

**PLAN DE NEGOCIOS PARA EXPORTAR SERVICIOS DE SALUD HACIA
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA DESDE LA
FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA**

ANTONIO FIGUEREDO MORENO

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FISICOMECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
MAESTRÍA EN GERENCIA DE NEGOCIOS
BUCARAMANGA**

2014

**PLAN DE NEGOCIOS PARA EXPORTAR SERVICIOS DE SALUD HACIA
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA DESDE LA
FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA**

ANTONIO FIGUEREDO MORENO

**Trabajo de grado para optar al título en
MAGISTER EN GERENCIA DE NEGOCIOS**

Director

Guillermo Rincón Velandia

Economista

Especialista en administración

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FISICOMECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
MAESTRÍA EN GERENCIA DE NEGOCIOS
BUCARAMANGA**

2014

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. GENERALIDADES DEL POYECTO	18
1.1 DESCRIPCIÓN DEL NEGOCIO	18
1.2 JUSTIFICACIÓN	18
1.3 OBJETIVOS	20
1.3.1 Objetivo general.	20
1.3.2. Objetivos específicos	20
2. ANÁLISIS DE LAS FUEZAS DEL ENTORNO – CINCO FUERZAS DE PORTER	22
2.1 PODER DE NEGOCIACIÓN DE LOS COMPRADORES O CLIENTES	22
2.1.1 Funcionamiento del sistema de salud pública en Estados Unidos.	22
2.1.2 Estado actual del aseguramiento en salud de Estados Unidos.	23
2.1.3. Encuesta a Posibles usuarios de Turismo de Salud. Estados Unidos. 2013	27
2.1.4 Reforma del Sistema de Salud – ACA	31
2.2. PODER DE NEGOCIACIÓN DE LOS PROVEEDORES O VENDEDORES.	41
2.3 AMENAZA DE LOS NUEVOS ENTRANTES	65
2.3.1. Barreras de Entrada.	65
2.4. AMENAZA DE PRODUCTOS SUSTITUTOS	67
2.5. RIVALIDAD ENTRE LOS COMPETIDORES	72
2.5.1. INDIA.	76
2.5.2. Filipinas.	80
2.5.3. Tailandia.	85
2.5.4. Benchmarking Con Entidades de Salud Nacionales	92

2.5.4.1. Hospital Pablo Tobón Uribe (HPTU). Medellín):	93
2.5.4.2. Fundación Cardioinfantil (FCI), (Bogotá):	98
2.5.4.3. Travel Medic.	104
3. SEGMENTOS DEL NEGOCIO	109
3.1 GEOGRAFICAS:	109
3.2. DEMOGRAFICAS	110
3.2.1 Edad	110
3.2.2 Nacionalidad.	110
3.2.3 Nivel de Aseguramiento en Salud.	110
3.2.4 Tipo De Aseguramiento de Salud.	111
3.3 PSICOGRAFICAS	111
4. PROPUESTA DE VALOR	112
4.1 CENTRO DE EXCELENCIA EN ENFERMEDAD CORONARIA	112
5. SISTEMA DE NEGOCIO	125
5.1 CANALES DEL NEGOCIO	125
5.2 RECURSOS DEL NEGOCIO	127
5.3. ALIANZAS ESTRATÉGICAS	128
5.3.1. Alianzas Educativas.	129
5.3.2. Alianzas comerciales.	130
6. ESTRUCTURA DE INGRESOS Y COSTOS	132
6.1 FUENTES DE INGRESO	132
6.2 PROYECCIÓN DE LOS ESTADOS FINANCIEROS	136
6.3 INDICADORES FINANCIEROS	143
7. CONCLUSIONES	146

8. RECOMENDACIONES	150
BIBLIOGRAFIA	152

LISTADO DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Estados y Ciudades que presenta mayor número de Turistas Médicos.	109
Tabla 2. Estados con Mejor y Peor salud cardiovascular	110
Tabla 3. Viajero por Turismo Medico. (excepto viajeros terrestres a Canadá y México)	111
Tabla 4 Indicadores informe 50 Top Cardiovascular Hospitals e indicadores FCV-ICF	114
Tabla 5. Indicadores informe health grades america's 50 best hospitals report e indicadores FCV-ICF.	115
Tabla 6 Indicadores Mortalidad. Society of Thoracic Surgeons Vs Indicadores FCV-ICF	116
Tabla 7 Comparación de Indicadores de los principales factores de morbilidad STS y FCV-ICF	117
Tabla 8 Proporción de pacientes con estancia prolongada y corta. STS Vs FCV-ICF	117
Tabla 9 Análisis de brechas de estándares para el centro de excelencia en enfermedad coronaria	119
Tabla 10. Incremento anual de pacientes y de tarifas	134
Tabla 11. Estados financieros	136
Tabla 12. Salario equipo medico	137
Tabla 13. Equipo quirurgico – Dotación sala de cirugía cardiovascular	138
Tabla 14. Liquidación prestamo a largo plazo para la construcción del Hospital en la zona franca – Bucaramanga	139
Tabla 15. Estado de resultados proyectados	140
Tabla 16. Flujo de efectivo	141
Tabla 17. Balance general - proyectado	142
Tabla 18. Analisis financiero	143

LISTADO DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Conformación de la FCV	14
Figura 2. Distribución del aseguramiento.	25
Figura 3. Turistas de salud en el Mercado Global y especialidades más buscadas.	25
Figura 4. Pronostico de pacientes viajando por Turismo de Salud.	26
Figura 5. Gama de Productos demandados en el exterior.	26
Figura 6. Página de ingreso elección de compañía aseguradora	39
Figura 7. Opciones de Compañías aseguradoras.	39
Figura 8. Tipo de Planes Ofertados.	40
Figura 9. Plan de cobertura adicional en enfermedades críticas.	40
Figura 10. Detalles del plan opcional para cubrimiento de enfermedades críticas.	41
Figura 11. Origen de los turistas que ingresaron a Colombia	48
Figura.12. Atributos esperados por el Turista de salud, Demanda de especialidades.	49
Figura 13. Composición del MTI	50
Figura 14. Situación de Colombia en el Ranking del índice MIT.	50
Figura 15. . Compatibilidad de la cultura con EE.UU.	51
Figura 16. Seguridad del entorno y Percepcion de Seguridad.	52
Figura 17. . Ocupacion Hotelera.	53
Figura 18. Progresión Exportaciones de Turismo de Salud en Colombia.	53
Figura 19. Proyección del crecimiento en ingresos y turistas de la categoría de medicina curativa en el mundo (estimado)	73
Figura 20. Principales países, diferencia de costos y tipo de servicio de exportación.	75
Figura 21. Diferencias de costos y Progresión en número de pacientes.	79

Figura 22. Red Hospitalaria Colombiana acreditada y Ranking Mejores hospitales de latinoamerica.	92
Figura 23. . Entidades afiliadas a Travel medic:	104
Figura 24. Portafolio de Servicios Travel medic:	108
Figura 25. Etapas en la conformación de un Centro de Excelencia en Salud:	113
Figura 26. Canales genéricos.	126
Figura 27. Factores claves en preparación de IPS para turismo de salud.	127
Figura 28. Otras entidades con las que actualmente hay Convenio Educativo:	130

LISTADO DE GRAFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Población encuestada por Ciudad y Raza.	27
Grafica 2. Viajes previos a Latinoamérica	28
Grafica 3. Deseo de viajar hacia Latinoamérica	29
Grafica 4. Viajes previos por Turismo de Salud.	30
Grafica 5. Individuos interesados en Turismo de Salud.	30
Grafica 6. Tipo de tratamiento a recibir en el exterior.	31
Grafica 7. Frecuencia de destino y especialidades más buscadas por turistas de salud	42
Grafica 8. Turismo en Colombia	47
Grafica 9. Destino de los turistas de salud.	74
Grafica 10. Potencial de Mercado en Asia.	88
Grafica 11. Comparativo precios de remplazo de cadera, rodilla, válvula aórtica en estos países India, Colombia Tailandia y Estados unidos	90
Grafica 12. Índice de accesibilidad.	91
Grafica 13. Personal Bilingüe Colombia Vs países competidores.	92
Grafica 14. Número de Turistas de salud y Participacion en la Facturacion FCI	103
Grafica 15. Progresión de graduados en profesiones en el área de la salud.	128
Grafica 16. Proyecciones de Crecimiento Turismo de Salud.	132

RESUMEN

TITULO: PLAN DE NEGOCIOS PARA EXPORTAR SERVICIOS DE SALUD HACIA ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA DESDE LA FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA^{*}

AUTOR: ANTONIO FIGUEREDO MORENO^{**}

PALABRAS CLAVES: Turismo de salud, Cirugía cardiovascular, Fundación Cardiovascular de Colombia, Plan de negocios.

DESCRIPCIÓN.

En el presente trabajo se evalúa la posibilidad de exportar servicios de salud, específicamente de Cirugía Cardiovascular desde la Fundación Cardiovascular de Colombia hacia Estados Unidos. Encontramos que la reforma a la salud impulsada por el Presidente Obama, favorece este tipo de estrategias. A su vez la reforma a la salud que se implementará en Colombia tiende a volver el sistema más seguro financieramente. Los servicios de salud en Colombia son eficientes, según datos de OMS y nuestra cultura compatible con Estados Unidos, Hay un buen número de Hospitales en Colombia ubicados en puestos importantes en el ranking de mejores hospitales latinoamericanos. La FCV actualmente ocupa el puesto Número ocho. La FCV fue la primera institución acreditada internacionalmente en JCI en Colombia, lo cual da una ventaja al intentar mercadear servicios de salud.

Los competidores internacionales presentan barreras geográficas importantes y la FCV tiene una gran ventaja en costos. La población objeto será población asegurada por entidades oficiales y privadas. Los centros de excelencia serán una propuesta de valor para nuestros pacientes. La construcción del Hospital Internacional en Zona Franca y las alianzas con entidades internacionales como UPMC serán claves a la hora de desarrollar este sector como de clase mundial en FCV. El estudio de ingresos y costos hace viable el proyecto.

^{*} Trabajo de Grado

^{**} Facultad de Ingenierías Fisicomecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. Maestría en Gerencia de Negocios. Director. Guillermo Rincón Velandia

ABSTRACT

TITLE: BUSINESS PLAN FOR EXPORT HEALTH SERVICES TO THE UNITED STATES FROM THE CARDIOVASCULAR FOUNDATION OF COLOMBIA*

AUTHOR: ANTONIO FIGUEREDO MORENO**

KEY WORDS: Health Tourism, Cardiovascular Surgery, Cardiovascular Foundation of Colombia, Business Plan.

DESCRIPCIÓN.

In this paper we evaluate the possibility to export health services, specifically about Cardiovascular Surgery from Cardiovascular Foundation of Colombia to the United States. We found that the health care reform pushed by President Obama, favors this type of strategy. In turn health reform to be implemented in Colombia tends to make the system more secure financially. Health services in Colombia are efficient, according to WHO and our culture supports U.S., There are a big number of hospitals in Colombia located in important positions in the ranking of best Latin American hospitals. The FCV is currently ranked number eight. The FCV was the first JCI internationally accredited institution in Colombia, and after three years it was the first re-accredited, which gives an advantage when trying to market health services.

International competitors have significant geographic barriers and FCV has a cost advantage. The target population will be insured population by government and private entities. The centers of excellence will be a value proposition for our patients. The construction of the International Hospital in a Free Trade Zone and partnerships with international organizations like UPMC will be key in developing this sector as world class service. The revenue and cost evaluated, make the project viable.

* Work Degree

** Physicomechanical Faculty of Engineering. School of Industrial and Business Studies. Masters in Business Management. Manager. Guillermo Rincón Velandia

INTRODUCCIÓN

La FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA (FCV) es una institución líder del sector salud que nació en 1986 en Bucaramanga, Santander, gracias al esfuerzo de un grupo de médicos cardiólogos deseosos de contribuir al bienestar y la salud de la comunidad en general. Desde sus comienzos la FCV se ha caracterizado por proveer servicios y atención de la más alta calidad. Su sede principal inaugurada el 30 de Octubre de 1997, se encuentra ubicada en Floridablanca, Santander, en donde funciona el Instituto del Corazón de Floridablanca, IPS que cuenta con la más avanzada tecnología, el conocimiento científico adecuado y un equipo humano calificado para brindar soluciones médicas oportunas, alivio, calidez y esperanza a sus pacientes.

La Fundación Cardiovascular de Colombia se ha expandido hacia distintas áreas del sector salud mediante integración vertical y horizontal llegando a contar hoy día con 13 Unidades Estratégicas de Negocios.

Figura 1: Conformación de la FCV



Fuente: Fundación Cardiovascular de Colombia [en línea] disponible en: www.fcv.org

La Fundación Cardiovascular de Colombia (FCV) ha venido trabajando desde hace varios años en varios sectores que están alineados con las propuestas bandera identificadas en la agenda estratégica para el sector salud de Colombia, en el marco del “Programa de Transformación Productiva” creado por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo (MCIT) cuyo objetivo es convertir esta actividad empresarial (Turismo de Salud) en un sector de clase mundial en el 2032 y para lo cual ha creado instrumentos arancelarios, fiscales y financieros de promoción.

Estos esfuerzos se han orientado en múltiples direcciones como: La Unidad de Telemedicina, el desarrollo de la Infraestructura para la zona franca especial, donde se construirá el Hospital Internacional de Colombia con capacidad de 450 camas, la Unidad de Transporte Aéreo Medicalizado, la formación del recurso humano en bilingüismo, la formación profesional de personal médico y de apoyo, creación de alianzas nacionales e internacionales y conformación de centros de excelencia, etc.

La Fundación Cardiovascular de Colombia necesita consolidar su modelo de negocio de exportación de servicios de salud en todas sus dimensiones: análisis de la competencia y el entorno, propuesta de valor, segmento de clientes, canales de entrega de la propuesta de valor, las relaciones con los clientes, las actividades y recursos claves, las alianzas claves, la estructura de costos, las fuentes de ingresos y los indicadores de gestión financieros, aspectos considerados esenciales para asegurar que en un horizonte de mediano a largo plazo, sus esfuerzos sistemáticos y ordenados hagan realidad el objetivo de ser un exportador de servicios de salud de talla mundial.

Para efectos prácticos del siguiente trabajo el turismo de salud se compone por 4 categorías básicas ^{1,2} (medicina curativa, preventiva, estética y bienestar (*Inspired*

¹ WEIL. Andrew. 8 Weeks to Optimum Health. Ojos en Dubai. Wellness & Spas Middle East. Agosto 2008.

Wellness)), las cuales se están promocionando en Colombia, sin embargo la FCV no abarca todas estas modalidades.

Medicina Curativa. **“Quiero tratar mi preocupación médica específica”**. Promueve la buena salud de las personas a través de múltiples modalidades para tratar, entender y mejorar la calidad de vida de un paciente que sufre una enfermedad

Medicina Estética. **“Quiero verme mejor para poder sentirme mejor conmigo mismo”**. Denota satisfacción con la apariencia física propia.

Medicina Preventiva. **“Quiero optimizar mi salud para prevenir enfermedades o lesiones”**. Identifica factores de riesgo y entiende mejor la prevención de enfermedades, además optimiza la salud a través de transiciones – envejecimiento saludable, embarazo, etc.

Bienestar (Inspired Wellness). **“Quiero sentirme bien emocionalmente haciendo algo bueno para mí”**

- Social – satisfacción con relaciones y desempeño en roles sociales.
- Espiritual/mental – grado en el que una persona se siente positiva y entusiasta acerca de si mismo y de la vida
- Físico/ambiental – actividad física, comida saludable y nutrición, relación con el medio ambiente.

Además existen 4 modos para exportación de servicios, a saber:

² TRAVIS, John W. Estudio de Mckinsey: *Mapping the market for medical travel*. Wellness Workbook. Mayo 2008.

Modo 1. Suministro Transfronterizo: consiste en la exportación transfronteriza de servicios a través de canales como Internet (consultas, educación, transacciones) e incluso por vía telefónica, como los *call centers*.

Modo 2. Consumo en el Extranjero: la prestación de servicios a extranjeros en territorio colombiano (turismo por Colombia, tratamientos médicos a extranjeros).

Modo 3. Presencia Comercial: cuando el capital colombiano va a otro país con el fin de prestar el servicio. (Por ejemplo, la apertura de una sucursal bancaria, de la sucursal de una empresa consultora, de una universidad e incluso de una peluquería).

Modo 4. Movimiento de personas: se da cuando una persona sale del país para prestar sus servicios de forma temporal.

1. GENERALIDADES DEL PROYECTO

1.1 DESCRIPCIÓN DEL NEGOCIO

En el presente plan de negocios se evaluará la posibilidad para exportar servicios de salud (Categoría: Medicina Curativa, específicamente Turismo de Salud: Modo 2.) desde el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Instituto del Corazón de Floridablanca de la FCV.

La evaluación de las posibilidades exportadoras se limitará a: Estados Unidos de América el cuales se han escogido por su situación geográfica, relaciones económicas y políticas, estado de sus sistemas de salud.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El portafolio de servicios actual de la Fundación Cardiovascular de Colombia está estructurado en siete Bloques: cardiovascular, neurociencias, trasplantes, hospitalización, especialidades de apoyo, servicios de apoyo diagnóstico y servicios de apoyo terapéutico. Todos relacionados con la medicina curativa. Cada uno con sus líneas de servicio definidas. También se brinda apoyo de tratamiento y diagnóstico a distancia (Unidad de Telemedicina). Siendo el servicio cardiovascular el que le dio su origen y uno de los mas representativos.

La atención a los pacientes se fundamenta en la alta calidad y la seguridad, los cuales han sido validados por la Acreditación en Salud otorgada por el Ministerio de Protección Social e ICONTEC y la Acreditación Internacional *Join Commission International* (JCI).

Actualmente, la Fundación basa su propuesta de valor en estos elementos y da respuesta a las necesidades de servicios de salud de los clientes locales, regionales, nacionales e internacionales de países como Ecuador, Panamá, Aruba y Curazao entre otros, mercados que solo se han explorado preliminarmente.

El sector de la salud en Colombia sufre una larga crisis que afecta a todos los actores involucrados. Actualmente avanza un proyecto de reforma en el congreso de la república. Esta reforma puede tener múltiples implicaciones sobre el fisco nacional y eventualmente agravar lo que sería la principal enfermedad de la economía nacional en el mediano plazo: un aumento desmedido de la presión fiscal.

En 2012 el gobierno gastó en su sistema de protección social alrededor de 29-30 billones de pesos. Al implementar la reforma se aumentaría en forma constante a cerca de 33 billones, lo cual implica un aumento cercano al 10% anual.

La reforma busca una salida para pagar la cartera morosa que hay con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) la cual asciende a cerca de 15 billones según datos de las entidades prestadoras (sin embargo el gobierno nacional solo reconoce por este rubro 4 billones de pesos de deuda).

Quedan de lado otros problemas muy serios como el déficit de infraestructura hospitalaria pública el cual puede ascender a cerca de 500.000 millones y la nivelación salarial de los empleados de hospitales públicos que puede corresponder a 700.000 millones por año. Esto plantea un panorama incierto con respecto al futuro de la salud en Colombia.

La visión de diversificar e internacionalizar los servicios de salud implica ampliar las líneas de servicios y el área de influencia geográfica; definir objetivos, estrategias y actividades claras a desarrollar en el corto, mediano y largo plazo,

fundamentadas en la definición de un modelo de negocio estructurado en todas sus dimensiones que permita a la Fundación Cardiovascular de Colombia convertirse en una de las empresas pioneras en exportar servicios de salud de talla mundial.

Esta meta implica cumplir primero los objetivos en Colombia en el sentido de hacer realidad que el sector tenga una propuesta diferenciada de turismo de salud y al final contribuye a la estrategia de desarrollar sectores de talla mundial convirtiendo a Colombia en un país de ingresos medios en el 2032.

El fortalecimiento en nuestra región del turismo de salud tiene impacto directo en el Departamento de Santander, generando mayor demanda de profesionales en todas las ramas de la salud, además de jalonar otros sectores relacionados con el turismo como son el hospedaje y alojamiento, los transportes, la gastronomía, entretenimiento, servicios de bienestar (spa, meditación), agencias y operadores turísticos, entre otros.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general. Diseñar un plan de negocio para la Fundación Cardiovascular de Colombia, orientado a exportar servicios de salud hacia Estados Unidos de América. (Turismo de Salud).

1.3.2. Objetivos específicos

- Analizar las fuerzas del macroentorno (demográfico, económico, medio ambiente, tecnológico, político-legal y cultural) y la competencia, para conocer los riesgos de los mercados potenciales.

- Identificar los segmentos objetivos (desde el punto de vista demográfico, epidemiológico, cobertura de salud) para determinar el volumen de clientes e ingresos operacionales.
- Diseñar una oferta de mercado que integre una propuesta de valor que sea atractiva para cautivar clientes nacionales e internacionales.
- Definir los canales de marketing para facilitar el acceso y la entrega de la propuesta de valor y las actividades de comunicación dirigidas a los segmentos de clientes identificados en los mercados potenciales.
- Definir las actividades y recursos claves (físicos, intelectuales, humanos y económicos) necesarios para crear y ofrecer una propuesta de valor que permita llegar a los mercados de interés, establecer relaciones con los segmentos objetivos y asegurar la generación de ingresos, previendo los requerimientos en el horizonte de tiempo del modelo de negocio: corto, mediano y largo plazo.
- Determinar las alianzas estratégicas (proveedores, distribuidores, intermediarios) necesarios para llevar a cabo la implementación del plan de negocio.
- Determinar el plan financiero para la ejecución del modelo de negocio.

2. ANÁLISIS DE LAS FUEZAS DEL ENTORNO – CINCO FUERZAS DE PORTER

2.1 PODER DE NEGOCIACIÓN DE LOS COMPRADORES O CLIENTES

2.1.1 Funcionamiento del sistema de salud pública en Estados Unidos.

Estados Unidos no tiene un sistema universal de aseguramiento, al igual que muchos países europeos. Existen tres programas estatales: **Medicare**, que cubre a jubilados y discapacitados, **Medicaid**, que cubre a los indigentes y los programas para **Militares**.

Medicare provee medicamentos, servicios médicos y geriátricos para aproximadamente unos 50 millones de ciudadanos. Acceden al programa: Los mayores de 65 años y los discapacitados. Ofrece un paquete mínimo básico que puede ser ampliado.

Medicaid atiende a 40 millones de norteamericanos. Sin embargo, este seguro no siempre cubre la totalidad de los costos médicos y en algunas ocasiones, se les cobra coseguros o copagos a los indigentes. Su costo es compartido entre los gobiernos federal y estatal. Los niveles de financiación y el paquete básico, varían de estado a estado, de acuerdo a las negociaciones entre los gobiernos nacional y estatal.

La mayoría de los demás ciudadanos aproximadamente un 68% de la población tienen **Seguros Privados**, generalmente ofrecidos por sus empleadores, (quienes pagan parte de los costos) o producto de compra directa. En esta categoría no hay un paquete mínimo que deban ofrecer. Pueden rechazar a personas con “condiciones pre-existentes”, lo cual ocurre generalmente en pacientes con

enfermedades crónicas. También pueden rechazar los reembolsos de servicios ya prestados, si se encuentran inconsistencias en la información entregada por el beneficiario en los formatos de aplicación, aún si la información errada no tiene nada que ver con el problema de salud.

