



Turismo y Sociedad

ISSN: 2346-206X

ISSN: 0120-7555

Universidad Externado de Colombia

Martínez-Chaves, Daniel
TURISMO MÉDICO: GENERALIDADES PARA SU COMPRENSIÓN INTEGRAL*
Turismo y Sociedad, vol. 19, 2016, Julio-Diciembre, pp. 137-161
Universidad Externado de Colombia

DOI: 10.18601/01207555.n19.08

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=576265105008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEH  redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

DANIEL MARTÍNEZ CHAVES

Desarrollador de Negocios - *Agnes Tourism Consulting*.
Docente de la Maestría en Gestión Hotelera, Universidad
de Costa Rica.
[14.daniel.88@gmail.com]



TURISMO MÉDICO: GENERALIDADES PARA SU COMPRENSIÓN INTEGRAL¹

MEDICAL TOURISM: GENERALITIES FOR ITS INTEGRAL COMPREHENSION

¹ Fecha de recepción: 31 de agosto de 2015
Fecha de modificación: 22 de octubre de 2015
Fecha de aceptación: 4 de noviembre de 2015

Para citar el artículo: Martínez, D. (2016). Turismo médico: Generalidades para su comprensión integral. *Turismo y Sociedad*, XIX, pp.137-161. DOI: <http://dx.doi.org/10.18601/01207555.n19.08>

Resumen

Se plantea un estudio sobre el desarrollo del turismo médico, con su enfoque teórico, epistemológico y crítico, y con un formato lógico y concreto, que permita al lector comprender la complejidad de modo medido y técnico. Posterior a esto, se aborda cómo implementar los conceptos y sus características al plano práctico (metodología), sus variables y las interrelaciones de estas en forma integral u holística. Se concluye con la propuesta de un método heurístico de diseño propio del investigador, por medio del cual se sugiere cómo abordar la complejidad y comprenderla para estructurar los elementos que un destino turístico deberá plantearse para ser competitivo dentro de la modalidad de turismo médico.

Palabras clave: Turismo médico, paciente internacional, clúster, competitividad, empresas autoaseguradas.

Abstract

This article presents a general view about the facts allowing medical tourism to develop. The article is presented in a logical format including epistemological aspects as well as a robust and critical focus allowing the reader to assimilate the complexity of the topic in a measured and technical way. It also explores how to implement these concepts and characteristics pragmatically as a whole. It also presents an original proposal by the author on how to take on these challenges. This model for problem solving integrates elements of the holistic and heuristic methods, in thus, providing concepts to design what a true medical tourism industry should have to be competitive as well as successful.

Keywords: Medical tourism, international patients, clusters, competitiveness, self-insured companies.

Introducción

El turismo médico es un tema muy reciente, tanto es así que existen muy pocas referencias bibliográficas, principalmente en lengua castellana. Sin embargo, se puede plantear su enfoque teórico, metodológico y epistemológico para su estudio, partiendo del concepto y sus características propias, las cuales son su razón de ser.

El turismo médico es una actividad turística que involucra una gran cantidad de *stakeholders*, lo que se evidencia en una actividad transdisciplinaria, pues la integración de muchos sectores, intereses y habilidades para su organización, desarrollo y ejecución es lo que permite que un destino turístico integre estos servicios dentro de su oferta general de turismo. Se destaca su enfoque en el paciente foráneo mediante la creación del valor, lo sistémico e integral, basado en esfuerzos conjuntos públicos y privados.

El concepto del turismo médico se basa en lo siguiente:

El turismo médico es una modalidad turística en la cual, el motivo del viaje es someterse a procesos de tratamiento para mejorar la salud o estética de las personas, ya sea por medios preventivos o correctivos; las principales razones del viaje son su bajo costo, la posibilidad de no depender de listas de espera [velocidad de respuesta] siempre y cuando los servicios de salud estén acreditados y su calidad [sea] igual o superior a la de los países de origen de los consumidores. Es consumido por pacientes internacionales. (Martínez, 2012, 2014).

A partir de esta conceptualización, se destaca que su origen se presenta a partir de dos elementos que lo caracterizan muy específicamente:

- Turismo: Acción de viajar, desplazarse hacia un destino concreto, preferiblemente atractivo.
- Medicina: Razón del viaje, cuyo objetivo está relacionado con su salud o estética, preferiblemente con certificaciones y acreditaciones de calidad.

Esta interrelación entre turismo y medicina ha sido un proceso continuo desde hace varias décadas a consecuencia de diversos cambios socioeconómicos que le han permitido un auge considerable (Gólcher, 2008). Por su parte, Deloitte (2009) categoriza esta ecuación de viajes y medicina en tres modalidades dentro de las que se puede desarrollar el turismo médico:

- Saliente (*outbound*): Pacientes de un país específico que viajan a otro por atención médica.
- Entrante (*inbound*): Pacientes extranjeros que ingresan a otro país específico por atención médica.
- Interna (*intrabound*): Pacientes que viajan internamente dentro de su propio país por atención médica.

Tomando como referencia el abordaje de las características del concepto, en cuanto a sus consumidores, se utiliza el término “paciente” por su uso común en la medicina. La Real Academia Española –citada a partir de ahora como RAE– menciona que dicha palabra proviene del latín *patiēns*, que significa “sufrir” o “padecer”, de ahí que el consumidor es turista porque viaja y aprovecha los elementos de la oferta, y es paciente porque su objetivo está relacionado con el sometimiento a un procedimiento de salud.

Para aportar un enfoque más académico al estudio del turismo médico, el abordaje del tema se plantea, epistemológicamente, en la tabla 1:

Tabla 1. Formulación epistemológica del turismo médico

Objeto	Sujeto
Hecho turístico con fines de salud para someterse a un procedimiento médico en un lugar distinto al de residencia: preventivo, correctivo, estético, otro.	En este caso, los <i>stakeholders</i> , en su interrelación e interacción (competencia, cooperación, cooptencia), se dividen en dos grupos: – Locales – Internacionales

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con la tabla 1, en términos de investigación, el objeto es representado por el tema central de investigación, la actividad turística lo es en un contexto de necesidades e intereses de salud (consumo de productos y servicios médicos dentro del hecho turístico), mientras que el sujeto representa a todos aquellos grupos de interés que intervienen y se interrelacionan en diversos formatos de comportamiento: competencia, cooperación, apoyo, logística, consultoría, oferta y demanda (consumidores).

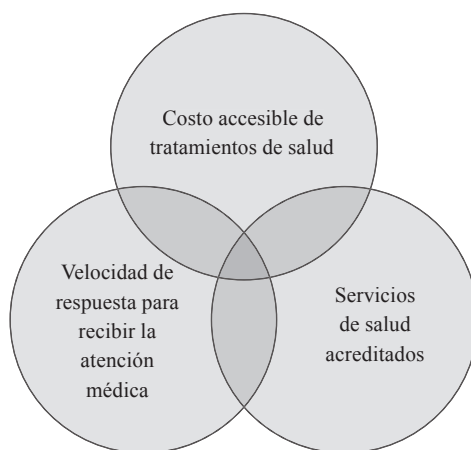
Otro aspecto que caracteriza el concepto de turismo médico lo conforman las razones del consumo de los pacientes internacionales. Como se ha indicado, la razón de ser del turismo médico es la necesidad de salud, siendo los pacientes quienes requieren de los diversos productos y condiciones de salud privados que se comercializan, de manera que deben desplazarse hacia un destino ajeno a su lugar de residencia, y al movilizarse incurren en el turismo. Ante un estudio sobre el consumo en turismo médico por parte de los pacientes internacionales, Jagyasi (2011) enfatiza en lo que los motiva y seguirá motivando en su compra:

- Precio: Ahorro en costo del procedimiento, de servicios de salud, de viaje y turismo, en comparación con las condiciones locales que se tienen.

- Calidad de los servicios de salud: Tipos de servicios ofrecidos, además de las acreditaciones, certificaciones y entes reguladores.
- Estructura social y de seguridad: Estructura política del país, similitud cultural (seguridad, estabilidad).
- Evaluación del destino: Percepción del destino como confortable y con una oferta de opciones turísticas interesantes.

Con referencia al concepto de Martínez (2012, 2014) sobre turismo médico y sus características, se indican tres principales razones de compra de los pacientes internacionales, expuestas en la figura 1.

Figura 1. Principales razones de compra de los pacientes internacionales dentro del turismo médico



Fuente: Elaboración propia a partir de Martínez (2012, 2014).

Las razones de compra indicadas en la figura 1 se explican a continuación:

– Costo accesible:

Este punto merece mucha atención debido al hecho de que en los países industrializados, con Estados Unidos como punto de referen-

cia, los costos por servicios de salud cada día crecen más en los países del primer mundo; esto reduce el acceso al paciente local, hasta el punto en el que la diferencia de costos será más pronunciada entre países desarrollados y otros en vías de desarrollo (Verrastro, 2011), lo cual –en términos generales y bajo estricto análisis crítico– demuestra cómo habría un riesgo creciente de una transferencia de problemas de los servicios de salud de países desarrollados a aquellos en vías de desarrollo (Vijaya, 2010).

Si a lo anterior se suma la falta de seguros médicos para más de 50 millones de personas en Estados Unidos (Faherty, 2012; Velasco, 2012), tal situación les obligaría a buscar servicios de salud acordes con su presupuesto, siendo estos ofrecidos más baratos en otros países (Surowiecki, 2012). Además del costo accesible, es preciso un acceso adecuado según sus requerimientos médicos (Marsek y Sharpe, 2009). La diferencia de costos es marcada, como se observa en la tabla 2, que presenta el ejemplo de precios de algunos tratamientos médicos.

