) en el desarrollo sectorial debido a que no es posible un crecimiento y sostenibilidad del turismo de la salud en sus diversas categorías a partir de la demanda coyuntural de pacientes. Si bien el presente análisis presenta una tendencia de aumento del consumo para servicios de medicina de bienestar y estética para el año 2014 no se puede asegurar su sostenibilidad si no se conocen alianzas firmadas entre los agentes nacionales e internacionales (en caso de su existencia) ya que de estas se desprende una posible garantía de flujo constante de pacientes.



## BIBLIOGRAFÍA

- Abel, C. (1994). Health care in Colombia c. 1920-c. 1950. A preliminary analysis. *ISA Research Papers*, 36, 21.
- Acaims, C. (2013). What is the role of American MEDICARE actuary? *American Actuaries*, 4, 9-10.
- Acacius, M.J. (2011). Social insurance: actuarial standard of practice. *Actuarial Standards Board*, 33, 130-132.
- Acosta, R. J. H., Mendoza, A. M., & Logreira, E. A. (2013). Propuestas multivariadas para medir el Índice de Capacidad en el monitoreo de variables. En *CONGRESO INTERNACIONAL DE INGENIERÍA CORPORACIÓN POLITÉCNICO COSTA ATLÁNTICA CIIPCA 2013*.
- Adams, P.D, (1995). An applied general equilibrium analysis of the economic effect of tourism in a quite small, quite open economy. *Applied Economics*, 27, 32-45.
- Aeronautica Civil de Colombia. (2013). *Resolución 2198 de 2013 por medio del cual se autorizan nuevas rutas aéreas nacionales y se dictan otras disposiciones*. Bogotá. Colombia.
- Aguilo, P.M. (2001). Determinants of the price of German tourist packages on the island of Mallorca. *Tourism Economics Review*, 21, 45-46.
- Aguiló, E. (1990). Una estimación de la rentabilidad social del turismo. *Documentos de Economía Española*, 8, 246-253.
- Aiken, L. H. (2001). Hospital nurse staffing and patient's mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1987-1993.
- Airey, D., & Tribe, J. (Eds.). (2006). *An international Handbook of Tourism Education*. Ciudad de edición, país: Routledge.
- Aktas, A., Ekin, Y., Raj, R., & Morpeth, N. D. (2007). Case study: The Importance and the Role of Faith (religious) Tourism in the alternative tourism resources in turkey. *Religious Tourism and Pilgrimage Management, an International Perspective*, 23, 170-183.

- Alcaide, A. (1978). *En Tomo a las Tablas Input-Output de la Economía Turística*. Barcelona, España: ICE.
- Alegre, J., & Pou, L. (2004). Micro-economic determinants of the probability of tourism consumption. *Tourism Economics*, 2, 125-144.
- Alleman, B. W., Luger, T., Reisinger, H. S., Martin, R., Horowitz, M. D., & Cram, P. (2011). Medical tourism services available to residents of the United States. *Journal of General Internal Medicine*, 5, 492-497.
- Alleyne, D. (2006). Can seasonal unit root testing improve the forecasting accuracy of tourist arrivals? *Tourism Economics*, 1, 45-64.
- Almagro, J. (1982). Ingresos por turismo: un análisis en un contexto multivariante. *Papeles de Economía Española*, 1, 69-100.
- \_\_\_\_\_ (1979): Aplicaciones del enfoque box-jenkins a series del turismo español. *Cuadernos Económicos de Información Comercial Española*, 11, 11-12.
- Álvarez, E. T. (Ed.). (2014). *Colombia en el Sistema Internacional: Su Proyección en Asia*. Bogotá, Colombia: Universidad Externado de Colombia.
- American Hospital Association. (2002). “*Trends in Hospital Financing: Trend watch Chart book*”. Washington D.C., United States: The Lewit Group.
- American Society of Plastic Surgeons. (2013). *Cosmetic Surgery Tourism*. (En línea): <http://www.jointcommissioninternational.org/10241/> Pdf. (Consultado el 12 de Enero de 2015).
- Ameringer, C. F. (1999). *State Medical Boards and the Politics of Public Protection*. Baltimore, United States: John Hopkins University Press.
- Amstrong, M., S. Cowan and Vickers (1994). “*Regulatory Reform*”. Boston, United States: The MIT Press.
- Anchordoqui, E. (1977). “Las zonas francas industriales y el comercio exterior”. Versión resumida del documento presentado en el *Seminario sobre Promoción de Exportaciones, Montevideo, Uruguay*.

- Anderson, F. W., & Wansom, T. (2009). Beyond medical tourism: authentic engagement in global health. *Virtual Mentor*, 11, 506.
- Andrade, L., & Cadena, A. (2010). Colombia's Lesson in Economic Development. *McKinsey Quarterly*.
- Andrew, B.P. (1997). Tourism and the economic development of Cornwall. *Annals of Tourism Research*, 24, 721-735.
- Anup, S. (1995). "The Economics of Third World National Parks: Issues of Tourism and Environmental Management". Boston, United States: The MIT Press.
- Apergis, N., & Payne, J. E. (2012). Research note: tourism and growth in the Caribbean—evidence from a panel error correction model. *Tourism Economics*, 18, 449-456.
- Aranda, C., Combariza, G., & Parrado, B. (2009). Rural tourism as a rural territorial development strategy: a survey for the Colombian case. *Agronomía Colombiana*, 27, 129-136.
- Archer, B. y Hetcher, J. (1996). The economic impact of tourism in the Seychelles. *Annals of Tourism Research*, 23, 32-47.
- Archer, B. (1995). Importance of tourism for the economy of Bermuda. *Annals of Tourism Research*, 22, 918-930.
- \_\_\_\_\_ (1984). Economic impact: misleading multiplier. *Annals of Tourism Research*, 11, 517-518.
- \_\_\_\_\_ (1982). The value of multipliers and their policy implications. *Tourism Management*, 2, 236-241.
- \_\_\_\_\_ (1980). The anatomy of a multiplier. *Regional Studies*, 10, 71-77.
- \_\_\_\_\_ (1976). Forecasting demand—quantitative and intuitive techniques. *International Journal of Tourism Management*, 1, 5-12.
- Archer, B. y Owen C. (1971). Towards a tourist regional multiplier. *Regional Tourism Studies*, 5, 289-294.

- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty in the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 3, 941-973.
- Artecona, R. (2012). *US Health Care Reform and Medical Tourism Opportunities*. New York, United States: United Nations, ECLAC, IDB.
- Artus, J.R. (1 972). An econometric analysis of international travel. *International Monetary Fund Staff Papers*, 17, 602-619.
- Asociación Colombiana de Cirugía Cosmética. (2015). *About Us*. (En línea): <http://www.asociacioncolombianadecirurgiacosmetica.com/about-us> (consultado el 13 de Enero de 2015).
- Asociación Colombiana de Agencias de Visajes y Turismo. (2014). *Informe Trimestral (Versión Resumen)*. (En línea): <http://www.anato.org/index.php/investigaciones> (consultado el 10 de Diciembre de 2015).
- Asociación Colombiana de Obesidad y Cirugía Bariátrica de Colombia. (2014): *Tendencia de Obesidad en Colombia*. (En línea): <http://www.medicalbox.com/clinicas.php?id=24&n=c.-bariatrica/-dr.-cesar-guevara> (consultado el 4 de Septiembre de 2014).
- Asociación Colombiana de Turismo Medico. (2014). *Tendencia Nacional de Turismo de Salud y Bienestar en Colombia*. Bogotá, Colombia. Ediciones del Norte.
- Asociación Científica Colombiana de Medicina Estética y Reconstructiva. (2013). *Declaración de Principios*. (En línea): <http://cirugiaplastica.org.co/quienes-somos/declaracion-de-principios.html>. (consultado el 10 de Diciembre de 2013).
- Asociación Hotelera y Turística de Colombia. (2014). *Estadísticas Sectoriales*. (En línea): <http://www.cotelco.org/estudios-e-investigacion/> (consultado el 13 de Enero de 2015).
- Asociación de Medicina Alternativa de Venezuela. (2013). *Categorización de Turismo de Bienestar y Monopsonio Localizado de Oferta*. Caracas. Venezuela: Merton Ediciones.

- Asociación de Medicina Estética de Colombia. (2014). *National Trend and Global Risks*. (En línea): <http://www.acicme.com.co/comunicado5.pdf> (Consultado el 12 de Diciembre de 2013).
- \_\_\_\_\_. (2011) *Informe Compilado de Llegada de Pacientes por Motivos Estéticos*. (En línea): <http://www.buenasalud.com.co/programas.php>. (Consultado el 4 de Diciembre de 2015)
- Australian Bureau of Statistics. (2013). *Australian National Accounts*. Canberra, Australia: Pearson Pub.
- \_\_\_\_\_. (1989). *Australian National Accounts*, Canberra, Australia: Addison Wesley Editions.
- Awadzi, W., & Panda, D. (2006). Medical tourism: globalization and the marketing of medical services. *Consortium Journal of Hospitality & Tourism*, 11, 89-19.
- Badwe, A. N., Giri, P. A., & Latti, R. G. (2012). Medical tourism in India: a new avenue. *International Journal of Biomedical and Advance Research*, 3, 144-148.
- Bain, J.S. (1959). *Industrial Organization*. Nueva York, Estados Unidos: John Wiley & Sons.
- Bakkal y Scaperlanda, A. (1991). *Characteristics of U.S. Demand for European Tourism: A translog Approach*. Vienna, Austria: Weltwirtschaftliches Archiv.
- BANCOLDEX (2014). *Portafolio de Líneas de Crédito*. (En línea): <http://www.bancoldex.com/Cupos-especiales-de-credito-departamentales340/L%C3%ADnea-de-credito-Bancoldex-para-las-empresas-del-archipelago-de-San-andres-Providencia-y-Santa-Catalina.aspx>. Pdf (Consultado el 10 de Agosto de 2015).
- Barrero, C. E. A., Crane, E. S., & Ruíz, H. C. (2012). Defending the right to health in Colombia. *NACLA Report on the Americas*, 45, 87-89.
- Barriga, C. (2011). Turismo en salud: una tendencia mundial que se abre paso en Colombia. *Revista de Ciencia y Tecnología*, 9, pp. 4-6.
- Barrowclough, D. (2007). Foreign investment in tourism and small island developing states. *Tourism Economics*, 13, 615-638.
- Barry, K., y O'Hagan, J. (1972). An econometric study of British tourist expenditure in Ireland. *Economic and Social Review*, 3, 143-161.

- Baum, T. y Mudambi, B. (1994). A ricardian analysis of the fully inclusive tour industry. *The Services Industries Journal*, 14, 85-93.
- \_\_\_\_\_ (1995). An Empirical analysis of oligopolistic hotel pricing. *Annals of Tourism Research*, 22, 501-516.
- Bell, F.W. y Leeworthy, V.R. (1990). Recreational demand by tourists for saltwater beach days. *Journal of Environmental Economics and Management*, 18, 189-205.
- Ben-Natan, M., Ben-Sefer, E., & Ehrenfeld, M. (2009). Medical tourism: a new role for nursing? *Online Journal of Issues in Nursing*, 14, 78-81.
- Bhadu, S. S. (2011). Opportunities and challenges of medical and health tourism: creating a brand of alternative tourism in India. *International Journal of Management and Tourism*, 19, 32-41.
- Behjat, A., & Ostry, A. (2013). Investigating regional farms profitability in British Columbia local health areas. *Discourse Journal of Agriculture and Food Sciences*, 1, 135-139.
- Bejarano, E. E. (2006). Lista actualizada de los psicódidos (diptera: psychodidae) de Colombia. *Folia Entomológica Mexicana*, 45, 47-56.
- Beladi, H., Chao, C. C., Ee, M. S., & Hollas, D. (2015). Medical tourism and health worker migration in developing countries. *Economic Modelling*, 46, 391-396.
- Belomon. C. (2011). Costos, financiamiento y oferta de servicios sanitario en Panamá. *Obbaloo*, 21, 98.
- Bellón, E. R., & González, L. G. (2014). *Tourism as an Instrument for Development: A Theoretical and Practical Study (Bridging Tourism Theory and Practice, Volume 5)*. Bogota, Colombia: Emerald Group Publishing Limited.
- Benavides, D. D. (2002). Trade policies and export of health services: a development perspective. *A WHO Publication*, 2, 67.
- Benería, L. (1991). La globalización de la economía y el trabajo en los sistemas de salud de las mujeres. *Revista de economía y sociología del trabajo*, 12, 98.
- Benkovic, A., & Mejia, J. F. (2008). Tourism as a driver of economic development: The Colombian experience. *Center for Research in Economics and Finance (CIEF), Working Papers*, (08-08).

- Bernal, C. (2014). *La Exportación de Servicios de Salud: Una Oportunidad de la Globalización Caso Colombia* (en revisión).
- \_\_\_\_\_ (2014). *¿Es Colombia Competitiva y Atractiva en Comercio de Servicios de Salud?* pp. 8-11.
- Bies, W., & Zacharia, L. (2007). Medical tourism: outsourcing surgery. *Mathematical and Computer Modelling*, 46, 1144-1159.
- Bimonte, S., & Punzo, L. F. (2011). Instruments of structural policies for tourism sustainability. *Tourism Economics*, 9, 23-27.
- Birch, D. W., Vu, L., Karmali, S., Stoklossa, C. J., & Sharma, A. M. (2010). Medical tourism in bariatric surgery. *The American Journal of Surgery*, 5, 604-608.
- Blackwell, J. (1979). Tourist traffic and demand for accommodation: some projections. *Economic and social review*, 1, 323-343.
- Blair, A.R., Giarrantini, F., y Spiro, H. (1987). Incidence of the amusement tax. *National Tax Journal*, 40, 61-69.
- Blake, A. (2009). The dynamics of tourism's economic impact. *Tourism Economics*, 15, 615-628.
- \_\_\_\_\_ (2008). Modelling tourism and travel using tourism satellite accounts and tourism policy and forecasting models. *TTRI Discussion Papers*, 21, 34-35.
- \_\_\_\_\_ (2008). Tourism and poverty relief. *Annals of Tourism Research*, 13, 40-45.
- \_\_\_\_\_ (2008), modelling tourism and travel using tourism satellite accounts and tourism policy and forecasting models, *TTRI*, 20, 34-90.
- Bloom, J.Z. y Leibold, M. (1994). Demand forecasting approaches and practices in the South African tourism industry. *Journal of Studies in Economics and Econometrics*, 18, 73-89.
- Boadway, R.W. and N. Bruce (1984). *Welfare Economics*. Londres, Reino Unidos: Basil Blackwell.

- Boardman, A. e., Eisemberg, J. M. (1983). A Model of physicians practice attributes determination. *Journal of Health Economics*, 2, 259-268.
- Bognanno, M. F. (1974). The short-run supply of nurse's time. *Journal of Human Resources*, 9, 80-94.
- \_\_\_\_\_ (1970). The short-run supply of nurse's time. *Journal of Human Resources*, 9, 80-94.
- Bonham, C., Fujiii, E., Im, E. y Mak, J. (1991). The impact of the hotel tax room: an interrupt time series approach. *National Tax Journal*, 45, 433-441.
- Bonilla Rubiano, J. M., & Moreno González, M. M. (2010). “*Determinantes de la Demanda de turismo en Colombia 2004-2007: Seguridad, Comercio y Otros Factores*”. Bogotá, Colombia: Universidad del Rosario.
- Bookman, M. Z., & Bookman, K. R. (2007). *Medical Tourism in Developing Countries*. New York, United States: Palgrave Macmillan.
- Bostedt, G. y Mattsson, L. (1995). The value of forests for tourism in Sweden. *Annals of Tourism Research*, 22, 671-680.
- Bote, V. (1996). “Política Turística” en *Introducción a la Economía del Turismo en España*. Madrid, España: Civitas.
- \_\_\_\_\_ (1993). La necesaria revalorización de la actividad turística española en una economía terciarizada e integrada en la CEE. *Estudios Turísticos*, 1, 5-26.
- \_\_\_\_\_ (1991). *Planificación Económica del Turismo*. Ciudad de México, México: Editorial Trillas.
- Braeutigam, R. (1989). “Optimal Policies for Natural Monopolies” en *Handbook of Industrial Organization*, Cap. 2. City of publication, Nederland: Elsevier Science Publishers.
- Brau, R. (2008). Demand-driven sustainable tourism? A choice modelling analysis. *Tourism Economics*, 14, 691-708.



- Bresson, G., & Logossah, K. (2011). Crowding-out effects of cruise tourism on stay-over tourism in the Caribbean: Non-parametric panel data evidence. *Tourism Economics*, 17, 127-158.
- Briassoulis, H. (1991). Methodological issues: tourism input-output analysis. *Annals of Tourism Research*, 18, 485-495.
- Brida, J. G., Punzo, L. F., & Risso, W. A. (2011). Research note: tourism as a factor of growth—the case of Brazil. *Tourism Economics*, 17, 1375-1386.
- Brida, J. G., & Pulina, M. (2010). A literature review on the tourism-led-growth hypothesis. *Annals of Tourism Research*, 5, 98.
- Brida, J. G., Pereyra, J. S., & Devesa, M. J. S. (2008). Evaluating the contribution of tourism to economic growth. *Anatolia*, 19, 351-357.
- Brida, J. G., & Coletti, P. (2012). Tourists' intention of returning to a visited destination: cruise ship passengers in Cartagena de Indias, Colombia. *Tourism in Marine Environments*, 8, 127-143.
- Brida, J. G., Pereyra, J. S., Risso, W. A., Devesa, M. J. S., & Aguirre, S. Z. (2008). *The Tourism-Led Growth Hypothesis: Empirical Evidence from Colombia*. Bogota, Colombia: Ediciones Andina.
- Briguglio, L. (1992). “Tourism Multipliers in the Maltese Economy”, en *Perspectives on Tourism Policy*. Londres, Reino Unido: Manssel Publishing.
- Bristow, R. S., Yang, W. T., & Lu, M. T. (2011). Sustainable medical tourism in Costa Rica. *Tourism Review*, 66, 107-117.
- \_\_\_\_\_. (2010). “An application of the global sustainable tourism criteria in health tourism”. En *Proceedings of the 2009 Northeastern Recreation Research Symposium, Newtown Square*. Washington D.C, United States: PA: US Department of Agriculture. (En línea): [http://www.nrs.fs.fed.us/pubs/gtr/gtr\\_nrs-p66.pdf](http://www.nrs.fs.fed.us/pubs/gtr/gtr_nrs-p66.pdf) (consultado el 4 de Enero de 2015)
- Brüggemann, J., & Rodríguez, E. E. (2004). Tayrona National Park, Colombia: International Support for Conflict Resolution through Tourism. *Protected Areas Programme*.

- Brundtland, G.H. et al. (1987). “*Our common Future*”. Genève, Austria: World Commission on Environment and Development.
- Buisán, A. (1997). Exportaciones de turismo y competitividad. *Revista de Economía Aplicada*, 5, 65-81.
- Burgan, B., & Mules, T. (2001). Reconciling cost–benefit and economic impact assessment for event tourism. *Tourism Economics*, 7, 321-330.
- Burkett, L. (2007). Medical tourism: concerns, benefits, and the American legal perspective. *The Journal of legal medicine*, 28, 223-245.
- Buss, P. M. (2002). Globalization and disease: in an unequal world, unequal health. *Cuadernos de Saúde Pública*, 18, 1783-1788.
- Bustamante, A. V. (2014). Globalization and medical tourism: the North American experience comment on patient mobility in the global marketplace: a multidisciplinary perspective. *International journal of health policy and management*, 3, 47.
- Butler, R.W. (1980). The concept of a tourist area cycle of evolution: implications for management of resources. *Canadian Geographer*, 24, 5-12.
- Buzinde, C. N., & Yarnal, C. (2012). Therapeutic landscapes and postcolonial theory: a theoretical approach to medical tourism. *Social Science & Medicine*, 74, 783-787.
- Byrne, P. D. (2003). *Regímenes Tributarios Especiales en la Región Andina: Implicaciones de Políticas de Comercio y Tributarias para la Integración Regional*. Washington, Estados Unidos: Inter-American Development Bank.
- Calantone, R., Di Benedetto, A, y Bojanic, D. (1987). A comprehensive review of the tourism forecasting literature. *Journal of Travel Research*, 7, 28-39.
- Cals, J. (1974). *Turismo y Política Turística en España*. Madrid, España: Ariel.
- Cals, J. (1987). “Turismo y Política Turística en España, 1974-1986” en *El Sector Terciario de la Economía Española*. Madrid, España: Economistas Libros.