2.1.2 Estado actual del aseguramiento en salud de Estados Unidos. De los aproximadamente 300 millones de habitantes de Estados Unidos, Se encontró que en el 2011 49.9 millones no tenían cobertura médica (en su mayoría personas jóvenes o personas con un ingreso ligeramente superior a la pobreza oficial) y unos 25 millones tienen una cobertura inadecuada. Además, en la última década, el costo de los seguros médicos se duplicó. A nivel estatal, el país invirtió el 16% de su PBI en salud en 2007, casi el doble de la inversión de otros países desarrollados, es el sistema de salud más costoso del mundo. Los norteamericanos que no tienen seguro médico le cuestan al sistema de salud estadounidense unos \$49 billones extras cada año. Sólo el 12 % de las familias no aseguradas pagan sus facturas de hospital por completo, incluyendo a las familias que ganan alrededor de \$88,000 al año. Estos costos hacen que los precios de las primas de seguro suban.

Una revisión publicada en 2013 en el congreso anual del AATS (Asociación Americana de Cirugía de Tórax) evalúa los costos de 175.662 procedimientos aislados de Revascularización Miocárdica, que fueron realizados en 630 Hospitales norteamericanos encontrando un costo promedio de: 37.924 ± 11.504 dólares.³

³ KILIC, ARMAN, Shah, ASHISH S., CONTE, John V., MANDAL, Kaushik, BAUMGARTNER, William A., CAMERON, Duke E., WHITMAN, Glenn J R “Understanding Variability in Hospital-Specific Costs of CABG Represents an Opportunity for Standardizing Care and Improving Resource Utilization” Division of Cardiac Surgery, Johns Hopkins Hospital, Baltimore, MD, USA AATS, Annual Meeting 2013

Evaluando datos publicados en 2010 tomados de 4 hospitales del estado de Pennsylvania, encontramos que estos hospitales facturan en promedio por:

Cirugía de revascularización Miocárdica: 63,767 - 162,051 dólares

Cirugía Valvular: 90,411 - 162,051 dólares

Cirugías combinadas: (coronarios y valvulares) 92,352 dólares

(Estos datos no incluyen Honorarios Médicos)

La tasa de reembolso de **Medicare** establecida para la cirugía cardíaca fue de aproximadamente 26% de los gastos de hospitalización promedio para el procedimiento, Las aseguradoras negocian con los hospitales para establecer las tasas de pago para la cirugía de bypass (revascularización miocárdica) y las valvulares. También hay pacientes que no pueden o no quieren pagar, lo que lleva a facturas pendientes de pago que los hospitales deben absorber.⁴

El pago por evento a los proveedores les genera incentivos para dar más servicios, que los realmente indispensables. Muchos estudios demuestran que son “incentivos perversos.” El temor a las demandas medico legales por “**mala-práctica**”, frecuentemente es utilizado como razón para ordenar pruebas y servicios muchas veces innecesarios.

⁴ Big gap in open-heart surgery charges at NEPA hospitals BY ERIN L. NISSLEY (STAFF WRITER) [en línea] Disponible en: enissley@timeshamrock.com <http://www.phc4.org/reports/cabg/08/>. Published: September 17, 2010

Figura 2. Distribución del aseguramiento.

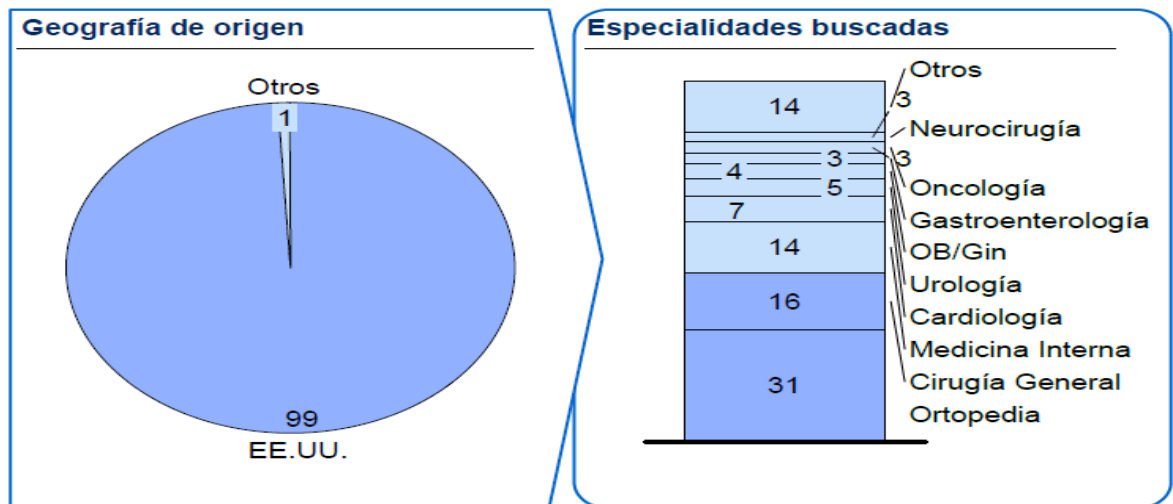
US Health Insurance Market

Health Insurance Coverage: 2010 (Numbers in thousands)									
Year	Total people	Covered by private and / or government health insurance							
		Total	Private health insurance			Government health insurance			
			Total	Employ't based	Direct purchase	Total	Medicaid	Medicare	Military
2010	306,110	256,206	195,874	169,264	30,147	95,003	48,580	44,327	12,849

Fuente: The Affordable Care Act Implications for Medical Travel to Colombia from the United States and Puerto Rico. Irving Stackpole, RRT, Med President, Stackpole & Associates. MCIT 2013.

Los Norteamericanos han buscado alternativas como el Turismo de Salud. Tanto así que en el mundo los pacientes que viajan buscando menores costos para procedimientos agudos no críticos (procedimientos que no requieren intervenciones de emergencia) que sean realizados con un protocolo estándar, similar al de su país de origen; provienen casi en su totalidad de EE.UU.

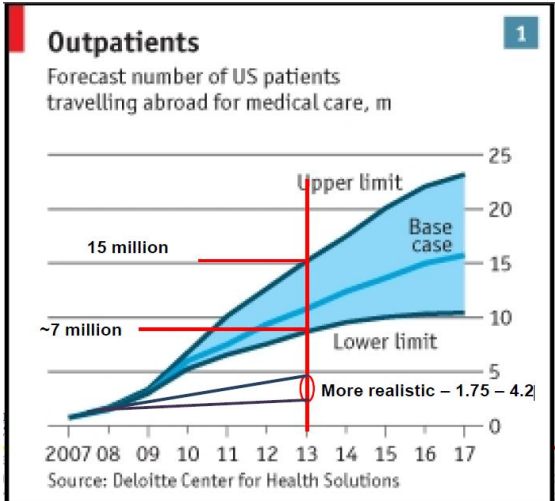
Figura 3. Turistas de salud en el Mercado Global y especialidades más buscadas.



Fuente: Estudio de Mckinsey: Mapping the market for medical travel, Mayo 2008. Análisis equipo de trabajo

El paciente que está interesado en la posibilidad de un viaje medico, puede ser una solución disrruptiva para el sistema.

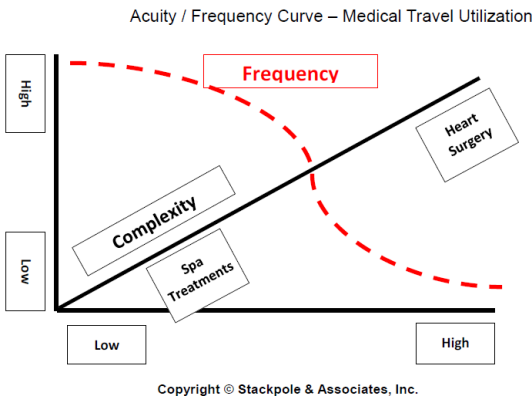
Figura 4. Pronostico de pacientes viajando por Turismo de Salud.



Fuente: Irving Stackpole, RRT, M Ed, President Stackpole & Associates [en línea] Disponible en: istackpole@stackpoleassociates.com

A medida que aumenta la complejidad del tratamiento, disminuye el número de posibles viajeros en busca de estos servicios.

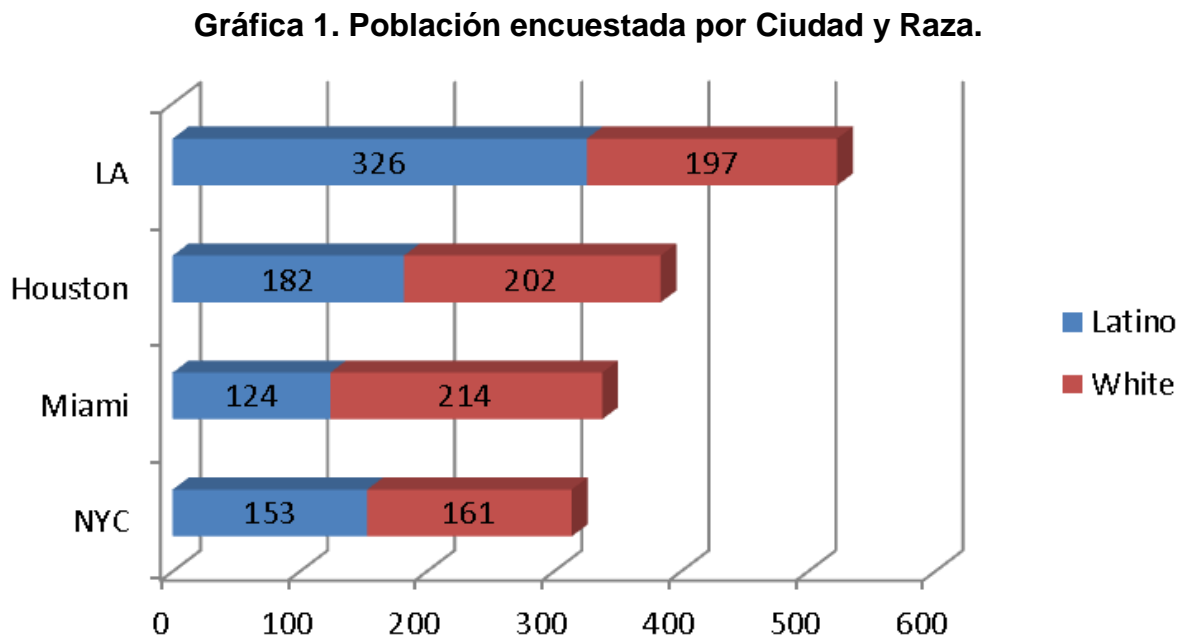
Figura 5. Gama de Productos demandados en el exterior.



Fuente: Irving Stackpole, RRT, M Ed, President Stackpole & Associates [en línea] Disponible en: istackpole@stackpoleassociates.com

2.1.3. Encuesta a Posibles usuarios de Turismo de Salud. Estados Unidos.

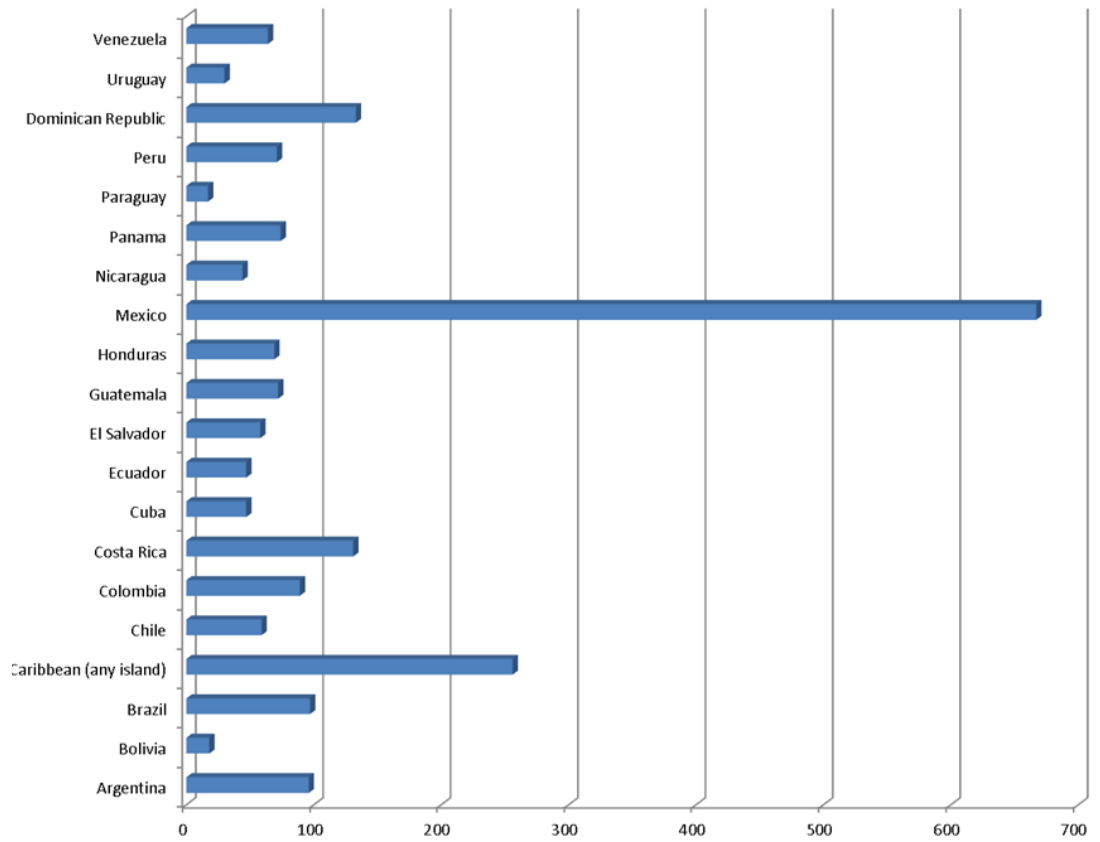
2013 La encuesta se llevó a cabo en las ciudades de Los Ángeles, Houston, Miami y New York, en total se entrevistaron 363 individuos de raza blanca y 785 latinos.⁵



Colombia no se encuentra entre los 5 primeros destinos turísticos de esta población encuestada.

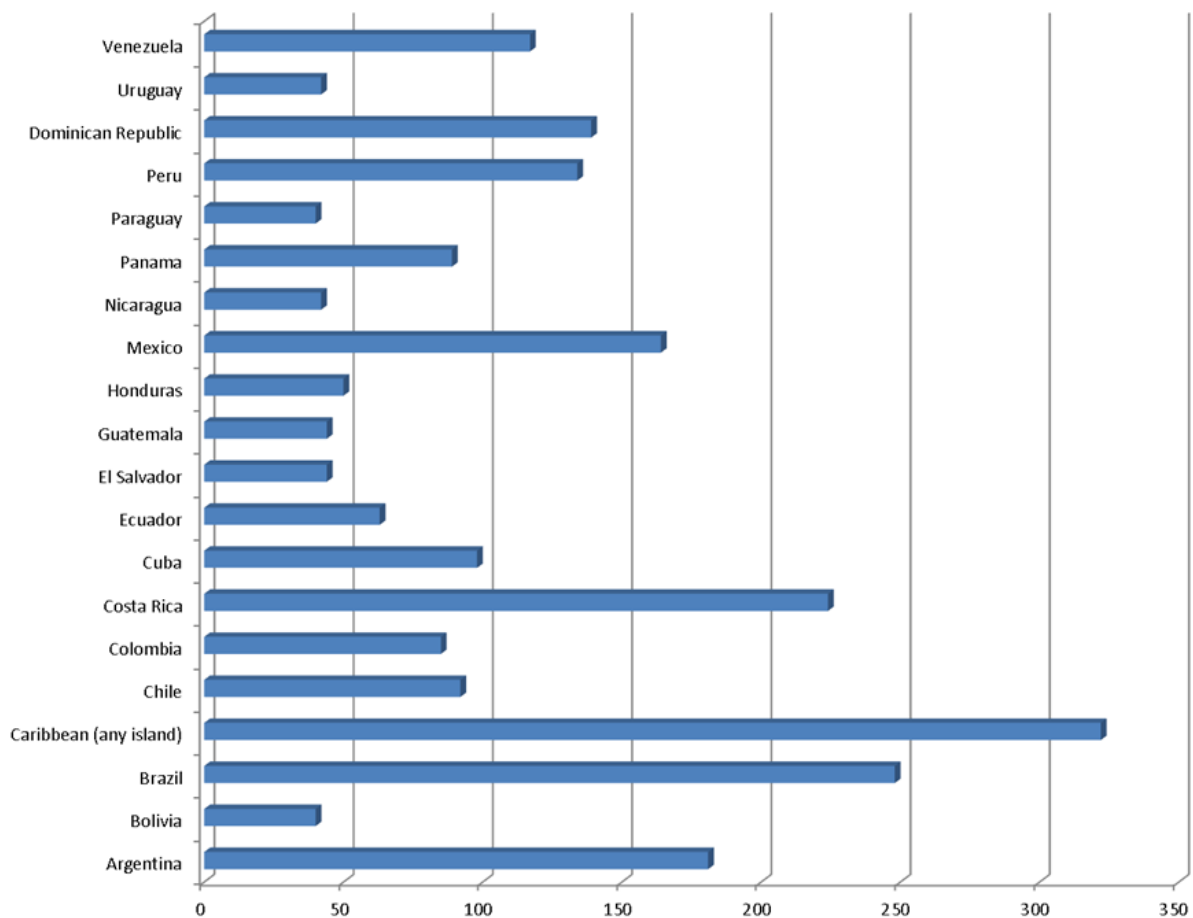
⁵ STACKPOLE Irving, RRT, M Ed, President Stackpole & Associates [en lines]. Disponible en: istackpole@stackpoleassociates.com

Grafica 2. Viajes previos a Latinoamérica



Colombia tampoco se encuentra actualmente entre los 5 primeros destinos a los cuales desea viajar la población encuestada por turismo general.

Grafica 3. Deseo de viajar hacia Latinoamérica



Solo aproximadamente un 10% han viajado por turismo de salud previamente.

Grafica 4. Viajes previos por Turismo de Salud.



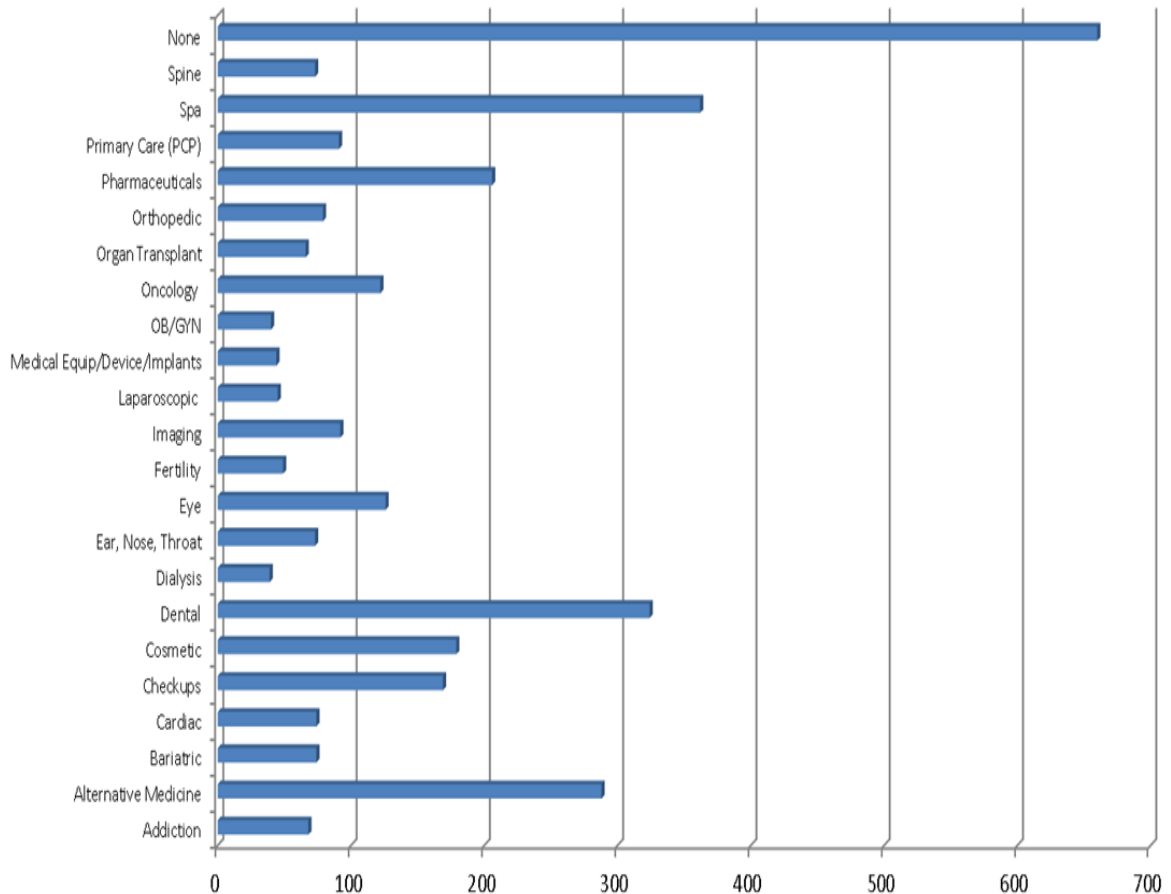
Los individuos interesados en turismo medico fueron alrededor de 19% de la población.

Grafica 5. Individuos interesados en Turismo de Salud.



Cuando se los interroga acerca del tipo de tratamiento que estaría interesado en recibir en el exterior, los cardiacos tampoco figuran entre los 5 primeros.

Grafica 6. Tipo de tratamiento a recibir en el exterior.



2.1.4 Reforma del Sistema de Salud – ACA⁶⁷⁸

Desde hace varios años y durante muchos gobiernos se trato de llevar a cabo una reforma a la salud, Sin embargo solo fue hasta el 2010 que el Presidente Obama logro que una Reforma a la salud fuera aprobada. Esta reforma es llamada **Patient Protection and the Affordable Care Act** (Protección del Paciente y

⁶ GANDUGLIA Cecilia Revista MEDICINA (Buenos Aires) 2010; 70: 381-385 .ISSN 0025-7680. ARTICULO ESPECIAL La Reforma del Sistema de Salud de los Estados Unidos de América. *Escuela de Salud Pública, Departamento de Gestión, Políticas de Salud y Salud Comunitaria, Universidad de Texas, EE.UU)*

⁷ BOSSERT, Thomas Ph.D. Harvard School of Public Health

⁸ KAISER Family Foundation. *Focus on Health Reform: Summary of New Health Reform Law, 2010.[en línea] Disponible en: <http://www.kff.org/healthreform/8061.cfm>; consultado el 28/4/2010.*

Cuidado Accesible - ACA) también es conocida por el nombre de ObamaCare. Actualmente se encuentra en vías de implementación, sin embargo ya se han visto beneficiados cerca de 100 millones de habitantes.

Principios Generales:

- Cubrimiento universal (o tan cercano como sea posible)
- Corregir los más obvios abusos del aseguramiento privado
- No generar costos adicionales que elevaran el déficit fiscal Federal
- Apoyo a innovaciones para reducir costos globales a largo término

A grandes rasgos las consecuencias de la puesta en marcha de esta reforma son:
Se estima que la cobertura del aseguramiento alcance \pm 95% de la población.
(Similar al objetivo de la Ley 100)

Se extiende la elegibilidad al Medicaid, asegurando a los hijos de hasta 26 años de edad en los planes de sus padres.

Se exige que los empleadores proporcionen planes de salud o paguen penalidades

Se expide un “**MANDATO**” para que todos los estadounidenses adquieran un seguro de salud. La ley busca expandir el nivel de cobertura y el acceso a la salud conservando su actual sistema mixto, público-privado, A tal fin implementará lo que se conoce como “**Mandato al individuo**” por el cual se requiere que todos los ciudadanos de los EE.UU. y residentes legales tengan un seguro médico. Aquellos que no lo tengan, con algunas excepciones, deberán pagar una penalidad que irá en incremento a partir del año 2014 en adelante, hasta alcanzar un máximo del 2.5% del ingreso anual de una familia.