Tabla 2. Comparación de precios entre varios destinos de turismo médico

Tratamiento	EE. UU.	México	Colombia	Costa Rica
Bypass corazón	\$123.000	\$27.000	\$14.800	\$27.000
Bypass gástrico	\$25.000	\$11.500	\$12.200	\$12.900
Cambio de válvula de corazón	\$170.000	\$28.200	\$10.450	\$30.000
Cambio de rodilla	\$35.000	\$12.900	\$7.200	\$12.500
Implante dental	\$2.500	\$900	\$1.200	\$800
Implante de senos	\$6.400	\$3.800	\$2.500	\$3.500

Tratamiento	EE. UU.	México	Colombia	Costa Rica
Levantamiento facial	\$11.000	\$4.900	\$4.000	\$4.500
Trasplante de córnea (por ojo)	\$17.000	N/A	N/A	\$9.800

Fuente: Medical Tourism Association (2015). Los valores monetarios están expresados en dólares estadounidenses.

Según cálculos realizados, tomando como referencia los parámetros de ProMéxico (2013), se puede señalar que los rangos porcentuales de ahorro, con base en los precios de los procedimientos médicos en Estados Unidos (mercado meta emisor) y Costa Rica (mercado receptivo) expuestos en la tabla 2, oscilan entre 40 % y hasta casi el 90 %, lo cual representa una oportunidad tanto para los pacientes en busca de ahorro como para los proveedores de servicios de salud por la demanda potencial.

Por otro lado, existen gastos complementarios en los que los pacientes y sus acompañantes incurrirán, permitiendo a otros proveedores de servicios ser parte del engranaje de la creación integral de experiencias de valor agregado; se destacan los siguientes:

- Posibles complicaciones inesperadas, lo que incrementará el tiempo de estancia en el hospital, hotel o centro de recuperación.
- Exámenes y diagnósticos médicos previos al tratamiento o a la cirugía.
- Ingesta de medicación extra como complemento al tratamiento, la cual se utilizará durante la estadía o incluso al regreso.
- Servicios de transporte y alimentación especial.
- Servicios de entretenimiento u otros para los acompañantes del paciente.

Con base en la lista anterior, es preciso determinar la gran importancia de la comunicación entre los proveedores de salud y sus futuros pacientes, con el fin de evitar gastos inesperados que afectarían la experiencia y futuras decisiones de compra.

– Velocidad de respuesta:

Asociado principalmente con las listas de espera. Este tema aqueja en mayor medida al mercado canadiense (Sestier, 2012). En cuanto al tiempo de espera, según Barua, Rovere y Skinner (2011), los pacientes evalúan la situación en torno a las listas de espera en dos segmentos:

- El primer segmento ocurre cuando un médico general envía al paciente con un especialista: tiempo de espera.
- El segundo segmento ocurre a partir de la consulta con un especialista, cuando el paciente recibe el tratamiento: más tiempo de espera.

Para Sestier (2012), los problemas con las listas de espera se dan por carencia de médicos especialistas, situación relacionada con la oferta y la demanda laboral. Otras causas posibles son la falta de recursos (camas, equipos, personal); la inversión en infraestructura y su incorrecta planificación, que conlleva las listas de espera tan largas, pues no se proyecta la situación o las necesidades que la población tendrá en el futuro; el hecho de que, a diferencia de EE. UU., los costos no son el principal problema de atención en la salud (Martin, Lassman, Washington y Catlin, 2012).

– Servicios de salud de calidad:

El abordaje de esta razón se basa tanto en la calidad, por medio de acreditaciones y estándares superiores, como en el acceso a tratamientos limitados o restringidos en el

país de origen (ProMéxico, 2013). Dado que este es un aspecto en el que, en términos de salud, todos los pacientes merecen calidad en la atención médica y una gran experiencia (Wolf, 2012) –independientemente de que el monto por pagar sea menor en relación con otras opciones–, es preciso que exista un valor agregado por el precio pagado (Meyer, 2004; Ferrell y Hartline, 2006; Kotler y Armstrong, 2009). Por otro lado, las acreditaciones permiten generar un vínculo de confianza entre el proveedor de servicios de salud y el potencial paciente internacional (Jagyasi, 2010), elemento fundamental en el proceso de decisión de compra ante una situación que psicológicamente puede sentirse como de riesgo por la incertidumbre y el desconocimiento del destino que le ofrece tales servicios médicos. La tabla 3 indica las principales acreditaciones internacionales.

Tabla 3. Principales acreditaciones de calidad a nivel internacional

<i>Acreditación</i>	<i>Elementos de calidad que diagnostica</i>
<i>Joint Commission International</i>	Su principal objetivo es evaluar, mejorar y demostrar la calidad de la atención al paciente y, al mismo tiempo, a adaptarse a los factores legales, religiosos y culturales específicos de cada país. Por lo tanto, es una certificación ideal porque ayuda a ver al paciente más allá de solo un número más en una lista.
<i>American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities (AAAASF)</i>	Conocida como 4 A-S-F, se estableció en 1980 para el desarrollo de un programa estandarizado de acreditación enfocado en mejorar la calidad de la atención médica y de las cirugías en procedimientos ambulatorios. El objetivo de la AAAASF es prometer altos estándares para el cuidado del paciente y seguridad en los sitios acreditados. Se destaca el hecho de que la AAAASF es miembro de la Asociación de Turismo Médico, por lo tanto, se enfoca en buscar cómo mejorar los procedimientos de calidad en empresas que quieran pertenecer a esta industria.

Acreditación	Elementos de calidad que diagnostica
<i>Accreditation Association for Ambulatory Health Care (AAAHC)</i>	<p>La acreditación que brinda la AAAHC, conocida como 3 A-H-C, es un proceso voluntario por medio del cual se permite que toda organización proveedora de servicios médicos sea capaz de medir la calidad de sus servicios y su rendimiento en función de normas estándares reconocidas a nivel internacional.</p> <p>El proceso de acreditación implica que la organización se someta a una autoevaluación para una posterior y muy meticulosa revisión de los inspectores de la <i>AAAHC International</i>.</p> <p>La AAAHC es una organización privada y sin fines de lucro; fue creada para ayudar a que las organizaciones del cuidado y de la salud ambulatoria mejoren la calidad del cuidado que brindan a los pacientes.</p>
<i>National Committee for Quality Assurance (NCQA)</i>	<p>Es un requisito obligatorio para empresas que pretendan integrarse en la red <i>MedAfford Global</i>. Se basa en la medición, el análisis y mejoramiento por medio de programas internos de calidad que resguarden la confidencialidad de los registros médicos. Al mismo tiempo, pretende validar la educación, las credenciales y experiencias de los profesionales de la medicina.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de Martínez (2012).

Con base en la tabla 3 y el tema de las acreditaciones, las empresas proveedoras deben enfatizar en que cuentan con acreditaciones internacionales para generar confianza y vencer el miedo (Martínez, 2012). Si bien puede ser un factor importante para vender un producto o un servicio (Gámez, 2010; Lindström, 2009, 2011), en este caso ocurre lo contrario, y es un elemento que los proveedores de servicios médicos deben contrarrestar, para lo cual es vital desarrollar las habilidades del recurso humano e invertir en calidad, así como en la transparencia de los procedimientos (Carabello, 2015).

Factores que han propiciado el auge del turismo médico

El turismo médico se vuelve una oportunidad para el desarrollo turístico en el momento en que surgen necesidades y problemas de salud en un escenario tal de carencia total o parcial de un seguro médico, medios económicos insuficientes para el pago de tratamientos, altos costos del sistema de salud en el país de origen –generalmente en Estados Unidos–, conocimiento de alternativas más rentables y de calidad tras las fronteras, entre otros. Estos factores hacen reconocer a una persona (turista-paciente internacional) que debe buscar vías externas para mejorar su estado de salud según sus objetivos y su presupuesto. No es un proceso difícil. Los síntomas pueden ser muy claros, aunado a que las condiciones para la corrección de sus dolencias son adversas y que en el propio entorno hay fallas estructurales (políticas sanitarias en EE. UU., por ejemplo) y problemáticas (altos costos), que parecieran no ser resueltas a corto plazo. Es entonces cuando esa persona decidirá las preguntas básicas:

- ¿Dónde tratar sus problemas de salud?
- ¿Quién atenderá sus necesidades de recuperación?
- ¿Cuándo se someterá a una intervención médica?

Con base en lo anterior, se destacan los siguientes elementos como causas que han propiciado el auge del turismo médico (Martínez, 2012):

- Incremento de costos de servicios de salud en países desarrollados. Existen muchas causas y estudios que lo demuestran, destacándose la inflación (Deloitte, 2009), aunada a gastos por 2,3 trillones en 2010 (Barrios, 2012; Martin, Lassman, Washington y Catlin, 2012), de los cuales,

los cuidados hospitalarios y los servicios médicos en clínicas representaron un 51 % del gasto total (Martin, Lassman, Washington y Catlin, 2012). También incide el incremento del uso de tecnología de punta, que representa un costo de oportunidad entre tener y no tener. Así mismo, la privatización excesiva de los sistemas de salud (González, 2009) ha maximizado el convertir el sistema de salud en un sistema muy costoso y sin una relación clara entre costo y calidad (Velasco, 2012), además de la alta tecnología y el hecho de que el gobierno no hace nada por corregir la situación (Jagyasi, 2011). Hay también un uso indebido de los servicios médicos (Bradley et al., 2012) y un agravamiento de los problemas de salud por no visitar al médico a tiempo (Velasco, 2012; Barrios, 2012; Deloitte, 2011). Otro problema se relaciona con el hecho de que la población vive más, pero, al mismo tiempo, arrastra serios problemas crónicos que requieren mayor atención médica (Thorpe y Howard, 2006). Otro punto lo aporta Lozano (2010), quien indica que, al ser la carrera de Medicina tan cara, cuando los estudiantes salen graduados tienen tarifas muy altas y reciben a cualquier persona, lo cual encarece la salud y empeora el servicio al cliente en dicha industria, únicamente con el objetivo de pagar las deudas en las que incurrieron cuando estaban en la universidad.