- Cals, J., Matas, A, y Riera, P. (1993). *Evaluación de Proyectos: Análisis de la Rentabilidad Social desde la Perspectiva del Turismo y el Ocio*. Madrid, España: Secretaria General de Turismo. Ministerio de Comercio y Turismo.
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Stigma and discrimination against transgender health professional. *Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 62, 41-45.
- Campo, S., & Yagüe, M. J. (2008). Effects of price on tourist satisfaction. *Tourism Economics*, 14, 657-661.
- Campo-Martínez, S., & Garau-Vadell, J. B. (2010). The generation of tourism destination satisfaction. *Tourism Economics*, 16, 461-475.
- Campos-Soria, J. A., González García, L., & Roper García, M. A. (2005). Service quality and competitiveness in the hospitality sector. *Tourism Economics*, 11, 85-102.
- Canales, M. T., Kasiske, B. L., & Rosenberg, M. E. (2006). Transplant tourism: outcomes of United States residents who undergo kidney transplantation overseas. *Transplantation*, 82, 1658-1661.
- Candela, G., & Figini, P. (2003). *Economia del Turismo: Principi Micro e Macro Economici*. Roma, Italia: McGraw-Hill.
- Canestrelli, E. y Costa, P. (1991). Tourist carrying capacity: a fuzzy approach. *Annals of Tourism Research*, 8, 295-311.
- Carey, K. (1989). Tourism development in LDCS: hotel capacity expansion with reference to Barbados. *World Development*, 17, 59-67.
- \_\_\_\_\_ (1992). Optimal hotel capacity: the case of Barbados. *Social and Economic Studies*, 41, 102-126.
- Carlsen, F., J. Grytten. (1998). More Physicians: Improved Availability or Induced Demand? *Health Economics Review*. Vol. 7 (6). pp. 495-508.
- Carmon, I., & Iuliana, C. (2014). Medical tourism industry challenges in the context of globalization. *Management Strategies Journal*, 24, 62-70.

- Carrera, P. M., & Bridges, J. F. (2006). *Globalization and Healthcare: Understanding Health and Medical Tourism*. Boston, United States: Pearson.
- Castaño, H. L. (2010). *El Mercado Laboral Colombiano: Tendencias de Largo Plazo y Sugerencias de Política*. Bogotá, Colombia: Banco de la República.
- Castro, A. M. B., Villarraga, M. L. F., Barreto, Á. L. R., Victoria, A. J. S., & Barbosa, W. G. J. (2011). Turismo en salud: una tendencia mundial que se abre paso en Colombia. *Ciencia & Tecnología para la Salud Visual y Ocular*, 9, 125-137.
- Centro de Desarrollo de Comercio Exterior. (2014). *Centro de Recurso Humano en Salud*. (En línea):<http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/LOS%20RECURSOS%20HUMANOS%20DE%20LA%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf> (Consultado el 3 de Agosto de 2014).
- Centro Colombiano de Cirugía Plástica y Estética. (2012). (En línea): <http://www.plasticayestetica.com/Informedegestionfinanciera> (Consultado el 18 de Diciembre de 2013).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2010). Medical Tourism: A survey. (En línea): [http://www.cepal.org/publicaciones/xml/7/39397/medical\\_tourism\\_a\\_survey\\_1111\\_final.pdf](http://www.cepal.org/publicaciones/xml/7/39397/medical_tourism_a_survey_1111_final.pdf) (consultado el 10 de Diciembre de 2015).
- Cerina, F. (2007). Tourism specialization and environmental sustainability in a dynamic economy. *Tourism economics*, 13, 553-582.
- Cerviño, J., & Cubillo, J. M. (2005). Hotel and tourism development in Cuba opportunities, management challenges, and future trends. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, 46, 223-246.
- Chaparro, P. E., de la Hoz, F., Lozano Becerra, J. C., Repetto, S. A., & Alba Soto, C. D. (2014). Internal travel and risk of dengue transmission in Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 36, 197-200.
- Chau Vu, J., & Turner, L. (2009). The economic structure of world tourism. *Tourism Economics*, 15, 5-21.
- Chavan, T. (2009). Potentially avoidable admissions among medicare in nevada. *America Health Insurance Review*, 34, 980.

- Chavonan, T. (2009). Comparisons of utilization in two large multi-state medicare advantage HMOs and MEDICARE fee-for-service in the same service areas. *America's Health Insurance Review*, 23, 76.
- Chen, C. (2010). Low income and MEDICARE financial limitations. *America Health Insurance Plan Monthly Review*, 87, 53.
- Chen, L. H., & Wilson, M. E. (2013). The globalization of healthcare: implications of medical tourism for the infectious disease clinician. *Clinical infectious diseases*, 57, 1752-1759.
- Chinazo. K. (2011). General health care supply in Antilles: a qualitative approach. *Caribbean Health Care Research*, 32, 95.
- Clark, H.R. y K. Ng (1993). Tourism, economic welfare and efficient pricing. *Annals of Tourism Research*, 20, 613-632.
- Clewer, A., Pack, A., y Sinclair, T. (1992) "Price competitiveness and inclusive tourism holidays in European cities" en *Choice and demand in tourism*. Londres, Reino Unido: Mansell.
- Clinico, A, C. (2013). Sistema de salud de estados unidos: cómo funciona y que propone la reforma. *Revista Clínicas de Chile A.G*, 21, 4-7.
- Coase, R. (1960). The problem of social cost. *Journal of Law and Economics*, 3, 1- 44.
- Coccosis, H. y Parpairis, A. (1992). Tourism and the Environment: Some Observations on the Concept of Carrying Capacity", en *Tourism and the Environment*. Canberra, Australia: Kluwer Dordrecht.
- Cohen, I. G. (2012). How to regulate medical tourism (and why it matters for bioethics). *Developing World Bioethics*, 12, 9-20.
- \_\_\_\_\_ (2010). Protecting patients with passports: Medical tourism and the patient protective-argument. *Iowa Law Review*, 95, 10-08.
- \_\_\_\_\_ (2010). Medical tourism: The view from ten thousand feet. *Hastings Center Report*, 40, 11-12.
- \_\_\_\_\_ (2008). Medical tourism in Thailand. *AU-GSB e-journal*, 1, 78-81.

- Coles, T. (2008). *International business and tourism: Global issues, contemporary interactions*. Pennsylvania, United States: IE PUB.
- Collins, A., & Flynn, A. (2008). Measuring the environmental sustainability of a major sporting event: a case study of the FA Cup Final. *Tourism Economics*, 14, 751-768.
- Collinson, S. R., & Turner, T. H. (2002). Not just salsa and cigars mental health care in Antilles. *Psychiatric Bulletin*, 26, 185-188.
- Combs, P., y Ellegde, B.W. (1979). Effects of a room tax on resort hotels. *National Tax Journal*, 32, 201-207.
- Commonwealth Department of Finance (1993), *Introduction to Cost-Benefit Analysis for Program Managers*. Canberra, Australia: AGPS.
- Congreso de la Republica de Colombia. (2009). Ley 1286 de 2009 *Por la cual se modifica la Ley 29 de 1990, se transforma a Colciencias en Departamento Administrativo, se fortalece el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Colombia y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, Colombia.
- \_\_\_\_\_ (2007). *Ley 1122 de 2007 Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 313 de 2008, Modificada por el art. 36, Decreto Nacional 126 de 2010, en lo relativo a las multas por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá. Colombia.
- \_\_\_\_\_ (2007). *Ley 1152 de 2007 Por la cual se dicta el Estatuto de Desarrollo Rural, se reforma el Instituto Colombiano de Desarrollo Rural, Incoder, y se dictan otras disposiciones*. Bogotá. Colombia.
- \_\_\_\_\_ (2007). *Ley 1150 de 2007 por medio del cual se introducen medidas para la eficiencia y la transparencia en la ley 80 de 1993 y se dictan otras disposiciones generales sobre la contratación de con recursos públicos*. Bogotá. Colombia.
- \_\_\_\_\_ (2005). *Ley 1004 de 2005 por medio del cual se modifica un régimen especial para estimular la inversión y se dictan otras disposiciones*. Bogotá. Colombia.
- \_\_\_\_\_ (1993). *Ley 100 de 1993 por medio del cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Bogotá. Colombia.

- \_\_\_\_\_ (1993). *Ley 80 de 1993 por medio del cual se expide el estatuto general de contratación de la administración pública*. Bogotá. Colombia.
- \_\_\_\_\_ (1992). *Ley 30 de 1992 por medio del cual se organiza el servicio público de educación superior*. Bogotá. Colombia.
- \_\_\_\_\_ (1988). *Ley 73 de 1988 por medio del cual se Adiciona la Ley 09 de 1979 y se Dictan Otras Disposiciones en Materia de Donación de Trasplante de Órganos y Componentes Anatómicos para Fines de Trasplantes u Otros Usos Terapéuticos*. (En línea): <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14524> (consultado el 4 de Diciembre de 2015).
- Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: Conceptualisation, Culture and Commodification. *Tourism Management*, 34, 1-13.
- \_\_\_\_\_ (2011). Mind and matter: health tourism or cosmetic surgery? *Medical tourism*, 2, 23-41.
- \_\_\_\_\_ (2011). The antiquity of health tourism. *Medical Tourism*, 1, 12-22.
- \_\_\_\_\_ (2006). Medical tourism: The newest of niches. *Tourism Recreation Research*, 31, 99-102.
- \_\_\_\_\_ (2006). Medical tourism: sea, sun, sand and... surgery. *Tourism Management*, 27, 1093-1100.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2014). *Documento CONPES 3805 o Prosperidad para las Fronteras de Colombia*. (En línea): <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3805.pdf>. (Consultado el 4 de Diciembre de 2014).
- \_\_\_\_\_ (2010). *Documento CONPES 3678 de 2010 o Política de Transformación Productiva: Un Modelo de Desarrollo para Colombia*. (En línea): [http://u17729406.onlinehome-server.com/cnl/index.php?option=com\\_remository&Itemid=108&func=startdown&id=638](http://u17729406.onlinehome-server.com/cnl/index.php?option=com_remository&Itemid=108&func=startdown&id=638). (Consultado el 4 de Diciembre de 2015).
- \_\_\_\_\_ (2009). *Documento CONPES 3582 o Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación*. Bogotá, Colombia.

- \_\_\_\_\_ (2008). Documento CONPES 3527 o *Política Nacional de Competitividad y Productividad*. Bogotá, Colombia.
- \_\_\_\_\_ (2008). *Documento CONPES 3533 de 2008 o Bases de un Plan de Acción para la Adecuación del Sistema de Propiedad Intelectual a la Competitividad y Productividad Nacional 2008-2010*. Bogotá, Colombia.
- Cook, P. S. (2008). What is health and medical tourism? *Annals of Medical Tourism*, 3, 9-10.
- Cooper, M.J. y Pigram, J.J: (1984). Tourism and the Australian economy. *Tourism Management*, 5, 2-12.
- Cooper, C., Fletcher, J. Gilbert, D. y Wanhill, S. (1993). *Tourism: Principles and practice*. Londres, Reino Unido: Pitman Publishing.
- Copeland, B.R. (1991). Tourism, Welfare, and de-Industrialization in a small open economy. *Economica*, 58, 515-529.
- Coronell, D. (2009). *Otras Zonas Francas*. Revista Semana. Bogotá, Colombia. (En línea): <http://www.Semana.com/opinion/articulo/otras-zonas-francas/109562-3>.(Consultado el 3 de Marzo de 2015).
- Cortes-Jiménez, I., & Pulina, M. (2010). Inbound tourism and long-run economic growth. *Current Issues in Tourism*, 13, 61-74.
- Cortez, N. (2008). Patient without borders: the emerging global market for patients and the evolution of modern health care. *Ind*, 83, 71.
- Coulam, R, F. (1991). Medicare prospective payment system: a critical appraisal. *Health Care Financing Review: Annual Supplement*, 13, 45-77.
- Crase, L., & Jackson, J. (2000). Assessing the effects of information asymmetry in tourism destinations. *Tourism Economics*, 6, 321-334.
- Croes, R. R., & Severt, D. E. (2007). Evaluating short-term tourism economic effects in confined economies—Conceptual and empirical considerations. *Tourism Economics*, 13, 289-307.



- Croce, V., & Wöber, K. W. (2011). Judgemental forecasting support systems in tourism. *Tourism Economics*, 17, 709-724.
- Crooks, V. A., Kingsbury, P., Snyder, J., & Johnston, R. (2010). What is known about the patient's experience of medical tourism? A scoping review. *BMC Health Services Research*, 10, 266.
- Crouch, G.I. (1994). A meta-analysis of tourism demand. *Annals of Tourism Research*, 22, 103-118.
- \_\_\_\_ (1994). The study of international tourism demand: a review of findings. *Journal of Travel Research*, 33, 12-23.
- \_\_\_\_ (1994). Demand elasticity for short-run versus long-run tourism. *Journal of Travel Research*, 33, 2-14.
- Crouch, G.I., Schultz, L., y Valerio, P. (1992). Marketing international tourism to australia: a regression analysis. *Tourism Management*, 13, 196-208.
- Cuadrado, J.R. (1995). *Introducción a la Política Económica*. Valencia, España: Tirant lo Blanch.
- Cunill, O. M., Forteza, C. M., & Miralles, M. R. (2008). Valuing growth strategy management by hotel chains based on the real options approach. *Tourism Economics*, 14, 511-526.
- Cutler, D. M., and S, J. Reber. (1998). Paying for health insurance: the trade-off between competition and adverse selection. *Quarterly Journal of Economics*, 113, 330-350.
- Davies, B. y Downward, P. (1996). The structure, conduct, performance paradigm as applied to the uk hotel industry. *Tourism Economics*, 2, 151-158.
- Dawn, S. K., & Pal, S. (2011). Medical tourism in India: issues, opportunities and designing strategies for growth and development. *International Journal of Multidisciplinary Research*, 1, 7-10.
- Deaton, A. y Muellbauer, J. (1980). *Economics and Consumer Behaviour*. Nueva York, Estados Unidos: Cambridge University Press.

- De Arellano, A. B. R. (2014). Medical tourism in the Caribbean. *Signs*, 40, 43.
- Debbage, K.G. (1990). Oligopoly and the resort cycle in the Bahamas. *Annals of Tourism Research*, 17, 513-527.
- De Cantis, S., Ferrante, M., & Vaccina, F. (2011). Seasonal pattern and amplitude—a logical framework to analyse seasonality in tourism: an application to bed occupancy in Sicilian hotels. *Tourism Economics*, 17, 655-675.
- De Castro, M., & Restrepo, C. M. (2015). Genetics and genomic medicine in Colombia. *Molecular Genetics & Genomic Medicine*, 3, 84-91.
- De la Puente, Mario (2015). Sector del turismo de salud: caso colombiano. *Revista de Economía del Caribe*, 26, 6-27.
- \_\_\_\_\_ (2015) Dinámica internacional del turismo de la salud. *Revista Dimensión Empresarial*, 13, 164-182
- \_\_\_\_\_ (2012). Inversión pública y restricción presupuestaria en la infraestructura de transporte en Colombia: 1960-2011. *Revista de Economía del Caribe*, 21, 78-79.
- Delmonico, F. L. (2009). The implications of Istanbul declaration on organ trafficking and transplant tourism. *Current Opinion in Organ Transplantation*, 14, 116-119.
- Deloitte. (2014). *Medical Tourism: Updates and Implications*. (En línea): <http://www.medretreat.com/templates/UserFiles/Documents/Deloitte%20Report%2020091023.pdf> (consultado el 10 de Diciembre de 23015).
- \_\_\_\_\_ (2013). *Evolving Medical Tourism in Canada: Exploring a New Frontier*. (En línea): <http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/ca/Documents/life-sciences-health-care/ca-en-health-care-life-sciences-evolving-medical-tourism-exploring-a-new-frontier.pdf> (consultado el 10 de Diciembre de 2015).
- \_\_\_\_\_ (2008). *Medical Tourism: Consumers in Search of Value*. (En línea): [https://www.academia.edu/9144718/Medical\\_Tourism\\_Consumers\\_in\\_Search\\_of\\_Value\\_Produced\\_by\\_the\\_Deloitte\\_Center\\_for\\_Health\\_Solutions](https://www.academia.edu/9144718/Medical_Tourism_Consumers_in_Search_of_Value_Produced_by_the_Deloitte_Center_for_Health_Solutions) (consultado el 10 de Diciembre de 2015).
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2014). *Censo y Área Construida de Centros Médicos Públicos y Privados*. Bogotá, Colombia. 56-57.

- Departamento Nacional de Planeación. Consejo de Política Económica y Social (CONPES) (2010). *Política de transformación productiva: Modelo de desarrollo sectorial y postura estratégica*. Bogotá, Colombia.
- Destes Países, A. D. T. (2012). Análisis de la producción de investigación científica internacional sobre turismo en Colombia y Brasil y el desarrollo turístico actual de los países. *Turismo en Annalise*, 3, 4-5.
- Detoon, H. (2012). A critical analysis of health system in Antillas. *Caribbean Research Magazine*, 2, 21.
- Devon, J. (2007). *Medical Tourism: Global Competition in Health Care*. Dallas, United States: NPCA.ORG.
- Dhariwal, R. (2005). Tourist arrivals in India: how important are domestic disorders? *Tourism Economics*, 11, 185-205.
- Diamond, J. (1975). Tourism and development policy: a quantitative appraisal. *Bulletin of Economic Research*, 17, 36-50.
- Díaz, A., & María, A. (2012). Internationalization process of medical services: a comparative analysis of the current state of medical tourism in Medellín, Colombia and San José, Costa Rica. *Regional Tourism*, 32, 34-354.
- Di Greisa, (2004) *Modelo de Equilibrio General Computable*. Buenos Aires Argentina: Universidad de Buenos Aires. 20-24.
- Divisekera, S. (2010). International tourism demand. *Annals of Tourism Research*, 12, 31-49.
- Divisekera, S., & Kulendran, N. (2006). Economic effects of advertising on tourism demand: a case study. *Tourism Economics*, 12, 187-205.
- Domencich, T.A. y McFadden, D. (1975). *Urban Travel Demand*. Boston, United States: North Holland-American Elsevier.
- Domínguez, T., Fraiz, J. A., & Alén, E. (2013). Economic profitability of accessible tourism for the tourism sector in Spain. *Tourism Economics*, 19, 1385-1399.
- Douglas, D. E. (2007). Is medical tourism the answer? *Frontiers of Health Services Management*, 24, 35.

- Downward, P., & Lumsdon, L. (2000). The demand for day-visits: an analysis of visitor spending. *Tourism Economics*, 6, 251-261.
- Dritsakis, N. (2012). Tourism development and economic growth in seven Mediterranean countries: a panel data approach. *Tourism Economics*, 18, 801-816.
- Drummond, G. (1999). *Strategic Marketing Planning and Control*. Londres, Reino Unido: Oxford. Butterworth-Heinemann.
- Dryer, L. y Forsyth, P. (1993). Assessing the benefits and costs of inbound tourism. *Annals of Tourism Research*, 20, 751-768.
- D'Souza, S. C. (2000) Medical tourism and market feasibility in emerging economy. *Regional Studies*, 78, 8-9.
- Duggan, M. (2002). Hospital market structure and the behavior of not-for-profit hospitals. *RAND Journal of Economics*, 23, 433-446.
- Dunn, P. (2007). Medical tourism takes fight. *Hospitals & Health Networks/AHA*, 81, 40.
- Durberry, R. (2004). Tourism and economic growth: the case of Mauritius. *Tourism Economics*, 10, 389-401.
- Dwyer, L., Forsyth, P., & Dwyer, W. (2010). *Tourism Economics and Policy* (Vol. 3). Canberra, Australia: Channel View Publications.
- Dwyer, L., & Spurr, R. (2010). Tourism economics summary. *STCRC for Economics and Policy*. 4, 98.
- Dwyer, I. (2008). *Tourism Immigration Interrelationships*. Canberra, Australia: Bureau of Immigration and Population Research.
- Dwyer, L. (2007). *International Handbook on the Economics of Tourism*. Canberra, Australia: Edward Elgar Publishing.
- Dwyer, L., Forsyth, P., & Spurr, R. (2003). Inter-industry effects of tourism growth: implications for destination managers. *Tourism Economics*, 9, 117-132.
- Edwards, S.F. (1991). The demand for Galapagos vacations: estimation and application to wilderness preservation. *Coastal Management*, 19, 155-169.