Comenzando en Octubre de 2013 la población de bajos ingresos conseguiría subsidios del gobierno y sería capaz de adquirir seguros en un “canje” (Mercado especial de intercambio de seguros donde competirán entre compañías de aseguramiento privadas para vender planes de bajo costo). Esto contribuirá a reducir las primas de seguro para todos los norteamericanos. Cada Estado podrá crear su propio mercado y en aquellos donde el Estado se niegue a hacerlo el gobierno federal creará uno. En estos mercados, los individuos podrán comprar el plan médico que les resulte más conveniente, accediendo a subsidios destinados a todas aquellas familias que cobren entre 30.000 dólares y 88.000 dólares anuales. A estos mercados tendrán acceso sólo individuos sin seguro, individuos que trabajan para pequeñas y medianas empresas que ofrecen seguros limitados (o no ofrecen seguro) y las pequeñas y medianas empresas en representación de sus empleados.

Aumento de la regulación para las compañías aseguradoras: No podrán rechazar personas, basadas en las “**condiciones previas o preexistencias**”, 1 de cada 2 americanos tienen una condición "preexistente" que les puede impedir actualmente el acceso a un seguro médico. ObamaCare irá recortando esas condiciones preexistentes hasta el 2017, fecha en que desaparecerán totalmente, incluyendo a los pacientes de alto riesgo.

Los aseguradores no podrán cambiar las coberturas o eludir reembolsos por encontrar inconsistencias en los formatos de aplicación.

Nuevos **grupos de alto-riesgo**, de manera que la gente a quien se le había negado aseguramiento, por condiciones pre-existentes, pueda ahora adquirir seguros

Nuevos procesos regulatorios para evaluar la ejecución de los aseguradores e impedir **aumentos “no razonables” en las primas**

Las compañías aseguradoras deben justificar al Estado los incrementos mayores de un 10% en las tarifas, además de anunciar los detalles inmediatamente en la red.

Se implementara un: **“Paquete de beneficios esenciales”** (similar al POS Colombiano) con un conjunto mínimo de servicios y con una escala de 4 categorías específicas de beneficios (bronce, plata, oro y platino) para los planes de aseguramiento ofrecidos en los nuevos mercados.

Ahorro de Costos y Eficiencia: En este sentido se intentara desviar a Medicare de su tradicional forma de pago: Por evento, hacia los **“Pagos basados en paquetes”** con la esperanza de que otros pagadores eventualmente los imiten. Otra modificación que se encara será la creación de “organizaciones responsables” (*Accountable Care Organizations*). Bajo esta figura, los prestadores que voluntariamente lleguen a ciertos **niveles preestablecidos de calidad**, podrán participar de los ahorros que generen a *Medicare*.

Se reducirán asimismo los reembolsos por lo que se considere **Hospitalizaciones “prevenibles”** así como también pagos por complicaciones secundarias a infecciones intrahospitalarias (efectivo a partir del 2015).

Se creará un comité independiente encargado de generar recomendaciones y propuestas legislativas sobre **cómo reducir el incremento del costo per cápita de Medicare.**

Así mismo se creará un **centro de investigación** dentro de la estructura de *Medicare-Medicaid* cuyo fin sea la investigación y evaluación de diferentes modelos y métodos de pago que permitan **reducir costos** y mejorar la calidad del servicio.

Medicare dará incentivos a los hospitales que Cumplan los criterios de **Calidad en la ejecución combinando el cuidado de pacientes hospitalizados y ambulatorios**

Promover el **Cuidado coordinado** a través de distintos proveedores, aún si ellos no trabajan para la misma organización

Proyectos de demostración, que utilizan una forma virtual de integración, buscan reducir el papeleo y la atención innecesaria y dan mayor cuidado basado en la comunidad, lo que debe reducir las tasas de readmisión

Programas de prevención que incluyen un nuevo fondo de US \$15 billones de dólares para investigación en promoción, basados en la comunidad, y programas de bienestar, dirigidos hacia las personas de mediana edad, antes de su ingreso a Medicare.

Reducir el déficit fiscal con ahorros y rentas públicas: **Nuevos impuestos** a las personas que no adquieran seguros de salud, a las personas más adineradas y a los aseguradores que ofrecen planes de alto valor.

Nuevos impuestos anuales para ciertas industrias relacionadas con la salud, tales como el sector farmacéutico, el sector asegurador, y la industria de equipos e instrumental médico

Nuevos impuestos a sectores no relacionados, tales como impuestos a la industria química y limitaran las exenciones tributarias a las empresas de biocombustibles

La Oficina de Presupuesto del Congreso de Estados Unidos estima que la reforma **Reduciría** el déficit federal en US \$138 billones de dólares en una década. En la

actualidad, los 2.8 trillones de dólares que se invierten en el sistema sanitario le cuestan al ciudadano común 9 mil dólares por año.

La oficina de presupuesto del congreso estima que en el Mercado de intercambio el promedio de prima anual sera de 4500-5000 dolares por un individuo y de 12000-12500 por una familia en plan Bronze, en el 2016

En 2012 los empleados pagaron en promedio 951 dolares en cobertura individual y un plan para una familia de 4 personas costo alrededor de 4316 dolares.

Puede resultar en **Escasez de recurso humano** (especialmente de médicos de atención primaria que cubran el incremento en la demanda)

Sin embargo no es claro que sea suficiente reducir significativamente los **costos** (puede ser necesario atacar más agresivamente la forma como se paga a los proveedores).

No se cambió la prohibición de negociar los precios de los medicamentos

Se ordena que todos los planes de seguro médico cubran **Servicios de prevención** y se impide que las compañías de seguros cobren copagos por este tipo de servicios o que den de baja al paciente cuando contraiga alguna enfermedad.

Se creará dentro del departamento de *Health and Human Services* (Departamento de Servicios de Salud y Cuidados Humanos) un “**Consejo Nacional de Prevención y Promoción de la Salud y Salud Pública**” que coordinará los esfuerzos federales relacionados a la Salud Pública.

Se reforma y **expande Medicaid** para que cubra a unos 15 millones de la gente más pobre de la nación. Esto es 6.1 millones menos de lo que se calculó originalmente debido a que algunos estados decidieron no participar a pesar de recibir un 100% de financiamiento federal durante los primeros 3 años y de un 90% en los años siguientes. El gobierno federal establece que todos los niños, mujeres y hombres que sean ciudadanos de los EE.UU. o residentes legales (menores de 65 años) que se encuentren por debajo del 133% de la línea de pobreza (la línea de pobreza es 18.310 dólares anuales para una familia de tres personas) deberán estar cubiertos.

Se exige que los **pagos de Medicaid** se pongan a la misma altura de los pagos que reciben los doctores de Medicare. Aunque este monto varía dependiendo de cada Estado, los médicos de cabecera recibirán un aumento de salario aproximado de 73%. De este modo, habrá mayor número de doctores dispuestos a aceptar futuros pacientes de Medicaid.

El estado otorga 20 billones de dólares en **créditos de impuestos** para un total de 4 millones de Pequeñas Empresas con el fin de paliar el costo de tener que pagar seguros con el programa de Intercambio de Seguros Médicos.

Sólo el 3% de las **empresas más lucrativas** tendrán que pagar un incremento de un 0.9% adicional de impuestos.

Únicamente el 0.2% de las empresas tienen más de 50 empleados de tiempo completo sin asegurar. Proporcionar un seguro a estos empleados es el único "**Mandato al Empleador**" de la Reforma de la salud.

Los empresarios con más de 50 empleados de tiempo completo deben asegurar a sus trabajadores o **pagar un impuesto** (como los programas actuales de desempleo y de compensación al trabajador).

Aunque ObamaCare no ha dado lugar a pérdidas laborales, el "**Mandato al Empleador**" ha resultado en que un buen número de trabajadores de tiempo completo hayan visto sus jornadas de trabajo reducidas a tiempo parcial para que los jefes se librarán de pagarles sus seguros médicos.

Los **jóvenes entre 19 y 25 años**, que representan la franja de edad con la mayor proporción de individuos sin seguro médico, podrán estar cubiertos por los seguros de sus padres hasta los 26 años de edad a partir de septiembre de 2013.

La Oficina de Presupuesto del Congreso estima que estas modificaciones reducirán para el 2019 el porcentaje de no asegurados de un 19% a un 8% de la población menor de 65 años (**casi todos los mayores de 65 años se encuentran ya hoy asegurados a través de Medicare**), esto equivale a 23 millones de individuos sin seguro.

En conclusión: el nuevo gobierno de los Estados Unidos aprobó una ley que promete ser una de las mayores reformas del sistema de salud que haya encarado este país. Si bien la gran ampliación del sistema de cobertura médica no reduce a cero la inaccesibilidad al sistema de salud, muchos consideran lo logrado un gran y muy importante primer paso

Finalmente es importante tener en cuenta que el texto de la reforma es muy extenso y establece un sin fin de modificaciones e innovaciones en el sistema, las cuales sería imposible enumerar en su totalidad en este documento.

Implementación de la reforma

A partir de Octubre de 2013 se puede tener acceso a la página web donde se puede elegir el plan de salud que se quiere contratar a fin de cumplir el mandato.

En la página de ingreso se interroga acerca de datos personales y hábitos. Posteriormente se redirige hacia el sitio donde se presenta las compañías que ofrecen aseguramiento en su estado, en este paso se escoge el plan que más se acerque a tus necesidades, se ofrece un complemento el cual puede ser cobertura en visión, dental, accidentes o enfermedades críticas, los cuales tiene un sobre costo. Al revisar un poco más profundamente encontramos que el plan de cobertura de enfermedades críticas no cubre Cirugía Valvular cardiaca y solo cubre un 25% de los gastos en Cirugía de Revascularización Miocárdica (CABG)

Figura 6. Página de ingreso elección de compañía aseguradora

The screenshot shows a dark-themed form with the following fields and options:

- Type of Insurance: Individual (dropdown)
- Gender: Male (dropdown)
- Birthdate: Month, Day, Year (dropdowns)
- Height: Height (dropdown)
- Weight: lbs (input field)
- Are you a smoker?: Yes (checkbox), No (checkbox checked)
- Are you or your spouse expecting a child?: Yes (checkbox), No (checkbox checked)
- Do you currently have health insurance?: Yes (checkbox), No (checkbox checked)
- Include Dental Insurance: Yes (checkbox), No (checkbox)
- Continue Quote Request (button)

Fuente: <https://www.cuidadodesalud.gov/es/>

Figura 7. Opciones de Compañías aseguradoras.

The screenshot displays the eHealth website interface with the following elements:

- Navigation: SHOP FOR INSURANCE, RESOURCES, MY EHEALTH, search bar.
- User Profile: SAINT LUCIE, FL / Male / 03/27/1970 / Non-smoker (edit)
- PROMOTED section:
 - UnitedHealthOne**: Apply with an "A" Rated Company with a National Network of nearly 780,000 Doctors & Health Providers! (A.M. Best, an independent reviewer) [View plans]
 - Aetna**: Take a look at our competitive rates! Also, 24-hr response on apps, and with Aetna's National Networks, our plans travel with you! [View plans]
 - CoventryOne**: Coventry Health Care of Florida, Inc. Best Seller. Open access 100% copay plans. Unlimited doctor visits. Rx included. [View plans]
- Promotional Banner: Now's the ideal time to enroll! Lock in your benefits until **December 2014** and avoid the new tax penalty with a plan from UnitedHealthOne. * [Show Eligible Plans]
- Summary: 10 of 73 plans [Show All] Here are the 10 bestselling plans. Plans start at \$97/mo. [Show all 73 plans] Sort by: Best Seller (dropdown)

Fuente: <https://www.cuidadodesalud.gov/es/>

Figura 8. Tipo de Planes Ofertados.

10 of 73 plans Show All

Here are the 10 bestselling plans. Plans start at \$97/mo. Show all 73 plans Sort by: Best Seller

Plan	Office Visit	Deductible	Monthly Cost	
aetna Aetna Health Network Optio... ★★★★★	Visits 1-5: \$40 copay, deductible waived; Visit 6+: No Coverage Find Doctors	\$10,000	\$97,00	Apply Details
Cigna. FL Open Access Value 250... ★★★★★	\$40 Find Doctors	\$2,500	\$220,00	Apply Details
UnitedHealthOne Copay Select 70 - 10000 ★★★★★	\$35 Find Doctors	\$10,000	\$153,82	Apply Details

Filters:

- Doctor:** Filter plans by doctor
- Company:**
 - Aetna (9)
 - Cigna (16)
 - UnitedHealthOne (22)
 - Humana (17)
 - Coventry Health C... (9)
- Monthly Cost:**
 - Under \$100 (1)
 - \$100 to \$200 (31)
 - \$200 to \$300 (30)
 - \$300 to \$400 (10)
 - \$400 & Above (1)
- Deductible:**
 - \$1,000 to \$2,500 (10)
 - \$2,500 to \$5,000 (24)

Fuente: <https://www.cuidadodesalud.gov/es/>

Figura 9. Plan de cobertura adicional en enfermedades críticas.

Plan Details Additional Coverage Customer Reviews Videos

Critical Illness

Critical illness insurance can help with costs resulting from a covered serious illness, giving you peace of mind and relief from financial burdens.

CRITICAL ILLNESS INSURANCE

- Critical Illness (IHC Group) Benefit Amount \$50,000 [Add \$59,58/mo] View Benefits **RECOMMENDED**
- CriticalCare Plus 10 Year Plan (American General Life) Benefit Amount \$50,000 [Add \$51,85/mo] View Benefits
- CriticalCare Plus 15 Year Plan (American General Life) Benefit Amount \$50,000 [Add \$56,77/mo] View Benefits
- I don't need additional coverage.

[See All Plans](#)

Customer reviews

Based on 53 customer reviews. (5=Excellent, 1=Poor)

Overall Rating	Customer Service	Doctor Selection	Benefit Coverage
4.3 ★★★★★	4.4	4.5	4.1

Your Summary

aetna
Aetna Health Net... \$97,00/mo

Total: \$97,00/mo

Apply

Additional Benefits

- Accident Add
- Dental Add
- Vision Add
- Critical Illness Add

Need Help?

[Click to Talk, we'll call you](#)


[Start a Chat, 24/7 support](#)

Or call us: (877) 731-9560

Fuente: <https://www.cuidadodesalud.gov/es/>

Figura 10. Detalles del plan opcional para cubrimiento de enfermedades críticas.

Plan Details



Critical Illness

Benefit Amount: (Choose \$20,000 - \$50,000)

Monthly Cost

\$59,58

Blindness	Not covered
Cancer (Life-Threatening)	Category I - 100%
Coma	Category III -100%
Coronary Bypass	Category II - 25%
Deafness	Not covered
Heart Attack	Category II - 100%
Heart Transplant	Category II - 100%
Heart Valve Surgery	Not covered

[Close](#)

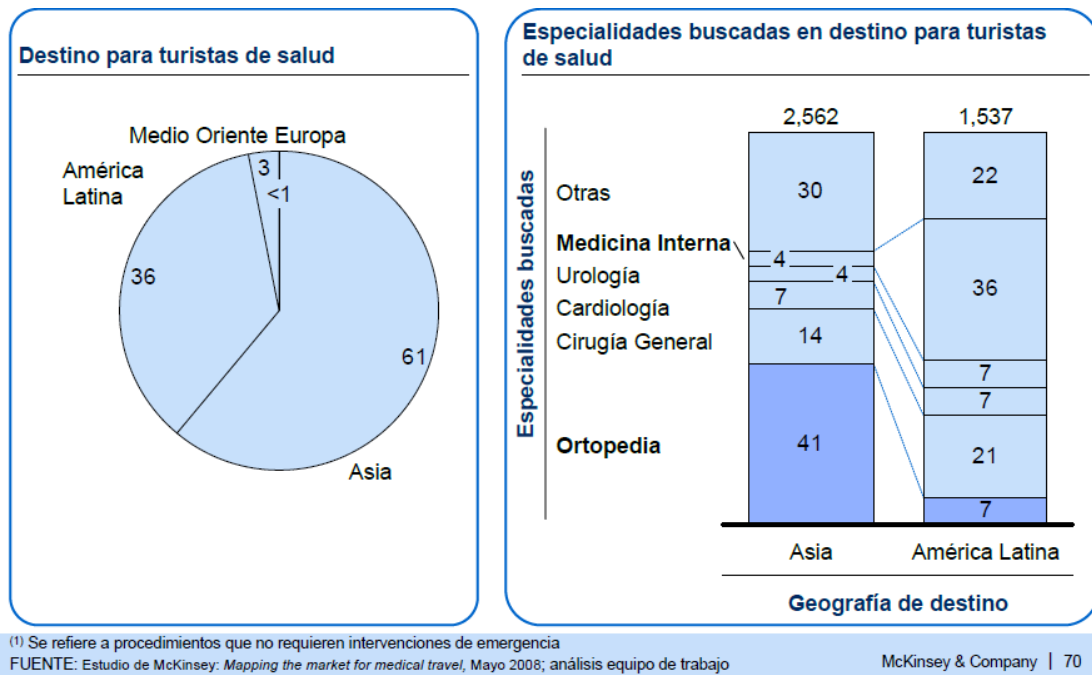
Fuente: <https://www.cuidadodesalud.gov/es/>

2.2. PODER DE NEGOCIACIÓN DE LOS PROVEEDORES O VENDEDORES.

El 43% de la población considera viajar para tratamientos médicos si economiza mínimo el 50% de los gastos.

Asia y América Latina atraen el 97% de los turistas buscando menores costos para procedimientos agudos no críticos con un protocolo estándar a nivel mundial.

Grafica 7. Frecuencia de destino y especialidades más buscadas por turistas de salud



En el año 2007 el gobierno nacional creó el Programa de Transformación Productiva (PTP) con el fin de convertir al país en uno de ingresos medios-altos en 25 años.

Durante 2010, elevamos nuestro modelo de desarrollo sectorial a estatus de Política Pública – CONPES 3678

El PTP consiste básicamente en:

- Un nuevo esquema de relacionamiento construyendo una alianza entre sector público y privado.
- Un programa nacional de crecimiento a largo plazo, a partir de postulación abierta.

- Un espacio para que *TODOS* los sectores hagan parte de la transformación del aparato productivo.
- Un programa que se ejecuta por olas. La participación es por mérito.
- Un ejercicio a nivel sectorial y nacional.
- Una réplica de experiencias y metodología en todo el aparato productivo.
- Promoción de la Inversión local y extranjera en todos los sectores.

Con miras a desarrollar este objetivo el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo (MCIT) y sus entes adscritos y vinculados, generaron un plan estratégico junto con la empresa privada.

La Política de Transformación Productiva propende por la generación de crecimiento sostenible en la economía y el empleo, y busca desarrollar sectores altamente competitivos y generadores de valor agregado, alcanzando **estándares de clase mundial**. Esta política es un complemento necesario al proceso de internacionalización de la economía colombiana, porque busca la modernización y transformación del aparato productivo para lograr que las ganancias potenciales de los Tratados de Libre Comercio se materialicen y tengan impacto en el crecimiento económico y la generación de empleo.

Este PTP le apuesta a estimular la producción de más y mejor de lo bueno (Autopartes, Energía Eléctrica Bienes y Servicios conexos, Textiles, Confecciones Diseño y Moda, Industria Gráfica) e impulsar el desarrollo de sectores nuevos y emergentes (Servicios tercerizados a distancia (BPO&O), Software & Servicios de Tecnología Informática, Turismo de salud, Cosméticos y artículos de aseo).

Logros en el sector de turismo de salud hasta el 2010, previo a la implementación de PTP como política nacional:

- Implementación del programa de bilingüismo con contenido específico para el sector salud por parte del SENA, con la participación de 500 personas en Medellín, 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. La FCV lleva a cabo un programa de formación de auxiliares de enfermería en conjunto con el SENA, siendo este un programa con énfasis en bilingüismo.

- 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 actualmente con certificado de acreditación otorgado por la Joint Commission (JCI), el cual a su vez es acreditado por ISQUA. (La FCV, fue la primera institución acreditada por JCI en Colombia, y la primera reacreditada 3 años después)

- Posicionamiento de cinco instituciones de salud colombianas en escalafones internacionales. (La FCV, se encuentra actualmente en el puesto No. 8 del Ranking de Mejores Hospitales de Latinoamérica, (Revista América Economía).

- Posicionamiento de Colombia como destino de Turismo de Salud:
 - ✓ Asistencia al Congreso Mundial de Turismo de Salud, Los Ángeles, y al Healthcare Globalization Summit, Miami.
 - ✓ Realización de una misión de exploración de alianzas internacionales a cuatro instituciones: Mayo Clinic, Cleveland Clinic, Miami Children's Hospital, y Jackson Memorial Hospital con quien actualmente FCV tiene convenio de cooperación.

- ✓ Participación en el Simposio Internacional de Exportación de Servicios de Salud, Medellín y en el Primer Congreso Internacional de Turismo de Salud, Cartagena.
- ✓ Suscripción de un convenio de cooperación entre la Clínica del Occidente y el Jackson Memorial International.
- ✓ Aprobación de siete zonas francas de salud (Bogotá, Sopó, Rionegro, Sabaneta, Puerto Colombia y Pereira), con una inversión cercana a los \$405.000 millones y generación de 2.200 empleos.
- ✓ Desarrollo de proyectos de ampliación o renovación de la infraestructura hospitalaria por más de \$500.000 millones, los cuales deben generar al menos 12.000 empleos en obra y funcionamiento.
- ✓ Promoción de la utilización de la línea de crédito A PROGRESAR de Bancoldex, generando la destinación de \$3.000 millones para el desarrollo de infraestructura para la prestación de servicios de bienestar.

El objetivo general del sector es posicionar a Colombia como un destino de Turismo de Salud de clase mundial a través de la definición de una oferta de servicios de salud y bienestar competitiva con altos estándares de calidad. Para alcanzar este posicionamiento, es necesario desarrollar el recurso humano competente para atender las necesidades de los clientes internacionales, ampliar y mejorar la capacidad instalada en términos de infraestructura para servicios de salud y bienestar, fortalecer los sistemas de información existentes, e implementar estrategias de promoción eficientes que permitan capturar la demanda internacional.

Para lograr este objetivo se ha identificado que es necesario trabajar en ocho aspectos estratégicos:

1. Mejorar la oferta de recurso humano para el sector, corrigiendo el déficit de profesionales en ciertas áreas de la salud.