- Necesidades de acceso de pacientes internacionales a mejores sistemas de salud. En este aspecto, la MTA (2015) indica varias razones, tales como, accesibilidad financiera, es decir, costos altos en su país de origen por las razones expuestas anteriormente, así como por el incremento de los impuestos (Geisel, 2011); accesibilidad inmediata, esto es, que en sus países hay líneas de espera que desean evitar; mejor calidad, referida a que los servicios médicos son superiores que los de su propio

país; disponibilidad, por tratamientos no disponibles en su propio país; asistencia y servicios médicos complementarios, muchos de los cuales no son abarcados por el seguro en su país de origen; factor turístico, a partir de la imagen que tengan sobre el destino turístico y si este es una marca posicionada; privacidad y beneficios adicionales; adaptabilidad, en relación con los tratamientos no aceptados en el propio país; finalmente están los altos costos de los medicamentos que no están incluidos en el seguro *Medicare* ni en el *Medicaid* (Barrios, 2012).

- Reformas en el sistema de salud de Estados Unidos. Se destaca el *Obamacare* (Brownfield, 2012), cuyos pilares son brindar seguridad social para todos los ciudadanos; aumentar la calidad de los servicios, aunque este punto incrementaría los costos para los proveedores con su subsecuente aumento del precio de las tarifas y de los servicios (Barrios, 2012); mayor gasto público en salud; incremento de impuestos para poder obtener los ingresos requeridos; mayores exigencias para empresas; incremento de los impuestos del seguro de hospitales (Repke, s. f.). Estos objetivos son tan altos que resultan contraproducentes, ya que “la cobertura médica es inferior a lo anunciado y ha encarecido las pólizas para la mayoría de los usuarios” (Llamas, 2010, párr. 16). Analizado desde un punto de vista económico, si los precios suben, la demanda caerá y, por ende, se buscarán otras opciones más accesibles (teoría de los bienes sustitutos) (Dieckow, 2010). Los proveedores, al buscar mejoras y obtener tecnología de última generación, tendrían un costo, pero si no tienen cómo recuperarlo –mediante las ventas–, perderán dinero y podrán quebrar. Por otro lado, tal reforma no cubre varios procedimientos, por lo que no afecta al turismo médico (Carabello, 2015).

- Mala cobertura de seguros médicos. Estimaciones indican que en Estados Unidos hay más de 50 millones de personas sin seguro médico (Burandt, 2012). Por su parte, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (2000) menciona que por cada adulto sin seguro médico hay tres sin seguro dental, es decir, el total aproximado de personas sin este último seguro podría ascender a casi los 150 millones de personas. Lo anterior, sobre los costos tan altos, permite comprender que la problemática de fondo que influye negativamente en la ausencia de seguros yace en los altos precios de las primas de seguro y de los tratamientos médicos hospitalarios y en clínicas. Sin embargo, la salud no se puede posponer, puesto que se incrementa el riesgo de perderla, es por esta razón que el hecho de haber oferentes de servicios médicos y dentales con precios más bajos y con acreditaciones estadounidenses en otros países influirá en que dichas personas sin seguro decidan viajar.
- Modelos de gestión avanzados que pretenden autoaseguramiento de empresas. En tiempos de crisis económica, para ser rentables, las empresas deben generar acciones que les permitan tener una adecuada competitividad. Dicho ahorro se traduce en más liquidez para reinvertir y, por lo tanto, en un liderazgo en costos (Kotler y Armstrong, 2009). El autoaseguramiento y el tener un plan para turismo médico se presentan como buenas alternativas para que dichas empresas puedan reducir sus costos. En seguros médicos, principalmente deducibles, en caso de que las empresas se aseguren, de esta manera incurrirían en los costos solo cuando se amerite. En gastos por procedimientos médicos, ocurrirá según se ha demostrado en la tabla comparativa de precios mostrados anteriormente. Faherty (2012) indica que los planes de beneficios de este tipo de empresas pueden cubrir, según sea el caso, hasta a los familiares de los colaboradores. El asunto de los costos permite a los consumidores de servicios de salud independientes y a las empresas autoaseguradas ahorrar dinero, máxime en tiempos de recesión económica, pues se esperan aumentos de los costos en un futuro (Shinkman, 2012; Fitzhugh, 2012; Martin, Lassman, Washington y Catlin, 2012).
- Cambios demográficos. El principal aspecto está relacionado con el proceso de envejecimiento de la población. Según el informe *Administration of Aging*, del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Gobierno de los Estados Unidos (Administration of Aging. U.S. Department of Health and Human Service, 2011, p. 2), “la población de 65 años o más se ha incrementado de 35 millones en 2000 a 40 millones en 2010 (un crecimiento de un 14 %) y se proyecta un incremento a 55 millones en 2020 (un 37,5 % de incremento para esa década)”. Por su parte, a nivel mundial, la ONU (2002) prevé más de 2.000 millones de personas pertenecientes a la tercera edad para el año 2050. Por lo tanto, el reto de los destinos que quieran destacarse en turismo médico será contar con las condiciones y la infraestructura adecuadas para atender a estas personas en los años venideros, de ser posible, manteniendo las estrategias de precios y la calidad intactas.
- Mayor información disponible. El auge de Internet y de los motores de búsqueda, así como el acceso a información en tiempo real, están al alcance de más personas de todas las edades. La posibilidad de más información ayudaría a que pequeñas empresas pudieran ofrecer sus servicios a grandes compañías estadounidenses que están autoaseguradas. De esta manera, una pequeña clínica con acceso a Inter-

net sería capaz de llevar su mensaje de oferta al mundo entero, destacándose dos herramientas: 1) SEO (*Search Engine Optimization* / optimización de motores de búsqueda), programando su página web a partir de contenido valioso, relevante y de gran utilidad para los prospectos, además de estar indexada y poder ser rastreada adecuadamente en los distintos motores de búsqueda (Google, Bing, Yahoo, AOL, otros); y 2) *Social Media*, que permite interactuar directamente con los potenciales pacientes, mostrando fotos, videos y descripciones detalladas de los procedimientos médicos que se realizan. Por su parte, un paciente foráneo puede verse beneficiado gracias a la disponibilidad de información existente: podrá tener acceso a información que le ayudará a elegir la mejor opción, conocer el perfil de la clínica u hospital y los médicos que le atenderán, así como tener conocimiento sobre qué otra opción (u otras opciones) le brinda el destino turístico en su totalidad. El objetivo de utilizar todos estos canales es reducir la necesidad de depender de intermediarios y que la comunicación sea muchísimo más fluida.

- Mecanismos de acreditación. Una obligación que deben cumplir los diversos oferentes de turismo médico es contar con las respectivas acreditaciones, las cuales son como cartas de presentación en las que se indica que su calidad está medida de la misma manera que en Estados Unidos. Por razones obvias, cada oferente debe contar con otros aspectos que lo diferencien y posicionen mejor, pero como requisito fundamental, lo primero es acreditarse (ver las principales acreditaciones en la tabla 3).
- Nuevas tendencias en el consumo de productos y servicios de salud. Se destaca, en términos de inversión en autoimagen (cirugía estética y plástica), el anterior-

mente mencionado autoaseguramiento en el que incurren las grandes compañías para reducir altos costos en seguros (Hernández, 2010). Por otro lado, a medida que los proveedores comprendan mejor las necesidades de sus pacientes, estarán en condiciones de desarrollar estrategias más centradas en las enfermedades y necesidades de los pacientes (Thompson, 2006). Con base en esto, surgen nuevos segmentos de mercado: turismo de fertilidad, turismo odontológico, turismo estético y el *wellness*, que involucra actividades de relajación, confort y descanso absoluto. La tecnología también es parte de la actividad e incluye el uso de *apps*, *Electronic Medical Records* e incluso la telemedicina (Gläser, 2010; Orfanou, 2010; Jackson, 2011).

Grupos de interés dentro del turismo médico y métodos de comercialización

Los grupos de interés o *stakeholders* que se interrelacionan entre sí en un entorno (lugar específico) mediante relaciones diversas (contexto, es decir, el cómo de la interacción) que incluyen competencia, cooperación, co-competencia (García y Lara, 2004; Parra, García y Jiménez, 2008), control, acreditación, logística, política, planificación territorial, comercialización, regulación, formación, etc., pero sin limitarse a ellas, se segmentan en dos subgrupos, como se expone en la tabla 4.

Tabla 4. *Stakeholders* del turismo médico

Internacionales	Locales
<ul style="list-style-type: none"> – Pacientes – Empresas autoaseguradas – Aseguradoras – Facilitadores – Acreditadores 	<ul style="list-style-type: none"> – Proveedores (servicios médicos, equipos médicos, complementarios) – Investigadores – Reguladores – Acreditadores – Promotores – Formadores

Fuente: Elaboración propia.

Mediante el marco planteado en la tabla 4, se indica cómo cada uno de los *stakeholders* aporta a la actividad del turismo médico:

A nivel internacional

- 1) **Pacientes**: Son los consumidores, propiamente dichos, con necesidades específicas en solución o prevención de problemas de salud que hayan padecido o estén en proceso de padecer; pueden tener un seguro limitado o carecer de uno, siendo esta una razón, además de otras como las mencionadas en la figura 1.