- Eilat, Y., & Einav\*, L. (2004). Determinants of international tourism: a three-dimensional panel data analysis. *Applied Economics*, 36, 1315-1327.
- El Colombiano. (2014). *Camas Habilitadas En Colombia: Una Escases Anunciada*. (En línea): [http://www.hptu.org.co/hptu/indicadores/estructura/camas\\_habilitadas.pdf](http://www.hptu.org.co/hptu/indicadores/estructura/camas_habilitadas.pdf). (Consultado el 28 de Marzo de 2014).
- El Espectador. (2013). *Comienza a Escasear Médicos Especialistas en Colombia*. Bogotá, Colombia. 12.
- El Colombiano. (2014). *En Nuevas Clínicas Se Han Invertido 10 Billones de Pesos*. (En línea):[http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/E/en\\_nuevas\\_clinicas\\_se\\_ha\\_invertido\\_\\$10\\_billion/en\\_nuevas\\_clinicas\\_se\\_ha\\_invertido\\_\\$10\\_billion.asp](http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/E/en_nuevas_clinicas_se_ha_invertido_$10_billion/en_nuevas_clinicas_se_ha_invertido_$10_billion.asp) (Consultado el 7 de Septiembre de 2014).
- Enderwick, P., & Nagar, S. (2011). The competitive challenge of emerging markets: the case of medical tourism. *International Journal of Emerging Markets*, 6, 329-350.
- Englin, J. y Mendelsohn, R. (1991). A hedonic travel cost analysis for evaluation of multiple components of site quality: the recreational value of forest management. *Journal of Environmental Economics and Management*, 21, 275-290.
- Erdoğan, S., Yılmaz, E., Fakültesi, T., & İşletmecilği, T. (2012). “Medical Tourism: An Assessment on Turkey” En *International Joint Conference of 10th International Conference on Knowledge, Economy and Management*. Boston, United States: Pip. Pub.
- Espasa, A. (1996). Características de la demanda en los estudios econométricos sobre el turismo e implicaciones de política económica y de estrategia empresarial. *Análisis Comercial Español*, 8, 77-88.
- Espasa, A., Gómez-Churruca, R. y Morales, E. (1993). “Un Análisis Econométrico del Turismo en España: Implicaciones Para el Estudio Sectorial de las Exportaciones y Algunas Consideraciones de Política Económica” en *Métodos Cuantitativos para el Análisis de Coyuntura*. Madrid, España: Alianza Editorial. Madrid.
- Espasa, A., Gómez-Churruca, R. y Jareño, J. (1990). *Un análisis Econométrico de los Ingresos por Turismo en la Economía Española*. Madrid, España: Banco de España.

- Espinal, C. (2005). Cadenas Productivas: experiencias y estrategias para el desarrollo de la competitividad en Colombia. *Valencia, R. y Muñoz, P (Compiladores). Asociatividad Empresarial en Colombia. Líderes Promotores de Asociatividad Empresarial.* Cámara de Comercio de Bogotá.
- Esteban Talaya, A. y Figuerola Palomo, M. (1984). Técnicas de previsión y análisis de comportamiento de la demanda turística. *Estudios Turísticos*, 8, 3-16.
- Esteban Talaya, A. y Reinares Lara, E. (1996). La investigación de la demanda turística en España: recopilación y análisis. *Estudios Turísticos*, 9, 81-104.
- Esteban Talaya, A. (1993). Previsiones turísticas: metodología y resultados. *Estudios Turísticos*, 4, 51-71.
- Eugenio-Martin, J. L., Martín Morales, N., & Scarpa, R. (2004). Tourism and economic growth in Latin American countries: a panel data approach. *Tourism Research*, 8, 98-101.
- Evans, R. W. (2008). Ethnocentrism is an unacceptable rationale for health care policy: a critique of transplant tourism position statements. *American Journal of Transplantation*, 8, 1089-1095.
- Eymann, A. (1995). "Consumers' Spatial Choice Behaviour". Quebec, Canada: Physica-Verlag. Heidelberg.
- Farrugia, J. (2006). Medical Tourism—What Prospects. *The Times*, May, 31.
- Faulkner, L. (2002). *An Integrative Approach to Tourism Demand Forecasting*. Canberra, Australia: Tourism Management.
- Fayissa, B., Nsiah, C., & Tadesse, B. (2011). Research note: tourism and economic growth in Latin American countries—further empirical evidence. *Tourism Economics*, 17, 1365-1373.
- \_\_\_\_\_ (2008). Impact of tourism on economic growth and development in Africa. *Tourism Economics*, 14, 807-818.
- Fernández, J. I. P., & Sanchez Rivero, M. (2009). Measuring tourism sustainability: proposal for a composite index. *Tourism Economics*, 15, 277-296.

- Fernández, M. A. (1999). Las zonas francas y la economía nacional. Cuba en este proceso. *Boletín Informativo, Economía Cubana. CIEM*, 31, 78.
- Figuerola, M. (1996). Experiencias cuantitativas en el análisis económico del turismo. *Estudios Turísticos*, 12, 37-58.
- Figuerola, M., Amz, A., Prado, J. y Allende, E. (1996). Incidencia y efectos multiplicadores del turismo en la economía latinoamericana. *Rev. Lat*, 7, 17- 31.
- Figuerola, M. (1993). “Politica del Turismo” en *Politica Economia de España*. Madrid, España: Alianza.
- Figuerola Palomo, M. (1985). El Turismo en el sistema de cuentas nacionales de la economía. *Estudios Turísticos*, 8, 3-14.
- Figuerola, M. (1980). *Política de Turismo*. Madrid, España: Alianza Universidad.
- Figini, P., & Vici, L. (2010). Tourism and growth in a cross-section of countries. *Tourism Economics*. 6, 78-79.
- Fisher, A. y Krutilla, K. (1972). Determination of optimal capacity of resource-based recreation facilities. *Natural Resources Journal*, 12, 417-444.
- Fletcher, J.E. y Laham, J. (1995). Databank the global picture. *Tourism Economics*, 1, 95-101.
- Fletcher, J.E. y Archer, B.H. (1991). The development and application of multiplier analysis. *Progress in Tourism Recreation and Hospitality Management*, 3, 28-47.
- Fletcher, J.E. (1990). Input-output analysis and tourism impact studies. *Annals of Tourism Research*, 17, 514-529.
- Forestieri Bustos, K. T. (2012). *Turismo Medico Como Opción de Desarrollo del Sector Salud en Colombia*, 23-24.
- Forgione, D. A., & Smith, P. C. (2006). Medical tourism and its impact on the US health care system. *Journal of Health Care Finance*, 34, 27-35.
- Forsyth, P., & Dwyer, L. (2002). Market power and the taxation of domestic and international tourism. *Tourism Economics*, 8, 377-399.

- Fracasso, L. (1999). Los planes de gestión ambiental local como mediación de conflictos: el caso de Cartagena de Indias, Colombia. *Scripta Nova: revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, 3, 66-90.
- Francis, D., Francis, D., Francis, J. A., López, T., Castilla, P., ML Pabón Castilla, M. L., & Libster, M. (1999). *In a nutshell* (No. IICA-E14 221). IICA, Port-of-Spain (Trinidad y Tobago).
- Fredman, P., & Lindberg, K. (2008). Special focus: mountain tourism-Introduction. *Tourism Economics*, 14, 245-247.
- Freire, N. A. (2012). The emergent medical tourism: advantages and disadvantages of the medical treatments abroad. *International Business Research*, 5, 41.
- Fried, B. J., & Harris, D. M. (2006). Managing healthcare services in the global marketplace. *Frontiers of Health Services Management*, 24, 3-18.
- Friedman, M., and L, J, Savage. (1948). The utility analysis of choices involving risk. *Journal of Political Economy*, 56, 279-304.
- Fujii, E.T., Khaled, M. y Mak, J. (1985). An almost ideal demand system for visitor expenditures. *Journal of Transport Economics and Policy*, 2, 161-171.
- \_\_\_\_\_ (1985). The exportability of hotel occupancy and other tourist taxes. *National Ter Journal*, 38, 169-177.
- Gahlinger, P. (2014). *The Medical Tourism Travel Guide: Your Complete Reference to Top-Quality, Low-Cost Dental, Cosmetic, Medical Care & Surgery Overseas*. Chicago, United States: Sunrise River Press.
- Gajraj, M. (1989). Warning Signs. *Tourism Management*, 10, 202-203.
- Gajraj, A. M. (1988). A regional approach to environmentally sound tourism development. *Tourism Recreation Research*, 13, 5-9.
- Galán Barrera, D. R. (2006). Los contratos de estabilidad jurídica: un estímulo a la inversión extranjera en Colombia. *Estudios Gerenciales*, 22, 111-121.
- Gan, L. L., & Frederick, J. R. (2011). Medical tourism facilitators: patterns of service differentiation. *Journal of Vacation Marketing*, 17, 165-183.



- García, L. J. B., Vanegas, J. V., Uribe, A. S., Toro, Á. M. A., Vásquez, J. A., Villota, F., & Loboguerrero, A. (2013). Turismo de salud en el departamento de Risaralda (2000-2010): 2000-2010. *Revista Grafías*, 22, 23.
- Garry, O. (1998). National structure of tourism supply: a descriptive approach. *Applied Economics Review*, 23, 34-36.
- Garud, A. D. (2005). Medical tourism and its impact on our healthcare. *The National Medical Journal of India*, 18, 318.
- Gaynor, M. (2006). Competition and quality in the health care markets. *Foundation and Trends in Microeconomics*, 2, 441-508.
- Gerakis, AS. (1995). Effects of exchange-rate devaluations and revaluations on receipts from tourism. *International Monetary Fund Staffs Papers*, 12, 365-84.
- Geyikdagi, N.V. (1995). Investments in tourism development and the demand for travel. *Revista Internazionale di Scienze Economiche e Commerciali*, 42, 391 -403.
- Gheasi, M., Nijkamp, P., & Rietveld, P. (2011). *Migration and Tourist Flows*. Singapore, Singapore: Physica-Verlag.
- Godwin, S. K. (2004). Medical tourism: Subsidising the rich. *Economic and Political Weekly*, 56, 3981-3983.
- Goodrich, M. (1987). "Health Care Tourism: An Exploratory Study" en *Tourism Management*. Columbus, United States: Columbus Editions.
- Golub, E., Klytchnikova, I., Sanchez-Martinez, G., & Belausteguigoitia, J. C. (2014). *Environmental Health Costs in Colombia: The Changes from 2002 to 2010*. 87.
- Gómez, M. C. O., & Pérez, W. G. (2015). "Cultural Tourism in Villavicencio, Colombia" en *Tourism in Latin America*. Bogota, Colombia: Springer International Publishing.
- Gouveia, P. M., & Rodrigues, P. M. (2005). Dating and synchronizing tourism growth cycles. *Tourism Economics*, 11, 501-515.
- Global Spa Economy (2013). *Global Spa Summit*. Canberra, Australia. Channel View Publications and McKinsey and Company.

- Goel, R. K., & Budak, J. (2010). Tourism policies and cross-country growth: a disaggregated analysis. *Tourism Economics*, 16, 535-548.
- Goldbach, A. R., & West Jr, D. J. (2010). Medical tourism: A new venue of healthcare. *Journal of Global Business Issues*, 4, 43.
- González, D. G. (2011). Colombia: la aplanadora minera a toda marcha. *Kavilando*, 2, 46-50.
- González, P. y Moral, P. (1995). An analysis of international tourism demand in Spain. *International Journal of Forecasting*, 11, 233-251.
- Gooroochurn, N., & Sugiyarto, G. (2005). Competitiveness indicators in the travel and tourism industry. *Tourism Economics*, 11, 25-43.
- Gowrisankaran, G. (2003). Competition, payers and hospital quality. *Health Services Research*, 38, 1403-1422.
- Granados, J. (2003). *Zonas Francas y otros Regímenes Especiales en un Contexto de Negociaciones Comerciales Multilaterales y Regionales* (Vol. 20). Washington D.C, United States: BID-INTAL.
- Gratton, C. y Richards, G. (1997). Structural change in the european package tour industry: german comparisons. *Tourism Economics*, 3, 213-226.
- Gray, H. H., & Poland, S. C. (2008). Medical tourism: crossing borders to access health care. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 18, 193-201.
- Gray, H.P. (1966). The demand for international travel by the United States and Canada. *International Economic Review*, 7, 83-92.
- \_\_\_\_\_ (1982). The contributions of economics to tourism. *Annals of Tourism Research*, 9, 105-25.
- Green, H. y Hunter, C. (1992): "The Environmental Impact Assessment of Tourism Development", en *Perspectives on Tourism Policy*. Londres, Reino Unido. Mansell.
- Green, H., Hunter, C. y Moore, B. (1990). *Assessing the Environmental Impact of Tourism Development*. Madrid, España: Siglo Del Hombre Editores.

- Grossman, M. (1972). *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*. New York. New York: Columbia University Press.
- Grossman, M. (1972). The concept of health capital and demand for health. *Journal of Political Economy*, 80, 223-225.
- Grupo Banco Mundial. (2014). *Informe Anual de Indicadores de Desarrollo Mundial*. (En línea):<http://databank.worldbank.org/data/views/variableSelection/selectvariables.aspx?source=world-development-indicators/pdf> (Consultado el 29 de Mayo de 2015).
- \_\_\_\_\_. (2013). Reporte de Indicadores de Desarrollo Mundial. (En línea): <http://databank.worldbank.org/data/views/variableSelection/selectvariables.aspx?source=world-development-indicators> (Consultado el 17 de Octubre de 2014).
- Global Spa Economy (2012). *Global Spa Summit*. Canberra, Australia. Channel View Publications and McKinsey and Company.
- Gonzales, A., Brenzel, L., & Sancho, J. (2001). Health tourism and related services: Caribbean development and international trade. *Final report*, 57, 632.
- Gretcher, J. (2012). *What is in the Stars? Quality Rating of Medicare*. Boston, United States: Fundación Kaiser Para la Familia.
- Growhtable, F. (1986). Tourism in data: case of latin america. *Entrepreneurship Magazine*, 7, 6-7.
- Grupogia. (2014). *Estados Financieros*. (En línea): <http://www.grupogia.com/en/fundamentales/800154767/pdf> (Consultado el 23 de Enero de 2015).
- Gunter, K. C., Caplan, A. L., Mason, C., Salzman, R., Janssen, W. E., Nichols, K., ... & Horwitz, E. (2010). Cell therapy medical tourism: time for action. *Cytotherapy*, 12, 965-968.
- Guo, X., & He, L. (2012). Tourism supply-chain coordination: the cooperation between tourism hotel and tour operator. *Tourism Economics*, 18, 1361-1376.
- Hadad, S., Hadad, Y., Malul, M., & Rosenboim, M. (2012). The economic efficiency of the tourism industry: a global comparison. *Tourism Economics*, 18, 931-940.

- Hadi, A. (2009, November). Globalization, medical tourism and health equity. In *Symposium on implications of Medical Tourism for Canadian Health and Health Policy on November* (Vol. 13).
- Hall, C. M. (Ed.). (2013). *Medical Tourism: The Ethics, Regulation, and Marketing of Health Mobility* (Vol. 33). Ciudad de edición, Malasia: Routledge.
- \_\_\_\_\_. (2011). Health and medical tourism: a kill or cure for global public health? *Tourism Review*, 66(1/2), 4-15.
- Hansen, C. y Jensen, S. (1996). The impact of tourism on employment in denmark: different definitions, different results. *Tourism Economics*, 2, 289-302.
- Harpham, T., Grant, E., & Rodriguez, C. (2004). Mental health and social capital in Cali, Colombia. *Social science & medicine*, 58, 2267-2277.
- Harrison, D. (1978). Hedonic housing prices and the demand for clean air. *Journal of Environmental Economics and Management*, 13, 81-102.
- Harrop, J. (1973). On the economics of the tourist boom. *Bulletin of Economic Research*, 8, 55-72.
- Hausman, J. y McFadden, D. (1984). Specification tests for the multinomial logit model. *Econometrica*, 52, 1.219-1.240.
- Hazari, B.R. y A-Ng. (1993). Consumption of non-traded goods and services on the welfare of the domestic consumers. *International Review of Economics and Finance*, 2, 43-58.
- Hazari, B.R. y Kaur, C. (1995). Tourism and welfare in the presence of pure monopoly in the non-traded goods sector. *International Review of Economics and Finance*, 4, 171-177.
- Hazari, B.R. y Sgro, M. (1995). Tourism and growth in a dynamic model of trade. *The Journal of International Trade and Economic Development*, 4, 243-252.
- Heidemann E. (1994). The canadian health care system: cost and quality. PAN. AM. *Health Organ*, 28, 77.

- Heng, T.M. y Low, L. (1990). Economic impact of tourism in Singapore. *Annals of Tourism Research*, 17, 246-269.
- Herath, G. (2002). Research methodologies for planning ecotourism and nature conservation. *Tourism economics*, 8, 77-101.
- Hernández, J. M., & León, C. J. (2013). Welfare and environmental degradation in a tourism-based economy. *Tourism Economics*, 19, 5-35.
- Herrero, L. C., Sanz, Á., & Devesa, M. (2011). Measuring the economic value and social viability of a cultural festival as a tourism prototype. *Tourism Economics*, 17, 639-653.
- Heggie, T. W. (2009). Geotourism and volcanoes: health hazards facing tourists at volcanic and geothermal destinations. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 7, 257-261.
- Helble, M., Mok, E. A., & Kessomboon, N. (2008). Policy coherence between trade and health through national institutional arrangements: studies of Colombia and Thailand. *Harvard Health Policy Review*, 9, 9.
- Heung, V. C., Kucukusta, D., & Song, H. (2010). A conceptual model of medical tourism: implications for future research. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 27, 236-251.
- Heung, V. C., Kucukusta, D., & Song, H. (2011). Medical tourism development in Hong Kong: an assessment of the barriers. *Tourism Management*, 32, 995-1005.
- Herrick, D. M. (2007). Medical tourism: Global competition in health care. *National Center for Policy Analysis (NCPA), Policy Report*, 304, 19-20.
- Hernández Piedrahita, V., & Forero Romero, O. L. (2013). *Por qué Colombia No es un País líder en la Categoría Bienestar del Sector Turismo de Salud*. 32.
- Hidalgo, V., Corugedo de las Cuevas, I., Llano Señaris, J. (2005). *Economía de la Salud*. Madrid, España: Editorial Pirámide.
- Higgins, L. A. (2007). Medical tourism takes off, but not without debate. *Managed care (Langhorne, Pa.)*, 16, 45-47.
- Holtz-Eakin, D. (2001). Capital in a tourism satellite account. *Tourism Economics*, 7, 215-232.

- Hooi Lean, H., & Smyth, R. (2008). Are Malaysia's tourism markets converging? Evidence from univariate and panel unit root tests with structural breaks. *Tourism economics*, *14*, 97-112.
- Hopkins, L., Labonté, R., Runnels, V., & Packer, C. (2010). Medical tourism today: What is the state of existing knowledge & quest? *Journal of Public Health Policy*, *31*, 185-198.
- Hopkins, L., & Student, M. P. H. (2009). Medical Tourism Today: A Narrative Review of Existing Knowledge. In *Symposium on the Implications of Medical Tourism for Canadian Health Policy*, Ottawa, Canada (Vol. 13).
- Horowitz, M. D., & Rosensweig, J. A. (2007). Medical tourism--health care in the global economy. *Physician Executive*, *33*, 24.
- \_\_\_\_\_ (2007). Medical tourism: globalization of the healthcare marketplace. *Medscape General Medicine*, *9*, 33.
- Hoti, S., McAleer, M., & Shareef, R. (2005). Modelling country risk and uncertainty in small island tourism economies. *Tourism Economics*, *11*, 159-183.
- Hsieh, R. (2012). *Health Economics*. Massachusetts, United States: MIT Press.
- Hudson, S., & Li, X. (2012). Domestic medical tourism: a neglected dimension of medical tourism research. *Journal of Hospitality Marketing & Management*, *21*, 227-246.
- Hughes, C.G. (1982). The employment and economic effects of tourism reappraised. *Tourism Management*, *3*, -76.
- Hughes, H.L. (1994). Tourism multiplier studies: a more judicious approach. *Tourism Management*, *15*, 406.
- Hunter, D., & Oultram, S. (2010). The ethical and policy implications of rogue medical tourism. *Global Social Policy*, *10*, 297-299.
- Huybers, T. (2005). Destination choice modelling: what's in a name? *Tourism Economics*, *11*, 329-350.