2. Aumentar tasas y niveles de competencias en bilingüismo en el sector.
3. Evaluar y ajustar las normas de calidad con relación a la exportación de servicios de salud.
4. Implementar una estrategia de desarrollo Centros de Excelencia.
5. Ajustar los sistemas de información y seguimiento existentes, de forma tal que sirvan para la toma de decisiones por parte de compradores y usuarios internacionales.
6. Mejorar la eficiencia y ampliar la capacidad instalada para poder atender una demanda adicional de pacientes internacionales.
7. Desarrollar productos, servicios e infraestructura de clase mundial relacionados con el turismo de bienestar.
8. Desarrollar una estrategia de promoción internacional del país como destino de Turismo de Salud⁹

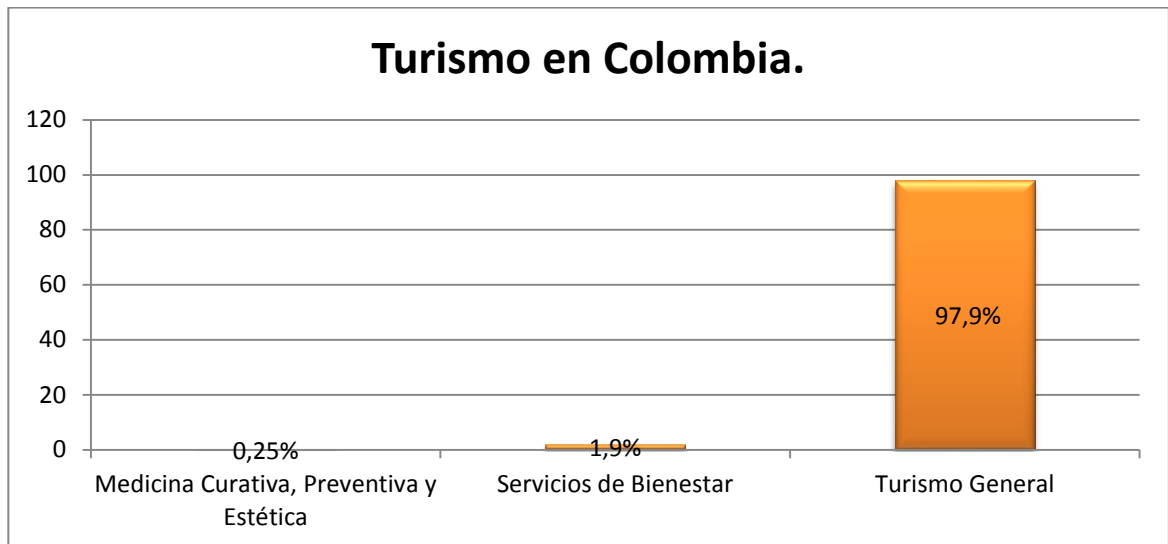
El sector de turismo de salud está compuesto por 4 categorías básicas (medicina curativa, preventiva, estética y de bienestar (*Inspired Wellness*)), en las que Colombia podría competir con una propuesta estratégica clara, capturando al menos 2,8 millones de turistas de salud y generando ingresos por al menos 6,3 mil millones de dólares en el año 2032.

El sector en Colombia es aún incipiente con una oferta de valor concentrada en la medicina curativa y estética, con un flujo de entre 4,100 y 7,000 pacientes en

⁹ CONPES 3678

estas categorías de medicina y 44,800 en busca de procedimientos de bienestar (*inspired wellness*) (2008)¹⁰

Grafica 8. Turismo en Colombia



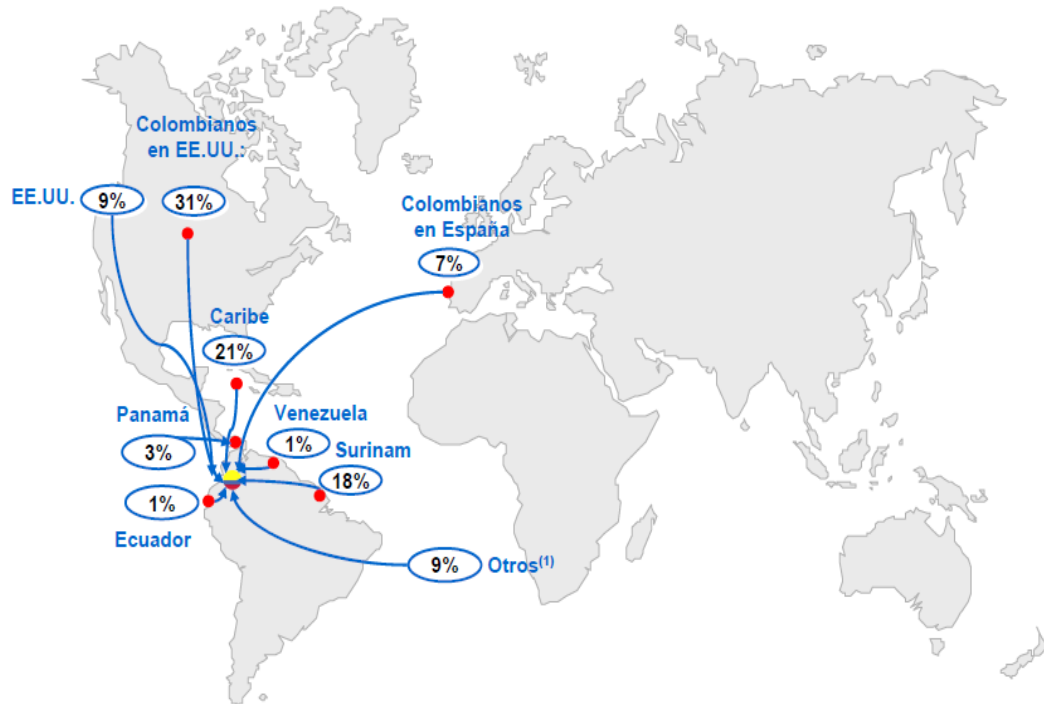
Fuente: McKinsey & Company The Global Spa Economy, Global Spa Summit 2009; Proexport; Entrevistas; Análisis equipo de trabajo

De los ~7,000 turistas de salud que ingresaron a Colombia en 2008 la mayor proporción fueron colombianos residentes en EE.UU.

¹⁰ MCKINSEY & COMPANY. The Global Spa Economy, Global Spa Summit 2009; Proexport; Entrevistas; Análisis equipo de trabajo

Figura 11. Origen de los turistas que ingresaron a Colombia

% del total de turistas de salud⁽²⁾, 2008



⁽¹⁾ Otros incluye países como México, Costa Rica, Canadá, Honduras, México, entre otros

⁽²⁾ No incluye turistas de salud de la categoría bienestar (*Inspired Wellness*)

FUENTE: Entrevistas; Análisis equipo de trabajo

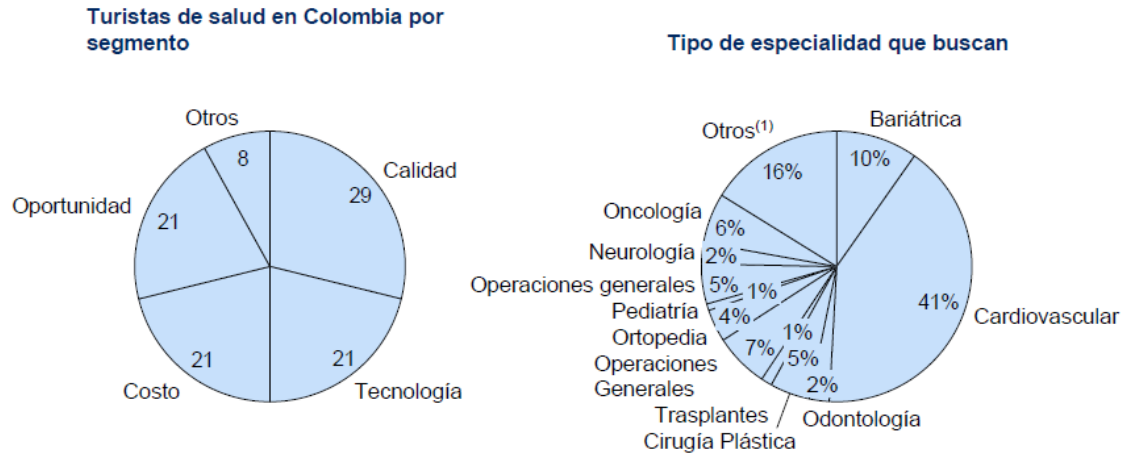
McKinsey & Company | 85

Fuente: Mckinsey & Company, Desarrollando Sectores de Clase Mundial, Informe Final, Sector Turismo de Salud, Bogota, 2009

Al segmentar los turistas de salud que visitan Colombia por tipo de cliente encontramos que la mayoría principalmente buscan calidad y especialidades cardiovasculares.

Figura.12. Atributos esperados por el Turista de salud, Demanda de especialidades.

% del total de turistas¹ de salud, 2008



- El país es reconocido en el exterior por ofrecer procedimientos con una calidad superior en la región, y unos costos asequibles

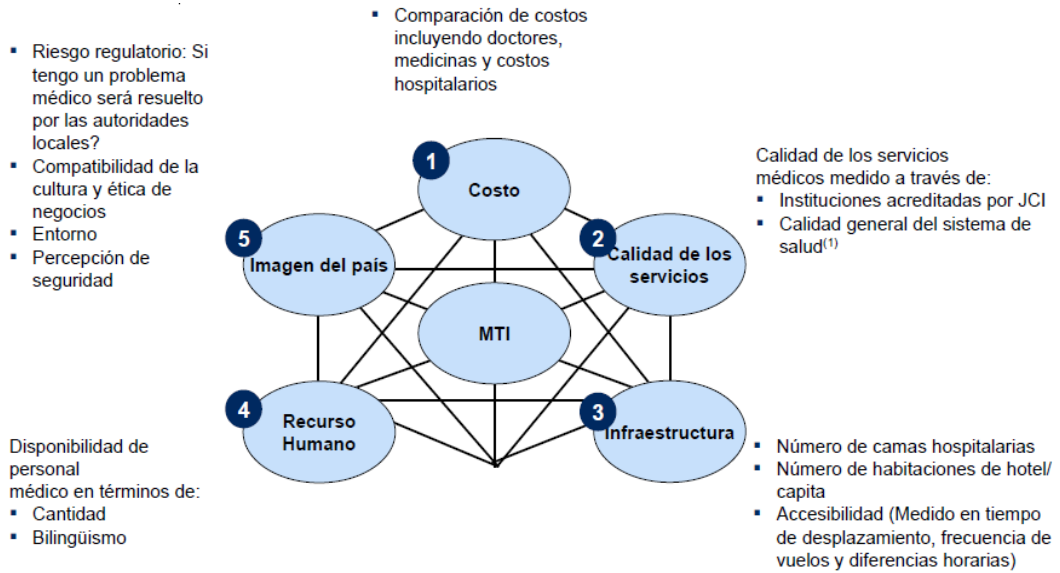
¹ Incluye pacientes para los cuales no se detallo la información del procedimiento al cual fueron sometidos

FUENTE: Entrevistas, Análisis equipo de trabajo

McKinsey & Company | 86

Para medir la competitividad de Colombia como prestador de servicios para el sector de turismo de salud se utiliza el índice de Turismo medico (MTI) (2) esquema este que mide 5 dimensiones para evaluar la eficiencia de los sistemas de salud (organización mundial de la salud).

Figura 13. Composición del MTI



⁽¹⁾ Medida a través del ranking de Eficiencia en el Desempeño de Sistemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud
⁽²⁾ MTI: Índice de turismo médico por sus siglas en inglés

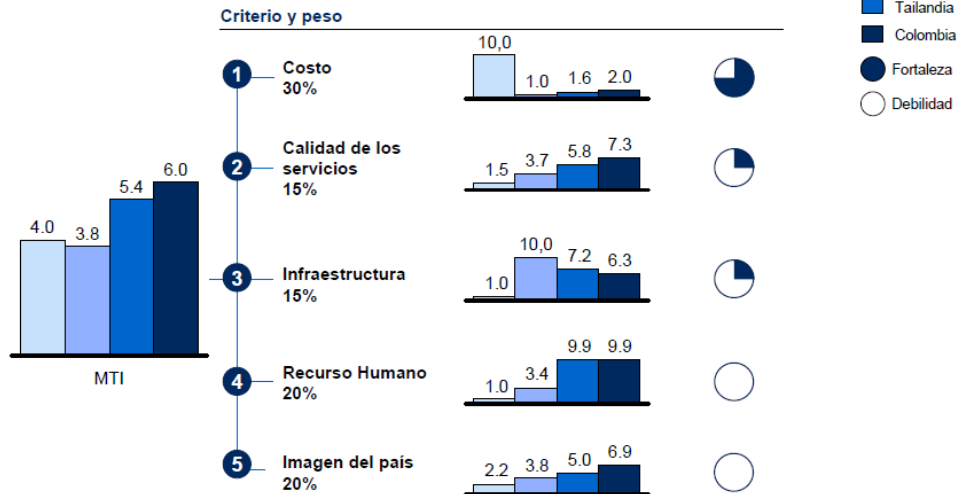
FUENTE: McKinsey, entrevistas, Análisis equipo de trabajo

McKinsey & Company | 87

Figura 14. Situación de Colombia en el Ranking del índice MIT.

De acuerdo con el índice, para competir globalmente Colombia debe mejorar en calidad percibida, infraestructura, recurso humano, e imagen país

Resultado: 1= Mayor atractivo; 10=Menor atractivo



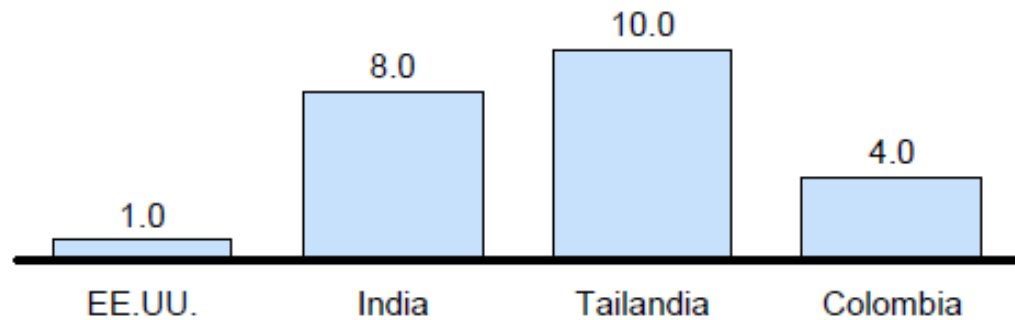
FUENTE: McKinsey, entrevistas, Análisis equipo de trabajo

McKinsey & Company | 88

De acuerdo con este índice, Colombia se encuentra cercana al nivel de Tailandia, pero significativamente lejos de India y Estados Unidos.

Figura 15. . Compatibilidad de la cultura con EE.UU.

(1=alta; 10=baja)

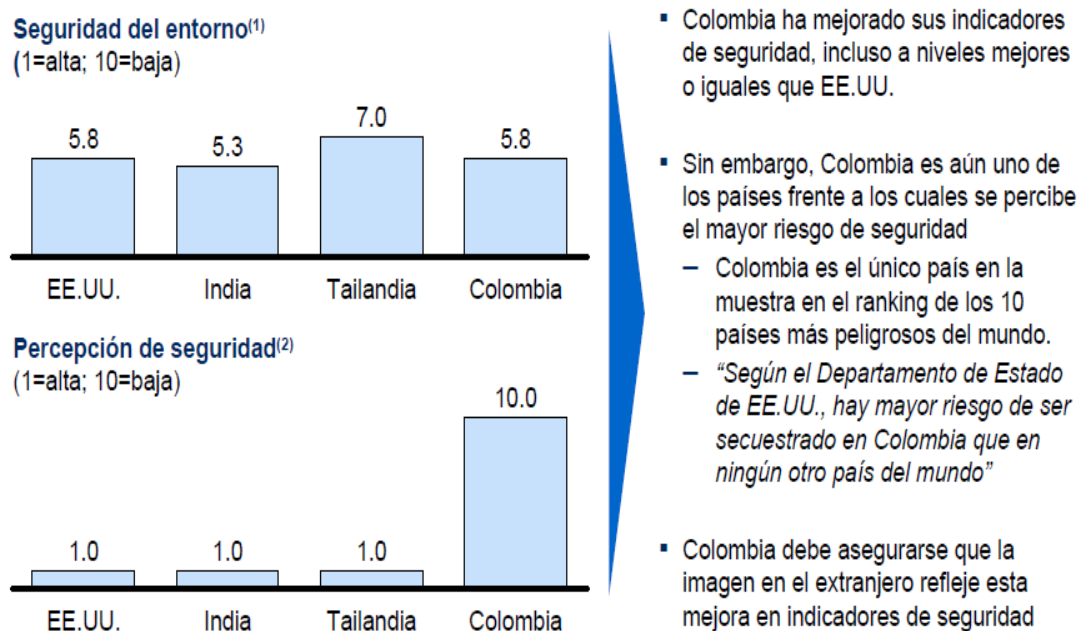


Fuente: WCY Policy direction of the government; EIU transparency & fairness of legal system; WCY Bureaucracy Ranking; Geerst Hofstede study on cross-cultural differences in work.

Colombia puede apalancarse en su mayor compatibilidad con la cultura americana para atraer pacientes de esta región.

Aún cuando Colombia ha mejorado en sus indicadores de seguridad, aún debe trabajar en la percepción de riesgo que se tiene del país ya que limita la disposición de viajeros médicos a venir a Colombia.

Figura 16. Seguridad del entorno y Percepción de Seguridad.

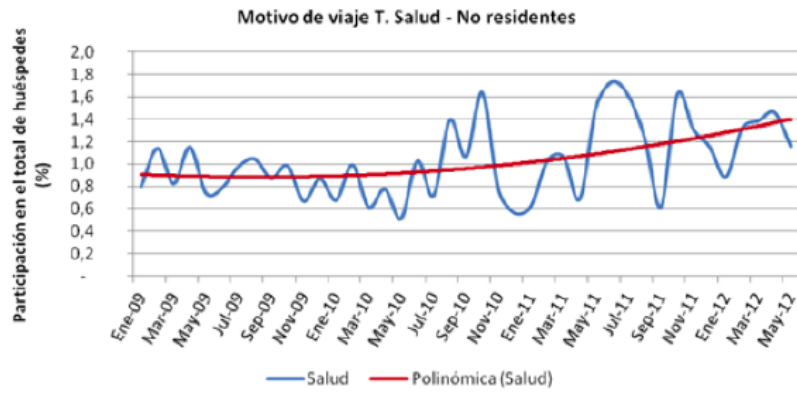


⁽¹⁾ Medida a través de calidad de vida, tasas de VIH/Sida en adultos, número de asesinatos per capita, número de violaciones per capita
⁽²⁾ Medida a través de entrevistas con intermediarios de servicios de turismo de salud en EE.UU y con base en el ranking de Forbes de los 10 destinos más peligrosos del mundo

Fuente: Revista Forbes, McKinsey&Company

Se espera que para el 2032 Colombia sea reconocida como uno de los líderes mundiales en Turismo de Salud, generando al menos ingresos por \$6mil millones de dólares, con base en una propuesta de valor de costos competitivos, alta calidad e innovación en la prestación de servicios. A partir de la implementación de las diferentes estrategias dirigidas a conseguir esta meta, los resultados han sido los siguientes:

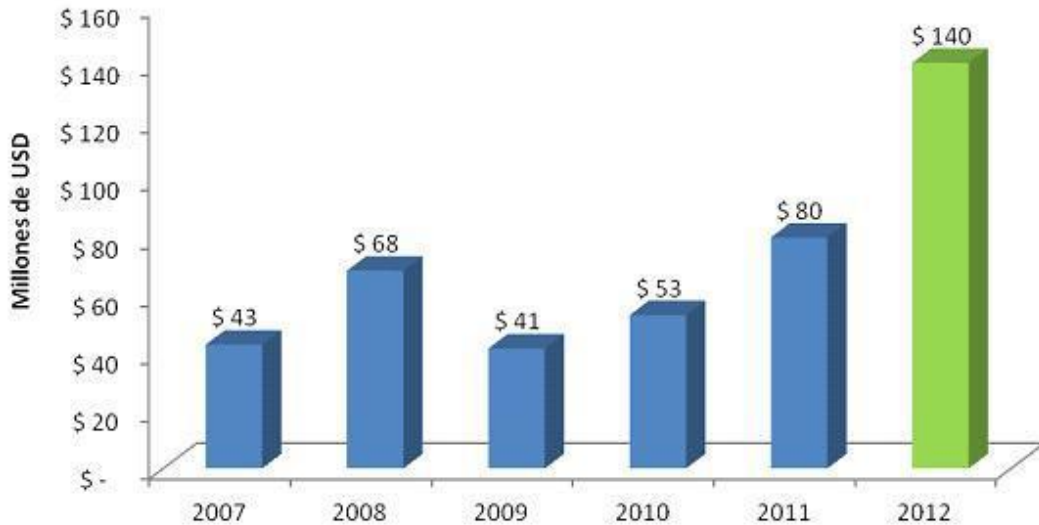
Figura 17. . Ocupacion Hotelera.



Fuente: MCIT. Programa de Transformación Productiva, Sectores de Clase Mundial,

Colombia aumento en un 40% el porcentaje de huéspedes extranjeros no residentes en Hoteles por concepto de turismo de Salud y Bienestar en el primer cuatrimestre de 2012 comparado con el 2011.

Figura 18. Progresión Exportaciones de Turismo de Salud en Colombia.



En periodo comprendido entre 2011 y 2012 la facturación por exportación de servicios de salud aumento en un 87%.

En el ámbito nacional avanza actualmente un proyecto de Reforma a la Salud cuyos 98 artículos fueron aprobados en primera instancia en el Congreso. Esta reforma impactara de manera directa las políticas de internacionalización. Los ejes principales son:

Salud Mía. Será creada una tesorería centralizada del sistema de salud, con autonomía administrativa y presupuestal, que tendrá funciones de recaudo y afiliación y hará pagos directos a hospitales. Manejará cerca de 40 billones de pesos y se presume que ordenará el flujo de recursos sobre la base de que se sabrá en dónde está cada peso del sector. Reemplazaría al Fosyga.

La transparencia en el manejo de los recursos es un factor determinante en muchos aspectos del sistema.

Integración vertical en niveles básicos de atención. Las gestoras solo podrán contratar a su propia red de clínicas y hospitales en el nivel de atención básica, es decir, en servicios de baja complejidad como urgencias y consulta externa básica. La integración vertical en algunos casos fue utilizada para contener gastos a expensas de limitación en servicios para los pacientes.

Gestoras. Son EPS transformadas. Ya no manejarán recursos, tendrán mayores controles e incentivos económicos si mantienen a sus afiliados en buenas condiciones de salud. Al prestar un servicio de mala calidad impactara en sus resultados financieros. Tampoco tendrán plena libertad para elegir a su red de prestadores; deberán contratar con algunas clínicas y hospitales previamente definidos. Es probable que disminuya el número actual de EPS según no cumplan con requisitos financieros o de calidad.

Plan de beneficios 'Mi plan'. En teoría, los beneficios de la gente estarán basados en un plan de exclusiones explícitas; en ese orden de ideas, se va a generar un mecanismo técnico-científico para definir servicios, medicamentos y tecnologías que no cubrirá el sistema. Esto se hará, básicamente, a través del Instituto de Evaluación de Tecnologías, con ayuda del Invima, las Sociedades Científicas y la asociación de pacientes. Será un proceso participativo pero, en últimas, la decisión será del Ministerio de Salud. Este punto genera muchas expectativas, pues uno de los puntos críticos del actual modelo es la limitación del POS y los desbordes del no POS. Para algunos pacientes la propuesta cercena algunos derechos, limita el acceso a algunos servicios e incluso proveerá mecanismos para hacer más insuficiente un plan de beneficios.

Formación de especialistas. Se autoriza a hospitales universitarios (La FCV acaba de ser certificada como Hospital Universitario según la nueva regulación) para titular en especialidades médicas, sin el concurso de las universidades, con la idea de compensar el déficit de especialistas, sobre todo en pediatría, medicina interna, ginecoobstetricia, cirugía general y medicina familiar. Aunque en teoría solucionaría el cuello de botella que prolonga las listas de espera en citas y agilizaría las agendas, para el cuerpo de especialistas esto no soluciona los problemas; insisten en que si bien hay un déficit, se ha aumentado por un modelo de salud ineficiente, basado en lo curativo, que ha subespecializado y encarecido la atención.

Otros aspectos poco conocidos de la reforma:

Se crea un sistema único de cuentas para el sector salud, con el fin de armonizar las contabilidades de todos los actores del sistema.