Su segmentación puede definirse por medio de parámetros demográficos (adultos mayores, *baby boomers*, generación X, Y o *millenials*), geográficos (Estados Unidos, Canadá, Centroamérica, otros) o por interés en procedimientos particulares (estéticos, dentales, dermatológicos, cardiológicos, lucha contra cáncer, cambio de sexo, otros).

En el turismo médico, el mercado emisor principal es Estados Unidos. Es importante aclarar que, en cuanto a procedimientos particulares, es más fácil atraer mayor volumen si los costos son bajos.

Según Marlowe y Sullivan (2007), tres son las razones por las cuales los pacientes estadounidenses viajan:

- a) Pacientes por cirugías electivas, generalmente no cubiertas por un plan de seguros.
- b) Por falta de seguros de salud.
- c) Por pertenecer a un plan de beneficios médicos limitado, el cual reembolsa una pequeña fracción de los cargos asociados con complejos procedimientos de cirugía.

- 2) **Empresas autoaseguradas**: Según Martínez (2012), es “una empresa que no contrata la cobertura médica de sus empleados a un seguro, sino que toma el riesgo de pagar directamente a los proveedores de servicios de salud la cobertura de sus empleados”. Estas empresas representan una gran oportunidad debido a que su compra de productos o servicios de salud se realizaría por volumen, generando una reconceptualización denominada turismo médico corporativo.

En las empresas surge una figura muy importante: el *benefits manager*; un profesional que se encarga de la administración de los beneficios proporcionados por una empresa a sus empleados. Es importante convencer a esta figura de las ventajas ofrecidas, pues su labor se centra en crear beneficios para los empleados.

Con respecto a la tabla 5, cada proveedor debe elaborar un documento informativo en el que se mencionen cuáles son los aspectos cualitativos que le brindan calidad, esto con el objetivo de ser tomado en cuenta por los *benefits managers*:

- Acreditaciones internacionales y nacionales.
- Referencias y testimonios de clientes. Muy importantes para minimizar las incertidumbres que afrontan los pacientes durante su proceso de compra.
- Procedimientos y servicios médicos que brinda en forma detallada.

Por otro lado, entre los aspectos cuantitativos están los siguientes:

- Precio de los tratamientos y su comparación con los de otros destinos (ver tabla 1).

Tabla 5. Ventajas de un plan de beneficios para el empleador estadounidense (empresa autoasegurada), para el empleado y para el proveedor internacional de servicios médicos

<i>Empleador de Estados Unidos</i>	<i>Empleado con beneficios</i>	<i>Proveedor internacional de servicios médicos</i>
<p>Ahorro de costos.</p> <p>Motivación a sus empleados, máxime cuando les ofrece la opción de realizar turismo convencional.</p> <p>La exigencia ayudaría a garantizar que los empleados recibirán un servicio de alta calidad.</p> <p>Beneficiará a sus empleados con los conocimientos en salud de parte de personas de otros sitios del mundo.</p> <p>Ventaja competitiva al contar con más dinero –no deducido en seguros–, lo que les permite invertir más.</p>	<p>Calidad comparable con los estándares que conoce en su país.</p> <p>Servicio mejorado.</p> <p>Los convenios de su compañía con los proveedores de servicios médicos internacionales exigen a estos últimos dar un trato de calidad y personalizado al empleado.</p> <p>TURISMO: Potenciales ahorros en costos dentales, cosméticos, cardiológicos, dermatológicos, etc.</p> <p>Paquetes integrales para reducir otros costos.</p>	<p>Acceso a ser el encargado de velar por las necesidades de salud del recurso humano de grandes empresas de Estados Unidos.</p> <p>Ingreso a un mercado lucrativo en el que los clientes estarían fijos para la empresa.</p> <p>La exigencia les motivará a ser mejores cada día.</p> <p>Su aporte permitirá ser parte de un encadenamiento productivo que se enfocará en el desarrollo económico de su país de origen.</p>

Fuente: Elaboración propia.

– Formas de pago.

- 3) Aseguradoras: En Estados Unidos, se estima que hay más de 200 millones de personas que cuentan con un seguro médico. Con la Reforma Obama, estas empresas deben ser parte fundamental del objetivo: darle un seguro médico a toda la población; sin embargo, al hacerlo su renta aumenta y, por ende, tendrán que pagar más impuestos; por lo tanto, para mantener utilidades recurrirán a cobros y tarifas superiores (Llamas, 2010).

Según Cook (2012), el interés de estas aseguradoras en turismo médico es bajo debido al negocio lucrativo que tienen mediante las altas primas que cobran. Dichas primas generan que muchas personas se endeuden; pero el problema no es solo ese, sino que tales seguros no tienen una cobertura adecuada a sus necesidades, por lo que el gasto es alto y no están a la altura de resolver sus problemas de salud.

Otros actores relacionados con las aseguradoras son:

- a) Third Party Administrators (citado a partir de ahora como TPA): Son los intermediarios que conectan a las compañías de seguros, los asegurados y los proveedores de salud. Un TPA debe garantizar mejores servicios a los asegurados. Su función básica es la de ejercer como un intermediario entre el asegurador y el asegurado para facilitar el servicio en el momento de la hospitalización.
- b) Insurance Brokers o corredores de seguros: Son agentes de seguros independientes que trabajan con muchas compañías de seguros para encontrar las mejores pólizas, beneficios y opciones disponibles para sus clientes. Se pronostica que, con el tiempo, la aceptación y la implementación del turismo médico va a crecer en otros sectores y que las empresas aseguradoras van a tener que ingresar a este mercado para seguir siendo competitivas.

- 4) Facilitadores: Se encargan de ayudar en la coordinación de la entrega del ser-

vicio entre el proveedor y el paciente internacional. Es importante que los facilitadores desarrollen un conocimiento transdisciplinario para que los pacientes tomen una mejor decisión; es decir, el facilitador debe velar por los intereses de los pacientes, detectar la mejor opción y reducir la complejidad del proceso, de manera que los pacientes estén bien informados en términos de cuánto dinero invertir. Según Morales (2011), entre las principales ventajas para los proveedores de servicios médicos están:

- a) Ahorro en costos administrativos, pues el facilitador hace el *marketing* de servicios y el proveedor hace solo el trabajo. Los costos ahorrados son, principalmente, en ventas, tiempo contestando correos electrónicos y llamadas telefónicas. Si el facilitador es un buen vendedor y tiene buen discurso, será un beneficio altísimo para las clínicas.
- b) Lleva a los pacientes hasta la puerta del centro médico. El cómo lo hace depende de su capacidad para coordinar, y es un proceso por medio del cual el proveedor se puede despreocupar cuando ya exista más confianza con el facilitador.
- c) El facilitador es un apoyo adicional en las estrategias de servicio al paciente; tiene el conocimiento suficiente como para resolver dudas y cualquier problema; entrega lista de medicamentos que el paciente deberá consumir y le da un seguimiento postratamiento.

El mayor problema es la decisión de compra, la cual queda en manos del paciente, por ende, tener un facilitador no significa tener ventas seguras, pero sí un proceso que ayudará a lograr este objetivo, de ahí que entre más familiaridad exista

entre proveedores y facilitadores, mayores serán las probabilidades de que estos últimos tengan cierto grado de preferencia superior hacia ciertos proveedores. Se aconsejaría contar con adecuadas herramientas para lograr ser los preferidos de los facilitadores: mejores comisiones, mayor comunicación y, sobre todo, ser el oferente mejor acreditado, diferenciado y posicionado.

- 5) Acreditadores: Se encargan de equiparar estándares de calidad de proveedores internacionales con los estándares principalmente de Estados Unidos, con el objetivo de obtener la confianza de los pacientes (Iverson, 2011). Con respecto a sus labores, ver tabla 2.

A nivel local

- 1) Proveedores: Martínez (2012) los divide en tres tipos, que se explican a continuación.
 - a) Servicios médicos: Se destacan las clínicas y los hospitales acreditados a nivel nacional e internacional. Su función es entregar un servicio de calidad que cumpla con las expectativas de los pacientes, máxime cuando la necesidad que estos últimos tienen es la de mejorar su salud; por lo tanto, la responsabilidad de los proveedores de servicios médicos es muy alta.
 - b) Equipos médicos: Empresas que fabrican e importan equipos médicos. Estas empresas tienen que cumplir con la tarea de entregar un producto terminado, que será utilizado por un consumidor final, por medio del proveedor de servicios médicos. Las empresas desarrolladoras e importadoras de equipos médicos deben contar con estándares de calidad estrictos para garantizar el buen funcionamiento de sus productos.