- ICONTEC (2014). *IPS Acreditadas en Colombia*. (En línea): <http://www.acreditacionensalud.org.co/novedades.php?IdSub=108&IdCat=25&titulo=IPS%20ACREDITADAS> (Consultado el 30 de Marzo de 2015).
- Ihalanayake, R., & Divisekera, S. (2006). The tourism tax burden: evidence from Australia. *Tourism Economics*, 12, 247-262.
- Inés Sánchez, C., & Jaramillo-Hurtado, M. E. (2010). Policies for enhancing sustainability and competitiveness in tourism in Colombia. *Worldwide Hospitality and Tourism Themes*, 2, 153-162.
- Istmo, A. (2013). *Turismo Medico: Oportunidad Competitiva*. (En línea): [http://istmo.mx/2008/03/turismo\\_medico\\_oportunidad\\_competitiva](http://istmo.mx/2008/03/turismo_medico_oportunidad_competitiva) (Consultado el 23 de Julio de 2015).
- Ivanov, S., & Webster, C. (2007). Measuring the impact of tourism on economic growth. *Tourism Economics*, 13, 379-388.
- Jafari, J. (1977). Editor's page. *Annals of Tourism Research*, 5, 6-11.
- Janoson, A. M., Hammer, M., Folke, C., Costanza, R., van den Bergh, J. C. J. M., Straaten, J., & Eguren, A. (1982). *Documents of Meeting Second Meeting of Directors of Animal Health* (No. IICA-L70 21). IICA, Georgetown (Guyana).
- Jayawardena, C., & Sinclair, D. (2010). Tourism in the amazon: conclusions and solutions. *Worldwide Hospitality and Tourism Themes*, 2, 201-210.
- Jenner, E. A. (2008). Unsettled borders of care: medical tourism as a new dimension in America's health care crisis. *Res Soc Health Care*, 26, 235-149.
- Johnson, O. (2002). Bogotá launches health tourism project. *BMJ: British Medical Journal*, 325, 10.
- Johnson, R.L. y Moore, E. (1993). Tourism impact estimation. *Annals of Tourism Research*, 20, 279-288.
- Johnson, P. y Thomas, B. (1991). Measuring the local employment impact of a tourist attraction: an empirical study. *Regional Studies*, 24, 395-403.

- Johnston, R., Crooks, V. A., Snyder, J., & Kingsbury, P. (2010). What is known about the effects of medical tourism in destination and departure countries? A scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 9, 24.
- Jones, C. A., & Keith, L. G. (2005). Medical tourism and reproductive outsourcing: the dawning of a new paradigm for healthcare. *International journal of fertility and women's medicine*, 51, 251-255.
- Jose, R., & Sachdeva, S. (2010). Keeping an eye on future: Medical tourism. *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 35, 376.
- Juárez, F. (2014). Chaotic recurrence of the fixed assets-infrastructure influence on financial health of the hospitality industry, *Emerging Markets*, 6, 5.
- \_\_\_\_\_ (2011). Financial health and risk in the tourism sector in Colombia. *International journal of mathematical models and methods in applied sciences*, 4, 747-754.
- \_\_\_\_\_ (2011). "An Ecological and Health Model of the Software Consultancy and Supply of Computer Software in Bogota, Colombia" in *Advance Management Sciences*. Bogota, Colombia: Ed. Pub.
- \_\_\_\_\_ (2011). Health and Epidemiology of the Internal Risk Factors in the Financial Statements of the Tourism Sector in Colombia. Recent Advances in Business Administration. 5th WSEAS International Conference on BUSINESS ADMINISTRATION (ICBA'11). Wisconsin: WSEAS Press.
- Juárez, F., & Farfán, Y. (2012). A statistical, epidemiological and financial health approach to the retail trade sector in Colombia. *Af. J. Business. Management*, 6, 5606-5614.
- Jung, J.M. y Fujii, E.T. (1976). The price elasticity of demand for air travel: some new evidence. *Journal of Transport Economics and Policy*, 10, 257-62.
- Kalogjera, L. M. (2007). New means of increasing the transplant organ supply-ethical and legal issues. *Hum. Rts*, 34, 19.
- Kalshetti, P., & Pillai, D. (2008). Tourism products development and management medical tourism-A Shifting Paradigm. *Annals of Tourism Research*, 34, 98-99.



- Kangas, B. (2010). Traveling for medical care in a global world. *Medical Anthropology*, 29, 344-362.
- Karmakar, M. (2011). Medical tourism in India: its present trends, status and ethical issues. *Analyst*, 1, 11-20.
- Kashian, R., & Pfeifer-Luckett, R. (2011). The economic impact of organized camps. *Tourism Economics*, 17, 905-916.
- Katircioğlu, S. (2010). Research note: Testing the tourism-led growth hypothesis for Singapore—an empirical investigation from bounds test to cointegration and Granger causality tests. *Tourism Economics*, 16, 1095-1101.
- Kay, J. and J.Vickers (1988). Regulatory Reform in Britain. *Economic Policy*, 7, 23-25.
- Kellman T, C. J. (1988). Política recreativa y modelo de desarrollo en Colombia. *World Leisure & Recreation*, 30, 16-21.
- Kendall, S. (1992). Baru Fishermen Band Together for a Better Life. View from the Village. *PEOPLE AND THE PLANET*, 1, 26-7.
- Kesar, O., & Rimac, K. (2011). Medical tourism development in Croatia. *Zagreb International Review of Economics and Business*, 14, 107-134.
- Kessel, R. (1958). Price Discrimination in Medicine. *Journal of Law and Economics*, 1, 20-53.
- Kester, J. G. (2003). Cruise tourism. *Tourism Economics*, 9, 337-350.
- \_\_\_\_\_ (2002). WTO Tourism market trends, edition 2002 and the international year of ecotourism 2002. *Tourism Economics*, 8, 463-477.
- \_\_\_\_\_ (2002). Trends in international tourism flows, 1990–2000. *Tourism Economics*, 8, 337-353.
- Khadaroo, A. J., & Seetanah, B. (2007). Research note: Does transport infrastructure matter in overall tourism development? Evidence from a sample of island economies. *Tourism Economics*, 13, 675-684.
- Khan, H., Seng, C.F. y Cheong, W.K. (1990). Tourism multipliers effects on singapore. *Annals of Tourism Research*, 17, 408-418.

- Kibara, O. N., Odhiambo, N. M., & Njuguna, J. M. (2012). Tourism and economic growth in Kenya: An empirical investigation. *International Business & Economics Research Journal (IBER)*, *11*, 517-528.
- Kim, Y. G., & Li, G. (2009). Customer satisfaction with and loyalty towards online travel products: a transaction cost economics perspective. *Tourism Economics*, *15*, 825-846.
- Klijns, J., Heijman, W., Korteweg Maris, D., & Bryon, J. (2012). Criteria for comparing economic impact models of tourism. *Tourism Economics*, *18*, 1175-1202.
- Kliman, M.L. (1981). A Quantitative Analysis of Canadian Overseas Tourism. *Transportation Research*, *15*, 487-497.
- Ko, T. (2011). Medical tourism system model. *International Journal of Tourism Sciences*, *11*, 17-51.
- Koutsoyiannis, A. (1979). *Modern microeconomics*. Londres, Reino Unido: Macmillan.
- Kronfol, N. M. (2012). *Delivery of Health Services in Arab Countries: a Review*. pp. 78.
- Krumeich, A., Pastrana-Salcedo, E. M., & van den Borne, H. (2011). Structural actions toward HIV/AIDS prevention in Cartagena, Colombia: a qualitative study. *Revista Panamericana de Salud Publica*, *30*, 21-22.
- Kulendran, N., & Wong, K. K. (2009). Predicting quarterly Hong Kong tourism demand growth rates, directional changes and turning points with composite leading indicators. *Tourism Economics*, *15*, 307-322.
- \_\_\_\_\_ (1997). Modelling quarterly tourist flows to australia using cointegration analysis. *Tourism Economics*, *2*, 203-222.
- Kumar, R. (2014). *Global Trend in Helth Medical Tourism*. Boston, United States of America: SBS Publishers.
- Kumar, S., Breuing, R., & Chahal, R. (2012). Globalization of health care delivery in the United States through medical tourism. *Journal of health communication*, *17*, 177-198.

- \_\_\_\_\_ (2009). Designing promotional strategies for medical tourism in India: a case study of an ophthalmic hospital in NCR. *Health and Population: Perspectives and Issues*, 32, 86-95.
- Kwack, S.Y. (1972). Effects of income and prices on travel spending abroad: 1960-1965. *International Economic Review*, 13, 245-56.
- Laber, G. (1999). Determinants of international travel between Canada and United States. *Geographical Analysis*, 1, 329-36.
- Lancaster, J. (2004). *Surgeries, Side Trips for Medical Tourist*. Washington, United States: Mutual Publications.
- \_\_\_\_\_ (1966). A new approach to consumer theory. *Journal of Political Economy*, 74, 132-157.
- Lagace, M. (2007). The rise of medical tourism. *Harvard Business School Working Knowledge*, 1, 1-2.
- Lagiewski, R., & Myers, W. (2008). Medical tourism: Perspectives and applications for destination development. *Annals of Tourism Research*, 5, 87.
- Lanza, A. y Pigliaru, E (1994). The Tourist Sector in the Open Economy. *Rivista Internazionale di Scienze Economiche e Commerciali*, 41, 15-28.
- La Patria. (2014). *Carriazo Invierte en el Turismo de Salud De La Mano Con PROEXPORT*. (En línea): <http://www.proexport.com.co/salud-colombia/industria-salud-colombia/directorio-clinicas/cl%C3%ADnica-carriazo/Pdf> (Consultado el 12 de Agosto de 2015).
- \_\_\_\_\_ (2012). *Construcción Hospitalaria Crece*. (En línea): <http://www.lapatria.com/negocios/construccion-hospitalaria-crece-15112Pdf> (Consultado el 30 de Octubre de 2014).
- La Rocco, S. A., & Pinchera, B. J. (2011). The emerging trend of medical tourism. *Nursing Management*, 42, 24-29.
- Lavee, J., Ashkenazi, T., Cohen, J., & Beyar, R. (2012). Marked increase in national organ donation rate following implementation of a new organ transplantation law. *Transplantation*, 94, 158.

- Lee, C., & Spisto, M. (2007). Medical tourism, the future of health services. In *Proceedings of the 12th International Conference on ISO* (Vol. 9000).
- León, C. J., Hernández, J. M., & González, M. (2007). Economic welfare, the environment and the tourist product life cycle. *Tourism Economics*, 13, 583-602.
- \_\_\_\_\_. (1997). Valuing international tourism benefits from natural areas. *Tourism Economics*, 3, 119-136.
- Lieper, N. (1979). The framework of tourism: toward a definition of tourism: tourisms and the tourist industry. *Annals of Tourism Research*, 6, 390-407.
- Lillo-Bañuls, A., & Casado-Díaz, J. M. (2010). Rewards to education in the tourism sector: one step ahead. *Tourism Economics*, 16, 11-23.
- Lim, C. (1997). An econometric classification and review of international tourism models. *Tourism Economics*, 3, 69-82.
- Lindsay, J.J. (1986). Carrying capacity for tourism development in national parks of the United States. *Industry and Environment*, 8, 17-20.
- Lizcano, L (2013, Marzo 5). Entrevista al grupo de auxiliares bajo la dirección de Lilibeth Lizcano, Recuperado de Archivo de Word propio.
- Little, J.S. (1980). International travel in the U.S. balance of payments. *New England Economic Review*. Vol. 3, 42-55.
- López Pérez, M. P. (2013). Intensified monitoring and components of laboratory surveillance on possible reintroduction of cholera, Colombia, 2011-2012. *Informe Quincenal-Epidemiológico Nacional*, 18, 269-283.
- López, J. G. (2005). Las zonas francas de exportación en américa latina y el caribe: sus desafíos en un mundo globalizado. *Integración & comercio*, 23, 79-112.
- Louca, C. (2006). Income and expenditure in the tourism industry: time series evidence from Cyprus. *Tourism Economics*, 12, 603-617.
- Lunt, N., & Carrera, P. (2011). Systematic review of web sites for prospective medical tourists. *Tourism Review*, 66, 57-67.

- \_\_\_\_\_ (2010). Medical tourism: assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas*, 66, 27-32.
- Low, J (1999). Non-traditional investment in the American continent. *Grow Course Pub*, 87, 523.
- Maille, P. y Mendelsohn, R. (1993). Valuing ecotourism in Madagascar. *Journal of Environmental Management*, 38, 213-218.
- Mainil, T., Platenkamp, V., & Meulemans, H. (2011). The discourse of medical tourism in the media. *Tourism Review*, 66, 31-44.
- Mak, J. y Nishimura, E. (1979). The economics of a hotel room tax. *Journal of Travel Research*, 17, 2-6.
- Maldonado, J. M. (1996). *Case Study: Colombia*. 87.
- Manaf, A., Hazilah, N., Johari, R., & Marikar, K. (2010). *Positioning Malaysia in Medical Tourism*. 43.
- \_\_\_\_\_ (2010). *Health Tourism in Malaysia: Prospects and Challenges*. 90.
- Mancheno, C. S. M., McLaughlin, W. J., Courrau, J. A., & Fuentes, D. D. U. (2013). Identifying knowledge needs of conservation practitioners in Ecuador, Peru, and Colombia on protected area finance. *Journal of Park and Recreation Administration*, 31, 87.
- Mangion, M. L., Durbarry, R., & Sinclair, M. T. (2005). Tourism competitiveness: price and quality Tourism competitiveness: price and quality. *Tourism economics*, 11, 45-68.
- Manpower. (2014). *Encuesta Escases de Talentos de Turismo en A.L.* (En línea): [http://www.manpower.com.ar/Upload/doc\\_619.pdf?r=5/2/2014%203:50:08%20AM](http://www.manpower.com.ar/Upload/doc_619.pdf?r=5/2/2014%203:50:08%20AM) (Consultado el 3 de Abril de 2015).
- Marino de Botero, M., Carrillo, A., Perera, M. A., Sistemas de Investigación y Desarrollo Comunitario, Quito (Ecuador), & Dirección General de Comunicación Social, México, DF (México). (1992). Colombia en el Diálogo Global. *Ambiente y Desarrollo (Colombia)*, 9, 143-156.
- Markusen, A.R. (1985). *"Profit cycles, oligopoly, and regional development"*. Boston, United States of America: MIT Press.

- Marlowe, J., & Sullivan, P. (2007). Medical tourism: the ultimate outsourcing. *Human Resource Planning*, 30, 8-10.
- Marquis, M. S., Buntin, J. (2004). Subsidies and the demand for individual health insurance. *Health Services Research*, 39, 1547-1570.
- Martin, D. S., Ramamonjiarivelo, Z., & Martin, W. S. (2011). MEDTOUR: a scale for measuring medical tourism intentions. *Tourism Review*, 66, 45-56.
- Martin, C.A. (2009). Substitute prices in models of tourism demand. *Annals of Tourism Research*, 2, 225-268.
- Martin, C.A. y Witt, S.F. (1988). Substitute prices in models of tourism demand. *Annals of Tourism Research*, 15, 255-68.
- \_\_\_\_\_ (1987). Tourism demand forecasting models: choice of appropriate variable to represent tourists' cost of living. *Tourism Management*, 8, 255- 45.
- Martin, R., Rojas-Peña, A., Montero, C., Ramirez, J., Martin, I., Fajardo, C., & Lozano, E. (2012). Transplant tourism in Colombia: impact of new national legislations on clinical practice. *Transplantation*, 94, 158.
- Martínez Sánchez, J.M. (1995). La demanda turística alemana en la costa del sol. *Estudios Turísticos*, 2, 5-17.
- Mason, A., & Wright, K. B. (2011). Framing medical tourism: An examination of appeal, risk, convalescence, accreditation, and interactivity in medical tourism web sites. *Journal of Health Communication*, 16, 163-177.
- Mathieson, A. y Wall, G. (1982). *Tourism, Economic, Physical and Social Impacts*. Londres, Reino Unidos: Logman Group Ltd.
- Matias, A., Nijkamp, P., & Sarmiento, M. (2009). *Advances in Tourism Economics*. San Diego, California: Physica-Verlag HD.
- \_\_\_\_\_ (2007). Advances in modern tourism research. *Physica-Verlag*, 8, 78.
- Mawby, R. I. (2000). Tourists' perceptions of security: The risk-fear paradox. *Tourism Economics*, 6, 109-121.

- May, V. (1991). Tourism, environment and development. *Tourism Management*, 12, 123-124.
- Mazanec, J. A., & Ring, A. (2011). Tourism destination competitiveness: second thoughts on the World Economic Forum reports. *Tourism Economics*, 17, 725-751.
- McGuire, T. C. (1991). Physician's response to fee changes with multiple payers. *Journal of Health Economics*, 10, 385-410.
- McKercher, B., Cros, H. D., & McKercher, R. B. (2002). *Cultural Tourism: The Partnership Between Tourism and Cultural Heritage Management*. Boston, United States: Haworth Hospitality Press.
- McKinsey. (2014). *Modelo de Demanda de Turismo de Salud Para 2015*. Buenos Aires, Argentina: McKinsey y Co.
- \_\_\_\_\_. (2010). *Health Care in India: The Road Ahead*. Bombay, India: McKinsey y Co.
- \_\_\_\_\_. (2009). *Developing Sector of World Class*. (En línea): <https://www.ptp.com.co/documentos/Plan%20de%20Negocios%20Turismo%20de%20Salud.pdf> (consultado el 2 de Enero de 2013).
- Medicare Organization. (2014). *General Functions and Classification*. (En línea): [medicare.gov/about/us/pfd](http://www.medicare.gov/about/us/pfd) (consultado el 3 de Octubre de 2013).
- Medina Castro, H., Arias Segura, J., Ampuero, L., Henrique Cardoso, F., Finch, L., Gardner, M. & Pensado, M. (2010). *Informe anual 2009: la contribución del IICA al desarrollo de la agricultura y las comunidades rurales en Colombia* (No. IICA-IA 2009). IICA (Colombia).
- Medical Tourism Association. (2014). *Wellness Tourism: A Trillion Dollar Future?* (En línea): [http://www.medicaltourismassociation.com/upload/upload\\_WELLNESS\\_WHITE\\_PAPER-1.pdf](http://www.medicaltourismassociation.com/upload/upload_WELLNESS_WHITE_PAPER-1.pdf) (consultado el 10 de Diciembre de 2015).
- \_\_\_\_\_. (2013). *Medical Tourism Facilitator: The Good, the Bad and the Unknown*. (En línea): <http://www.medicaltourismassociation.com/upload/file/Medical-Tourism-Facilitators-the-Good-the-Bad-the-Unknown-26.pdf> (consultado el 10 de Diciembre de 2015).