Para crear gestoras públicas (EPS), será necesario que tengan, como mínimo, 400.000 afiliados.

El Ministerio de Salud emitirá un concepto vinculante para que la Superintendencia de Industria y Comercio otorgue patentes a medicamentos. De este permiso de Minsalud dependerá el otorgamiento de las mismas, algo que para algunos hoy sucede con demasiada facilidad, dada la estrecha relación entre la Superindustria y el sector farmacéutico.

Personas que estaban vinculadas a las EPS liquidadas como propietarios o accionistas no podrán conformar o ser parte de las gestoras.

Se crean instrumentos para solucionar y tramitar problemas financieros del sistema, como deudas históricas de EPS con hospitales, aclaración de cuentas, compra de cartera y deudas de EPS liquidadas.

Pasando del ámbito nacional a La **Fundación Cardiovascular de Colombia** encontramos que desde hace aproximadamente cinco años ha iniciado en su sede principal: el Instituto del Corazón de Floridablanca el manejo de pacientes internacionales principalmente provenientes de Panamá, Ecuador y Aruba específicamente en las áreas de cardiología y cirugía cardiovascular.

La FCV fue la primera institución acreditada en Colombia en el sistema único de acreditación y la primera acreditada y reacreditada internacionalmente por JCI (Joint Commission International)

Se fundó la Universidad Corporativa FCV la cual se encarga de manejar las relaciones con los diferentes entes de educación superior donde se forman los profesionales con los que se va a trabajar en el futuro y maneja programas como el bilingüismo en FCV y la formación de personal técnico en enfermería (alianza con el SENA).

Actualmente el Instituto del Corazon de Floridablanca, FCV se ha acreditado como Hospital Universitario, paso muy importante para trabajar en la formación de los nuevos profesionales de la salud.

Simultáneamente, la FCV viene trabajando en crear Centros de Excelencia en diferentes líneas de servicio y quiere contribuir además a la creación de estándares para su adecuada evaluación.

Actualmente se ha acreditado como Hospital Universitario, paso muy importante para trabajar en la formación de los nuevos profesionales de la salud.

Simultáneamente, se creó la unidad estratégica empresarial que brinda servicios de telemedicina FCV la cual cuenta con experiencia a nivel nacional. Estos servicios de tele medicina se prestan con equipos desarrollados en la unidad de bioingeniería FCV. La mayor experiencia ha sido en el manejo de tele-consulta, tele-radiografía, tele-electrocardiografía, manejo de tele-cuidado intensivo pediátrico y adulto. Este servicio se ha prestado en zonas alejadas donde generalmente encontramos dificultades de transporte como son los antiguos Territorios Nacionales y se perfila como una herramienta clave para el manejo de pacientes de lugares distantes de nuestras sedes físicas.

Se creó la unidad estratégica de transporte aéreo medicalizado la cual cuenta con 2 aviones y un helicóptero y actualmente presta servicios de traslado medicalizado a pacientes nacionales e internacionales. Permitiendo a la FCV lograr una excelente posición competitiva para atraer y conquistar mercados internacionales.

Se cuenta con una oficina de atención al paciente internacional y su familia esta cuenta con personal bilingüe y coordina la atención hospitalaria y la logística de su estadía, provee servicios de transporte y alojamiento.

Otros esfuerzo orientado a la internacionalización de los servicios de salud es la constitución de una Zona Franca Permanente Especial en Piedecuesta (Santander), donde ya inicio la construcción del Hospital Internacional de Colombia (capacidad de 450 camas) el cual tendrá como una de sus metas la exportación de servicios de salud.

Una zona franca es un área geográficamente delimitada dentro del territorio nacional donde se desarrollan actividades industriales de bienes y de servicios o actividades comerciales bajo una normatividad especial; tributaria, aduanera y de comercio exterior.

La finalidad de esta figura es:

- Ser instrumento para la creación de empleo y para la captación de nuevas inversiones de capital.
- Ser un polo de desarrollo que promueva la competitividad en las regiones donde se establezcan.
- Desarrollar procesos industriales altamente productivos y competitivos, bajo los conceptos de seguridad, transparencia, tecnología, producciones limpias y buenas prácticas empresariales.
- Promover la generación de economías de escala.
- Simplificar los procedimientos del comercio de bienes y servicios, para facilitar su venta.

El régimen franco está contenido en la Ley 1004/2005 y reglamentado a través del decreto 383/2007. La nueva reforma tributaria que entro en vigencia en Enero de 2013, blinda a las Zonas Francas que fueron constituidas con anterioridad (Por ejemplo la Zona Franca Hospital Internacional de Colombia) y mantiene las condiciones con las cuales fueron creadas.

Dentro de las ventajas que se aplican en las Zonas Francas, se encuentran:

A. Beneficios financieros para los usuarios industriales:

1. Establece una tarifa de renta diferencial del 15%.
2. No está obligado a pagar el Arancel y el IVA ya que mientras las materias primas, partes, piezas, bienes intermedios y bienes finales estén en Zona Franca están fuera del país; finalmente estos impuestos se causan en el momento que los bienes sean importados a Colombia.
3. No están obligados a causar el IVA debido a que no han ingreso a Colombia; el IVA y el arancel se paga una vez importados.
4. Las exportaciones a Zona Franca gozan de los beneficios de exención de IVA que establece el estatuto Tributario para las Exportaciones.
5. Las ventas de mercancías extranjeras entre los usuarios de Zona Franca no causan el IVA ya que para los efectos no han ingresado a Colombia. En conclusión las compras locales y ventas de bienes no tienen IVA.
6. Exención del pago de Impuesto de Remesa (7%) sobre giros internacionales.
7. Exención del impuesto de renta para los socios de la empresas al distribuir las utilidades, ya que para los efectos el pago del impuesto ya lo realiza la persona jurídica de Zona Franca.
8. Concede beneficios de reducción de pólizas por certificaciones o acreditaciones.
9. No tiene que pagar impuestos sobre bienes que han perdido su valor comercial, se pueden destruir. La valoración de los bienes se determina teniendo en cuenta el estado real de las mercancías.
10. Seguridad Jurídica. Los beneficios recibidos se mantendrán hasta el tiempo en que su empresa conserve la calidad de Usuario de la Zona Franca.
11. Reduce los gastos por seguridad y servicios públicos al no tener que contratar personal propio y al poder negociar tarifas de servicios públicos en bloque.

B. Beneficios cambiarios para los usuarios:

12. Libertad cambiaria. Las empresas deciden si monetizan o no sus divisas; en caso de hacerlo deben cumplir con la legislación que sobre el particular determina el Banco de la República.
13. Tienen la libertad de repatriar utilidades.
14. Pueden acceder a financiación por parte de sus proveedores, sin la necesidad de constituir depósito. Sólo se debe informar al Banco de la República sobre el endeudamiento externo adquirido en un plazo de 6 meses contados a partir de la fecha del documento de transporte.
15. El plazo máximo de 180 días estipulado para el giro de divisas rige a partir de la fecha de nacionalización de la mercancía.
16. Posibilidad de manejar divisas y pesos por las compras y ventas entre residentes en Colombia y las zonas francas.

C. Beneficios aduaneros para los usuarios:

17. Se pueden retirar temporalmente a Colombia de la Zona Franca, materias primas, bienes intermedios y bienes finales para que sean objeto de procesos adicionales (parciales) en Colombia. La autorización la otorga directamente Zona Franca, cumpliendo con los plazos autorizados por la DIAN. (Esta actividad opera sólo para los Usuarios Industriales).
18. No pago de tributos aduaneros (arancel e IVA) sobre bienes de capital, equipos, computadores, maquinaria, materias primas, muebles y demás mientras estén en Zona Franca, la nacionalización se hace en el momento de retirar la mercancía de la Zona Franca bajo la modalidad de importación que se le quiera dar al bien.
19. La valoración de mercancías según el estado de la mercancía. La determinación de la base gravable se realiza sobre el estado real del bien, evitando así el pago de impuestos sobre mercancía inservible u obsoleta.
20. Se pueden dar de baja los inventarios y destruir mercancías si las mismas no tienen valor. Los desperdicios del proceso de producción se pueden retirar

para destrucción o se pueden vender de acuerdo al valor que se defina por la empresa.

21. Es posible el almacenamiento indefinido de mercancías.
22. Se puede extender los beneficios a proyectos nuevos que se pretendan desarrollar fuera de las Zonas Francas actuales. Esto se denomina “Zonas Francas Permanentes Especiales”.
23. Es posible que su empresa venda bienes a otras empresas según la modalidad que estén utilizando; tales como las ventas a In Bond, Depósitos de Provisiones de Abordo para Consumo, Depósitos de Transformación o Ensamble, Plan Vallejo,

Programas Especiales de Exportación PEX y Depósitos de Procesamiento Industrial. En estos casos no tiene que nacionalizar el bien sino que se procede conforme a los procedimientos especiales que contempla cada una de esas modalidades aduaneras.

24. Se pueden retirar temporalmente de Zona Franca, bienes de capital, partes y piezas para reparación en Colombia, sin la necesidad de constituir pólizas. En estos casos deben sujetarse a los plazos autorizados por las normas aduaneras.
25. Se puede utilizar la Zona Franca para dar cumplimiento con los compromisos de exportación según se trate e empresas que utilizan Plan Vallejo, Depósitos de Procesamiento Industrial, Programas Especiales de Exportación (PEX) y demás, pudiéndose exportar a Zona Franca estos bienes.
26. Se autorizan las operaciones de tránsito aduanero (DTA) y tránsito multimodal (OTM), desde puertos y aeropuertos internacionales hacia Zona Franca, así como entre zonas francas.
27. Despachos al Exterior sin hacer trámite aduanero mediante Documento de Exportación, DEX.

28. Las empresas pueden realizar nacionalizaciones parciales de sus mercancías, aliviando así el flujo de caja.
29. Los usuarios pueden realizar redespachos de mercancías al exterior sin trámites aduaneros, ya que para los efectos no han sido sometidas a una modalidad aduanera.
30. Funcionarios aduaneros permanentes de la DIAN, facilitan la gestión de sus operaciones.

D. Beneficios en materia de acuerdos internacionales:

31. Las Zonas Francas garantizan la aplicación y cumplimiento de requisitos sanitarios, fitosanitarios, medioambientales y demás. El hecho que tenga un tratamiento especial no quiere decir que tenga un ámbito que lo exima de cumplir con requisitos especiales según el tipo de bien (Invima, Minsalud, ICA, Dimar, Minminas, etc).
32. La legislación de Zonas Francas es aceptada por la Organización Mundial de Comercio.
33. No existen compromisos de exportación. Las empresas deciden si el bien final se importa a Colombia o se vende finalmente a otro país.
34. Las empresas industriales con régimen de Zona Franca conservan el Origen Colombiano para las ventas que hagan a países que así lo soliciten.
35. Los productos elaborados en Zonas Francas mantienen los beneficios de acuerdos y pueden solicitar las desgravaciones arancelarias. Aplicable con G-3, Mercosur, CAN (excepto Perú), Colombia con el Triángulo del Norte, Estados Unidos, Acuerdo de Libre Comercio con Chile.

E. Otros beneficios de comercio exterior:

36. Es posible consolidar exportaciones en Zona Franca.
37. Centralización de sus operaciones de comercio exterior, mejorando así su manejo de la información, lo cual se traduce en una eliminación de fuentes de extra costos

38. Posibilidad de negociar con sus proveedores materia prima puesta en Zona Franca, reduciendo los lead-time y las nacionalizaciones previas al requerimiento real de la materia prima.
39. Devolución al exterior sin reembarque, sin reexportación y sin pólizas ni visados consulares.
40. Concede los beneficios de Zona Franca a Sociedades Portuarias, Concesiones y Parques Tecnológicos.
41. Se beneficia toda la Agroindustria y en general a todos los sectores.
42. Se promueve la competitividad regional, la asociatividad y la formación de “clusters”, y como consecuencia la integración de las zonas francas a las regiones donde están ubicadas.
43. Incorpora la figura de Abandono Legal para las mercancías cuando se descalifica la empresa.
44. Régimen sancionatorio claro para Usuarios Industriales y Comerciales, así como para Usuarios Operadores.
45. Ofrece seguridad física para todas las operaciones a bajo costo.

F. Ventajas de Comercio Exterior:

46. No exigencia de pólizas.
47. Desarrollar la operación sin permisos oficiales, más que los necesarios por el tipo de actividad.
48. No se exigen un porcentaje de nacionalización de bienes producidos.
49. No se exige un porcentaje de compras locales.
50. El ingreso de mercancías no está sujeto a vistos buenos previos, solo se requieren si se van a introducir al país.

Dentro de las obligaciones que se aplican en las Zonas Francas, se encuentran:

En los tres (3) años siguientes a la declaratoria debe cumplir con:

- Nueva inversión por un monto superior a diez mil salarios mínimos mensuales legales vigentes (10.000 S.M.M.L.V.) y hasta cuarenta y seis mil salarios mínimos mensuales legales vigentes (46.000 S.M.M.L.V.) y la creación de quinientos (500) o más nuevos empleos directos y formales, o
- Nueva inversión por un monto superior a cuarenta y seis mil salarios mínimos mensuales legales vigentes (46.000 S.M.M.L.V.) y hasta noventa y dos mil salarios mínimos mensuales legales vigentes (92.000 S.M.M.L.V.), y la creación de trescientos cincuenta (350) o más nuevos empleos directos y formales, o
- Nueva inversión por un monto superior a noventa y dos mil salarios mínimos mensuales legales vigentes (92.000 S.M.M.L.V.) y la creación de ciento cincuenta (150) o más nuevos empleos directos y formales.

A partir del segundo año siguiente a la puesta en marcha del proyecto deberá mantenerse mínimo el noventa por ciento (90%) de los empleos a que se refiere el ítem anterior.

Cuando la Zona Franca Permanente Especial está dedicada a la prestación de servicios de salud, como en el caso que nos atañe, el cincuenta por ciento (50%) de los nuevos empleos deberán ser directos y formales y el cincuenta por ciento (50%) restante podrá ser de empleos vinculados.

En todos los casos, la actividad de los empleados deberá desarrollarse dentro del área declarada como Zona Franca Permanente Especial.

La Zona Franca Permanente Especial en salud debe:

- a) Comprometerse ante la autoridad competente del ramo a iniciar el procedimiento de acreditación nacional dentro de los tres (3) años subsiguientes al acto de declaratoria de existencia de Zona Franca Permanente Especial.

- b) Comprometerse ante la autoridad competente del ramo a iniciar el procedimiento de acreditación internacional dentro de los cinco (5) años subsiguientes al acto de declaratoria de existencia de Zona Franca Permanente Especial.

Dichos procedimientos deberán concluirse de acuerdo al cronograma y a la reglamentación expedida por el Ministerio de Protección Social.

2.3 AMENAZA DE LOS NUEVOS ENTRANTES

2.3.1. Barreras de Entrada. Colombia solo cuenta con dos instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas internacionalmente por JCI (Fundación Cardiovascular de Colombia FCV y Fundación Santa Fe). Países como India cuentan con 11 instituciones acreditadas por el JCI, Brasil con 12 y Costa Rica con 2. Si bien, Colombia cuenta con el ranking más alto en eficiencia en el sistema de salud de la OMS entre los cuatro países comparados (India, Tailandia, Estados Unidos) y el más alto de Latinoamérica, los estudios adelantados por McKinsey en el mundo revelan que la acreditación internacional, especialmente el JCI, es una herramienta clave que debe cumplir las instituciones que tiene plan de mercadear internacionalmente la calidad de los servicios de salud

La infraestructura hospitalaria y hotelera es insuficiente para atender un volumen representativo de turistas de salud, en cuanto a la infraestructura hospitalaria, hoy la ocupación está a tasas de hasta el 105%. El número de camas de hospital por cada 1,000 personas es de 1.3 vs. 3.1 en EE.UU. En el caso de la infraestructura para la categoría de bienestar (inspired wellness), aunque Colombia está entre los 5 principales destinos de esta categoría en América Latina, apenas tiene el 13% de spas vs. México que es el principal destino de bienestar de la región. De modo

que las instituciones que las instituciones deben contar con un plan de desarrollo de infraestructura para poder competir.

Falta de recursos humanos capacitados en todas las profesiones universitarias relacionadas con la salud. Se estima que hoy en día hay un déficit de al menos 2,184 médicos y que esta brecha entre oferta y demanda seguirá aumentando. De acuerdo con el Ministerio de la protección social, se estima que la demanda incrementará en una tasa anual entre el 7 y el 10% hasta el 2011, mientras que el stock de médicos crecerá a una tasa del 3% anual. Es de anotar, que este déficit, que se presenta en mayor proporción en medicina, se presenta también en profesiones como odontología, enfermería, bacteriología, nutrición y dietética para todos los escenarios de crecimiento esperados para el sistema de salud del país. Por tal motivo la constitución de las entidades prestadoras de servicios de salud como centros de formación es clave en el desarrollo de los proyectos.

Los niveles de personal bilingüe son muy bajos, y como consecuencia será difícil atraer turistas de salud de países como EE.UU. y Canadá, donde se espera que haya un flujo importante de pacientes en busca de servicios de salud hacia otros países diferentes a los de origen. Colombia cuenta con un nivel de bilingüismo del 55% en médicos y 8% en enfermeras vs. 80% y 50% respectivamente en Tailandia y 100% en ambas profesiones en India. Las instituciones con programas activos y efectivos de bilingüismo serán las que podrán intervenir en estos mercados.

La percepción de riesgo (inseguridad) en el país aún es alta, aunque se ha mejorado en indicadores de seguridad, incluso a niveles mejores o iguales que EE.UU. Sin embargo, Colombia es aún uno de los países frente a los cuales se percibe el mayor riesgo de seguridad. El trabajo diplomático debe fortalecer este tipo de debilidad como país exportador de servicios de salud.

2.4. AMENAZA DE PRODUCTOS SUSTITUTOS

Desde el final de la Segunda Guerra Mundial, la cirugía cardíaca experimentó un crecimiento espectacular, tanto en el número como en la diversidad de sus intervenciones.

El riesgo de las operaciones de corazón disminuyó paulatinamente, las técnicas y soportes terapéuticos necesarios para su adecuada realización se especializaron y los resultados a medio y largo plazo mejoraron de manera progresiva.

Sin embargo, desde finales de la década de 1990, y sobre todo a principios del nuevo siglo, otras especialidades han avanzado de manera paralela y conseguido alternativas al tratamiento quirúrgico con resultados potencialmente similares.

De hecho, éste ha sido el sino de la cirugía no sólo a nivel de los órganos intratorácicos y el sistema circulatorio sino también en otros campos de la medicina.

Así por ejemplo, el tratamiento actual de la úlcera gastroduodenal después de muchos años de ser habitualmente quirúrgico, ha sido relegado a un segundo plano (reservado a condiciones especiales de complejidad y complicaciones) por la terapéutica farmacológica o la simple prevención.

Sin embargo, al ser la cirugía cardíaca una especialidad joven (aproximadamente 50 años), no se había enfrentado jamás a una situación semejante hasta la llegada de la angioplastia coronaria (técnica de permeabilizar las arterias coronarias ocluidas mediante procedimientos realizados en forma endovascular y ayudados por catéteres y dispositivos percutáneos). Esto ha llevado a una situación de cierto dramatismo respecto al porvenir de la especialidad y a una

notable ansiedad e inseguridad en lo que a práctica profesional de los cirujanos cardiovasculares se refiere.

A nivel mundial los datos estadísticos habían mostrado un permanente ascenso de la actividad de la cirugía cardíaca hasta 1996 año en el que, por un corto periodo de tiempo, se inició una fase de estabilización seguida por un declive progresivo.

Esta curva de evolución de la cirugía cardíaca ha ido paralela a la de la cirugía de revascularización miocárdica y a la vez coincidiendo con un crecimiento exponencial de las técnicas intervencionistas, cuyas cifras han llegado a sobrepasar a las de la cirugía coronaria y persisten en su crecimiento en los últimos años.

De hecho, una observación más minuciosa permite implicar en este cambio tan brusco no tanto a la angioplastia en sí, como a la aparición y uso más extendido de los *stents* o dispositivos intracoronarios y al perfeccionamiento de los mismos agregándoles diferentes medicamentos.

Las bases de datos, tanto de EE.UU. como de Europa, muestran un impresionante descenso de la cirugía de revascularización miocárdica en los últimos años. Por el contrario, la cirugía valvular presenta unas características totalmente diferentes y contrapuestas.

En 1987 se realizaban en EE.UU. alrededor de 40.000 intervenciones valvulares. En el año 2006, 18 años más tarde y tras un vertiginoso crecimiento, se realizaron cerca de 180.000 operaciones sobre válvulas, lo que supone un 450% de incremento.

Este incremento se ha producido no sólo en la cirugía sobre la válvula aórtica sino también en la de la válvula mitral, en esta última fundamentalmente debido al

impresionante desarrollo de las técnicas reparadoras o plastias que con sus resultados excelentes han expandido la indicación quirúrgica.

Es claro que en la mayoría de los países desarrollados, la práctica habitual de los cirujanos cardíacos ha consistido en revascularizar el miocardio y corregir los defectos valvulares. Sin embargo la cirugía coronaria había supuesto entre el 80-85% del volumen quirúrgico (en nuestro país la proporción es aproximadamente de un 60% de cirugía coronaria Vs un 40% cirugía valvular), por ello, cualquier cambio en este tipo de actividad tiene un impacto sustancial en el cómputo global de la cirugía cardíaca.

La reducción del volumen de actividad quirúrgica, adicionalmente, hubiera sido más llamativa si no se hubieran incorporado a la práctica habitual pacientes de edad cada vez más avanzada, quienes, además de tener una mayor expectativa de vida, exigen una calidad adecuada que les permita una autonomía suficiente hasta bien avanzada su vejez.

Este fenómeno poblacional ha condicionado el incremento, de manera muy especial en los últimos años, de la cirugía valvular aórtica, con aumentos que hasta quintuplican los volúmenes de finales de la década de 1980. En ello ha influido, como ya he señalado, por una parte, la edad de los pacientes, pero de manera muy especial los nuevos métodos de diagnóstico y su mayor accesibilidad por parte de hospitales de nivel inferior al de los que realizan cirugía cardíaca.

La arritmia más frecuente: La fibrilación auricular, entidad de prevalencia alta entre la población portadora de valvulopatías y también relacionada muy directamente con la edad, es una enfermedad a la que en el pasado se prestó poca atención y que, desde que se conocieron los resultados con intervenciones como la de Maze a principios de 1990, ha despertado progresivo interés tanto entre los electrofisiólogos como entre los cirujanos cardiovasculares. Además, el disponer

de sistemas de ablación quirúrgica más eficientes y seguros, utilizando desde la radiofrecuencia uni o bipolar, la radiofrecuencia, la criogenia, las microondas o los ultrasonidos y el láser, ha permitido obviar una intervención como la descrita por Cox, que, si bien era de excelentes resultados, se trataba de una intervención tediosa, muy cruenta, y por ello poco extendida entre los diferentes servicios.

En los últimos 5 años, la cirugía de la fibrilación auricular sin enfermedad asociada mediante técnicas de toracoscopia se ha empezado a realizar con buenos resultados. Éste es, pues, sin duda, un campo abierto para el desarrollo e incremento de nuestra actividad.

Hemos notado a nivel mundial un descenso leve en el número de trasplantes cardiacos desde el año 2000, pero un incremento en el implante de Dispositivos de Asistencia Ventricular y cada vez más pacientes llegan al trasplante portando un dispositivo de asistencia ventricular de largo plazo.