- c) Servicios complementarios:
- Hoteles. Deben brindar un servicio de alojamiento óptimo, acorde con las necesidades de los pacientes internacionales.
 - Tour operadores. Brindan servicios adicionales a pacientes internacionales o a sus acompañantes durante el viaje.
 - Transportistas. Deben contar con las condiciones necesarias para el transporte de los pacientes, desde el hotel – consultorio – hotel. Deben operar desde la modalidad que permita condiciones acordes con el estado de salud del paciente, de una manera cómoda.
 - Centros de recuperación. Dentro de sus servicios deben estar los siguientes: la comodidad del paciente, personal preparado para emergencias y poder dar respuesta rápida (apoyo de enfermería), dietas especiales, requerimientos, privacidad y entretenimiento.
 - Abogados: El tema legal es muy importante en el turismo médico por el riesgo que conlleva la práctica de la medicina, ya sea en pacientes nacionales o internacionales, de allí que los profesionales en leyes deben asesorar en temas legales a los demás proveedores de servicios.
- 2) Investigadores: Se encargan de la comprensión integral de todas las variables que intervienen en la ejecución de la actividad del turismo médico. Deben existir tres tipos de investigadores:
- a) De marketing, encargados de realizar investigaciones de mercado, que desarrollen planes de mercado aplicables para las pymes que estén en proceso de internacionalizar sus servicios.
 - b) Médicos, enfocados en el desarrollo de nuevas prácticas y procesos que mejoren la calidad del tratamiento médico, que aportaría ventajas competitivas a los proveedores y, por ende, al clúster y al país. La innovación operativa convertiría a cualquier destino turístico en un referente de la medicina mundial.
 - c) Académicos, cuyo objetivo es la comprensión de la industria de forma sistémica, con el fin de transmitir los resultados a otros grupos de interés en formación.
- 3) Reguladores: El gobierno es el principal regulador público por medio de sus instituciones. Se toma el ejemplo de lo que sucede en Costa Rica.
- a) Ministerio de Salud: Se encarga de vigilar estándares de salud en los proveedores de servicios médicos. Su dirección en Internet es www.ministeriodesalud.go.cr.
 - b) Caja Costarricense de Seguro Social (citada a partir de ahora como CCSS): Encargada de la formación de campo de los recursos humanos en las distintas especialidades. Su dirección en Internet es www.ccss.sa.cr.
 - c) Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica: Fija las tarifas básicas que debe/puede cobrar un profesional por servicios odontológicos. Además, se encarga de las regulaciones pertinentes en cuanto a prácticas que están autorizadas para ser realizadas por los profesionales y de los códigos

de ética. También brinda normas de cómo habilitar una clínica odontológica. Su dirección en Internet es www.colegiodentistas.org.

- d) Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica: Se encarga de certificar a los médicos para determinar si su nivel de conocimiento es apto para ejercer la medicina, por lo tanto, sus funciones de regulación son muy estrictas. Vela por el correcto ejercicio de la medicina. Su dirección en Internet es www.medicos.sa.cr.

Pertenecer a un colegio de profesionales en la especialidad médica es la primera acreditación que todo especialista de la salud debe obtener.

- 4) Promotores: Se encargan del *marketing* de los servicios turísticos y médicos del destino turístico en los mercados internacionales. De manera global, sus funciones abarcan:
- a) promocionar la oferta de servicios,
 - b) establecer alianzas estratégicas,
 - c) atraer inversionistas y
 - d) atraer certificadores internacionales que agreguen valor a la oferta.
- 5) Formadores: Tienen la responsabilidad de preparar al recurso humano óptimo que se encargará de brindar los servicios. Sin embargo, no solo se deben enfocar en carreras con énfasis en Medicina, sino también en todas las áreas que, directa o indirectamente, se involucrarán en la entrega del servicio, entre las que se incluyen las siguientes (pero sin limitarse a ellas): gestores de centros de servicios de salud, formadores de recurso humano que fomenten el desarrollo organizacio-

nal, especialistas médicos, turistólogos, mercadólogos, economistas, sociólogos, antropólogos, entre otros.

- 6) Inversores: Aunque su objetivo principal es establecer nuevos negocios lucrativos, es importante su regulación con el fin de exigirles agregar valor a la oferta de servicios médicos u otros servicios que se llegasen a desarrollar, en los que deberán aportar en temas de investigación y desarrollo.

Formas de comercialización del turismo médico

Los canales de distribución del turismo médico son todos los medios con los cuales se busca transmitir información de valor a potenciales pacientes de forma previa a la recepción del servicio por parte de estos. El desafío que enfrenta el sector es acortar la misma información y hacerla más eficiente.

La red de comercialización está conformada por todos los diversos *stakeholders* que buscan fomentar una actividad más participativa en el proceso de comercialización. Aquí es donde entra toda la red logística de proveedores de servicios de todo tipo, como los mencionados anteriormente: hospedaje para la recuperación poscirugía, hospitales, médicos especialistas, facilitadores (coordinadores de turismo médico, agencias de viajes) y otros. Con base en la información sobre *stakeholders*, se definen los tres principales tipos de consumidores:

- Empleado con beneficios: Posee seguro médico, pero su compañía de seguros le sugiere viajar al destino turístico para agilizar los tiempos de espera o minimizar los precios.
- Consumidor independiente: Su objetivo es ahorrar costos.

- **Consumidor de paquetes:** Usualmente consulta en medicina estética.

posibilidad de generar altos volúmenes de venta.

Los prestadores de servicios de salud pueden distribuir *per se* por medios de comunicación y difusión o mediante el uso de intermediarios (los demás *stakeholders* de la cadena).

Para reforzar lo anterior, se plantea la figura 2:

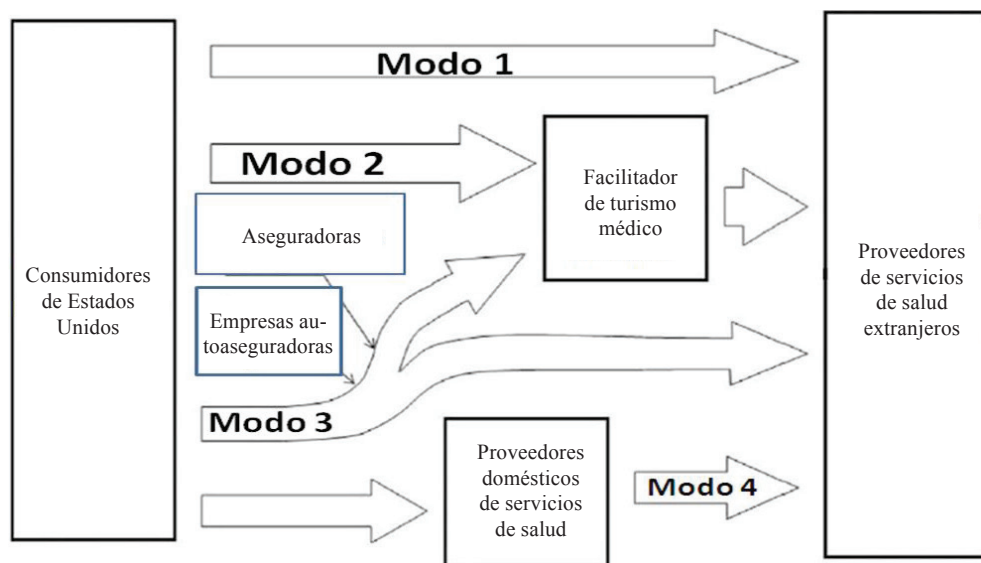
La explicación de los modos expuestos en la figura 2 es la siguiente:

- **Modo 1:** Venta directa, no hay intermediarios.
- **Modo 2:** Venta por medio de un facilitador de turismo médico, quien recomienda las mejores opciones que se pueden encontrar en el país de destino.
- **Modo 3:** Turismo médico corporativo, ya sea que compren los servicios de manera directa o por medio de un facilitador. Este modo es altamente lucrativo debido a la

- **Modo 4:** Según Gan y Frederick (2011), este modo se realiza por medio de subcontratación. Los autores indican que esta modalidad es escasa incluso en Estados Unidos. Para efectos ilustrativos, la flecha que indica “Modo 4” está después de “Proveedores domésticos de servicios de salud”, ya que estos, junto con los del cuadro “Consumidores de Estados Unidos” –es decir, los pacientes– son considerados como eventuales compradores de servicios de proveedores extranjeros, de ahí que la flecha con leyenda “Modo 4” se ubique después.

Con base en la figura 2, es posible observar que entre más miembros medien entre el paciente (demandante de servicios) y el centro médico prestador (oferente), menor será el margen de ganancia para el establecimiento sanitario y mayor será el monto que deberá invertir el paciente, esto debido a los formatos

Figura 2. Formas de comercialización dentro del turismo médico



Fuente: Gan y Frederick (2011, p. 166).

de comisiones en los que incurren los centros de salud para atraer compradores (Cook, 2012). Por tal razón, en términos mercadológicos, los proveedores de servicios de salud deben enfatizar sus esfuerzos estratégicos de comercialización en la venta directa, cuando sea a nivel de comercio B2C (negocio a consumidor) y/o a nivel B2B (negocio a negocio); este último formato contempla a las empresas autoaseguradas, por ende, se refiere al modo 1 y al modo 3.

Metodología para el desarrollo integral de destinos de turismo médico

Como se ha indicado, el turismo médico es una actividad turística que involucra una gran cantidad de *stakeholders* que le dota de una práctica transdisciplinaria. Para lograr una competitividad elevada, resulta necesaria la integración de muchos sectores, intereses y habilidades para su desarrollo y ejecución, destacándose un enfoque centrado en el paciente, por medio de una secuencia de creación de valor sistémica e integral basada en esfuerzos conjuntos públicos y privados.

Para alcanzar una adecuada excelencia en el sistema de entrega de valor a los pacientes internacionales, es necesario seguir un modelo que permita un desarrollo integral a nivel de nación como destino turístico, esto por medio de una metodología práctica-operativa enfocada en poner a trabajar a todo el aparato público y privado de manera coordinada.