- Meghani, Z. (2011). A robust, particularist ethical assessment of medical tourism. *Developing World Bioethics*, 11, 16-29.
- Merlis, M. (2013). The value of extra benefits offered by MEDICARE advantage plans in 2006. *Kaiser Fund Quarter Research*, 23, 78-79.
- Mercer, E., Kramer, R. y Sharma, N. (1995). Rain forest tourism: estimating the benefits of tourism development in a new national park in Madagascar. *Journal of Forest Economics*, 1, 239-269.
- Messerli, H. R., & Oyama, Y. (2004). Health and wellness tourism-global. *Travel & Tourism Analyst*, (August), 1-54.
- Meurer, R. (2010). Research note: International travel: The relationship between exchange rate, world GDP, revenues and the number of travellers to Brazil. *Tourism Economics*, 16, 1.065-1.072.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2014). *Proyección a Largo Plazo Para el Desarrollo y Fortalecimiento De Los Recursos Humanos de Salud en Colombia*. Bogotá, Colombia. pp. 35-40.
- Ministerio de Salud de Panamá. (2013). *Informe Anual de Sistema general de servicios sanitarios*. Ciudad de Panamá. Panamá.
- Ministerio de Comercio, Industria y Turismo (2014). *Estadísticas de Inversión Extranjera Directa en Colombia*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Educación Nacional. (2014). *Estadísticas Sectoriales*. (En línea): <http://bi.mineduacion.gov.co:8380/eportal/web/snies1/poblacion-estudiantil/pdf> (Consultado el 12 de Enero de 2015).
- \_\_\_\_\_ (2014). *Resolución 2373 de 2007 por medio del cual se reglamenta el Decreto 1373 de 2007 que fija una semana de receso escolar en el segundo semestre del año*. Bogotá. Colombia. (En línea): <http://www.mineduacion.gov.co/1621/article-125008.html> (Consultado el 17 de Junio de 2015).
- Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones. (2013). *Resolución 1143 de 2013 por medio del cual se reglamenta el uso complementario adicional indicativo de identificación en línea empresarial común*. Bogotá. Colombia. (En línea):



- <http://www.mintic.gov.co/1621/article-125008.html> (Consultado el 23 de Mayo de 2015).
- Mitrokostas, E., & Apostolakis, A. (2013). Research note: Strategic corporate social responsibility and competition in the tourism industry—a theoretical approach. *Tourism Economics*, *19*, 967-975.
- Milne, S., & Ateljevic, I. (2001). Tourism, economic development and the global-local nexus: theory embracing complexity. *Tourism geographies*, *3*, 369-393.
- Milne, S.S. (1987). Differential multipliers. *Annals of Tourism Research*, *67*, 499-515.
- Mings, R.C. (1978). Tourist industry development at crossroads. *Tourism Review*, *33*, 2-3.
- Mir, M. (2000). La política turística: una aproximación. *Cuadernos de Turismo*, *6*, 7-27.
- Mochi, P., Shetty, N., & Vahoniya, D. (2013). Medical tourism-destination: India. *Commerce and Management*, *2*, 29-39.
- Mochón, C., Carreón, C. (2012). *Microeconomía Con Aplicaciones a América Latina*. Barcelona, España: McGraw Hill.
- Monge-González, R., Rosales, J., & Arce, G. (2005). *Análisis Costo-Beneficio del Régimen de Zonas Francas: Impactos de la Inversión Extranjera Directa en Costa Rica*. Washington, United States: Office of Commerce, Growth and Competitiveness, Organization of American States.
- Morgan, D. (2010). The growth of medical tourism. *Organisation for Economic Cooperation and Development. The OECD Observer*, *281*, 12.
- Morley, C. L. (2009). Dynamics in the specification of tourism demand models. *Tourism Economics*, *15*, 23-39.
- \_\_\_\_\_ (2003). Impacts of international airline alliances on tourism. *Tourism Economics*, *9*, 31-51.
- \_\_\_\_\_ (2000). Demand modelling methodologies: integration and other issues. *Tourism Economics*, *6*, 5-19.

- \_\_\_\_\_ (1995). Tourism demand: characteristics, segmentation and aggregation. *Tourism Economics*, 1, 315-328.
- \_\_\_\_\_ (1994). The use of CPI for tourism prices in demand modelling. *Tourism Management*, 15, 342-346.
- \_\_\_\_\_ (1994). Discrete choice analysis of the impact of tourism prices. *Journal of Travel Research*, 33, 8-14.
- \_\_\_\_\_ (1994). Experimental destination choice analysis. *Annals of Tourism Research*, 21, 780-791.
- \_\_\_\_\_ (1992). A microeconomic theory of international tourism demand. *Annals of Tourism Research*, 19, 250-267.
- Moutinho, L. (Ed.). (2011). *Strategic Management in Tourism*. Barcelona, España: CABI.
- Moutinho, L. y Witt, S. (1995). Forecasting tourism environment using a consensus approach. *Journal of Travel Research*, 33, 48-50.
- Mshenga, P. M., Richardson, R. B., Njehia, B. K., & Birachi, E. A. (2010). The contribution of tourism to micro and small enterprise growth. *Tourism Economics*, 16, 953-964.
- Müller, D. K., Hall, C. M., & Keen, D. (2004). Second home tourism impact, planning and management. *Tourism, mobility and second homes: Between elite landscape and common ground*, 15-32.
- Mun, W. K., & Musa, G. (2012). *11 Medical Tourism in Asia. Medical Tourism: The Ethics, Regulation, and Marketing of Health Mobility*. 167.
- Murillo Viu, J., Romaní Fernández, J., & Suriñach Caralt, J. (2008). The impact of heritage tourism on an urban economy: the case of Granada and the Alhambra. *Tourism Economics*, 14, 361-376.
- Muñoz de Escalona, F. (2002). *Crítica de la Economía Turística: Enfoque de Oferta Versus Enfoque de Demanda*. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.

- Muzaffar, F., & Hussain, I. (2007). Medical tourism: are we ready to take the challenge. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*, 7, 215-218.
- Nadal, J. R., Font, A. R., & Rosselló, A. S. (2004). The economic determinants of seasonal patterns. *Annals of Tourism Research*, 31, 697-711.
- Narayan, P. K., Narayan, S., Prasad, A., & Prasad, B. C. (2010). Tourism and economic growth: a panel data analysis for Pacific Island countries. *Tourism economics*, 16, 169-183.
- Narayan, P. K. (2004). Economic impact of tourism on Fiji's economy: empirical evidence from the computable general equilibrium model. *Tourism Economics*, 10, 419-433.
- \_\_\_\_\_. (2003). Tourism demand modelling: some issues regarding unit roots, co-integration and diagnostic tests. *International Journal of Tourism Research*, 5, 369-380.
- Nassab, R., Hamnett, N., Nelson, K., Kaur, S., Greensill, B., Dhital, S., & Juma, A. (2010). Cosmetic tourism: public opinion and analysis of information and content available on the Internet. *Aesthetic Surgery Journal*, 30, 465-469.
- National Center of Policy Analysis. (2011). *Policy Digest*. (En línea): <http://www.ncpa.org/pub/ib157/pdf> (Consultado el 24 de Octubre de 2014).
- Nawijn, J., & Mitas, O. (2011). Resident attitudes to tourism and their effect on subjective well-being: the case of Palma de Mallorca. *Journal of Travel Research*, 2, 32.
- Nerg, A., Uusivuori, J., Mikkola, J., Neuvonen, M., & Sievänen, T. (2012). Visits to national parks and hiking areas: a panel data analysis of their socio-demographic, economic and site quality determinants. *Tourism Economics*, 18, 77-93.
- Nerhagen, L. (2003). Travel mode choice: effects of previous experience on choice behaviour and valuation. *Tourism Economics*, 9, 5-30.
- Nguyen, N. (1997). Physicians behavioral response to MEDICARE price reduction. *Health Services Research*, 32, 283-299.
- Nielsen, J.M., Shelby, B. y Haas, J.E. (1977). Sociological carrying capacity and the last settler syndrome. *Pacific Sociological Review*, 20, 568-581.

- Nissan, E., Galindo, M. A., & Méndez, M. T. (2011). Relationship between tourism and economic growth. *The Service Industries Journal*, 31, 1567-1572.
- Nicholson, S. (2008). How Much Do Medical Students Know About Physicians Income? *Journal of Human Resources*, 40, 100-114.
- Nordin, S. (2003). Tourism clustering & innovation: Paths to economic growth & development. *Tourism Economics*, 45, 98-99.
- Noreña-Ramirez, D. A. (2012). Heavy Metals (Cd, Pb and Ni) Fish species commercially important from Magdalena river, Tolima tract, Colombia. *Revista Tumbaga*, 2, 12-13.
- Novaczek, E. (2013). *Examining the Impacts of Marine Tourism in the Seaflower MPA of San Andrés, Colombia* (Tesis Doctoral), Universidad Nacional de Colombia. 89-91.
- Nowak, J. J., Sahli, M., & Cortés-Jiménez, I. (2007). Tourism, capital good imports and economic growth: theory and evidence for Spain. *Tourism Economics*, 13, 515-536.
- Offredy, M. (2008). The Health of a Nation: Perspectives from Cuba's National Health System. *Quality in Primary Care*, 16, 269-277.
- Oh, C. O. (2005). The contribution of tourism development to economic growth in the Korean economy. *Tourism Management*, 26, 39-44.
- O'Hagan, J.W. y Hanison, M.J. (1984). Market shares of U.S tourist expenditure in Europe: an econometric analysis. *Applied Economics*, 16, 919-931.
- Ojeda, D. (2011, April). Whose Paradise? Conservation, Tourism and Land Grabbing in Tayrona Natural Park, Colombia. In *International Conference Global Land Grabbing Conference*.
- Oliveira, P., & Telhado Pereira, P. (2008). Who values what in a tourism destination? The case of Madeira Island. *Tourism Economics*, 14, 155-168.
- Organización de Bienestar Alternativo Mesoamericano. (2001). *Estructuración de Oferta no Tradicional*. (En línea): <http://www.cepal.org/es/publicaciones/4413-exportaciones-no-tradicionales-latinoamericanas-un-enfoque-no-tradicional/pdf> (Consultado el 12 de Mayo de 2015)

- Organización de Turismo Estético de la Costa. (2011). *Cifras de Medicina Curativa y Preventiva*. (En línea): file:///C:/Users/mdelapunte/Downloads/Informe\_final.pdf (Consultado el 23 de Febrero de 2015).
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Medical Tourism*. (En línea): [http://www.who.int/global\\_health\\_histories/seminars/kelley\\_presentation\\_medical\\_tourism.pdf](http://www.who.int/global_health_histories/seminars/kelley_presentation_medical_tourism.pdf) (consultado el 10 de Diciembre de 2015).
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Oferta de Recurso Humano en Salud según Segmentos de la Medicina Alternativa*. (En línea) [http://www.who.org/shop/index.php?main\\_page=product\\_video\\_info&cPath=6\\_11&products\\_id=193173-1/pdf](http://www.who.org/shop/index.php?main_page=product_video_info&cPath=6_11&products_id=193173-1/pdf) (Consultado el 7 de Marzo de 2014)
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2012). *Medical Tourism: Treatment, Markets and Health System Implications*. (En línea): <http://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf> (consultado el 10 de Diciembre de 2015).
- ORHSP. (2013). *A great Look for Medical Tourism in L.A.* (En línea): <http://www.dallasnews.com/sharedcontent/dws/dn/latestnews/stories/052907dnmet-medicaltourism.3993464.html#> (Consultado el 9 de Diciembre de 2014).
- Osorio, A. M., Bolancé, C., Madise, N., & Rathmann, K. (2013). *Social Determinants of Child Health in Colombia: Can Community Education Moderate the Effect of Family Characteristics?* Nueva York, Estados Unidos: XREAP WP.
- Pacheco, J. (2013, Septiembre 8). Entrevista al Doctor Jaime Pacheco. Recuperado de Archivo de Word propio.
- Padilla, B., Danovitch, G. M., & Lavee, J. (2013). Impact of legal measures prevent transplant tourism: the interrelated experience of the Philippines and Israel. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16, 915-919.
- Padilla, R. (1988). La demanda de los servicios turísticos en España. *Investigaciones Económicas*, 12, 133-157.
- Paffhausen, A. L., Peguero, C., & Roche-Villarreal, L. (2010). Medical tourism: a survey. *United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean*.

- Pafford, B. (2009). The third wave--medical tourism in the 21st century. *Southern Medical Journal*, 102, 810-813.
- Papatheodorou, A., & Song, H. (2005). International tourism forecasts: time-series analysis of world and regional data. *Tourism Economics*, 11, 11-23.
- Paredes, A. (2013). *The most Relaxation & Health in Tungurahua Province* (Tesis doctoral), Universidad de la Plata. 65.
- Pauly, M, V. (1981). The pricing of primary care physician's services: a test of the role of consumer information. *Bell Journal of Economics*, 12, 488-506.
- Payeras Llodrá, M. y Sastre Alberti, F. (1994). El multiplicador turístico: su aplicación a la economía balear. *Papers de Turisme*, 6, 15-29.
- Patiño Merchán, M. F. (2014). *Brechas que Separan a Colombia de los Países Líderes en Turismo en Salud y Retos que Debe Asumir para Incentivar el Desarrollo del Sector*. CONGRESO ANUAL DE TURISMO DE SALUD DE LA REGION CARIBE. Cartagena de Indias.
- Pedreño Muíñoz, A. (dir.) y Monfort Mir, V. (coor.) (1996). *Introducción a la Economía del Turismo*. Madrid, España: Editorial Civitas.
- Penney, K., Snyder, J., Crooks, V. A., & Johnston, R. (2011). Risk communication and informed consent in the medical tourism industry: a thematic content analysis of Canadian broker websites. *BMC Medical Ethics*, 12, 17.
- Pérez T, F. C., & Alcaraz, G. M. (2007). Transiciones y nostalgias: el sistema alimentario de los moradores de acandí, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 25, 65-74.
- Perfetto, R., & Dholakia, N. (2010). Exploring the cultural contradictions of medical tourism. *Consumption, Markets and Culture*, 13, 399-417.
- Peters, C. R., & Sauer, K. M. (2011). A survey of medical tourism service providers. *Journal of Marketing Development and Competitiveness*, 5, 117-126.
- Petropoulos, C., Nikolopoulos, K., Patelis, A., Assimakopoulos, V., & Askounis, D. (2006). Tourism technical analysis system. *Tourism Economics*, 12, 543-563.

- Peypoch, N., & Solonandrasana, B. (2008). Aggregate efficiency and productivity analysis in the tourism industry. *Tourism Economics*, 14, 45-56.
- \_\_\_\_\_. (2006). Technical efficiency in the tourism industry. *Tourism Economics*, 12, 653-657.
- Phillips, V. (1995). Nurses labor supply: participation, hours of work, and discontinuities in the supply function. *Journal of Health Economics*, 14, 567-582.
- Pineda Escobar, M. A., & Falla Villa, L. (2015). *Exploración de alternativas de turismo ecológico y comunitario en el marco*. 21-22.
- Pintassilgo, P., & Silva, J. A. (2007). 'Tragedy of the commons' in the tourism accommodation industry. *Tourism Economics*, 13, 209-224.
- Pizam, A., & Smith, G. (2000). Tourism and terrorism: A quantitative analysis of major terrorist acts and their impact on tourism destinations. *Tourism Economics*, 6, 123-138.
- Pocock, N. S., & Phua, K. H. (2011). Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. *Globalization and health*, 7, 1-12.
- Porter, M. E. (1996). Competitive advantage, agglomeration economies, and regional policy. *International Regional Science Review*, 19, 85-90.
- Porto, N. (2004). *Economía del turismo* (Tesis doctoral, Facultad de Ciencias Económicas). Universidad Complutense de Madrid.
- Presidencia de la Republica. (2013). Decreto 1767 de 2013 por el cual se Establecen Condiciones y Requisitos para la Declaratoria de Existencia de Zonas Francas Permanentes Especiales. (En línea): <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2013/Documents/AGOSTO/16/DECRETO%201767%20DEL%2016%20DE%20AGOSTO%20DE%202013.pdf>. (Consultado el 4 de Diciembre de 2015).
- \_\_\_\_\_. (2009). *Decreto 2148 de 2009 por medio del cual se modifican os decretos 2132, de 1992, y 627 de 1974*. Bogotá, Colombia.

- \_\_\_\_\_ (2009). *Decreto 3517 de 2009 por medio del cual se desarrolla la Ley 527 y los decretos 627 de 197, 2132 de 1992 y 2148 de 2009*. Bogotá, Colombia.
- \_\_\_\_\_ (2009). *Decreto 4487 de 2009 por medio del cual se modifican os decretos 2132, de 1992, y 627 de 1974*. Bogotá, Colombia.
- \_\_\_\_\_ (2007). *Decreto 4051 de 2007 Por el cual se modifica el decreto 2685 de 1999 y se dictan otras disposiciones*. Bogotá. Colombia.
- \_\_\_\_\_ (2007). *Decreto 383 de 2007 Por el cual se modifica parcialmente el decreto 2685 de 1999 y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, Colombia.
- \_\_\_\_\_ (2005). *Decreto 2500 de 2005 por medio del cual se actualiza la reglamentación de funcionamiento del Consejo Nacional de Política Económica y Social*. Bogotá, Colombia.
- \_\_\_\_\_ (2004). *Decreto 2493 de 2004 Por el Cual se Reglamentan Parcialmente las Leyes 9 de 1979 y 73 de 1988 en relación con los Componentes Anatómicos*. (En línea): [https://www.invima.gov.co/images/stories/normatividad/decreto\\_2493\\_2004.pdf](https://www.invima.gov.co/images/stories/normatividad/decreto_2493_2004.pdf)
- Proenca, S., & Soukiazis, E. (2008). Tourism as an economic growth factor: a case study for Southern European countries. *Tourism Economics*, 14, 791-806.
- PROEXPORT (ahora Procolombia). (2014). *Informe de Inversión Extranjera Directa En Colombia*. Bogotá, Colombia.
- Programa de Transformación Productiva. (2015). *Desarrollando Sectores de Clase Mundial*. (En línea): <https://www.ptp.com.co/documentos/Plan%20de%20Negocios%20Turismo%20de%20Salud.pdf> (consultado el 10 de Diciembre de 2015).
- \_\_\_\_\_ (2014). *Acciones para el Impulsar el Turismo de Salud*. (En línea): <https://www.ptp.com.co/contenido/contenido.aspx?catID=730&conID=593> (consultado el 5 de Agosto de 2014).
- \_\_\_\_\_ (2014). *Cifras del Turismo de Salud en Colombia*. (En línea): <http://ptp.amagi4all.com/informacion-estadistica/turismo/turismo-en-salud> (consultado el 9 de Septiembre de 2015).
- \_\_\_\_\_ (2014). *Acciones Regionales para el Impulso del Turismo de Salud en Colombia*. (En línea):



- <https://www.ptp.com.co/contenido/contenido.aspx?catID=730&conID=590>  
(consultado el 10 de Septiembre de 2015).
- \_\_\_\_\_ (2014). Documentos de Planes de Negocios y Acreditaciones en Colombia. (En línea): <https://www.ptp.com.co/contenido/contenido.aspx?catID=643&conID=690>  
(consultado el 9 de Agosto de 2014).
- Pruckner, G.J. (1995). Agricultural landscape cultivation in Austria: an application of the CVM. *European Review of Agricultural Economics*, 22, 173-190.
- Pyo, S.S., Uysal, M. y McLellan, R.W. (1991). A linear expenditure model for tourism demand. *Annals of Tourism Research*, 18, 443-454.
- Quevedo, J. (1983). *Ensayo para Determinar las Actividades Económicas del Turismo en el Marco de la Contabilidad Nacional*. Madrid, España: Organización Mundial de Turismo.
- Rad, N. F., Som, A. P., & Zainuddin, Y. (2010). Service quality and patients' satisfaction in medical tourism. *World Applied Sciences Journal*, 10, 24-30.
- Reed, C. M. (2008). Medical tourism. *Medical Clinics of North America*, 92, 1433-1446.
- Rico-Hernández. (2012). *Medical Tourism in Colombia*, 98.
- Riley, M., & Szivas, E. (2009). Tourism employment and poverty: revisiting the supply curve. *Tourism Economics*, 15, 297-305.
- Rodríguez, A. H., & Moisés, L. (2011). Participation and innovation, the keys to rural development: the case of rural Medellín. *Agronomía Colombiana*, 29, 293-965.
- Roemer M. (1993). National Health Systems throughout the World. *Ann. Rev. Public Health*, 14, 78.
- Rosenweig, J.A. (1988). Elasticities of Substitution in Caribbean tourism. *Journal of Development Economics*, 29, 89-100.
- Ross, G. F. (1992). Resident perceptions of the impact of tourism on an Australian city. *Journal of Travel Research*, 30, 13-17.
- Rothschild, M., Stiglitz, J. (1976). Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information. *Quarterly Journal of Economics*, 90, 629-649.