Finalmente, las intervenciones de pacientes con enfermedad coronaria no susceptible de realizar más angioplastias y *stents*, así como las reintervenciones en los pacientes valvulares sometidos previamente a tratamiento conservador o aquellos con intervenciones previas en cardiopatías congénitas, constituyen, y van a constituir, un porcentaje cada día mayor del volumen de nuestro trabajo.

La propia cirugía coronaria verá de nuevo cambios radicales en la conformación de grupos amplios de pacientes como consecuencia de estudios recientes que confirman la superioridad de la revascularización quirúrgica en datos de sobrevida a largo plazo y porcentaje de aparición de eventos adversos mayores, sobre los dispositivos percutáneos.

Ahora bien, uno de los factores con más influencia en dicho volumen en los próximos años será el demográfico, presentando envejecimiento de la población y baja tasa de natalidad.

En consecuencia, se ha de generar un potencial aumento de pacientes con enfermedad cardiovascular la cual cada día aumenta en complejidad y por lo tanto, susceptibles de tratamiento quirúrgico, y aun cuando la prevención de determinadas patologías reducirá sin duda la incidencia de enfermedad coronaria, el avance de la medicina facilitará nuevas herramientas para el diagnóstico, lo que a la larga aumentará también el número de candidatos a una intervención cardíaca.

Si la cirugía cardíaca cambia su portafolio de servicios o se mantiene en lo que ahora ofrece, no está en manos de nadie más que de los propios cirujanos.

Las nuevas técnicas de imagen con probabilidad cambiarán muchas cosas: más diagnósticos, menos cruentos, más precisos, en menos tiempo, pero, sobre todo, influirán en el cambio de un hecho fundamental que ocurre en la actualidad, cual es, que el que vea y diagnostique la lesión no necesariamente la corrija. (será diagnosticada por especialistas en diagnóstico por imágenes o sea radiólogos)

El Cardiólogo Hemodinamista no será como hasta ahora quien diagnostica la lesión y tiene en su mano un arma para paliarla, será, por lo tanto, de nuevo el Cardiólogo clínico quien podrá decidir sobre cuál es la mejor opción terapéutica a ofrecer al paciente o en otros casos el propio radiólogo el que indique al paciente la conveniencia de ser atendido por un cardiólogo intervencionista o un cirujano.

Los nuevos cirujanos cardiovasculares deberán tener una formación más adecuada a los tiempos que vienen. Una base sólida en todas las técnicas mínimamente invasivos y endoluminales es imperativa para permitirles controlar la

cirugía endovascular de la aorta y de los vasos periféricos a la vez que la cirugía abierta. Las intervenciones endoscópicas sobre el corazón y la posibilidad de utilizar el robot (Da Vinci) para realizarlas van a generar la necesidad de un entrenamiento específico.

Los implantes valvulares percutáneos se han iniciado de manera franca por parte de los hemodinamistas, sin embargo y por el momento, pocos son los cirujanos que están implicados en la realización de estos procedimientos, aunque sea en su variante más quirúrgica (transapical). Es necesario no renunciar al dominio de estas técnicas terapéuticas. Aunque en ciertos países europeos su frecuencia de uso aumenta constantemente, es cierto que aun existen dudas acerca de durabilidad y problemas como bloqueo aurículo ventricular, necesidad de marcapaso definitivo e insuficiencia residual.

El futuro, está en nuestras manos, los tratamientos sustitutos en realidad no terminan siendo sustitutos sino que encuentran sus indicaciones específicas diferentes a las quirúrgicas y aparecen además nuevos grupos etéreos y patologías susceptibles de manejo quirúrgico. ¹¹

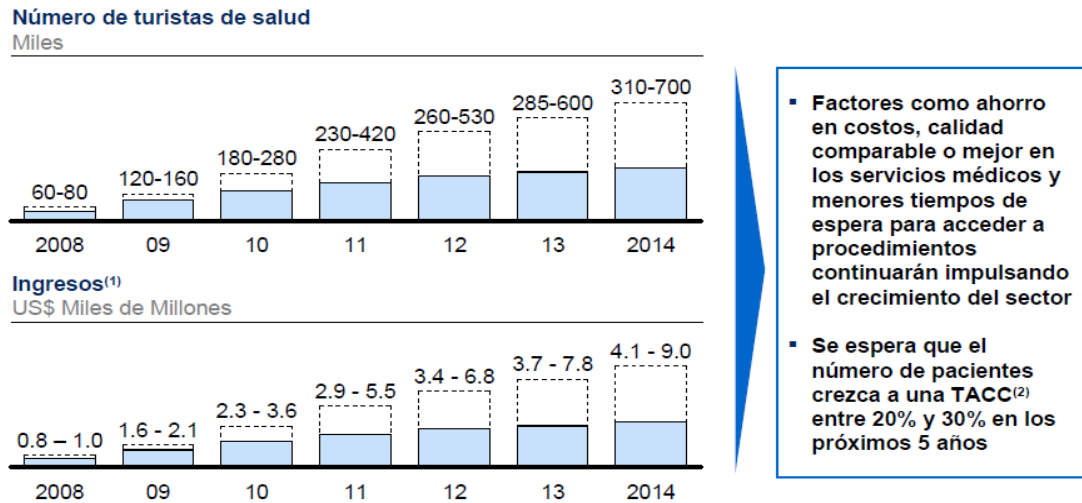
2.5. RIVALIDAD ENTRE LOS COMPETIDORES

Asia y Norteamérica atraen el 87% del flujo total de turistas de salud en las categorías de medicina

Principales tendencias del sector Turismo de Salud en el Mundo:

¹¹ SAURA Emili. Cirugía Cardiovascular, vol. 15, Núm. 3/2008

Figura 19. Proyección del crecimiento en ingresos y turistas de la categoría de medicina curativa en el mundo (estimado)



⁽¹⁾ Suponiendo ingreso promedio por paciente de USD \$13,000

⁽²⁾ TACC estimada con base en el crecimiento del sector en India 2005-2007 para límite inferior y +10 ppt para límite superior

Fuente: MCKINSEY Ahead, Mapping the market for medical travel, McKinsey Mayo 2009.
Healthcare in india, The road Octubre 2002.

Tasa Anual de Crecimiento Compuesto.

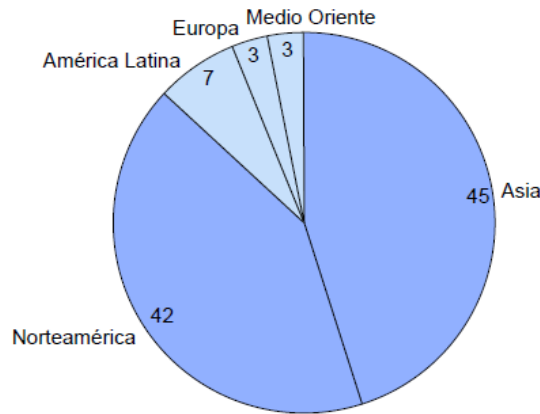
Puntos Porcentuales Totales.

Principales destinos:

Asia y Norteamérica atraen el mayor flujo de turistas de salud en busca de servicios en las categorías de medicina. En el caso de la categoría de Bienestar (*Inspired Wellness*), Medio Oriente y América Latina son los destinos más atractivos para los turistas internacionales.

Grafica 9. Destino de los turistas de salud.

Destino de los Turistas de Salud



- Los turistas que viajan a Norteamérica lo hacen con el objetivo principal de buscar la mejor tecnología y mayor innovación en procedimientos de medicina curativa. Típicamente, la personas de clase alta en diferentes geografías viajan hacia esta región
- Hacia Asia viaja principalmente la diáspora residente en Norteamérica y Europa, adicionalmente, existe un flujo importante entre los países de la región. Sin embargo, cada vez gana mayor importancia entre los turistas de diferentes geografías

Fuente: MCKINSEY Mapping the market for medical travel, , Mayo 2009

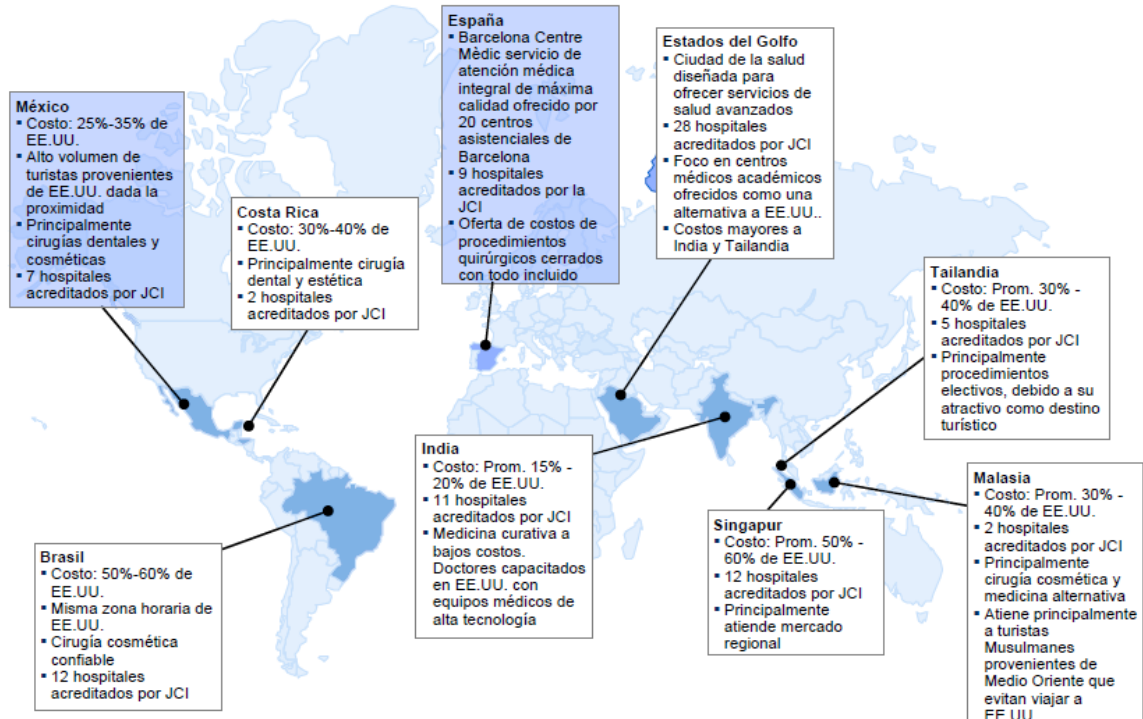
Dentro de los diferentes países exportadores de servicios de salud apreciamos que la India es el país que se enfoca fuertemente y con un gran crecimiento en la venta de servicios de medicina curativa y se podría considerar como un competidor relevante en esta categoría.

Figura 20. Principales países, diferencia de costos y tipo de servicio de exportación.

Para capturar una porción de este mercado, los proveedores de servicios de salud ofrecen propuestas de valor diferentes (1/2)

Medicina curativa, preventiva y estética

Países que tienen acuerdos comerciales con Colombia



Fuente: MCKINSEY Mapping the market for medical travel, , 2008, Pagina web Joint Commission International

Tratamientos más buscados:

Para el 2015 se estima que los tratamientos que ofrecerán mayor rentabilidad y atractivo estarán asociados con la categoría de medicina preventiva y de bienestar (p.ej. Manejo de peso, salud masculina y manejo de estrés). En la actualidad, las especialidades más demandadas en las categorías de medicina curativa son: cardiología, cirugía general y ortopedia; mientras que en la categoría de bienestar son: levantamiento espiritual, talleres de nutrición y tratamientos de spa (cosméticos y no cosméticos)

Oferta:

En la categoría de medicina, en América Latina la especialidad con mayor oferta es la de cirugía estética, en Europa es la rehabilitación, en Asia la cardiología y en Medio Oriente la oncología. En bienestar, la oferta de spas está concentrada en Europa, Norte América y Asia, tanto en número de spas como en ingresos

2.5.1. INDIA. Con un posicionamiento de bajo costo se ha convertido en el país con mayor crecimiento en el turismo de salud en el mundo.

Contexto

Situación Interna:

Hacia 1990 el gobierno de India, des-regularizó su economía, disminuyendo barreras para la inversión en desarrollo tecnológico.

Después de la crisis económica de Asia los hospitales, al igual que otras industrias, estaban buscando fuentes alternativas de ingresos, Incentivos tributarios del gobierno, permitieron a grupos privados destinar recursos a la construcción de infraestructura hospitalaria para la atención de turistas de salud.

El país contaba con una gran cantidad de profesionales médicos educados en EE.UU., el Reino Unido y Australia con alto nivel de bilingüismo

Situación Externa:

Aumento sostenido en costos de servicios de salud en EE.UU. (18% de los 253 millones de estadounidenses asegurados en el 2007, no clasifican para ciertos procedimientos y deben financiarlos ellos mismos)

Alto porcentaje de la población sin seguro médico o sub-asegurada (en el 2008 47.5 millones de personas y se esperaba que para el 2011 este número llegara a 56.4 millones para el solo en EE.UU.) Lenta implementación de Obamacare.

Tiempos de espera de más de 6 meses para ciertos tratamientos en países con alta cobertura.

Déficit de infraestructura hospitalaria y oferta de ciertos tratamientos en algunos países en desarrollo

Población de tercera edad en rápido crecimiento (se espera que en el 2015 habrá más de 220 millones de “baby boomers” buscando servicios médicos de bajo costo)

Enfoque

El gobierno de India y el sector privado se comprometieron con el ideal de convertir al país en el líder mundial en Turismo de Salud.

A diferencia de otros países competidores en Asia, India contaba con la sofisticación tecnológica y la infraestructura para posicionarse en el mercado. Por esta razón, India apostó por ofrecer servicios de alta calidad y última tecnología a bajo costo.

El sector es promovido por la política nacional de salud. Para asegurar la calidad y la última tecnología disponible, se incremento la tasa de depreciación para reemplazar más rápido los equipos viejos.

Se creó la Fundación de Salud Pública de la India, una iniciativa estatal y privada que tiene como objetivo la creación de cinco centros universitarios para formar a miles de profesionales del sector de la salud.

Oferta enfocada en costos bajos con calidad de estándares occidentales (los costos en determinados procedimientos hasta un 90% menor que en EE.UU.)

Profesionales e instituciones certificados y acreditados por organizaciones estadounidenses para asegurar calidad de los servicios ofrecidos.

La calidad y tecnología de los hospitales en la India se aumentó significativamente, 11 hospitales acreditados por el JCI (2009)

Resultados/Impactos

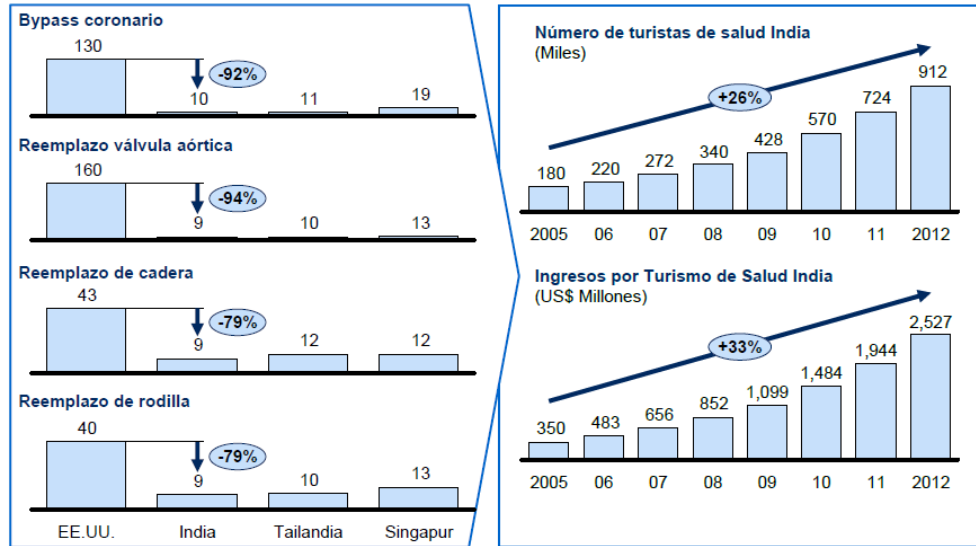
El sector Turismo de Salud, se ha convertido en uno de los sectores económicos más importantes del país impulsando la industria hotelera, de equipos médicos y farmacéutica

- En 2005 llegaron a India 180 mil Turistas médicos. Para el 2007 se esperaba que el número de turistas médicos subiera a 272 mil
- En el 2005, el sector generaba ingresos por US\$350 millones, para el 2007 se esperaban ingresos de US\$656 millones
- Es el país que más rápido crece en el sector de turismo de salud. Incrementa el número de turistas de salud en un 26% cada año
- Se espera que para el 2012 India reciba 912 mil turistas de salud que generaran ingresos por US\$2,527 millones
- En los mejores centros privados del país, los extranjeros representan ya un 10 por ciento de los pacientes.

Figura 21. Diferencias de costos y Progresión en número de pacientes.

La diferencia en costos y la oferta de tratamientos con estándares de calidad occidentales ha resultado en un crecimiento sostenido, que se espera continúe, en el número de turistas de salud que visitan la India

Costo por procedimiento, US\$ Miles, 2008



Fuente: CHALLENGES Ahead, IIMK, Mayo 2008, Oportunidades y retos en el turismo de salud en India, Dinyal Swain and Suprava Sahu, 2008, Booming Medical tourism in india,

Estrategia de la India:

Unión de esfuerzos entre el sector público y el privado

La voluntad gubernamental junto a la iniciativa privada ayudó a crear un proyecto viable y exitoso para el sector de turismo de salud.

- Se asignó un presupuesto por parte del gobierno acompañado de inversiones privadas con el fin de posicionar india internacionalmente como un destino atractivo para turistas de salud
- El gobierno de India, colaboró con la implementación de políticas tecnológicas y de infraestructura que impulsaron el desarrollo y la calidad del sector internacionalmente.

Fuerte Inversión tecnológica y de infraestructura

India enfocó sus esfuerzos en alcanzar reconocimiento por su excelente infraestructura y tecnología de punta.

Alta Calidad a Bajo costo

India es reconocida mundialmente por ofrecer “servicios de primer mundo a precios de tercer mundo” y se ha especializado en cardiología, ortopedia y Lasik (procedimiento quirúrgico ambulatorio que tarda de diez a quince minutos por cada ojo que emplea un láser ultravioleta para cambiar de manera permanente la forma de la córnea con el fin de mejorar la visión)

Talento Humano disponible y capacitado¹²¹³

La mayoría de los profesionales han estudiado en universidades de EE.UU., Reino Unido, y Australia pero retornan a India a ejercer su profesión

- Los profesionales y las instituciones prestadoras de servicios están acreditadas con estándares de EE.UU.
- Hay un alto nivel de bilingüismo no solo para los servicios médicos sino para los turísticos

2.5.2. Filipinas. Impulso el sector Turismo de salud con una asociación público - privada bajo el nombre de Programa de Turismo Médico de Filipinas (PMPT)

¹² DINDAYAL Conferencia Challenges Ahead, 15-17 May 2008, IIMK; Oportunidades y retos en el turismo de salud en India;

¹³ SWAIN and SUPRAVA Sahu. 2008.; Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the U.S: 2007, US Census Bureau Agosto 2008;

Contexto

Situación Interna:

En 1970 el Gobierno de Filipinas estableció centros de excelencia

En Filipinas, a principios de la década de 2000 el motor de crecimiento del turismo estaba detenido

Desde la perspectiva del turista, Filipinas no era competitiva a nivel de destino, ni a nivel de áreas específicas de resorts

Desde la perspectiva de los inversionistas, en las Filipinas se requería una mayor inversión que generaba menores rendimientos

En 2004 el gobierno lanzó un proyecto de asociación público-privada bajo el nombre de Programa de Turismo Médico de Filipinas - PMPT

La diáspora filipina en EE.UU. y otros países contribuyen tanto en la oferta como en la demanda del cluster

Situación Externa:

Otros países como Tailandia, generan una oferta atractiva para atraer turistas de salud con oferta amplia de resorts de clase mundial, acceso aéreo, y servicios diseñados exclusivamente para Turistas de salud

Demanda creciente no sólo por tratamientos médicos curativos, sino también por tratamientos preventivos y de bienestar

Enfoque

El turismo médico en Filipinas, trabaja bajo el modelo de clúster brindando instalaciones médicas de talla mundial, mediante el desarrollo de asociaciones con los principales hospitales del mundo

Pioneros en la adopción de Internet, como medio de promocionar cirugía plástica y cosmética a pacientes en EE.UU. y Europa

Apoyo del gobierno en el desarrollo del clúster de turismo de salud

Apoyo del gobierno en la creación de asociaciones público-privadas.

Población bilingüe reconocida por su calidez, con alto nivel de educación, tasa de 92% de alfabetismo

Mejoras en infraestructura gracias a un crecimiento de la inversión gubernamental para la adecuación de 3 Aeropuertos internacionales, sumado a una política de bajas restricciones migratorias

Isla de renombre mundial, destino de descanso con paisajes naturales

Staff de médicos entrenados internacionalmente

Resultados/Impacto

Generación de un Clúster de turismo de salud, apoyado por otros clústeres relacionados

En 2006, ingresaron al país 250.000 pacientes no residentes, generando ingresos de US\$ 350 Millones lo que equivale al 14% del mercado Asiático

Filipinas se encuentra ahora dentro del grupo de proveedores de salud en Asia, al lado de países como India, Malasia, Singapur y Tailandia

Filipinas es reconocida por trasplantes y cuidado renal, con pacientes que viajan de diferentes partes del mundo a realizarse trasplante de riñón

En 2005 se estimó que las importaciones de equipos médicos por Filipinas fue de US\$119 Millones, 32% más que en 2004

Las metas de contar con 700.000 turistas de salud/año, y US\$ 2,000 Millones/año son cercanas para este país de acuerdo con los avances del clúster

Estrategia de Filipinas:

Clúster

El clúster de turismo de salud en Filipinas es un grupo emergente, que cuenta con el apoyo de otras agrupaciones y la colaboración de diferentes instituciones, como: Proveedores de Salud: Los proveedores de servicios de salud constituyen el centro de la agrupación. La mayoría de ellos son los hospitales privados y clínicas con altos estándares de calidad

Hoteles, restaurantes, consultores de viajes y spas. Los turistas de salud disponen de *resorts* de renombre internacional, durante su recuperación

Servicios BPO: Sirven como una interfaz de posicionamiento de la calidad del sector salud de Filipinas en los mercados internacionales. Filipinas es el país más importante, después de India, en servicios tercerizados a distancia, en el caso de salud se enfoca especialmente en lectura de radiografías y telemedicina

Institutos de enseñanza

Instituciones gubernamentales

Empresas privadas – asociaciones

Cadena de Valor del Turismo de Salud

La cadena de valor del turismo médico en Filipinas integra a todas las partes interesadas incluyendo pacientes, médicos, hospitales, agencias gubernamentales, centros turísticos, etc.

- La cadena inicia cuando los extranjeros buscan tratamiento médico, por medios electrónicos – Internet- o impresos para decidir sobre el paquete de turismo de salud que responde a sus necesidades
- Después de su procedimiento médico, los pacientes pueden descansar y recuperarse en centros turísticos de renombre internacional, con servicios integrados en un solo paquete

Portafolio de servicios integrado

Portafolio de servicios integra servicios de categorías de medicina con servicios de bienestar: Clúster de Turismo de salud compuesto por hospitales y centros médicos, modernos, de alta tecnología que cuentan con personal médico altamente cualificado

Clúster de jubilación que incluye villas de retiro, hogares de ancianos y hospitales. Este clúster trabaja Una actitud más positiva frente a la edad

Un rompimiento en la estructura de cuidado tradicional de personas de la tercera edad

La falta de preparación en muchos países para la atención de una población cada vez mayor

Clúster de Bienestar, que incluye spas, terapias holísticas, masaje tradicional filipino y medicina complementaria

Filipinas es el único país que abarca a través de clústeres las 4 categorías del turismo de salud¹⁴

2.5.3. Tailandia. Apalancándose en su imagen como destino turístico preferido, se ha posicionado como uno de los principales destinos para turistas de salud.