El objetivo general es la creación de un sistema de salud competente, que pueda ofrecer más beneficios y aportar más competitividad a las actividades del turismo médico, pero sin descuidar por ello la atención de los pacientes locales, quienes, en términos meramente sanitarios, deben ser la prioridad. Ante esto se sugiere:

- Desarrollar una mejor atención médica de calidad total, es decir, potenciar el lado humano del turismo médico con un enfoque centrado plenamente en las necesidades de los pacientes nacionales e internacionales.
 - Fomentar una educación médica, grados universitarios de pre y posgrado, con la que se busque una mayor excelencia en los currículos académicos y más especialidades médicas que refuercen los puestos existentes; de esta manera, se podrá contar con mayor calidad para atender las necesidades de todos los nichos de turismo médico.
 - Más investigación en todos los campos posibles que estén directa o indirectamente ligados al desarrollo de la industria de turismo médico. La investigación permitirá buscar procedimientos más eficientes, cuyos alcances generarían un ahorro de costos a los oferentes y a toda la cadena de valor del turismo médico, así como innovar en técnicas que reforzarían la ventaja competitiva del destino turístico.
- Esto lograría una mejor gestión en la atención del sistema de atención médica y, por consiguiente, un mayor desarrollo económico para el país:
- Mayor atención al paciente antes, durante y después de su procedimiento médico. Para ello, serían precisas la coordinación y la cooperación de los *stakeholders* en juego, por lo que el desarrollo de paquetes de turismo médico integrales se vuelve una gran necesidad como parte de la oferta y la estrategia de cada destino turístico. Como recomendación de este investigador, si lo amerita, según las necesidades específicas de cada paciente, este tipo de paquete puede incluir los siguientes elementos, pero sin limitarse a ellos: transporte y coordinación logística a tiempo completo

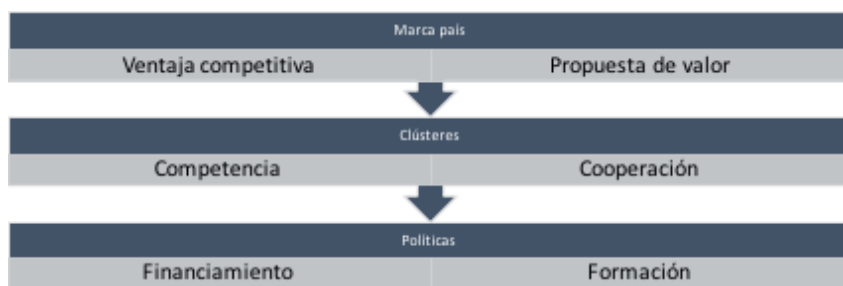
(aeropuerto, clínica u hospital, centro de recuperación, otro sitio), alimentación especializada (horarios, porciones y tipo de alimento), atención a cargo de enfermeros u otros profesionales capacitados, *tours* y otras actividades turísticas convencionales para el acompañante del paciente; aunque estas no sean sus prioridades, se le pueden ofrecer (Jagyasi, 2010). En este punto es preciso indicar que el acompañante requiere atención de sus necesidades propias, esto debido a un rol doble que desempeña: como consumidor y, principalmente, como apoyo emocional del paciente. Además, se destaca que, al existir gran variedad de razones para realizar turismo médico, cada paquete turístico debe personalizarse según el tipo de procedimiento y el tiempo de recuperación recomendado, el presupuesto, las características demográficas (sexo, edad, otros), la cantidad y relación personal del(los) acompañante(s) y cualquier otro consejo médico durante la estadía.

- Mejor manejo de los casos de los pacientes, con atención más personalizada y especializada: diagnósticos, mejores tratamientos y procedimientos más precisos.
- Atención más orientada hacia la relación costo-beneficio.

Lo anterior representa los objetivos o resultados esperados a partir de una secuencia estratégica compleja y holística; para que esta se obtenga, es importante destacar los planteamientos metodológicos expuestos por Martínez (2014), que involucren los siguientes elementos (figura 3):

- Fortalecimiento de la marca país: Se genera por medio de la identificación correcta y estructurada de una ventaja competitiva (Porter, 1999; Altés, 2001; Ferrell y Hartline, 2006; Kotler y Armstrong, 2009; Suárez, 2010), la cual debe ser expresada por medio de un concepto (Schiffman y Kanuk, 2005) mediante la propuesta única de valor (McGauhlín, 2011) que permita satisfacer necesidades e intereses de los consumidores (Richero y Vilaplana, 2006; Corno, 2012), tanto en el plano racional como en el emocional (Lindström, 2009, 2011; Ariely, 2010; Braidot, 2009; Dooley, 2012).
- Clústeres, dentro de los que claramente habrá relaciones de competencia (Porter, 1998; Condo y Monge, 2002; Jaramillo, 2003; Mitxco, Idigoras y Vicente, 2004; Alvarado, 2011), cooperación (Freeman, 1991; Castells, 2000; Pérez, 2003; García y Lara, 2004) y coopeptencia (Parra, García y Jiménez, 2008), por medio de una serie de variables que los *stakeholders*

Figura 3. Variables para el desarrollo integral de destinos de turismo médico



Fuente: Martínez (2014).

deben comprender, tales como lógica del mercado, relación Estado-mercado, empresas grandes y pymes, tecnología y globalización (Martínez, 2012). Otros elementos dimensionales en términos de participación son aquellos que, según sugerencia de Vila, Ferro y Rodríguez (2000), cada *stakeholder* debe definir dentro del clúster: dimensión territorial (ámbito geográfico específico y sus alcances), dimensión sectorial (sistema de valor industrial específico desde el cual cada empresa se vincula), dimensión participativa (relaciones de la empresa hacia el clúster y viceversa, sea competencia, cooperación-complementariedad u otra).

- **Políticas:** El papel del Estado, como principal ente regulador de la actividad económica (Govaere, 2007), para establecer normativas que permitan y fomenten la competitividad de destino turístico y el fortalecimiento de la marca turística, en apoyo con cada una de las unidades empresariales que integran el/los clúster/es. En cuanto al financiamiento, o al menos en cuanto a los incentivos para inversión (Health Research Institute, 2010), en términos de formación se pretende el intercambio de conocimiento (Sebastián, 2000) como razón principal de la competitividad (Freeman, 1991).

En términos generales, se estaría abogando por una unión de iniciativas innovadoras público-privadas que ayuden a afrontar cualquier falla estructural, que fomenten el desarrollo y establezcan la regulación; en otras palabras, desarrollar en la práctica modelos estratégicos participativos orientados hacia la competitividad del destino turístico, centrándose en las necesidades de los pacientes (consumidores), mediante la filosofía de la calidad total.

Propuesta

Como parte de una visión propia de este investigador y sobre lo que los proveedores de servicios médicos deben enfatizar como parte de su estrategia de *marketing*, se plantea una fórmula heurística que comprende los siguientes espacios estratégicos:

$$DTM = C_{ae} + C_c + C_c + C_t$$

Donde:

DTM: Destino de turismo médico

C_{ae} : Calidad por medio de acreditaciones y especialidades médicas

C_c : Costo accesible de cirugías

C_c : Competencia cultural

C_t : Cercanía que permite una atención en menor tiempo.

Las variables de la fórmula se exponen en la tabla 6.

La tabla 6, que indica los elementos de la fórmula, debe explicar que cada una de las “C” se puede omitir o maximizar según el competidor con base en el cual se esté definiendo la estrategia de comercialización a nivel país; por ejemplo, la cercanía no es una ventaja de Costa Rica si compite contra México, pero sí contra Colombia o Brasil. Además, con respecto a esto, la competencia cultural debe ser parte de la filosofía organizacional para garantizar el mejor servicio al cliente, comprendiendo integralmente todas sus necesidades, intereses y requerimientos.

Los cuatro anteriores elementos deben ser parte de la estrategia de posicionamiento que un destino turístico que apueste por el turismo médico debe tener dentro de su enfoque para los mercados de pacientes internacionales.

Tabla 6. Fórmula de las 4 “C” del turismo médico

<p>COSTO ACCESIBLE</p> <p>Se refiere a los costos por los procedimientos médicos, los cuales, como se ha demostrado, son más bajos en algunos países latinoamericanos y asiáticos. Los empresarios deben proyectar, por medio de tablas comparativas, de cuánto sería el ahorro si los pacientes se trataran en el destino turístico.</p> <p>De paso, enfatizar la situación económica actual de recesión y cómo es que existe la posibilidad de contar con más liquidez para otros proyectos por medio del ahorro de costos.</p>	<p>CALIDAD ALTA</p> <p>Aunque un paciente no pregunte por la acreditación, hay que recordarle a cada instante que la acreditación es la que les demuestra a los pacientes que los servicios médicos ofrecidos en el país receptor son equiparables con los de Estados Unidos, por lo que cumplen con los requisitos técnicos, operativos y de calidad médica.</p>
<p>COMPETENCIA CULTURAL</p> <p>Se debe enfatizar, como apoyo a la cercanía, que por esta misma razón el elemento cultural es muy compatible. En el caso de los países latinoamericanos, el pueblo reconoce bien la cultura norteamericana y, por ende, será una ventaja para todos en cuanto al trato que los proveedores pueden brindar y los pacientes recibir en términos de valores, idiosincrasia, costumbres y comportamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – El paciente, porque recibirá un adecuado servicio. – El proveedor, porque comprende las expectativas de su paciente. <p>El punto central es el recurso humano, que debe caracterizarse por su:</p> <ul style="list-style-type: none"> • experticia y especialización, • suficiencia idiomática, • competencia cultural e • integración del recurso humano. 	<p>CERCANÍA</p> <p>La cercanía es una ventaja con la que cuentan los países latinoamericanos para invitar a los pacientes internacionales estadounidenses a someterse a tratamientos.</p> <p>En este punto, los más cercanos en Estados Unidos pueden enfatizar su ventaja en comparación con aquellos ubicados a mayor distancia.</p>

Fuente: Tomado y adaptado de Martínez (2012).