- Rubiano, M. E. M., Pacheco, P. A. P., & Larrotta, C. J. C. (2011). Los parques tecnológicos en Colombia como mecanismo de vinculación universidad-entorno. *Libre empresa*, 8, 11-29.
- Rugg, D. (1973). The choice of journey destination: a theoretical and empirical analysis. *Review of Economics and Statistics*, 55, 64-72.
- Ruiz-Reynel, I. (2011). Paradigm-region and vocation-region in Nariño department, Colombia. *Agronomía Colombiana*, 29, 147-152.
- Runnels, V., & Carrera, P. M. (2012). Why do patients engage in medical tourism? *Maturitas*, 73, 300-304.
- Sakai, M.Y. (1988). A micro-analysis of business travel demand. *Applied Economics*, 20, 48-49.
- Sandvik, K., & Grønhaug, K. (2007). How well does the firm know its customers? The moderating effect of market orientation in the hospitality industry. *Tourism Economics*, 13, 5-23.
- Santana-Gallego, M., Ledesma-Rodríguez, F. J., & Pérez-Rodríguez, J. V. (2010). Exchange rate regimes and tourism. *Tourism Economics*, 16, 25-43.
- Santos, G. E. D. O., Ramos, V., & Rey-Maqueira, J. (2011). A microeconomic model of multidestination tourism trips. *Tourism Economics*, 17, 509-529.
- Santos, L. D., & Varejão, J. (2007). Employment, pay and discrimination in the tourism industry. *Tourism Economics*, 13, 225-240.
- Schultz, J. (2014). *A Medical Tourism Guide for Affordable and Quality Cosmetic Care outside The U.S.* Nueva York, Estados Unidos: Birmingham Researchers.
- Seetanah, B. (2011). Assessing the dynamic economic impact of tourism for island economies. *Annals of Tourism Research*, 38, 291-308.
- Sequeira, T. N., & Maçãs Nunes, P. (2008). Does tourism influence economic growth? A dynamic panel data approach. *Applied Economics*, 40, 2431-2441.
- Serrano, J.M. (1994). *El Estado en la Economía Española*. Madrid, España: Civitas.

- Sharpley, R. (2000). Tourism and sustainable development: Exploring the theoretical divide. *Journal of Sustainable tourism*, 8, 1-19.
- Shen, S., Li, G., & Song, H. (2009). Effect of seasonality treatment on the forecasting performance of tourism demand models. *Tourism Economics*, 15, 693-708.
- Scherer, F.M. (1970). *Industrial Market Structure and Economic Performance*. Chicago, United States: Rand McNally.
- Schubert, S. F. (2010). Coping with externalities in tourism: a dynamic optimal taxation approach. *Tourism Economics*, 16, 321-343.
- \_\_\_\_\_ (2009). Macroeconomic effects of changes in tourism demand: a simple dynamic model. *Tourism Economics*, 15, 591-613.
- \_\_\_\_\_ (2008). Dynamic effects of subsidizing the tourism sector. *Tourism economics*, 14, 57-80.
- Sheldon, P.J. (1986). The tour operator industry: an empirical analysis. *Annals of Tourism Research*, 13, 349-365.
- Sheldon, P.J. y Var, T. (1985). Tourism forecasting: a review of empirical findings. *Journal of Forecasting*, 4, 183-195.
- Sherman, P.B. y Dixon, J.A. (1995). "The Economics of Nature Tourism: Determining if it Pays" en *Nature Tourism Managing for the Environment*. Bermonth, United States: Clight Editions.
- Shimazono, Y. (2007). The state of the international organ trade: a provisional picture based on integration of available information. *Bulletin of the World Health Organization*, 85, 955-962.
- Sinclair, M.T. y Sutcliffe, C.M.S. (1978). The first round of the Keynesian regional income multiplier. *Scottish Journal of Political Economy*, 25, 177-186.
- Sinclair, M.T. y Sutcliffe, C. M.S. (1982). Keynesian Income multipliers with First and Second Round Effects: An Application to Tourist Expenditure. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 44, 231-238.

- Sinclair, D., & Jayawardena, C. (2010). Tourism in the amazon: identifying challenges and finding solutions. *Worldwide Hospitality and Tourism Themes*, 2, 124-135.
- Singh, G., & Gautam, H. (2012). Medical tourism—unwrapping the gift of globalisation. *International Journal of Education Economics and Development*, 3, 19-32.
- Sirakaya, E., Choi, H. S., & Var, T. (2002). Shift-share analysis in tourism: examination of tourism employment change in a region. *Tourism economics*, 8, 303-324.
- Skak, M. (2004). Restricting ownership of vacation homes. *Tourism Economics*, 10, 435-447.
- Sloan, F. (2013). Rate regulation as a strategy for hospital cost control: evidence from the last decade. *Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, 62, 195-221.
- \_\_\_\_\_. (1981). Regulation and the rising cost of hospital care. *Review of Economics and Statistics*, 63, 479-487.
- \_\_\_\_\_. (1975). The Role of Health Insurance in the Physicians Service Market. *Inquiry*, 12, 275-299.
- \_\_\_\_\_. (1971). Demand for higher education: the case of medical school applicants. *Journal of Human Resources*, 6, 466-489.
- Sloboda, B. W. (2003). Assessing the effects of terrorism on tourism by use of time series methods. *Tourism Economics*, 9, 179-190.
- Smeral, E. (2007). World tourism forecasting—keep it quick, simple and dirty. *Tourism Economics*, 13, 309-317.
- \_\_\_\_\_. (2004). Long-term forecasts for international tourism. *Tourism Economics*, 10, 145-166.
- \_\_\_\_\_. (2003). A structural view of tourism growth. *Tourism Economics*, 9, 77-93.
- \_\_\_\_\_. (1988). Tourism demand, economic theory and econometrics: an integrated approach. *Journal of Travel Research*, 26, 38-43.

- \_\_\_\_\_ (1992). Long term forecasts for tourism industries: the case of Austria and Switzerland. *The Services Industries Journal*, 12, 60-77.
- Smeral, E., Witt, S.F. y Witt, C.A. (1992). Econometric forecasts. tourism trends to 2000. *Annals of Tourism Research*, 19, 450-466.
- Smith, E., Behrmann, J., Martin, C., & William, B. (2010). Reproductive tourism in Argentina: clinic accreditation and its implications for consumers, health professionals and policy makers. *Developing World Bioethics*, 10, 59-69.
- Smith, R., Álvarez, M. M., & Chanda, R. (2011). Medical tourism: a review of the literature and analysis of a role for bi-lateral trade. *Health Policy*, 103, 276-282.
- Smith, P. C., & Forgione, D. A. (2007). Global outsourcing of healthcare: a medical tourism decision model. *Journal of Information Technology Case and Application Research*, 9, 19-30.
- Smith, S.L.J. (1987). Defining tourism: a supply-side view. *Annals of Tourism Research*, 14, 78-79.
- Smith, V.K. y Kopp, R.J. (1980). The spatial limits of the travel cost recreational demand model. *Land Economics*, 56, 64-72.
- Snyder, J., Crooks, V., Johnston, R., & Kingsbury, P. (2013). Beyond sun, sand, and stitches: assigning responsibility for the harms of medical tourism. *Bioethics*, 27, 233-242.
- \_\_\_\_\_ (2012). Perceptions of the ethics of medical tourism: comparing patient and academic perspectives. *Public health ethics*, 5, 38-46.
- Snyder, J., Crooks, V. A., Johnston, R., & Kingsbury, P. (2011). What do we know about Canadian involvement in medical tourism? A scoping review. *Open Medicine*, 5, e139.
- Sobo, E. J. (2009). Medical travel: what it means, why it matters. *Medical anthropology*, 28, 326-335.
- Social Security Agency. (2012). *Report on the Medicare Drug Discount Card Program*. (En línea):<http://kff.org/medicare/medicare-drug-discount-cards-a-work-in/pdf> (Consultado el 14 de Enero de 2015).

- Solomon, M. C., & GVRK, D. A. (2012). Health Tourism and challenges for India. *Health*, 2, pp. 65.
- Solorzano, R. (1993). El sistema de salud de Canadá y su financiamiento. *Rev. Panam. Salud Publica*, 1, 180-184.
- Song, H., Dwyer, L., Li, G., & Cao, Z. (2012). Tourism economics research: A review and assessment. *Annals of Tourism Research*, 39, 1653-1682.
- Song, H., Li, G., Witt, S. F., & Fei, B. (2010). Tourism demand modelling and forecasting: how should demand be measured? *Tourism Economics*, 16, 63-81.
- Song, H., Witt, S. F., & Zhang, X. (2008). Developing a web-based tourism demand forecasting system. *Tourism Economics*, 14, 445-468.
- Song, H., Witt, S. F., & Li, G. (2003). Modelling and forecasting the demand for Thai tourism. *Tourism Economics*, 9, 363-387.
- Southwick, R., Bergstrom, J., & Wall, C. (2009). The economic contributions of human-powered outdoor recreation to the US economy. *Tourism Economics*, 15, 709-733.
- Stabler, M. J., Papatheodorou, A., & Sinclair, M. T. (2009). *The Economics of Tourism*. Routledge.
- Strasdas, W., Carhuapoma, M. C., Angulo, P., Angulo, P. C., Angulo, P., Perlacios, J. C., & Ingram, C. D. (2000). *El Ecoturismo en la Práctica de Proyectos de Protección de la Naturaleza en México y Belice: Enfoques para el Fomento de Areas Protegidas Mediante el Manejo, Sustentable y Orientado Hacia el Mercado del Turismo*. Boston, Estados Unidos: Eschborn.
- Stolton, S., & Dudley, N. (Eds.). (2010). *Arguments for Protected Areas: Multiple Benefits for Conservation and Use*. Boston, Estados Unidos: Earthscan.
- Stonich, S. C., Sorensen, J. H., & Salvador, G. W. (1998). "Water, Power, and Environmental Health in Tourism Development" En *Water, Culture, and Power: Local Struggles In a Global Context*. Massachusetts, Estados Unidos: Birmingham Group.
- Stout, N. M. (2008). Caribbean pleasure industry: tourism, sexuality, and aids in the Dominican Republic. *Journal of Latin American Studies*, 40, 597-599.

- Strizzi, N., & Meis, S. (2001). Challenges facing tourism markets in Latin America and the Caribbean region in the new millennium. *Journal of travel research*, 40, 183-192.
- Suarez, V. (2013). Estrategia de producción y mercado para los servicios de salud. *Centro De Proyectos Para El Desarrollo*, 34, 23-25.
- Syriopoulos, T.C. (1995). A dynamic model of demand for mediterranean tourism. *International Review of Applied Economics*, 9, 318-336.
- Syriopoulos, T.C. y Sinclair, M.T. (1993). An econometric study of tourism demand: the aids model of U.S and European tourism in Mediterranean countries. *Applied Economics*, 25, 54-55.
- Swann, G. M. (2010). The rise, fall and renaissance of the resort: a simple economic model. *Tourism Economics*, 16, 45-62.
- Tang, S., Selvanathan, E. A., & Selvanathan, S. (2007). The relationship between foreign direct investment and tourism: empirical evidence from China. *Tourism economics*, 13, 25-39.
- Taplin, J.H.E. (1980). A coherence approach to estimates of price elasticity in the vacation travel market. *Journal of Transport Economics and Policy*, 45, 19-35.
- Tattara, G. (2010). Medical tourism and domestic population health. *University Ca'Foscari of Venice, Dept. of Economics Research Paper Series*, (02\_10).
- Taylor, P. (1995). Measuring Changes in the Relative Competitiveness of Package Tour Destinations. *Tourism Economics*, 1, 169-182.
- Taylor, P. (1996). Oligopoly or Contestable Markets in the U.K Package Tour Industry? *The Services Industries Journal*, 16, 379-388.
- Terry, N. (2007). Under-regulated healthcare phenomena in a flat world: medical tourism and outsourcing. *Western New England Law Review*, 29, 6.
- Theobald, W. F. (Ed.). (2004). *Global tourism*. Routledge.
- Thompson, A. (2011). Terrorism and tourism in developed versus developing countries. *Tourism Economics*, 17, 693-700.

- Tisdell, C. (2001). *Tourism economics, the environment and development: analysis and policy*. Edward Elgar Publishing.
- Tobias, D. y Mendelsohn, R. (1991). Valuing Ecotourism in a Tropical Rain-Forest Reserve. *Ambio*, 20, 91-93.
- Todd, M. K. (2011). *Handbook of Medical Tourism Program Development: Developing Globally Integrated Health Systems*. Canberra, Australia: CRC Press.
- Tremblay, P. (1989). Pooling International Tourism in Western Europe. *Annals of Tourism Research*, 16, 90-91.
- Tribe, J. (2011). *The Economics of Recreation, Leisure and Tourism*. Chicago, United States: Taylor & Francis.
- Truett, D.B. y Truett, L.J. (1987). The Response of Tourism to International Economic Conditions: Colombia, Mexico, and Spain. *The Journal of Developing Areas*, 21, 177-190.
- Turner, L. (2012). Canada's turbulent medical tourism industry. *Canadian Family Physician*, 58, 371-373.
- \_\_\_\_\_ (2011). Canadian medical tourism companies that have exited the marketplace: Content analysis of websites used to market transnational medical travel. *Globalization and health*, 7, 1-16.
- \_\_\_\_\_ (2010). Quality in health care and globalization of health services: accreditation and regulatory oversight of medical tourism companies. *International Journal for Quality in Health Care*, 7, 8.
- \_\_\_\_\_ (2008). 'Medical tourism' initiatives should exclude commercial organ transplantation. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 101, 391-394.
- \_\_\_\_\_ (2007). Medical tourism Family medicine and international health-related travel. *Canadian Family Physician*, 53, 1639-1641.
- \_\_\_\_\_ (2007). First world health care at third world prices: globalization, bioethics and medical tourism. *Biosocieties*, 25, 32-45.



- Turner, L. W., & Witt, S. F. (2001). Factors influencing demand for international tourism: Tourism demand analysis using structural equation modelling, revisited. *Tourism Economics*, 7, 21-38.
- Tse, R. Y. (2001). Estimating the impact of economic factors on tourism: evidence from Hong Kong. *Tourism Economics*, 7, 277-293.
- Tyrrell, T. J., & Johnston, R. J. (2009). An econometric analysis of the effects of tourism growth on municipal revenues and expenditures. *Tourism Economics*, 15, 771-783.
- University of Iowa Hospitals and Clinics. (2012). *Medicare Part A and B*. (En línea): <http://www.uihealthcare.org/frequently-asked-questions-about-billing-insurance-and-records/pdf> (Consultado el 6 de Diciembre de 2014).
- UNWTO. (2014). *UNWTO Annual Report*. (En línea): <http://media.unwto.org/sites/all/files/pdf/finalannualreportpdf> (Consultado el 3 de Mayo de 2014).
- Unti, J. A. (2009). Medical and surgical tourism: the new world of health care globalization and what it means for the practicing surgeon. *Bulletin of the American College of Surgeons*, 94, 18-25.
- Upadhyay, P. (2011). Comparative and competitive advantages of globalized India as a medical tourism destination. *International journal of Engineering and Medical Sciences*, 2, 26-34.
- Uribe Uran, A., & Messino Soza, A. (2011). TIC, asociatividad y turismo, tres factores unidos para potenciar el caribe colombiano. *Cuadernos de Administración*, 26, 129-138.
- \_\_\_\_\_. (2010). ICT, partnership and tourism, three factors united to promote the Colombian Caribbean. *Cuadernos de Administración (Universidad del Valle)*, 2, 129-137.
- Uriel, E. (2000). "El Sector Turístico en España". CAM e IVIE. Valencia (pendiente de publicación).
- Uysal, M. y Crompton, J.L. (1985). An overview of approaches used to forecast tourism demand. *Journal of Travel Research*, 56, 7-15.

- Valderrama, C., & Álvarez, C. A. (2009). Transmisión de enfermedades en los vuelos comerciales: del mito a la realidad. *Infectio*, *13*, 203-216.
- Van Dijk, J.C. y van der Stelt-Scheele, D.D. (1993). Price formation in tourism industry branches. *Annals of Tourism Research*, *5*, 716-717.
- Vanhove, N. (2011). *The Economics of Tourism Destinations*. Barcelona, United States: Routledge.
- Van Soest, A. y Kooremn, P. (1987). A micro-econometric analysis of vacation behaviour. *Journal of Econometrics*, *2*, 215-226.
- Veal, A. J. (2002). *Leisure and tourism policy and planning* (No. Ed. 2). Cabi Publishing.
- Vemon, R. (1966). International investment and international trade in the product cycle. *Quarterly Journal of Economics*, *80*, 190-191.
- Vergori, A. S. (2012). Forecasting tourism demand: the role of seasonality. *Tourism Economics*, *18*, 915-930.
- Vietze, C. (2011). What's pushing international tourism expenditures? *Tourism Economics*, *17*, 237-260.
- Villagrande, R. (2013, Septiembre21). Entrevista a la auxiliar de enfermería Rosalba Villagrande. Recuperado de Archivo de Word propio.
- Vu, J. C. (2006). Effect of demand volume on forecasting accuracy. *Tourism Economics*, *12*, 263-276.
- Wachsman, Y. (2006). Strategic interactions among firms in tourist destinations. *Tourism Economics*, *12*, 531-541.
- Wahab, S.E.A. (1992). "Government Role in Strategic Planning of Tourism" en *Encyclopedia of Hospitality and Tourism*. Nueva York, Estados Unidos: Van Nostrand Reinhold.
- Walpole, M. J., & Goodwin, H. J. (2000). Local economic impacts of dragon tourism in Indonesia. *Annals of tourism research*, *27*, 559-576.

- Wang, H. Y. (2012). Value as a medical tourism driver. *Managing Service Quality: An International Journal*, 22, 465-491.
- Wanhill, S. (1994). The Measurement of Tourist Income Multipliers. *Tourism Management*, 15, 281-283.
- \_\_\_\_\_ (1988). Tourism multipliers under capacity constraints. *The Services Industries Journal*, 8, 136-142.
- \_\_\_\_\_ (1983). Measuring the economic impact of tourism. *The Services Industries Journal*, 3, 9-20.
- Wapner, J. (2008). American Medical Association provides guidance on medical tourism. *BMJ*, 337.
- Warf, B. (2010). Do you know the way to San José? medical tourism in Costa Rica. *Journal of Latin American Geography*, 9, 51-66.
- Watson, S. (2011). “*Tourism and Demography*”. Boston, United States: C. H. Hsu, & K. Smith (Eds.).
- Weaver, D., & Oppermann, M. (2000). *Tourism Management*. Chicago, United States: John Wiley and Sons.
- Webster, A., Fletcher, J., Hardwick, P., & Morakabati, Y. (2007). Tourism and empirical applications of international trade theory: a multi-country analysis. *Tourism Economics*, 13, 657-674.
- Weisbrod, B. A. (1988). *The Nonprofit Economy*. Massachusetts, United States: Harvard University Press.
- Wellness Workbook. (2010). *Mapping the Market for Medical Travel: Wellness Spas in the Middle East*. Tel Aviv, Israel: McKinsey y Co.
- West, G.R. y Gamage, A. (1997). Differential multipliers for tourism in Victoria. *Tourism Economics*, 3, 57-68.
- White, K. (1985). An international travel demand model: U.S. travel to Western Europe. *Annals of Tourism Research*, 12, 529-45.