Contexto

Situación Interna:

Para compensar la disminución de los ingresos causados por la crisis económica de 1997, los hospitales privados comenzaron a explorar el negocio de atención a turistas de salud

En 1997 el Gobierno obtuvo ayuda de USAID, para el *Thailand Competitiveness Initiative* (TCI) que tenía por objeto mejorar la competitividad y el desarrollo de clusters, entre ellos el de turismo

Un nicho creciente que se ha estimulado a partir del clúster de turismo es el turismo de salud, con un crecimiento anual de 30% entre 2001 y 2006

¹⁴ PORTER Michael; artículos de prensa. Turismo Médico en Filipinas, microeconomías de firmas competitivas; Firmas, clusters y desarrollo económico, Harvard Business School, May, 2008,

Situación Externa:

Aumento sostenido en costos de servicios de salud en EE.UU. (18% de los 253 millones de estadounidenses asegurados en el 2007, no clasifican para ciertos procedimientos y deben financiarlos ellos mismos)

Alto porcentaje de la población sin seguro médico o sub-asegurada (en el 2008 47.5 millones de personas y se espera que para el 2011 este número llegue a 56.4 millones solo en EE.UU.)

Población de tercera edad en rápido crecimiento (se espera que en el 2015 habrá más de 220 millones de “baby boomers” buscando servicios médicos de bajo costo)

Demanda creciente no solo por tratamientos médicos curativos, sino también por tratamientos preventivos y de bienestar

Enfoque

País líder en la oferta de servicios para Turistas de Salud, con una propuesta de valor de bajos costos con alta calidad

Los principales factores atribuibles al incremento en el número de pacientes extranjeros que visitan Tailandia son:

Avances en tecnología médica

Alta calidad en procedimientos

Profesionales de la salud altamente competentes

Costo razonable de los servicios médicos

Servicios especiales para relajación y recuperación

Presupuesto del gobierno para promocionar el turismo de salud de US\$2.98 Millones para el 2005

Procedimientos médicos incómodos transformados en una experiencia agradable, con estancia y ambientes cómodos

Bajas restricciones de acceso al país a turistas de salud

Atención a pacientes de oriente medio después de 9/11

Bangkok, es un centro de turismo de salud reconocido, sus centros médicos internacionales ofrecen servicios en 26 idiomas y reconocen la dieta cultural y religiosa de los pacientes

5 hospitales acreditados por la JCI y más de 200 especialistas certificados por asociaciones de EE.UU

Resultados/Impacto:

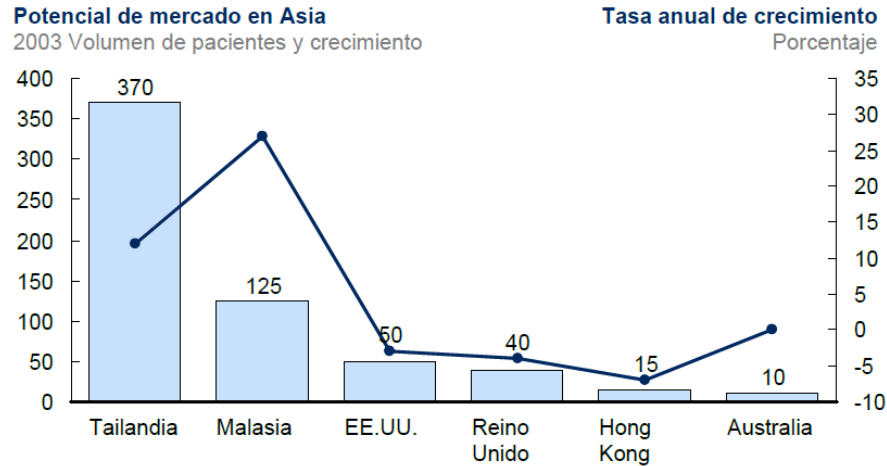
- Líder en Asia en Turismo de Salud
- Diferenciación de oferta a través de spas y tratamientos alternativos
- El número de pacientes que visitan Tailandia ha aumentado de 500.000 pacientes en 2001, a 1.5 millones en 2008
- En el año 2008 se generaron ingresos por Turismo de Salud por aproximadamente \$1,300 millones de dólares

Grafica 10. Potencial de Mercado en Asia.

Aunque ya Tailandia es el país con mayor cantidad de turistas de salud en Asia, se espera que su potencial de crecimiento siga siendo de más del 10% anual



□ Volumen
—●— Crecimiento



Fuente: Departamento de promoción de exportaciones de Tailandia, 2006

Estrategia de Tailandia:

Infraestructura

Tailandia en los últimos 12 años ha invertido en el desarrollo de su infraestructura y el turismo de salud, estableciendo más de 30 hospitales bilingües, clínicas de odontología y centros de curación alternativa 5 de ellos acreditados ante Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations y la International Organization for Standardization

Servicio, aspecto y ambiente de hospitales de Tailandia comparables a los de hoteles cinco estrellas

Calidad del servicio y Recursos Humanos:

La atención recibida por parte de los médicos, enfermeras, administradores y servicios generales tiene altos estándares de calidad

Relación médico paciente de 1 médico por cada 4 turistas de salud.

Relación Calidad/Precio:

Procedimientos de alta complejidad, realizados bajo altos estándares de calidad y a precios entre el 10% al 50% del costo en el país de origen

Los ahorros en gastos médicos, pueden ser utilizados para disfrutar de vacaciones.

Innovación en tratamientos:

Muchos hospitales ofrecen tratamientos que son prácticamente desconocidos en otras partes.

Tratamientos diseñados con base en conocimientos tradicionales de la cultura (p.ej. Masaje Thai, Masaje Esalen, Farmacéuticos con base en vegetación autóctona, Tratamientos con base en “*Thai herbs*”)

Apalancamiento en reconocimiento como destino turístico para atraer pacientes en busca de tratamientos de bienestar (*Inspired Wellness*)¹⁵¹⁶

Aunque India y Tailandia tienen costos más bajos en Reemplazo de cadera, de rodilla y de válvula aortica, Colombia aún mantiene una ventaja competitiva frente a EE.UU.

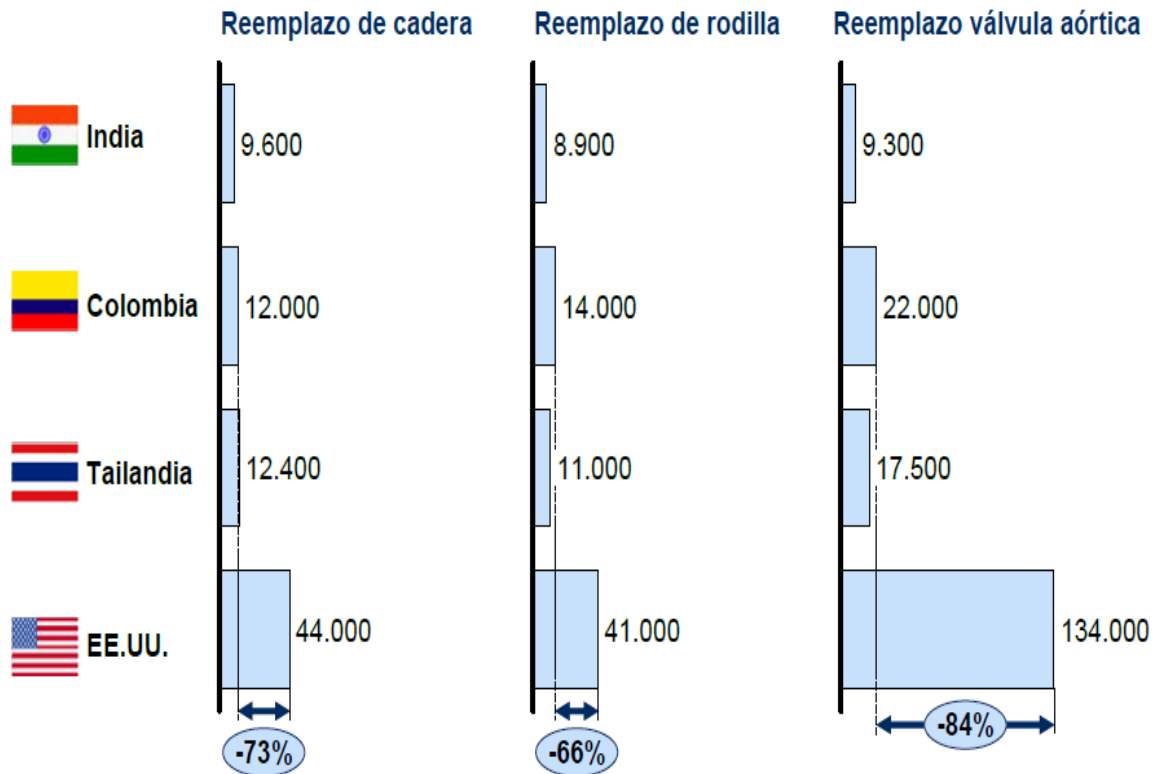
¹⁵ HARRYONO, Monica Patients without borders: an overview of the medical travel industry in Asia, its challenges and opportunities, Oct 2007; Thailand Medical Tourism Cluster. Harvard Business School Microeconomics of Competitiveness. May 5, 2006

¹⁶ CABALLERO Sara -Danell and Chipo MUGOMBA, Medical Tourism and its Entrepreneurial Opportunities - A conceptual framework for entry into the industry. School of Business, Economics and Law Göteborg University Jan, 2007; Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the U.S: 2007, *US Census Bureau Agosto 2008*; Kasikorn research center; Tourism authority of Thailand;)

Grafica 11. Comparativo precios de remplazo de cadera, rodilla, válvula aórtica en estos países India, Colombia Tailandia y Estados unidos

Costo por procedimiento⁽¹⁾, USD, 2008

NO EXHAUSTIVO

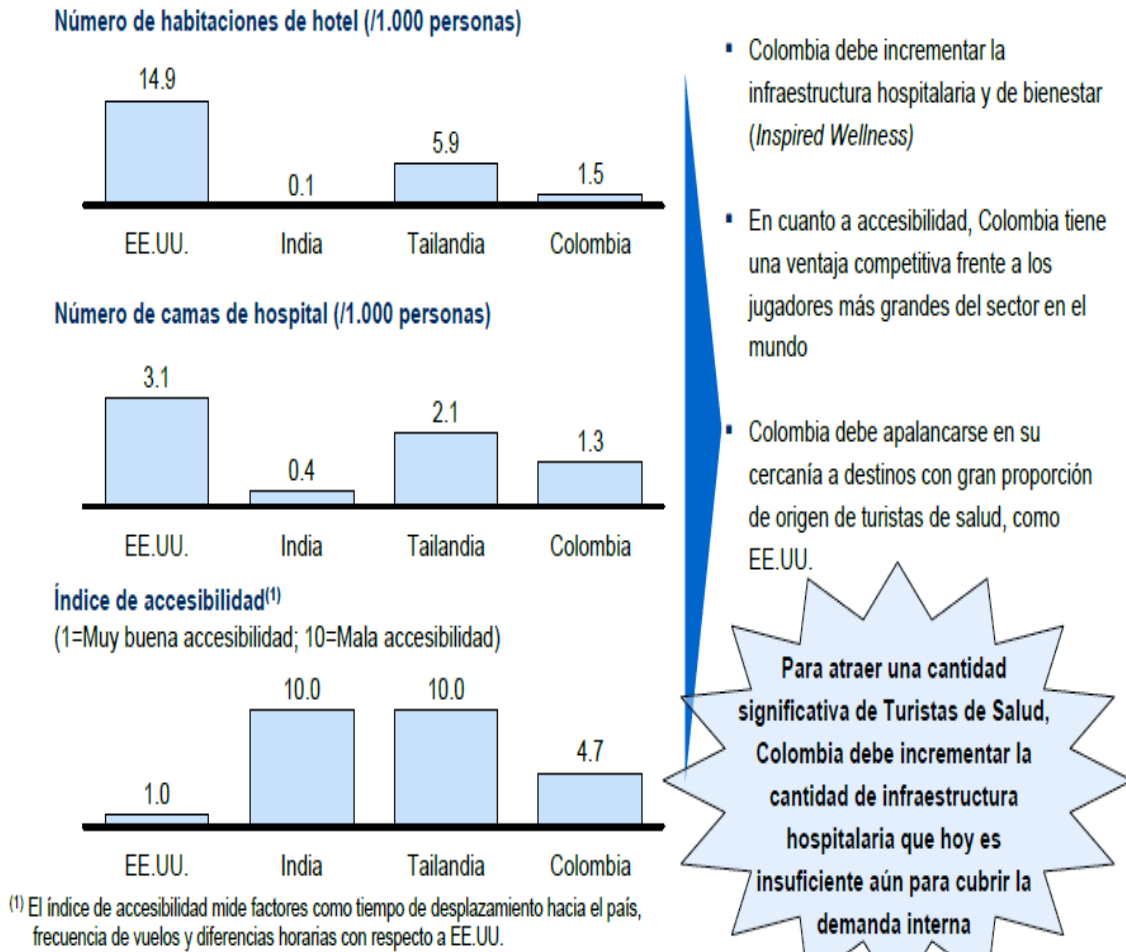


¹ Costo total; incluye honorarios médicos, hospitalización, anestesia y prótesis. Costo es un promedio con base en información de proveedores

Fuente: MACKINSEY Confederation of Indian Industry, 2008

Colombia tiene una ventaja comparativa en términos de accesibilidad hacia el mercado estadounidense, sin embargo aún debe aumentar la cantidad de infraestructura hospitalaria disponible.




Grafica 12. Índice de accesibilidad.



Fuente: MCKINSEY & COMPANY, Informe final, sector turismo de salud, Bogotá, Mayo de 2009, Ministerio de Comercio Industria y Turismo.

En términos de recurso humano, los niveles de personal de servicios de salud bilingüe en Colombia son aún muy bajos y este es un factor en contra que debemos mejorar.

Grafica 13. Personal Bilingüe Colombia Vs países competidores.

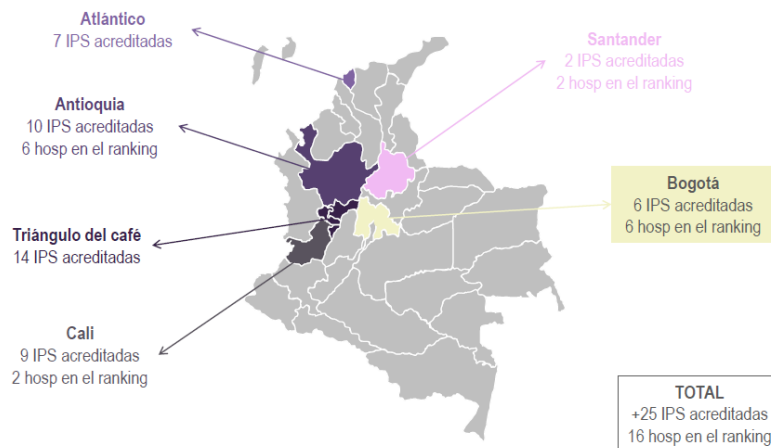
	Total personal médico (miles de personas)	Bilingüismo Doctores⁽¹⁾ (% que habla inglés)	Bilingüismo Enfermeras⁽¹⁾ (% que habla inglés)
	▪ 2,900	▪ 100	▪ 100
	▪ 140	▪ 80	▪ 50
	▪ 200	▪ 55	▪ 8
	▪ 3,350	▪ n.a	▪ n.a.

⁽¹⁾ Porcentaje estimado con base en entrevistas a instituciones prestadoras de servicios de salud e intermediarios

Fuente: MCKINSEY & COMPANY, Informe final, sector turismo de salud, Bogotá, Mayo de 2009, Ministerio de Comercio Industria y Turismo.

2.5.4. Benchmarking Con Entidades de Salud Nacionales

Figura 22. Red Hospitalaria Colombiana acreditada y Ranking Mejores hospitales de Latinoamérica.



Se reporta el número de IPS acreditadas por el Ministerio de Salud y el ICONTEC
Ranking de los 45 mejores hospitales de América Latina - América Economía Intelligence

Fuente: Proexport, Ministerio de Salud, ICONTEC, America economía.

En el entorno colombiano se puede encontrar algunos ejemplos de Hospitales que se han enfocado en la internacionalización de sus servicios:

2.5.4.1. Hospital Pablo Tobón Uribe (HPTU). Medellín): En 2006, reformuló su visión: Ser Hospital Líder en centros de excelencia de alta complejidad, centrado en el ser humano y abierto al mundo. Además definió como objetivo estratégico la acreditación internacional.

Contexto:

Situación Interna

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

Situación externa

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.

Enfoque:

Sensibilización al interior del hospital, trabajo multidisciplinario, socialización del proceso, apoyo y fomento del bilingüismo

Creación de un área de atención al cliente en 2006:

- 6 personas bilingües
- Perfil Ejecutivos de cuenta
- Atención 1 a 1 INTEGRAL: Acceso a telecomunicaciones, necesidades culturales y religiosas, transporte, alojamiento, servicios complementarios

Garantías a turistas de salud

Convenios directos con aseguradoras y cajas de seguridad social de los países

Contacto directo por medio de la página Web

Participación en misiones comerciales

Realización de eventos académicos con invitados internacionales reconocidos en su campo

Participación médica en eventos internacionales con trabajos de investigación, póster o ponencia de experiencias.

Acreditación nacional e Internacional –en proceso-

Capacitación en otros idiomas

Investigaciones conjuntas con el sector farmacéutico y la academia nacional e internacional

Investigación de necesidades de turistas de salud, para la atención integral

Fortalecimiento del departamento de Mercadeo y del área de apoyo al paciente internacional –servicio al cliente-

Benchmarking

Medición de la satisfacción de los usuarios extranjeros

Presencia en medios Internacionales

Capacitaciones médicas en el exterior

Resultados/Impactos

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 los U\$D 6.000 millones
- 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.

La estrategia del Hospital Pablo Tobón Uribe se ha enfocado en 3 aspectos:

Apoyo Directivo.

Desde la presentación de la estrategia de atención a turistas de salud, en 2003, por parte del Departamento de Mercadeo del Hospital, la Dirección ha creído en el programa y lo ha apoyado

Apoyo financiero y en tiempo a los empleados para fortalecer habilidades en atención a pacientes internacionales – Hospital Bilingüe, servicio al cliente y charlas multiculturas

Recursos físicos, económicos y humanos para la construcción y puesta en marcha del área de atención a pacientes internacionales

Señalización Inglés/ Español

Han participado en iniciativas de asociación como: Salud sin fronteras, Cluster de Salud de Medellín y Proexport con misiones comerciales para atraer clientes del exterior

Atención Integral.

Los pacientes, reciben atención integral, desde su llegada al aeropuerto hasta la finalización de su tratamiento

El Hospital cuenta con una base de datos de hoteles, hostales y apartamentos para el hospedaje de turistas de salud, ajustados a las necesidades de cada paciente y su capacidad de pago

El Hospital cuenta con una entidad bancaria encargada del cambio de divisas, que brinda atención en el Hospital a los turistas de salud, disminuyendo con esto riesgos asociados a la inseguridad

Cuentan con una empresa para realizar los traslados internos de los pacientes (apoyo con capacitación en inglés a la cooperativa de taxistas)

Calidad y Atención de Talla Mundial.

Reconocimiento médico a nivel internacional, médicos expositores en eventos internacionales

Atención con calidad

Acompañamiento, calidez humana y calidad técnico – científica

Respaldo a procesos administrativos

Socialización del proceso con todas las áreas del hospital

Grupos de trabajo multiespecializados: Facturación, enfermería, nutrición, trabajo social, farmacia

2.5.4.2. Fundación Cardioinfantil (FCI), (Bogotá): Desde el 2006 crea una oficina destinada a la atención de pacientes internacionales, gana un reconocimiento internacional que le abre sus puertas al turismo de salud.

Contexto:

Situación Interna

La Fundación Cardioinfantil, es especialista en medicina Cardiovascular, adicional a ésta ofrecen otras 51 especialidades y subespecialidades a niños y adultos de todas las edades.

En 2006 se inició el programa de exportación de servicios con pacientes de Surinam y de Curazao, a través de un convenios con el Gobierno para la atención de pacientes en Colombia

La Fundación Cardioinfantil es una organización sin ánimo de lucro destinada a la atención de niños con enfermedades cardiovasculares de escasos recursos, recibe donaciones permanentemente y sus utilidades son reinvertidas en la misma Fundación.

Situación externa

La Fundación CardioInfantil posee un reconocido programa social con niños cardiópatas de escasos recursos

Pacientes de países como Surinam, Aruba, Curazao, Panamá, Ecuador entre otros buscan tratamientos médicos de alta complejidad y precios competitivos

Enfoque:

La Fundación Cardioinfantil se ha enfocado en promocionar sus servicios de Medicina Cardiovascular, posicionándola nacional e internacionalmente

En 2006 se abre el Centro de Atención Internacional el cual cuenta hoy con 5 profesionales bilingües dedicados a la atención de turistas de salud de diferentes países

Se realizó una investigación de mercados para conocer las posibilidades de atender turistas de salud de países vecinos el cual demostró el potencial de la institución en la región

Generación de alianzas de cooperación mutua con las clínicas y hospitales más importantes de países como EEUU - Cleveland Clinic Ohio. Ecuador, Santo Domingo, Panamá y Venezuela

El Centro Internacional participa en misiones comerciales, eventos internacionales médicos y académicos con el fin de diversificar sus países objetivos ofreciendo servicios médicos Cardiovasculares para Turistas de Salud

Inversiones en infraestructura y capacitación de personal (inglés) para ofrecer servicios personalizados a los Turistas de Salud

El Centro internacional tiene alianzas con 15 Hoteles de diferentes categorías, Empresas de transporte particular y agencias de viajes, para ofrecer servicios más personalizados a los Turistas de Salud y sus acompañantes

Resultados/Impacto:

Promoción internacional de los servicios de salud de la fundación, a través de especialistas que han visitado y/o conocen la institución

Repetidamente, la Fundación recibe visitas de médicos reconocidos internacionalmente quienes llegan atraídos por el programa y la calidad de los procedimientos y servicios ofrecidos

En 2005 se atendían 10 Turistas de salud y para el año 2008 se atendieron más de 400 provenientes de Centroamérica, Caribe, Región Andina y EE.UU.

La Fundación realizó una inversión en infraestructura, y hoy en día cuenta con 27 suites para atención a turistas de salud y en 2010 se agregó un edificio donde se ubicaron consultorios y un hotel de 30 habitaciones para sus pacientes

Gracias a la experiencia cardiovascular, número de pacientes atendidos anualmente, métodos de trabajo, entrenamientos a cardiólogos y especialistas y el trabajo investigativo y de educación médica, la fundación da resultados en sus procedimientos comparables con los mejores centros de EE.UU.

La fundación Cardioinfantil ha ganado el premio de calidad en salud en Colombia dos veces y tiene la Certificación de la calidad ISO 9001-2000 para 19 servicios de la línea de cardiología. Actualmente está trabajando en la Acreditación Nacional e Internacional para el año.

Apertura de oficina de representación internacional en Ecuador, encargada de realizar contactos y canalizar pacientes de este país.

La estrategia de la Fundación CardioInfantil se ha enfocado en 3 aspectos

Reconocimiento Internacional:

La fundación Cardioinfantil posee un gran reconocimiento local e internacional lo cual ha ayudado a promocionar sus servicios médicos en diferentes países de la región.