Ahora bien, se ha destacado que el turismo médico corporativo es uno de los nichos que se recomienda desarrollar por el volumen de compradores que generaría. Para lograrlo, se debe seguir un procedimiento mercadológico que determine comprensivamente los siguientes aspectos:

- Cómo abordarlo, para lo cual se deberán comprender sus necesidades de salud.
- Cómo detectar sus necesidades, jerarquizarlas y agregarle valor al método de solución.
- Calidad, aunque los pacientes eventualmente no pregunten por las acreditaciones, hay que recordarles que se cuenta con acreditaciones internacionales y nacionales, generando así confianza.
- Costos accesibles como medio para ahorrar costos. Pero es necesario resaltar más en la calidad de los servicios y en las acreditaciones, porque un énfasis en el “costo bajo” puede afectar la percepción de los pacientes. Además, el retorno sobre la inversión debe ser demostrable. Ha de ofrecerse la opción de tomar su respectivo país dentro de los planes de beneficios que les ofrecen a sus empleados en cuanto a tratamientos médicos.
- Por dónde ofrecerles los beneficios, esto es, por los canales informativos más eficientes: *e-mail marketing*, *social media*

y por medio de la página web –con estrategias de SEO–.

- Cómo motivarlos a decir sí, es decir, que cierren la compra.

Como se explicó anteriormente, sobre el miedo y cómo influye en las decisiones de compra, esta vez se puede utilizar a favor propio al hacerles creer indirectamente a los empleadores y gerentes de beneficios de empresas autoaseguradas que, si no buscan una opción muy accesible de calidad superior, sus utilidades se verían afectadas por los altos costos que deben pagar por servicios de salud en Estados Unidos (mercado emisor principal) y, por supuesto, demostrarlo con números.

Perspectivas para el desarrollo del turismo médico

Se sugiere una serie de actividades para desarrollar, como mejorar infraestructura (de los hoteles y hospitales en su función propia) del destino turístico; para lograrlo, sería preciso fomentar, pero de manera regulada, la IED (inversión extranjera directa); además, la llegada de nuevos emprendedores podría aportar nuevas ideas y refrescar la visión estratégica del país. En términos de priorización, las pymes locales deben estar a la vanguardia en las siguientes actividades:

- Desarrollar métodos para recopilar información y su respectiva interpretación estadística clara sobre el comportamiento del perfil de demanda del turismo médico; de esta manera, se podrá comprender con más detalle qué servicios son los que más buscan los pacientes internacionales, así se ajustaría el mensaje de *marketing* global.
- Capacitar a los diferentes sectores del turismo sobre las necesidades y los bene-

ficios de este nicho, lo que se fomentaría al contar con acreditaciones, las cuales, al mismo tiempo, les aportarían una importante ventaja competitiva.

- Mantener una competitividad de precios. El tema de costos bajos es un factor clave en la decisión de compra de los pacientes foráneos, ya sea por compra directa, por un facilitador, un seguro o como parte de un plan de beneficios que le ofrece su empresa.
- Calidad en la atención, que va desde el cuidado preoperatorio hasta el seguimiento posoperatorio. Es un compromiso que se debe adquirir desde los puestos más altos hasta los puestos más bajos.
- Invertir más cada proveedor de servicios médicos en promoción internacional.
- Buscar una diversificación de la oferta para que el país se posicione en un lugar más competitivo a nivel global.
- Fomentar la I+D+i, lo cual permitirá nuevas técnicas que puedan diagnosticar y corregir mejor los problemas de salud y acelerar los procesos de recuperación. Un paciente internacional que se recupera más rápido podrá realizar más actividades en el país y, por lo tanto, incrementar su gasto en otros servicios.
- Analizar las estrategias de otros países y clústeres.

Conclusión

La competitividad de un destino turístico a escala global es un proceso que lleva tiempo en consolidarse. Ante esta situación, y dentro del objetivo de la investigación, surge la necesidad de comprender si la preparación de los proveedores de servicios médicos es la

óptima, de qué manera pueden agregar más valor a sus servicios y, por lo tanto, una mayor internacionalización de la oferta turística de cada país, siendo el turismo médico una parte integral.

El turismo médico representa un gran potencial que deberá contar y recibir con todo el apoyo posible de los diversos sectores y *stakeholders* para garantizar su impacto positivo en la generación de valor económico por medio de fuentes de empleo y la atención a aquellos necesitados de atención médica (internacionales o locales); sin embargo, ha quedado manifiesta la necesidad de contar con políticas ambientales claras y justas. También se destaca que el turismo médico sí es una buena opción para el desarrollo del turismo de manera holística, con énfasis en los negocios, como se refleja en la capacidad instalada, en las acreditaciones y, por ende, en la calidad del servicio, en la línea de costos tan baja que se maneja y en la experiencia del país en recibir turismo. Pero se deben diseñar mayores estrategias en lo relacionado con contar con un mayor *marketing* a nivel internacional.

En términos operativos, se aconseja que el sector privado y el público ejecuten sus actividades separadamente, pero que mediante acuerdos se logre la transferencia de conocimientos, de manera tal que al final los más beneficiados sean los pacientes. Finalmente, el discurso de oferta debe girar principalmente en torno a la calidad y a la acreditación, puesto que de esta manera se lograría la confianza de los pacientes internacionales y de las empresas autoaseguradas.

Bibliografía

Administration of Aging. U.S. Department of Health and Human Services. (2011). *A Profile of Older Americans: 2011*. Recuperado de goo.gl/VrDekP

Altés, C. (2001). *Marketing y turismo* (3.^a ed.). Madrid: Editorial Síntesis S. A.

Alvarado, C. (2011). *Condiciones y oportunidades para el desarrollo de un clúster de la industria aeroespacial en Costa Rica*. San José, Costa Rica: INCAE Business School y Asociación Centroamericana de Aeronáutica y del Espacio.

Ariely, D. (2010). *Predictably irrational: The hidden forces that shape our decision* (Edición revisada y ampliada). Nueva York: Harper Perennial.

Barrios, A. (abril de 2012). *Problemas en el sistema de salud de Estados Unidos: Oportunidades para Latinoamérica*. Conferencia presentada en el Congreso Medical Travel International Business Summit, San José, Costa Rica.

Barua, B., Rovere, M. y Skinner, B. (2011). *Waiting your turn: Wait times for healthcare in Canada. 2011 Report*. Recuperado de goo.gl/jqdXQg

Bradley, C., Gandhi, S., Neumark, D., Garland S. y Retchin, S. (2012). Lessons for coverage expansion: A Virginia primary care program for the uninsured reduced utilization and cut costs. *Health Affairs*, 31(2), 350-359. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.0857

Braidot, N. (2009). *Neuromarketing. ¿Por qué tus clientes se acuestan con otro si dicen que les gustas tú?* Barcelona: Ediciones Gestión 2000.

Brownfield, M. (2012). *El atroz aniversario de Obamacare*. Recuperado de <http://www.libertad.org/el-atroz-aniversario-de-obamacare/>

Burandt, D. (abril de 2012). *Hot topics and patient expectations in U.S practice*. Conferencia presentada en Congreso Medical Travel International Business Summit, San José, Costa Rica.

Carabello, L. (2015). *The affordable care act's impact on medical travel*. Recuperado de goo.gl/qta7vv

Castells, M. (2000). La empresa red: Cultura, instituciones y organizaciones de la economía informacional. En *La era de la información: Economía, sociedad y cultura* (Cap. III, Vol. 1: La red social) (2.^a ed. Versión castellana de C. Martínez y J. Alborés). Madrid: Alianza Editorial. Recuperado de goo.gl/IZ8cjh

Condo, A. y Monge, G. (mayo de 2002). *Promoción de clusters en América Latina: La experiencia del CLACDS-INCAE* (CEN 002). Costa Rica: INCAE Business School. Recuperado de goo.gl/bSkL6O

Cook, B. (febrero de 2012). *Los compradores del turismo médico*. Ponencia presentada en el Taller PROMED, San José, Costa Rica.

Corno, A. (abril de 2012). *Desarrollando una marca país*. Conferencia presentada en el Congreso Medical Travel International Business Summit, San José, Costa Rica.

Deloitte. (2009). *Medical tourism: Updates and implications*. Washington, D. C: Deloitte Center for Health Solutions. Recuperado de goo.gl/uwGwPj

_____. (2011). *Survey of health care consumers in the United States key findings, strategic implications*. Washington, D. C: Deloitte Center for Health Solutions. Recuperado de goo.gl/J9WlwH

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (2000). *La salud oral en los Estados Unidos: Informe del cirujano general. Resumen ejecutivo*. Rockville, MD: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial, Institutos Nacionales de la Salud.

Dieckow, L. M. (2010). *Turismo. Un abordaje micro y macro económico*. Recuperado de <http://www.eumed.net/libros/2010b/678/index.htm>

Dooley, R. (2012). *Brainfluence, 100 ways to persuade and convince consumers with neuro-*

marketing (1.^a ed.). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Faherty, K. (abril de 2012). *Servicios de salud accesibles y de calidad: ¿por qué? MedAfford Global*. Conferencia presentada en el Congreso Medical Travel International Business Summit, San José, Costa Rica.

Ferrell, O. C. y Hartline, M. D. (2006). *Estrategia de marketing* (3.^a ed.). México, D. F.: Cengage Learning Editores S. A.