- Wilches-Chaux, G., Induni, G., Del Valle, J. I., Bermúdez Rojas, T., Wijkman, A., Timberlake, L., & CATIE, Turrialba (2011). *¿Qué nos Pasa? San José, Costa Rica: Ministerio de Agricultura y Ganadería.*
- Williams, J. (2004). Country-brand development in eastern countries. *Marketing Magazine*, 7, 9.
- Witt, S.F., Moutinho, L. y P. Buckier (1991). *The Management of International Tourism.* Londres, Reino Unido: Unwin Hyman.
- Witt, S.F. y Witt, C.A. (1991). Tourism forecasting: error magnitude, direction of change error, and trend change error. *Journal of Travel Research*, 30, 26-33.
- \_\_\_\_\_ (1989). Demand forecasting in tourism and recreation: progress in tourism, recreation, and hospitality management. *Tourism*, 1, 29-32.
- \_\_\_\_\_ (1987). Deriving a relative price index for inclusion in international tourism demand estimation models. *Journal of Travel Research*, 25, 23-30.
- \_\_\_\_\_ (1982). A binary choice model of foreign holiday demand. *Journal of Economic Studies*, 10, 46-59.
- Wong, K. M., & Musa, G. (2012). *Medical Tourism: the Ethics, Regulation, and Marketing of Health Mobility.* New York, United States: Routledge.
- \_\_\_\_\_ (2010). Tourism and openness to trade in Singapore: evidence using aggregate and country-level data. *Tourism Economics*, 16, 965-980.
- \_\_\_\_\_ (1997). An Investigation of the Time Series Behaviour of International Tourist Arrivals. *Tourism Economics*, 3, 185-200.
- York, D. (2008). Medical tourism: The trend toward outsourcing medical procedures to foreign countries. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28, 99-102.
- Yu, J. Y., & Ko, T. G. (2012). A cross-cultural study of perceptions of medical tourism among Chinese, Japanese and Korean tourists in Korea. *Tourism Management*, 33, 80-88.

Zhang, Y., Qu, H., & Guo, Y. (2011). A study of the agglomeration of China's convention industry: an economic and neoeconomic geography framework approach. *Tourism Economics, 17*, 305-319.

## **ANEXO 1**

## ESTIMACIÓN DE DEMANDA DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS EN 2014 Y COMPORTAMIENTO DURANTE EL PERIODO 2009-2014 PARA ESTADOS UNIDOS, CANADÁ, ARUBA, ANTILLAS Y PANAMÁ.

El cuadro que expuesto con la denominación “Coeficientes de correlación” señala los betas ( $\beta$ ) o elasticidades aplicables a la ecuación de demanda de bienes y servicios turísticos bajo función logarítmica (ecuación 4) incluyendo la intercepción (o variable independiente de inicio de función). Los valores negativos indican comportamientos inversamente proporcionales de las variables independientes sobre la cantidad estimada de demanda, mientras los valores positivos indican relaciones directamente proporcionales o movimiento positivo de la variable independiente sobre la estimación de la cantidad demandada del servicio médico-turístico. Asimismo, los espacios en blanco indican ausencia de datos debido a la falta de disponibilidad al público en general y académico.

Se encuentra que la variable independiente del precio del servicio, precio de servicios sustitutos y complementarios, ingreso del consumidor, además del índice de preferencia del consumidor son los de mayor relevancia en la estimación de demanda para las localidades de Estados Unidos, Canadá y Panamá debido a que los pacientes provenientes de las buscan menores precios con calidad similar en el servicio prestado (además de los motivos expuestos en la contrastación empírica) para procedimientos de radioterapia y quimioterapia, cirugía cardiovascular, y tratamientos para el manejo y disminución del sobrepeso en el cual Estados Unidos es líder de todos los procedimientos analizados seguido de Panamá por su cercanía geográfica y un número importante de colombianos en dicho país, mientras que para las localidades de Antillas y Aruba, las variables de mayor peso son el precio de mercado y en menor medida el ingreso real del consumidor debido al rendimiento de los recursos monetarios en territorio colombiano. Así, los tratamientos traumatológicos de baja complejidad y en menor medida el aumento mamario son los procedimientos de crecimiento relativamente estable aunque muy bajo en términos porcentuales (se destaca la disminución del servicio de rinoplastia para Antillas). Todo lo anterior se encuentra en el análisis de contrastación empírica expuesta arriba (página 127, numeral 4.2). Cabe resaltar que el índice de preferencia del consumidor del consumidor entendido como la opcionalidad del consumidor a someterse a un procedimiento en Colombia resulta de encuentros de diversos

gremios de medicina curativa y preventiva (ver bibliografía) compartidos en el cual 0 representa una preferencia nula y 1 representa una altísima preferencia en el país de destino.

El ingreso real del consumidor, precio de servicios sustitutos, precio de servicios complementarios y nivel de gasto en publicidad y mercadeo se expresan en dólares estadounidenses en 2013.

### Estados Unidos:

Radioterapia y quimioterapia								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes de correlación (β)</i>
Precio de mercado	850	850	820	820	815	815	Intercepción	85,69437
Ingreso real del consumidor	4500	4000	3800	3780	3750	3600	Variable X 1	0,52061521
Número de consumidores en el mercado	1231,2	1000	850	715	740	660	Variable X 2	-0,23163539
Precio de servicios sustitutos							Variable X 3	1,43431635
Precio de servicios complementarios	300	300	280	280	270	260	Variable X 4	0
Preferencias del consumidor	-0,32	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	123000	123000	120000	120000	110000	110000	Variable X 6	0,00052039
Cantidad demandada	1315,79625	1100	914	725	760	680		



<b>Cirugía reconstructiva del suelo pélvico</b>								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coeficientes</i>
Precio de mercado	1250	1250	1200	1100	1000	970	Intercepción	7207,65993
Ingreso real del consumidor	4500	4000	3800	3780	3750	3600	Variable X 1	-2,28282828
Número de consumidores en el mercado	939	915	820	740	550	490	Variable X 2	-0,70538721
Precio de servicios sustitutos							Variable X 3	4,40488215
Precio de servicios complementarios	130	130	115	110	99	89	Variable X 4	0
Preferencias del consumidor	-0,32	-0,32	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	123000	123000	120000	120000	110000	110000	Variable X 6	-0,03774832
Cantidad demandada	673,023569	920	870	760	550	460		

<b>Cirugía cardiovascular</b>								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coeficientes</i>
Precio de mercado	33900	32700	31400	30900	28500	27600	Intercepción	412,355083
Ingreso real del consumidor	4500	4000	3800	3780	3750	3600	Variable X 1	0,02235711
Número de consumidores en el mercado	939,6	870	790	630	515	440	Variable X 2	-0,17693475
Precio de servicios sustitutos							Variable X 3	0,95225089
Precio de servicios complementarios	900	890	870	870	830	815	Variable X 4	0

Preferencias del consumidor	-0,2	-0,2	-0,13	-0,11	-0,22	-0,15	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	123000	123000	120000	120000	110000	110000	Variable X 6	-0,00328579
Cantidad demandada	864,637815	860	800	640	515	450		

### Tratamientos traumatológicos de baja complejidad (esquines y luxaciones)

	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	1500	1430	1380	1375	1260	1190	Intercepción	17,5650068
Ingreso real del consumidor	4500	4000	3800	3780	3750	3600	Variable X 1	-0,05978076
Número de consumidores en el mercado	400	390	370	315	280	260	Variable X 2	0,03811183
Precio de servicios sustitutos							Variable X 3	1,17339395
Precio de servicios complementarios	300	300	280	280	270	260	Variable X 4	0
Preferencias del consumidor	-0,32	-0,32	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	123000	123000	120000	120000	110000	110000	Variable X 6	-0,00103374
Cantidad demandada	441,605201	415	390	325	300	275		

### Rinoplastia

	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	1350	1350	1300	1280	1250	1250	Intercepción	-438,180862

Ingreso real del consumidor	4500	4000	3800	3780	3750	3600	Variable X 1	1,76014721
Número de consumidores en el mercado	548,96	430	380	310	260	210	Variable X 2	-0,41472135
Precio de servicios sustitutos							Variable X 3	0,54416404
Precio de servicios complementarios	1100	1000	950	900	870	820	Variable X 4	0
Preferencias del consumidor	-0,88	-0,88	-0,88	-0,88	-0,88	-0,88	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	123000	123000	120000	120000	110000	110000	Variable X 6	-0,0007571
Cantidad demandada	277,373081	420	390	325	265	300		

<b>Aumento mamarío</b>								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	2000	2000	1900	1850	1820	1820	Intercepción	-1015,4339
Ingreso real del consumidor	4500	4000	3800	3780	3750	3600	Variable X 1	0
Número de consumidores en el mercado	1166,6	960	910	870	790	780	Variable X 2	-0,05445545
Precio de servicios sustitutos	1200	1200	1000	1000	900	900	Variable X 3	0
Precio de servicios complementarios	410	400	350	280	220	200	Variable X 4	0,39312755
Preferencias del consumidor	-0,91	-0,91	-0,91	-0,91	-0,91	0,91	Variable X 5	0,15841584
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	123000	123000	120000	120000	110000	110000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	1029,5501	1120	1000	990	795	800	Variable X 7	0,0147816

Programas dirigidos a la reducción del sobrepeso								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	980	950	890	830	800	715	Intercepción	29133,6419
Ingreso real del consumidor	4500	4000	3800	3780	3750	3600	Variable X 1	19,5963533
Número de consumidores en el mercado	52000	50000	42000	35000	28000	25000	Variable X 2	-10,6388754
Precio de servicios sustitutos	300	300	290	270	270	260	Variable X 3	0,97671376
Precio de servicios complementarios	350	350	320	310	285	280	Variable X 4	0
Preferencias del consumidor	-1,43	-1,43	-1,43	-1,43	-1,43	-1,43	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	123000	123000	120000	120000	110000	110000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	48721,8804	51500	44700	36900	30000	27000	Variable X 7	-0,02057206

### Canadá:

Radioterapia y quimioterapia								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	850	850	820	820	815	815	Intercepción	-951,666667
Ingreso real del consumidor	3240	3240	3000	3000	2600	2500	Variable X 1	1,23333333
Número de consumidores en el mercado	113,4	100	85	88	96	99	Variable X 2	-0,125
Precio de servicios sustitutos							Variable X 3	-0,66666667

Precio de servicios complementarios	300	300	280	280	270	260	Variable X 4	1,65
Preferencias del consumidor	-0,29	-0,29	-0,29	-0,29	-0,29	-0,29	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	95000	95000	95000	95000	95000	95000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	111,066667	120	90	88	110	104		

<b>Cirugía reconstructiva del suelo pélvico</b>								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	1250	1250	1200	1100	1000	970	Intercepción	-8,55229142
Ingreso real del consumidor	3240	3240	3000	3000	2600	2500	Variable X 1	0,06709753
Número de consumidores en el mercado	106,92	100	90	70	70	50	Variable X 2	-0,07579318
Precio de servicios sustitutos							Variable X 3	0,10070505
Precio de servicios complementarios	130	130	115	110	99	89	Variable X 4	2,05522914
Preferencias del consumidor	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	95000	95000	95000	95000	95000	95000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	107,696879	107	90	71	72	55		

<b>Cirugía cardiovascular</b>								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	33900	32700	31400	30900	28500	27600	Intercepción	-504,9
Ingreso del real consumidor	3240	3240	3000	3000	2600	2500	Variable X 1	-0,028
Número de consumidores en el mercado	100,44	90	70	50	50	50	Variable X 2	0,02
Precio de servicios sustitutos							Variable X 3	1,45
Precio de servicios complementarios	900	890	870	870	830	815	Variable X 4	1,48

Preferencias del consumidor	-0,13	-0,13	-0,13	-0,13	-0,13	-0,13	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	9500	95000	95000	95000	95000	95000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	88,338	92	65	50	50	51		

### Tratamientos traumatológicos de baja complejidad (esguinces y luxaciones)

	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	1500	1500	1200	1100	890	870	Intercepción	-3,74045802
Ingreso real del consumidor	3240	3240	3000	3000	2600	2500	Variable X 1	0,01832061
Número de consumidores en el mercado	64	64	50	30	15	15	Variable X 2	0,0054771
Precio de servicios sustitutos							Variable X 3	0,85839695
Precio de servicios complementarios	300	300	280	280	270	260	Variable X 4	-0,09141221
Preferencias del consumidor	-0,29	-0,29	-0,29	-0,29	-0,29	-0,29	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	95000	95000	95000	95000	95000	95000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	69	69	52	33	15	15		

### Rinoplastia

	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	1350	1350	1300	1280	1250	1250	Intercepción	-3117,45805
Ingreso real del consumidor	3240	3240	3000	3000	2600	2500	Variable X 1	0,98573826
Número de consumidores en el mercado	120	100	95	85	70	60	Variable X 2	0,19714765
Precio de servicios sustitutos							Variable X 3	-10,6224832

Precio de servicios complementarios	1100	1000	950	900	870	820	Variable X 4	2,53020134
Preferencias del consumidor	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	95000	95000	95000	95000	95000	95000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	360,57047	320	150	110	85	45		

<b>Aumento mamario</b>								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	2000	2000	1900	1850	1820	1820	Intercepción	30,3714286
Ingreso real del consumidor	3240	3240	3000	3000	2600	2500	Variable X 1	0
Número de consumidores en el mercado	180	120	95	92	88	80	Variable X 2	0,06571429
Precio de servicios sustitutos	1200	1200	1000	1000	900	900	Variable X 3	0,44
Precio de servicios complementarios	410	400	350	280	220	200	Variable X 4	-0,20771429
Preferencias del consumidor	-0,9	-0,9	-0,9	-0,9	-0,9	-0,9	Variable X 5	0,19542857
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	95000	95000	95000	95000	95000	95000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	153,354286	125	130	115	96	82	Variable X 7	0

<b>Programas dirigidos a la reducción del sobrepeso</b>								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	980	850	820	820	815	815	Intercepción	17271,2414
Ingreso real del consumidor	3240	3240	3000	3000	2600	2500	Variable X 1	-10,8689655

Número de consumidores en el mercado	6240	5500	4600	4200	3600	3400	Variable X 2	-2,1
Precio de servicios sustitutos	300	300	290	270	270	260	Variable X 3	2,45724138
Precio de servicios complementarios	350	350	320	310	285	280	Variable X 4	-28,1448276
Preferencias del consumidor	-1,75	-1,75	-1,75	-1,75	-1,75	-1,75	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	95000	95000	95000	95000	95000	95000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	6705,3931	6300	5200	4780	4200	4200	Variable X 7	0

### Aruba:

Radioterapia y quimioterapia								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	850	850	820	820	815	815	Intercepción	-619,34
Ingreso real del consumidor	917	917	917	900	900	850	Variable X 1	0,84933333
Número de consumidores en el mercado	54	50	44	41	40	40	Variable X 2	0,22
Precio de servicios sustitutos							Variable X 3	-0,24666667
Precio de servicios complementarios	300	300	280	280	270	260	Variable X 4	-0,8
Preferencias del consumidor	-0,29	-0,29	-0,29	-0,29	-0,29	-0,29	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	50000	50000	50000	50000	50000	50000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	51,0133333	52	44	41	45	42		

Cirugía reconstructiva del suelo pélvico								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	1250	1250	1200	1100	1000	970	Intercepción	-83,2907264
Ingreso real del consumidor	917	917	917	900	900	850	Variable X 1	-0,04455403
Número de consumidores en el mercado	54	50	44	41	40	40	Variable X 2	0,11612568
Precio de servicios sustitutos							Variable X 3	2,07203273



Precio de servicios complementarios	130	130	115	110	99	89	Variable X 4	-0,14696632
Preferencias del consumidor	-0,21	-0,21	-0,21	-0,21	-0,21	-0,21	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	5000	50000	50000	50000	50000	50000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	60,2881309	52	44	41	45	42		

<b>Cirugía cardiovascular</b>								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	US\$33,900	32700	31400	30900	28500	27600	Intercepción	0
Ingreso real del consumidor	US\$917	917	917	900	900	850	Variable X 1	0
Número de consumidores en el mercado	27	20	16	8	0	0	Variable X 2	0
Precio de servicios sustitutos							Variable X 3	1
Precio de servicios complementarios	US\$900	890	870	870	830	815	Variable X 4	0
Preferencias del consumidor	-0,11	-0,11	-0,11	-0,11	-0,11	-0,11	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	US\$50,000	50000	50000	50000	50000	50000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	27	20	16	8	0	0		

<b>Tratamiento de traumatologías de baja complejidad (esguinces y luxaciones)</b>								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	US\$1,500	1500	1200	1100	890	870	Intercepción	0
Ingreso real del consumidor	US\$917	917	917	900	900	850	Variable X 1	0
Número de consumidores en el mercado	13	9	0	0	0	0	Variable X 2	0
Precio de servicios sustitutos							Variable X 3	1
Precio de servicios complementarios	US\$300	300	280	280	270	260	Variable X 4	0
Preferencias del consumidor	-0,29	-0,29	-0,29	-0,29	-0,29	-0,29	Variable X 5	0

Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	US\$50,000	50000	50000	50000	50000	50000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	13	9	0	0	0	0		

<b>Rinoplastia</b>								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	1350	1350	1300	1280	1250	1250	Intercepción	-8985,61538
Ingreso real del consumidor	917	917	917	900	900	850	Variable X 1	6,36923077
Número de consumidores en el mercado	63	60	52	50	46	40	Variable X 2	5,76923077
Precio de servicios sustitutos							Variable X 3	-14,5
Precio de servicios complementarios	1100	1000	950	900	870	820	Variable X 4	-3,96923077
Preferencias del consumidor	-1,21	-1,21	-1,21	-1,21	-1,21	-1,21	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	50000	50000	50000	50000	50000	50000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	0,42308	64	60	62	48	45		

<b>Aumento mamario</b>								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	2000	2000	1900	1850	1820	1820	Intercepción	-203,365959
Ingreso real del consumidor	917	917	917	900	900	850	Variable X 1	-0,08098872
Número de consumidores en el mercado	87	80	75	68	51	42	Variable X 2	0,36994028
Precio de servicios sustitutos	1200	1200	1000	1000	900	900	Variable X 3	0
Precio de servicios complementarios	410	400	350	280	220	200	Variable X 4	0,05920703
Preferencias del consumidor	-1,29	-1,29	-1,29	-1,29	-1,29	-1,29	Variable X 5	0,1251493
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	50000	50000	50000	50000	50000	50000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	96,251493	95	85	74	63	42	Variable X 7	0

<b>Programas dirigidos a la reducción del sobrepeso</b>								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	980	850	820	820	815	815	Intercepción	-34661,8789
Ingreso real del consumidor	917	917	917	900	900	850	Variable X 1	30,9347826
Número de consumidores en el mercado	5200	4300	3600	2800	2100	1600	Variable X 2	8,10559006
Precio de servicios sustitutos	300	300	290	270	270	260	Variable X 3	0,63618012
Precio de servicios complementarios	350	350	320	310	285	280	Variable X 4	12,6630435
Preferencias del consumidor	-1,86	-1,86	-1,86	-1,86	-1,86	-1,86	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	50000	50000	50000	50000	50000	50000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	10194,0839	5600	4100	3200	2600	1750	Variable X 7	0

**Antillas:**

<b>Radioterapia y quimioterapia</b>								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	850	850	820	820	815	815	Intercepción	406,545455
Ingreso real del consumidor	810	800	680	680	550	550	Variable X 1	-0,51212121
Número de consumidores en el mercado	36	25	10	0	0	0	Variable X 2	0,01969697
Precio de servicios sustitutos							Variable X 3	1,8
Precio de servicios complementarios	300	300	280	280	270	260	Variable X 4	0
Preferencias del consumidor	-0,27	-0,27	-0,27	-0,27	-0,27	-0,27	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	68000	68000	68000	68000	68000	68000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	51,9969697	32	18	0	0	0		

### Urología: Cirugía reconstructiva del suelo pélvico

	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coeficientes</i>
Precio de mercado	1250	1250	1250	1200	1100	970	Intercepción	0
Ingreso real del consumidor	810	750	650	500	500	420	Variable X 1	0
Número de consumidores en el mercado	55	50	35	20	0	0	Variable X 2	0
Precio de servicios sustitutos							Variable X 3	1
Precio de servicios complementarios	130	130	115	110	99	89	Variable X 4	0
Preferencias del consumidor	-0,32	-0,32	-0,32	-0,32	-0,32	-0,32	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	68000	68000	68000	68000	68000	68000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	55	50	35	20	0	0		

### Cirugía cardiovascular

	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coeficientes</i>
Precio de mercado	33900	32700	31400	30900	28500	27600	Intercepción	-1,2804E-13
Ingreso real del consumidor	810	750	650	500	500	420	Variable X 1	-5,8899E-18
Número de consumidores en el mercado	43	20	0	0	0	0	Variable X 2	2,2451E-17
Precio de servicios sustitutos							Variable X 3	1
Precio de servicios complementarios	900	890	870	870	830	815	Variable X 4	3,435E-16
Preferencias del consumidor	-0,22	-0,22	-0,22	-0,22	-0,22	-0,22	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	68000	68000	68000	68000	68000	68000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	43	20	0	0	0	0		