Fitzhugh, M. (2012). Medical costs still rising, but slowly. Healthcare Economics. *The Burrill Report*. Recuperado de http://www.burrillreport.com/article-medical_costs_still_rising_but_slowly.html

Freeman, C. (1991). Networks of innovators: A synthesis of research issue. *Research Policy*, 20(5), 499-514. DOI:10.1016/0048-7333(91)90072-X

Gámez, J. (2010). *¿Sabes por qué la gente compra?* Recuperado de <http://www.publicidadyestrategias.com/2010/01/sabes-porque-la-gente-compra.html>

Gan, L. y Frederick, J. (2011). Medical tourism facilitators: Patterns of service differentiation. *Journal of Vacation Marketing*, 17(3), 165-183. DOI:10.1177/1356766711409181

García, A. y Lara, A. (2004). Clúster y coo-petencia (cooperación y competencia) industrial: Algunos elementos teóricos por considerar. *Problemas del Desarrollo. Revista Latinoamericana de Economía*, 35(139), 140-161. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11825939007>

Geisel, J. (2011). *Group health plan costs rising more slowly*. Recuperado de <http://www.businessinsurance.com/article/20111120/NEWS03/31120998>

Gläser, A. (2010). *Reimbursement, a prerequisite to a better deployment and use of telehealth*. Recuperado de <http://www.cocir.org/content.php?level1=14&mode=24&id=58>

- Gólcher, F. (abril de 2008). Medicina privada en Costa Rica. *Medicina - Vida y Salud*, 3, 6-11. Recuperado de goo.gl/gGRCz2
- González, C. (2009). *El sistema de salud de EE. UU. es el más privatizado del mundo*. Recuperado de <http://www.aporrea.org/ddhh/n144174.html>
- Govaere, V. (2007). *Introducción al derecho comercial internacional* (1.ª ed.). San José, Costa Rica: EUNED.
- Health Research Institute. (2010). Página principal. Recuperado de <http://www.pwc.com/us/en/health-industries/health-research-institute.html>
- Hernández, L. (2010). *Definición y estadísticas de turismo médico o turismo en salud*. Recuperado de goo.gl/bcaLj9
- Iverson, R. (mayo de 2011). *The importance of accreditation for medical tourism*. Conferencia presentada en el Congreso Medical Travel International Business Summit, Guanacaste, Costa Rica.
- Jackson, S. (2011). *Study: Telehealth cuts patient deaths by 45%*. Recuperado de goo.gl/6Nron
- Jagyasi, P. (2010). *Health Tourism Destinations*. Recuperado de <http://www.slideshare.net/jagprem>
- _____. (2011). *Dr's Prem Guidebook-Medical Tourism* (1.ª ed.). EE. UU.: Dr. Prem Jagyasi. Recuperado de <http://www.drprem.com/medical-tourism-guidebook/>
- Jaramillo, R. (2003). Apuntes sobre los clusters turísticos. *Turismo y Sociedad*, 11, 35-46.
- Kotler, P. (2004). *Marketing para turismo* (3.ª ed.). Madrid: Pearson Educación S. A.
- Kotler, P. y Armstrong, G. (2009). *Marketing: Versión para Latinoamérica* (2.ª ed.). México: Pearson Educación S. A.
- Lindström, M. (2009). *Compradición: Verdades y mentiras acerca de por qué las personas compran*. Bogotá: Grupo Editorial Norma S. A.
- _____. (2011). *Brandwashed: Tricks companies use to manipulate our minds and persuade us to buy* (1.ª ed.). Nueva York: Martin Lindström Company Limited y Crown Pub. Inc.
- Llamas, M. (marzo 22 de 2010). Las trampas que esconde la reforma sanitaria de Obama. *Libertad Digital*. Recuperado de goo.gl/GFXxco
- Lozano, M. (2010). *Faltan médicos en USA y faltan soluciones*. Recuperado de <http://www.marianolozano.com/faltan-medicos-en-usa-y-faltan-soluciones/>
- Marlowe, J. y Sullivan, P. (2007). *Medical tourism: The ultimate outsourcing*. Recuperado de goo.gl/d1uDYt
- Marsek, P. y Sharpe, F. (2009). *The complete idiot's guide to medical tourism* (1.ª ed.). Nueva York: Alpha.
- Martin, A., Lassman, D., Washington, B. y Catlin, A. (2012). Growth in US health spending remained slow in 2010; Health Share of gross domestic product was unchanged from 2009. *Health Aff January*, 31(1), 208-219. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.1135
- Martínez, D. (2012). *Análisis del potencial de turismo médico con énfasis en los servicios dentales que ofrece Costa Rica, a través del clúster de PROMED: Perspectivas y oportunidades de negocios en el mercado norteamericano* (Tesis de Maestría). Universidad de Costa Rica, San José.
- _____. (septiembre de 2014). *Turismo médico: Análisis competitivo de Costa Rica*. Trabajo presentado en el III Congreso Nacional de Actualización de Guías y Profesionales en Turismo. Universidad Técnica Nacional, El Roble, Puntarenas, Costa Rica.

- McCormick, D. (2005). El futuro de los *clusters* y las cadenas productivas. *Semestre Económico*, 8(15), 87-102. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1650/165013659005.pdf>
- McGauhin, F. (24 a 26 de octubre de 2011). *Do you have the right value proposition? How to discover your true value proposition and leverage its full potential in any B2B market*. Marketing Sherpa's, B2B Summit, San Francisco, EE. UU.
- Medical Tourism Association (MTA). (2015). *Comparación de precios por tratamientos médicos*. Recuperado de goo.gl/GQP8kF
- Meyer, D. (2004). *Economía turística en América Latina y el Caribe* (1.ª ed.). Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Mitxeo, J., Idigoras, I. y Vicente, A. (2004). Los *clusters* como fuente de competitividad: El caso de la comunidad autónoma del País Vasco. *Cuadernos de Gestión*, 4(1), 55-67. Recuperado de <http://www.ehu.es/cuadernosdegestion/-documentos/413.pdf>
- Morales, T. (mayo de 2011). *The role of facilitators establishing a relationship with medical tourism facilitators*. Conferencia presentada en el Congreso Medical Travel International Business Summit, Guanacaste, Costa Rica.
- Orfanou, V. (2010). *Workshop report: Telemedicine and legal aspects*. Conferencia presentada en la European Commission, Bruselas. Recuperado de http://www.epractice.eu/files/Telemedicine%20workshop%20report_v2%200.pdf
- Parra, G., García, P. M. y Jiménez, J. J. (2008). Coopetición y ventaja competitiva en los distritos industriales. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, 14(1), 85-102. Recuperado de goo.gl/dWdKk6
- Pérez, J. X. (2003). *Las mipymes turísticas: Cómo comercializar a través de la cooperación* (1.ª ed.). Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Porter, M. (1998). Clusters and competition on competition. *Harvard Business School Press*, 76(6), 77-90.
- _____. (1999). *Ventaja competitiva, creación y sostenimiento de un desempeño superior* (18.ª ed.). México: Compañía Editorial Continental (CECSA) S. A.
- ProMéxico. (2013). *Turismo de salud* (1.ª ed.). Ciudad de México: ProMéxico y Secretaría de Economía.
- Repke, B. (s. f.). *US Healthcare Reform and opportunities in medical travel*. San Francisco: Self-Insurance Institute of America & Global Medical Conexions.
- Richero, G. y Vilaplana, M. (2006). El *branding*, una cultura. *MK Marketing+Ventas*, 217, 52-54. Recuperado de goo.gl/njXt3z
- Schiffman, L. y Kanuk, L. (2005). *Comportamiento del consumidor* (8.ª ed.). México: Prentice Hall.
- Sebastián, J. (2000). Las redes de cooperación como modelo organizativo y funcional para la I+D. *Redes*, 7(15), 97-111. Recuperado de goo.gl/U3yFz7
- Sestier, F. (2012). *Canadá: una oportunidad para viajes médicos*. Conferencia presentada en el Congreso Medical Travel International Business Summit, San José, Costa Rica.
- Shinkman, R. (21 de febrero de 2012). *Health-care costs beginning to accelerate*. Recuperado de goo.gl/3wVmmO
- Suárez, N. (2010). *Quiero posicionar mi producto*. Recuperado de goo.gl/tNYNze
- Surowiecki, J. (16 de abril de 2012). Affordable health care in Thailand and Costa Rica. *The New Yorker*. Recuperado de <http://www.newyorker.com/magazine/2012/04/16/club-med>

- Thompson, A. (octubre de 2006). *What is patient satisfaction - and what can we do about it?* Conferencia presentada en VII Meeting of INGID, Budapest, Hungría. Recuperado de <http://www.ingid.org/presentations/>
- Thorpe, K. E. y Howard, D. H. (2006). The rise in spending among Medicare beneficiaries: The role of chronic disease prevalence and changes in treatment intensity. *Health Affairs*, 25(5), 378-388. Recuperado de goo.gl/2LvfhA
- Velasco, C. (abril de 2012). *Control de la calidad médica*. Conferencia presentada en el Congreso Medical Travel International Business Summit, San José, Costa Rica.
- Verrastro, N. (2011). *Developing countries driving med travel trends*. Recuperado de goo.gl/pOZld0
- Vijaya, R. (2010). Medical tourism: Revenue generation or international transfer of healthcare problems? *Journal of Economic Issues*, XLIV(1). DOI 10.2753/JEI0021-3624440103
- Vila, M., Ferro, C. y Rodríguez, M. (2000). Agrupamientos sectoriales territoriales (A. S. T.): Reflexiones acerca de los recursos compartidos. *Revista de Economía y Empresa*, XIV(40), 87-101.
- Wolf, J. (2012). *Patients deserve both quality and experience*. Recuperado de goo.gl/JtiUGT