### Tratamientos traumatológicos de baja complejidad (esguinces y luxaciones)

	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coeficientes</i>
Precio de mercado	1500	1500	1200	1100	890	870	Intercepción	0
Ingreso real del consumidor	810	810	810	800	700	650	Variable X 1	0
Número de consumidores en el mercado	32	15	0	0	0	0	Variable X 2	0
Precio de servicios sustitutos							Variable X 3	1
Precio de servicios complementarios	300	300	280	280	270	260	Variable X 4	0

Preferencias del consumidor	-0,27	-0,27	-0,27	-0,27	-0,27	-0,27	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	68000	68000	68000	68000	68000	68000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	32	15	0	0	0	0		

<b>Rinoplastia</b>								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	1350	1350	1300	1280	1250	1250	Intercepción	-130,57346
Ingreso real del consumidor	810	810	810	800	700	650	Variable X 1	0,11232227
Número de consumidores en el mercado	56	42	36	20	0	0	Variable X 2	0,05781991
Precio de servicios sustitutos							Variable X 3	0,87914692
Precio de servicios complementarios	1100	1000	950	900	870	820	Variable X 4	-0,05781991
Preferencias del consumidor	-0,94	-0,94	-0,94	-0,94	-0,94	-0,94	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	68000	68000	68000	68000	68000	68000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	53,5260664	47	39	25	0	0		

<b>Aumento mamario</b>								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	2000	2000	1900	1850	1820	1820	Intercepción	-2208,64486
Ingreso real del consumidor	810	810	810	800	700	650	Variable X 1	1,32336449
Número de consumidores en el mercado	64	57	46	21	10	0	Variable X 2	0,53738318
Precio de servicios sustitutos	1200	1200	1000	1000	900	900	Variable X 3	0
Precio de servicios complementarios	410	400	350	280	220	200	Variable X 4	-0,47831776
Preferencias del consumidor	-1,33	-1,33	-1,33	-1,33	-1,33	-1,33	Variable X 5	-0,59345794
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	68000	68000	68000	68000	68000	68000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	56,0654206	62	55	25	15	0	Variable X 7	0

<b>Programas dirigidos a la reducción del sobrepeso</b>								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>

Precio de mercado	980	850	820	820	815	815	Intercepción	5964,42308
Ingreso real del consumidor	810	750	750	600	600	600	Variable X 1	0
Número de consumidores en el mercado	2080	1500	650	420	280	90	Variable X 2	2,66282051
Precio de servicios sustitutos	300	300	290	270	270	260	Variable X 3	1,59615385
Precio de servicios complementarios	350	350	320	310	285	280	Variable X 4	-26,6576923
Preferencias del consumidor	-1,2	-1,2	-1,2	-1,2	-1,2	-1,2	Variable X 5	-1,33846154
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	6800	68000	68000	68000	68000	68000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	2975,53846	1890	840	620	430	400	Variable X 7	0

### Panamá:

<b>Radioterapia y quimioterapia</b>								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	850	850	800	800	750	750	Intercepción	813,976608
Ingreso real del consumidor	2400	2100	1800	1800	1500	1500	Variable X 1	0
Número de consumidores en el mercado	272	250	170	90	35	15	Variable X 2	0,07953216
Precio de servicios sustitutos							Variable X 3	1,34853801
Precio de servicios complementarios	300	300	280	280	270	260	Variable X 4	-3,49064327
Preferencias del consumidor	-0,21	-0,21	-0,21	-0,21	-0,21	-0,21	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	68000	68000	68000	68000	68000	68000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	324,463158	270	210	102	38	45		

<b>Cirugía reconstructiva del suelo pélvico</b>								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	1250	1250	1250	1200	1100	970	Intercepción	-494,761364
Ingreso real del consumidor	2400	2100	1800	1800	1500	1500	Variable X 1	-0,09545455

Número de consumidores en el mercado	71	50	35	15	0	0	Variable X 2	-0,05791667
Precio de servicios sustitutos							Variable X 3	0,98863636
Precio de servicios complementarios	900	890	870	870	830	815	Variable X 4	0,82727273
Preferencias del consumidor	-0,18	-0,18	-0,18	-0,18	-0,18	-0,18	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	68000	68000	68000	68000	68000	68000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	61,6590909	50	36	21	0	0		

<b>Cirugía cardiovascular</b>								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	33900	32700	31400	30900	28500	27600	Intercepción	121,559322
Ingreso real del consumidor	2400	2100	1800	1800	1500	1500	Variable X 1	0,00898305
Número de consumidores en el mercado	304	260	114	92	68	50	Variable X 2	0,00457627
Precio de servicios sustitutos							Variable X 3	0,93220339
Precio de servicios complementarios	900	890	870	870	830	815	Variable X 4	-0,45762712
Preferencias del consumidor	-0,15	-0,15	-0,15	-0,15	-0,15	-0,15	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	68000	68000	68000	68000	68000	68000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	308,59322	260	120	95	68	50		

<b>Tratamientos traumatológicos de baja complejidad (esguinces y luxaciones)</b>								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	1500	1500	1200	1100	890	870	Intercepción	0
Ingreso real del consumidor	2400	2100	1800	1800	1500	1500	Variable X 1	0
Número de consumidores en el mercado	180	150	95	68	25	15	Variable X 2	0
Precio de servicios sustitutos							Variable X 3	1
Precio de servicios complementarios	300	300	280	280	270	260	Variable X 4	0
Preferencias del consumidor	-0,21	-0,21	-0,21	-0,21	-0,21	-0,21	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	68000	68000	68000	68000	68000	68000	Variable X 6	0

Cantidad demandada	180	150	95	68	25	15		
--------------------	-----	-----	----	----	----	----	--	--

<b>Rinoplastia</b>								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	1380	1350	1300	1280	1250	1250	Intercepción	-884,976744
Ingreso del consumidor	2400	2100	1800	1800	1500	1500	Variable X 1	1,24360465
Número de consumidores en el mercado	126	120	112	85	70	42	Variable X 2	-0,13579457
Precio de servicios sustitutos							Variable X 3	1,87209302
Precio de servicios complementarios	1100	1000	950	900	870	820	Variable X 4	-0,58837209
Preferencias del consumidor	-1,42	-1,42	-1,42	-1,42	-1,42	-1,42	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	68000	68000	68000	68000	68000	68000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	93,9651163	145	138	92	85	62		

<b>Aumento mamario</b>								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	2000	2000	1900	1850	1820	1820	Intercepción	-2964,66667
Ingreso real del consumidor	2400	2100	1800	1800	1500	1500	Variable X 1	2,73333333
Número de consumidores en el mercado	352	315	260	190	60	21	Variable X 2	0,77666667
Precio de servicios sustitutos	1200	1200	1000	1000	900	900	Variable X 3	1,33333333
Precio de servicios complementarios	410	400	350	280	220	200	Variable X 4	-3,52333333
Preferencias del consumidor	-1,71	-1,71	-1,71	-1,71	-1,71	-1,71	Variable X 5	0
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	68000	68000	68000	68000	68000	68000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	607,333333	325	450	220	84	32	Variable X 7	0

<b>Programas de reducción de sobrepeso</b>								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	980	850	820	820	815	815	Intercepción	-12751,6542



Ingreso real del consumidor	2400	2000	1900	1850	1820	1820	Variable X 1	-27,0673928
Número de consumidores en el mercado	11440	10120	9060	8500	8200	5100	Variable X 2	25,5936011
Precio de servicios sustitutos	300	300	290	270	270	260	Variable X 3	0,41660994
Precio de servicios complementarios	350	350	320	310	285	280	Variable X 4	0
Preferencias del consumidor	-1,6	-1,6	-1,6	-1,6	-1,6	-1,6	Variable X 5	-20,298162
Nivel de gasto en publicidad y mercadeo	68000	68000	68000	68000	68000	68000	Variable X 6	0
Cantidad demandada	19808,6045	12540	10960	9650	9400	8210	Variable X 7	0

## **ANEXO 2**

## ESTIMACIÓN DE CAPACIDAD DE OFERTA DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS EN LAS CUATRO CATEGORÍAS PARA 2014 Y COMPORTAMIENTO DE CAPACIDAD DE OFERTA PARA EL PERIODO 2009-2014.

La columna “Coeficientes de correlación” expone los betas ( $\beta$ ) utilizados en la ecuación (6) de oferta de bienes y servicios turísticos para los procedimientos analizados incluyendo la intercepción. Así, con coeficientes de correlación negativos se entiende que la variable independiente es inversamente proporcional a la capacidad de oferta de las firmas nacionales, mientras que con variables independientes positivas se establece una correlación positiva entre esta y la capacidad de oferta en cantidades de procedimientos ofertados.

Se encuentra que la variable independiente de precio de mercado es la de mayor importancia debido a los costos menores que supone para los pacientes nacionales en el extranjero e internacionales el sometimiento de procedimientos aquí mencionados frente a los precios en sus países de origen sin alterar la calidad del servicio prestado. Asimismo, el bajo número de oferentes con altos estándares de calidad (ver tabla 10) hace que aumente ligeramente el número de procedimientos analizados, e incluso algunos disminuyan (excepto la capacidad de oferta tratamientos de manejo y disminución del sobrepeso el cual aumenta de forma importante en más de 80,000 unidades reafirmado su liderazgo en el mercado nacional de medicina turística) lo que haría pensar que existe un bajo nivel de competencia de entidades medicas clínicas de alta complejidad) de alta calidad en la nación reconocidas y promocionadas a nivel internacional.

En ese sentido se confirma la hipótesis inicial en la cual las entidades clínicas de alta complejidad a nivel nacional buscan seguir los pasos de firmas internacionales como la singapurense en la cual se busca priorizar el gasto per cápita antes de ampliar la cobertura de pacientes internacionales y nacionales en el extranjero.

De ahí que a pesar de precios de oferta comparativamente bajos en comparación con las localidades analizadas, estos sirven como segmentación de mercado priorizando a pacientes nacionales con alto poder adquisitivo o internacionales que previamente hayan sido objeto de mercadeo y publicidad de las clínicas con mayor presupuesto para atracción de pacientes no tradicionales. El análisis completo se encuentra en el numeral 4.3, “Contrastación empírica de coeficientes de correlación de capacidad de oferta” (página 173).

Los precios de mercado, precio de servicios sustitutos, costos de insumos y ganancias esperadas se expresan en dólares estadounidenses de 2013.

<b>Radioterapia y quimioterapia</b>									
	2014	2013	2012	2011	2010	2009			<i>Coefficientes de correlación (6)</i>
Precio de mercado	850	850	820	820	815	815		Intercepción	-9104,494382
Precio de servicio sustituto								Variable X 1	6,973033708
Costo de los insumos	370	350	280	120	120	95		Variable X 2	2,301123596
Nivel de tecnología								Variable X 3	32,24719101
Número de oferentes	26	26	26	26	24	21		Variable X 4	2408,988764
Ganancias esperadas	1,29	1,29	1,32	1,34	1,38	1,41	pasarlo a decimal		
Cantidad ofertada	1620,022472	1574	1276	956	953	871			

<b>Cirugía reconstructiva del suelo pélvico</b>									
	2014	2013	2012	2011	2010	2009			<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	1250	1250	1200	1100	1000	970		Intercepción	1636,543033
Precio de servicio sustituto								Variable X 1	1,606967213
Costo de los insumos	460	415	360	360	340	320		Variable X 2	-3,179508197
Nivel de tecnología								Variable X 3	37,875
Número de oferentes	11	11	11	9	9	7		Variable X 4	-2481,557377
Ganancias esperadas	0,63	0,63	0,71	0,68	0,74	0,76			
Cantidad ofertada	1035,922131	1179	1075	913	667	557			

<b>Cirugía cardiovascular</b>									
	2014	2013	2012	2011	2010	2009			<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	33900	32700	31400	30900	28500	27600		Intercepción	-1357,3

Precio de servicio sustituto							Variable X 1	0,103428571
Costo de los insumos	10000	9500	8700	8200	8000	7600	Variable X 2	-0,591142857
Nivel de tecnología							Variable X 3	29,44285714
Número de oferentes	11	11	11	9	9	7	Variable X 4	1964,857143
Ganancias esperadas	2,30	2,30	2,00	1,80	1,80	1,70		
Cantidad ofertada	1080,542857	1252	1001	793	663	551		

### Tratamientos traumatológicos de baja complejidad (esguinces y luxaciones)

	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coeficientes</i>
Precio de mercado	1500	1430	1380	1375	1260	1190	Intercepción	-1321,058235
Precio de servicio sustituto							Variable X 1	1,337044638
Costo de los insumos	300	300	300	300	300	300	Variable X 2	0
Nivel de tecnología							Variable X 3	0
Número de oferentes	2	2	2	2	2	2	Variable X 4	0
Ganancias esperadas	4	4	4	4	4	4		
Cantidad ofertada	684,5087224	658	537	426	340	305		

### Rinoplastia

	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coeficientes</i>
Precio de mercado	1350	1350	1300	1280	1250	1250	Intercepción	-5803,225191
Precio de servicio sustituto							Variable X 1	4,982824427
Costo de los insumos	700	700	700	700	700	700	Variable X 2	0
Nivel de tecnología							Variable X 3	1,633587786
Numero de oferentes	26	26	26	26	24	22	Variable X 4	0
Ganancias esperadas	0,785	0,785	0,785	0,785	0,785	0,785		
Cantidad ofertada	966,0610687	964	738	589	483	452		

<b>Aumento mamario</b>								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	2000	2000	1900	1850	1820	1820	Intercepción	-8466
Precio de servicio sustituto	1200	1200	1000	1000	900	900	Variable X 1	6,28
Costo de los insumos	1200	1200	900	900	860	860	Variable X 2	0
Nivel de tecnología							Variable X 3	-1,92
Numero de oferentes	26	26	26	26	24	22	Variable X 4	0
Ganancias esperadas	0,666	0,666	0,666	0,666	0,666	0,666	Variable X 5	0
Cantidad ofertada	1790	1790	1738	1424	1038	956		

<b>Programa dirigido al sobrepeso</b>								
	2014	2013	2012	2011	2010	2009		<i>Coefficientes</i>
Precio de mercado	980	850	820	820	815	815	Intercepción	-1618,40
Precio de servicio sustituto	300	300	290	270	270	260	Variable X 1	0
Costo de los insumos	600	600	500	500	450	450	Variable X 2	507
Nivel de tecnología							Variable X 3	158,16
Numero de oferentes	15	15	15	10	4	4	Variable X 4	102
Ganancias esperadas	0,633	0,873	0,913	0,986	0,976	1,0239	Variable X 5	0
Cantidad ofertada	86686	77830	65800	55150	46630	41560		

## INDICE DE AUTORES, ORGANIZACIONES Y FIRMAS

- Amstrong. 35.
- Andrew. 3.
- Archer. 26, 24, 25.
- Asociación Colombiana de Agencias de Viajes y Turismo. 264
- Bain. 26.
- Banco de Desarrollo Empresarial (BANCOLDEX). 140, 200, 249.
- Barrera. 206.
- Bain 30.
- Baum. 31.
- Bejarano. 211.
- Bernal. 239.
- Blackwell. 41.
- Blake. 92.
- Boardman. 58.
- Braeutigam. 35.
- Briassoulis. 28.
- Briguglio. 24.
- Buss. 156.
- Butler. 30, 33, 34
- Campo-Martínez. 42
- Catalone. 21
- Carey. 39, 45.
- Cervino. 145.
- Clewer. 33.
- Coase. 39.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. 45, 191, 199, 212, 213, 217, 218, 220, 252
- Cooper. 29.
- Cortez-Jiménez. 27
- Coulman. 48.
- Centro de Proyectos Para el Desarrollo (CENDEX). 197.
- Cheng. 22, 134
- Crane. 204.
- Croes. 12.
- Crouch. 39.
- Danovich. 144.
- Davies. 30.
- Debagge. 34.
- De la Puente. 43, 55, 78, 79, 206, 222, 244, 251.
- Deloitte. 55, 102, 140.
- Departamento Administrativo de Aeronáutica Civil de Colombia. 249.
- Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación. 215.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. 43, 183, 191, 205.
- Departamento Nacional de Planeación. 215.
- Diario El Espectador. 200.
- Diario La Patria. 191.

Diaz. 132  
Divisekera. 12, 22  
Dixon. 45.  
Dryer. 32.  
D'Souza. 19  
Dwyer. 5, 12, 13, 16, 26, 102, 289  
Edwards. 38.  
Espinal. 20  
Fernandez. 26  
Fisher. 37.  
Fletcher. 28.  
Forgione. 53.  
Forsyht. 16.  
Francis. 179.  
Garau-Vadell. 42  
Gaynor. 3.  
Global Spa Economy. 88  
Global Spa Summit. 86.  
Gouveia. 20.  
Gratton. 32.  
Gretcher. 20.  
Grossman. 1, 6, 5.  
Hansen. 29, 50  
Herrik. 74, 77  
Heung. 52.  
Hoti. 20.  
Hshie. 58, 75.  
Hughes. 28, 36.  
Hurtado. 41.  
ISTMO. 98.  
Ivanov. 21.  
Jensen. 29, 50.  
Jose. 12.  
Johnson. 41.  
Kay. 35.  
Kellman. 146.  
Kester. 25.  
Khan. 22.  
Kliman. 13.  
Ko. 51.  
Koutso. 32.  
Kucukusta. 52.  
Kwack. 38.  
Lanza. 47, 50.  
León. 39.  
Lindsay. 37.  
Maille. 38.  
Maldonado. 149.  
Mandelson. 35.  
Mason. 25.  
Maria. 132.  
Martin. 13.  
Markusen. 34.  
Mathieson. 39.  
May. 37.  
McAlear. 20.



McGuire. 74.

McKinsey y CO. 4, 75, 77, 85, 87, 93, 99, 101, 102, 143, 145, 197, 264, 276

McLellan. 48

Medical Tourism Association. 87.

Meldenson. 38

Mesino. 26

Mercer. 38.

Merlis. 131

Milne. 26, 44.

Mings. 51, 52

Ministerio de Educacion Nacional. 183, 231, 235.

Ministerio de Salud. 97, 156.

Ministerio de Salud de Panamá. 157.

Ministerio de Tecnologías de la Informacion y de las Comunicaciones. 267.

Mir. 44, 45, 49, 50

Moisa. 22.

Moutinho. 31.

Mundabi. 28.

Muñoz de Escalona. 24.

Musa. 131.

National Center of Policy Analysis. 157.

Owen. 26.

Organización Mundial del Turismo. 11, 12, 56.

Pacheco. 5, 85, 88, 139, 165

Padilla. 144.

Paredes. 149.

Payares. 42.

Periódico El Espectador. 189.

Peters. 144.

Porter. 22.

PROEXPORT. 100, 101, 184, 186, 198, 199, 210, 258, 260

Programa de Transformación Productiva. 102

Pruckner. 39.

Pulina. 27.

Pyo. 29, 48.

Roemer. 25.

Rodriguez. 22.

Ruiz. 224.

Sánchez. 41.

Sánchez Rivero. 26.

Sachdeva. 12.

Sartre. 42.

Sauer. 144.

Seong. 22.

Sever. 12.

Scarpa. 23.

Schultz. 271.

Shareef. 20.

Sharpley. 23.

Sheldon. 30.

Sinclair. 33, 40.

Smeral. 50.

Smith. 53, 144. Wong. 131

Solórzano. 139, 141, 142.

Song. 52.

Sloan. 1, 54, 58.

Stolton. 146.

Sutcliffe. 40.

Syripoulos. 25.

Taylor. 33.

Thomas. 41.

Truett. 48.

Turner. 148.

Uribe. 26.

University of Iowa Hospital and Clinics.  
138.

UNWTO. 9.

Uysal. 48.

Van Dijk. 25.

Van der Stelt-Scheele. 25.

Vernon. 33.

Villagrande. 88, 89, 259.

Wahab. 50, 53, 54.

Wang. 23.

Watson. 40.

Wanhill. 28, 25.

Webster. 21.

West. 29.

Williams. 27, 260.

Witt. 50.

Wright. 25