Las constantes visitas a la Fundación de médicos reconocidos internacionalmente contribuyen en gran medida a la recomendación de Turistas de Salud que llegan en busca de los servicios o segundas opiniones

La focalización en Turistas de Salud con necesidades de intervenciones cardiovasculares complejas permite a la Fundación encargarse de su especialidad

Personalización de Servicios:

En el momento de ingreso a la Institución, los turistas de salud desarrollan una encuesta con preguntas dirigidas a conocer prácticas religiosas, hábitos alimenticios y tradiciones culturales con el fin de dirigir el servicio hacia las características especiales identificadas, dentro de los parámetros médicos establecidos

Debido a los convenios suscritos con entidades de seguridad social de diferentes países se ha logrado agilizar los trámites ante embajadas y consulados de extensión de visas y permisos de ingreso al país

Se brinda apoyo en servicios como:

- Alojamiento: opciones de acuerdo a la capacidad de pago de los Turistas de Salud y sus acompañantes.

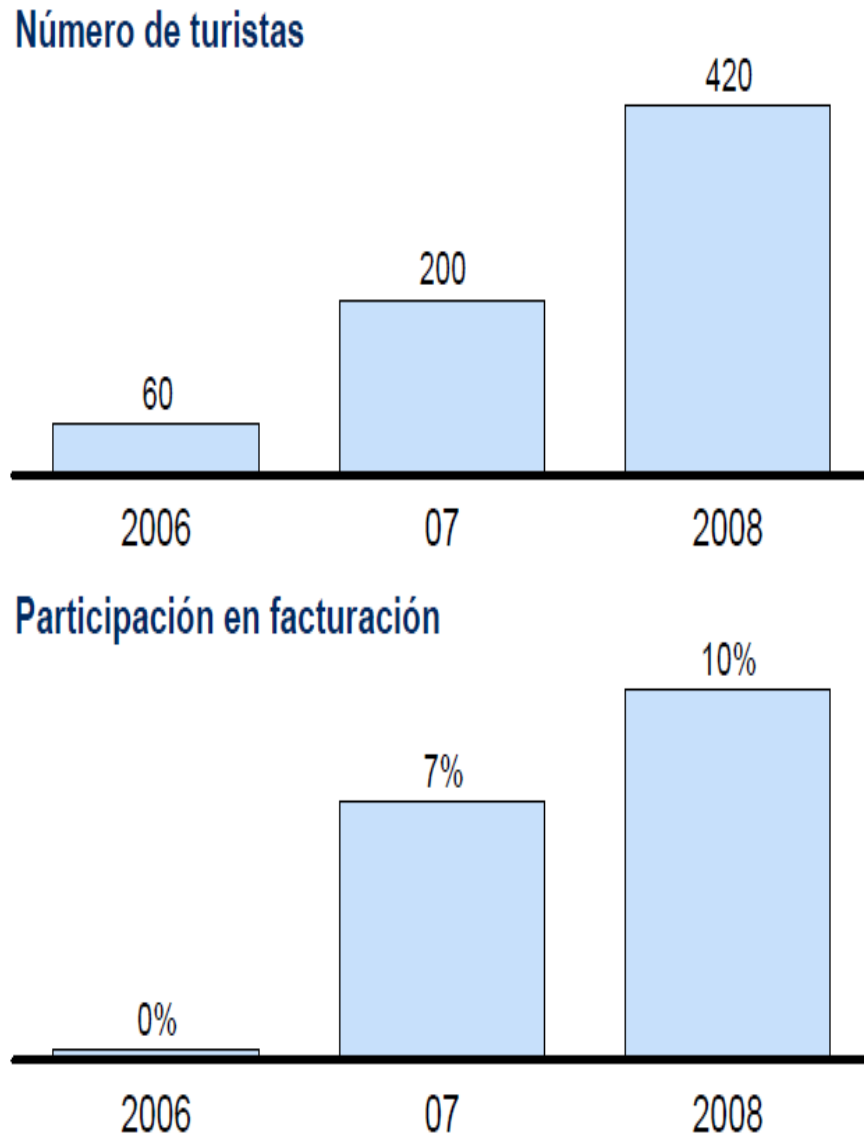
- Acompañamiento constante al paciente y su acompañante
- Turismo: se sugieren lugares turísticos y sitios de interés en Bogotá, en trabajo conjunto con una agencia de turismo
- Transporte: Cuenta con alianzas con dos compañías de transporte – vehículos particulares
- Intérpretes: Grupo multidisciplinario, traducción de la historia clínica, asistencia a acompañantes para trámites

Inversión en infraestructura y tecnología:

El área del Centro Internacional es un área completamente nueva e independiente para la atención a turistas de salud, que cuenta con servicios de comunicación y atención integral, tanto para el paciente como para su acompañante

La Fundación hizo una inversión importante para la ampliación del número de sus Suites (de 16 a 27), áreas de chequeos médicos personalizados, así como también en salas e instalaciones para recepción y atención de Turistas de salud. Desde la implementación del centro internacional, la Fundación ha tenido avances significativos en el número de turistas de salud que vienen

Grafica 14. Número de Turistas de salud y Participación en la Facturación FCI



Fuente: Entrevista Fundación Cardio Infantil. (FCI)

2.5.4.3. Travel Medic. Asociación sin ánimo de lucro.

Figura 23. . Entidades afiliadas a Travel medic:



CONTEXTO:

Situación Interna

En 2005, la economía nacional creció 4.3% en 2005

Migración desde el Área Metropolitana Centro Occidente de Colombia hacia España y Estados Unidos

Necesidad de apertura de servicios hacia nuevos mercados

Identificación de clientes potenciales en la diáspora Colombiana en el exterior

Situación externa

Países como India, Tailandia, Brasil, reconocidos a nivel internacional, como líderes en servicios de turismo de salud

Países como Estados Unidos, Canadá y Reino Unido, con alta demanda de servicios de salud y oferta deficiente o costosa

Países de renta alta, demandan cada vez más servicios de alta calidad, a costo razonable

Personas de ingresos altos, buscan servicios de bienestar (*Inspired Wellness*) alrededor del mundo

ENFOQUE:

Creación de una asociación sin ánimo de lucro, encargada de trabajar los temas de:

- Imagen Departamento- País
- Desarrollo del Talento Humano
- Desarrollo Comercial
- Cultura de servicio al cliente

Líderes en la conformación de la Alianza para el fortalecimiento de la educación técnica y tecnológica para el sector de la exportación de servicios de salud

Única asociación en el país, que cuenta con recursos del Ministerio de Educación Nacional, para el fortalecimiento de la educación técnica y tecnológica para el sector de turismo de salud

Miembros del sector productivo coordinados con el sector educativo a través de la asociación para desarrollar programas de capacitación técnica a la medida

RESULTADOS/IMPACTO:

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

Alianzas estratégicas con el sector turístico, para la prestación de servicios complementarios

La estrategia de Travel Medic se ha enfocado en 2 aspectos

Alianzas Estratégicas sector productivo – academia – sector público

Unión de 11 entidades del sector salud, bajo estándares internacionales de calidad, servicio, y respaldo médico

Trabajo inter-gremial, con el comité de Caldas

Apoyo del gobierno, por medio de proyectos académicos, dirigidos a transformar la formación técnica y tecnológica

- Técnico profesional de sistemas en salud
- Tecnólogo en gestión de sistemas de información en salud
- Técnico Profesional en documentación de sistemas de Salud
- Tecnólogo en procesos administrativos para instituciones del sector salud
- Tecnólogo en Atención Pre-hospitalaria
- Técnico Profesional en Enfermería y cuidado Ambulatoria o Técnico Profesional en Atención Ambulatoria en Salud
- Técnico Profesional en Atención a Usuarios de Salud
- Tecnólogo en Gestión Comercial de servicios en salud

Sinergia entre Alcaldías Locales, Ministerio de Educación Nacional, Hoteles, Gremios

Desarrollo del Talento Humano

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

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

Figura 24. Portafolio de Servicios Travel medic:

Portafolio de servicios médicos de Travel Medic		
<p>Servicios Médicos y Estéticos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 Vasculat ▪ Cirugía Laparoscopia ▪ Cirugía Pediátrica ▪ Ginecología 	<p>Servicios Médicos y de Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chequeos ▪ Escanografía 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 Cardiac y Cardiopulmonar ▪ Laboratorio Clínico ▪ Urgencias ▪ Consulta Especializada ▪ Citología Vaginal ▪ Espirometría ▪ 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 ▪ Y demás servicios de apoyo relacionados y sub-especialidades complementarias ▪ Escanografía ▪ Ecografía ▪ Radiología Simple e Intervencionista ▪ Mamografía 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cardiología no Invasiva ▪ Endoscopia Diagnóstica y Terapéutica ▪ Medicina Nuclear ▪ Fisioterapia ▪ Rehabilitación Cardiac ▪ Laboratorio Clínico ▪ Consulta Especializada ▪ Citología Vaginal <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Servicios Oftalmológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cirugía Refractiva con Excímer Láser ▪ Exámenes de Diagnostico <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Otros Servicios</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quirófanos ▪ Urgencias ▪ Hospitalización
<p>Servicios Odontología</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Periodoncia ▪ Implantes Oseointegrados ▪ Rehabilitación Oral ▪ Estética Dental ▪ Dolor Orofacial y problemas de la Articulación Temporomandibular ▪ Endodoncia ▪ Cirugía Maxilofacial ▪ Ortodoncia 		

3. SEGMENTOS DEL NEGOCIO

- Hay cuatro grandes grupos de variables que pueden usarse para segmentar mercados de consumo: Geográficas, Demográficas, Psicográficas y de Conducta. En el caso que nos ocupa en particular se han identificado:

3.1 GEOGRAFICAS:

Aunque podemos considerar obtener pacientes de todo Estados Unidos hay algunos Estados y Ciudades que proporcionan desde ya el mayor número de turistas de salud.

Tabla 1. Estados y Ciudades que presenta mayor número de Turistas Médicos.

• Sources of medical travel

Massachusetts	2.40%	The top cities	
New Jersey	2.10%	New York City	13.0%
New York	1.70%	Los Angeles	4.0%
Florida	1.20%	Houston	3.0%
Texas	0.90%	Miami	3.0%
California	0.80%	Washington D.C.	4.0%

Fuente: STRATEGIC Irving Marketing Analysis Medical Travel to Colombia from the US & Puerto Rico, Stackpole Stackpole & Associates , Inc.

Tabla 2. Estados con Mejor y Peor salud cardiovascular

MEJOR	PEOR
WASHINGTON	OKLAHOMA
VERMONT	VIRGINIA OCCIDENTAL
CONNECTICUT	ALABAMA
VIRGINIA	MISSISSIPPI
	KENTUCKY
	LOUISIANA

Fuente: CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Cuidado de salud [en línea] disponible en: <https://www.cuidadodesalud.gov/es/>

3.2. DEMOGRAFICAS

3.2.1 Edad. Según el Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC) en USA más de 61 millones de personas sufren algún tipo de enfermedad cardíaca. La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte entre Hombres y Mujeres y afecta a todos los grupos raciales y étnicos del país, siendo el grupo de mayores de 65 años el más afectado.

3.2.2 Nacionalidad. Los Colombianos residentes en USA aproximadamente 1.200.000 (2008 Fuente: organización Internacional de las migraciones; artículos revista Health Affairs) presentan un potencial significativo para turismo de salud.

3.2.3 Nivel de Aseguramiento en Salud. Previamente en Estados Unidos se encontraba una población de personas sub- asegurados: 18% de 253 Millones (2007), en el 2008 había 47.5 millones de estadounidenses no asegurados y en el 2011 este número asciendo a 56.4 millones (Fuente: organización Internacional de las migraciones; artículos revista Health Affairs;)

Sin embargo con la nueva ley de reforma a la salud se debe llegar a un nivel de aseguramiento cercano al 95% de la población.

Sin embargo en los planes de salud ofertados actualmente la cirugía de revascularización miocárdica y el remplazo valvular están parcialmente y/o no cubiertos por los seguros, inclusive pagando la prima de cuidados críticos.

3.2.4 Tipo De Aseguramiento de Salud. La población de pacientes Jubilados y mayores de 65 años se encuentra cubierta principalmente por Medicare, entidad netamente oficial.

Una parte de la población previamente no asegurada, debe optar por afiliarse a las empresas privadas de aseguramiento de salud a través del mercado ofrecido en cada estado. (American General, The IHC group)

3.3 PSICOGRAFICAS

Los pacientes que viajan actualmente en busca de servicios de salud.

Tabla 3. . Viajero por Turismo Medico. (excepto viajeros terrestres a Canadá y México)

	2010
Combined US & PR Travel (exc. land to CN + MX)	38,711,842
Main Purpose Int'l Healthcare	154,847
Purpose Int'l Healthcare	464,542

Fuente: Strategic Marketing Analysis Medical Travel to Colombia from the US & Puerto Rico Irving Stackpole, Stackpole & Associates, Inc.

4. PROPUESTA DE VALOR

La propuesta de VALOR incluye alta calidad y costos competitivos. En ese sentido la FCV ha trabajado en la creación de centros de excelencia específicamente en el Servicio de cirugía cardiovascular se ha desarrollado el CEEC (Centro de excelencia en enfermedades coronarias)

4.1 CENTRO DE EXCELENCIA EN ENFERMEDAD CORONARIA

La FCV dentro de su plan estratégico para el 2015, tiene como uno de sus objetivos la creación de centros de excelencia médicos, como estrategia para alcanzar la mayor satisfacción en los pacientes atendidos y aumentar el volumen de los mismos, específicamente para 5 patologías iniciales.

Los centros de excelencia en salud demuestran la mayor expresión de calidad y diferenciación en servicios médicos, que existe actualmente en el mundo. Solo han sido desarrollados por pocas instituciones de salud en Colombia de las que no existe ninguna en la región nororiental colombiana, lo que hace que la FCV se pueda presentar como líder en este campo en la región y pueda consolidarse a futuro como un referente en la atención a nivel nacional e internacional.

Los centros de excelencia se definen como: “Un programa de salud cuya oferta de valor se sustenta en resultados clínicos y niveles de seguridad del paciente comparables con los mejores referentes, costos altamente competitivos en el mercado y volúmenes y frecuencias de atención mínimos predeterminados, de una enfermedad o condición de salud específica. El programa utiliza la mejor

evidencia científica disponible y es como mínimo referente nacional en el servicio que ofrece”¹⁷

Son programas para patologías específicas que buscan ofrecer servicios de una excelente calidad a precios muy competitivos.

Michael Porter fue el creador de esta estrategia y basa la excelencia en la medición de los resultados clínicos. El manifiesta que las clínicas deberían medir su calidad basados en los resultados por patología y no sobre el modelo de atención y procesos que lleva ya que al final los pagadores eso es lo que terminan valorando mas.

Figura 25. Etapas en la conformación de un Centro de Excelencia en Salud:



Fuente: (CASTAÑO YEPES, Ramón Abel. Centros de excelencia: calidad, eficiencia y competitividad para la exportación de servicios [Archivo en Disco Duro].Bogotá: Centro de Gestión Hospitalaria, Junio 2009. [Archivado el 3 de octubre del 2011]. 1.005 Kb. Tomado De: Diseño conceptual modelo de acompañamiento. Ramón Abel Castaño, Sergio Luengas, Carmen Elisa Núñez. Centro de Gestión Hospitalaria.)

Centro de Excelencia en Enfermedad Coronaria (CEEC) (Fundación Cardiovascular de Colombia)

Definición de indicadores de medición: Los indicadores de excelencia para el centro fueron definidos de acuerdo al criterio del líder del centro (Dr. Antonio

¹⁷ VÍA SALUD. Preguntas Frecuentes Acerca De Los Centros De Excelencia Y Del Círculo De Centros De Excelencia.. 2009;48:32-3

Figueredo Moreno), por lo que la tasa de mortalidad, la estancia posoperatoria y la morbilidad fueron escogidas como indicadores principales a medir en el centro.

Definición de Referente: Para seleccionar el referente de excelencia se revisaron varios centros médicos de Estados Unidos al igual que varias bases de datos recopilatorios de indicadores:

El informe de **50 Top Cardiovascular Hospitals**¹⁸, edición número 13, del 14 de noviembre de 2011, realizado por Thomson Reuters, es un estudio cuantitativo que utiliza un cuadro de mando integral, con base en datos públicos disponibles para identificar los hospitales cardiovasculares de mejor desempeño en hospitales no estatales de los Estados Unidos. La presentación de resultados se hace dividiendo los hospitales en las siguientes categorías:

- Hospitales universitarios con programas de residencia cardiovascular
- Hospitales universitarios sin programas de residencia cardiovascular
- Hospitales comunitarios

Tabla 4 Indicadores informe 50 Top Cardiovascular Hospitals e indicadores FCV-ICF

Institución	Mortalidad	Uso Arteria Mamaria Interna
50 Top. Todos los hospitales cardiovasculares	0,71	96,3%
50 Top. Hospitales cardiovasculares sin programas de residencia cardiovascular	0.76	96,7%
FCV-ICF (256 pacientes, 2009 y 2010)	0,14	87,1%

Fuente: REUTERS Thomson 50 Top Cardiovascular Hospitals. Study overview and research findings. 13th edition. November 14, 2011.. ISBN 978-1-57372-456-2. Pg 1-56.

¹⁸ REUTERS Thomson 50 Top Cardiovascular Hospitals. Study overview and research findings. 13th edition. November 14, 2011.. ISBN 978-1-57372-456-2. Pg 1-56.

El informe **Health Grades America's 50 Best Hospitals Report 6** de febrero de 2011, publica cada año la evaluación de calidad de la atención en 5,000 hospitales de Estados Unidos como una ayuda a los consumidores en la elección de un hospital. Entre los procedimientos revisados, para el caso de revascularización miocárdica se incluyeron 255,122 cirugías.

Tabla 5. Indicadores informe health grades america's 50 best hospitals report e indicadores FCV-ICF.

Institución	Inhospital Mortality Ratio
America's 50 Best Hospitals	0,76
All other USA Hospitals	1,01
FCV – ICF (459 pacientes, 2007 – 2009)	0,46

Fuente: REED Kristin MAY., Rick Health Grades. Guiding Americans to their best health. America's 50 Best Hospitals Report. February 2011. Pag 1-16.

Existe otro estudio evaluado, elaborado por la *Society of Thoracic Surgery – STS* (entidad que agrupa al mayor número de cirujanos cardiovasculares de estados unidos) en donde se especifican análisis de indicadores en hospitales cardiovasculares en Estados Unidos vinculados a la sociedad. Este ha sido seleccionado como el estudio referente ya que cuenta con información más completa y proviene de una fuente de buena referenciación según el equipo de trabajo:

Tabla 6 Indicadores Mortalidad. Society of Thoracic Surgeons Vs Indicadores FCV-ICF

Año	Mortalidad. FCV – ICF ¹⁹	Mortalidad STS²⁰	Brecha
2001	5,71%	2,40%	3,31%
2002	3,81%	2,60%	1,21%
2003	4,11%	2,40%	1,71%
2004	4,00%	2,30%	1,70%
2005	7,34%	2,20%	5,14%
2006	5,62%	2,10%	3,52%
2007	2,94%	2,00%	0,94%
2008	3,09%	1,90%	1,19%
2009	1,24%	1,90%	-0,66%
2010	0%	1,90%	-1,90%
2011	3,20%	1,90%	1,30%

Al hacer la comparación entre los resultados obtenidos por la FCV-ICF en términos de mortalidad observada, y los valores encontrados en el STS en Estados Unidos, se puede observar que las brechas han venido disminuyendo; comenzando en el 2001 con brechas del 3,31% y finalizando en el 2011 con brechas de 1,30%, lo cual denota una tendencia positiva en el largo plazo.

Sin embargo, se puede observar que durante los años 2009 y 2010 los resultados de la FCV-ICF sobrepasaron incluso a los valores esperados, con brechas negativas de 0,6% y 1,9% respectivamente.

¹⁹ Fundación Cardiovascular de Colombia. Instituto del Corazón. Floridablanca. Servicio de Cirugía Cardiovascular Adultos. Informe anual de morbimortalidad 2001 a 2011. Santander, Colombia

²⁰ Surgical outcome reports. Cardiothoracic Surgery. Stanford School of Medicine. Disponible en: http://ctsurgery.stanford.edu/patient_care/outcomes2.html

Tabla 7 Comparación de Indicadores de los principales factores de morbilidad STS y FCV-ICF

VARIABLE	FCV - ICF ²¹	STS ²²	BRECHA
	N=161 2009	2009	
Accidente cerebrovascular ACV	1.2%	1.2%	0
Falla renal dialítica	1,8%	3,6%	-1,8%
Infección esternal profunda	0%	0,3%	- 0,3%
Reoperación por sangrado	3,1%	2,2%	0,9%

La revisión de las principales causas de morbilidad (consideradas eventos adversos mayores) en la tabla 10 muestra una sola brecha por superar en la categoría Reoperación por sangrado posoperatorio, en la cual el estudio STS en el 2009 reportó un 2,2%, lo que significa un 0,9% menos que las reportadas por la FCV-ICF (3,1%). Por otra parte, las demás variables de morbilidad muestran brechas a favor de la FCV-ICF.

Tabla 8 Proporción de pacientes con estancia prolongada y corta. STS Vs FCV-ICF

VARIABLE	FCV - ICF ²³	STS ²⁴	BRECHA
	N=476 2002 - 2006	N=774.881	
Estancia prolongada (> 14 días vivo o muerto)	6.5%	5,6%	0,9
Estancia corta (< 6 días vivo al egreso)	18,4%	51,2%	32,8

²¹ FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA. Instituto del Corazón. Servicio de Cirugía Cardiovascular Adultos. Informe anual de morbimortalidad 2009. Floridablanca, Santander, Colombia. 2009.

²² EL BARDISSI AW, ARANKI SF, et al. Trends in isolated coronary artery bypass grafting: an analysis of the Society of Thoracic Surgeons adult cardiac surgery database. J Thorac Cardiovascular Surg. 2012 Feb; 143(2):273-81

²³ FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA. Instituto del Corazón. Floridablanca, Santander, Colombia. Servicio de Cirugía Cardiovascular Adultos. Informe anual de morbimortalidad 2001 a 2011.

²⁴ SHAHIAN, DM, O'Brien SM, et al. The Society of Thoracic Surgeons 2008 cardiac surgery risk models: part 1- coronary artery bypass grafting surgery. Ann Thoracic Surg. 2009 Jul; 88(1 Suppl):S2-22

La estancia posoperatoria en la tabla 11 según el *STS* es categorizada en dos tipos: estancia prolongada (estancia por más de 14 días de pacientes vivos o fallecidos), y estancia corta (estancia por un periodo menor a 6 días donde solo se incluyen pacientes vivos). El grupo consolidó sus datos de acuerdo a estas categorías en aras de poder hacer la comparación contemplada en la tabla 11; Allí se evidencia que en términos de estancia prolongada se cuenta con una brecha de 0,9% de pacientes de más que superan los 14 días de estancia en el servicio, y en lo concerniente a la estancia corta, la diferencia crece hasta llegar a un 32,8% menos de pacientes que tienen estancias cortas en el servicio.

Análisis de brechas de estándares.

Para el grupo de enfermedad coronaria se revisaron los 3 grupos de estándares planteados por el centro de gestión hospitalaria en su proyecto de acreditación de centros de excelencia en Colombia, tal y como se evidencia en la tabla 12.

Grupos de estándares:

MD: Medición del Desempeño y Mejoramiento

ES: Calificación del Equipo de Salud

PC: Procesos de Atención Clínica para la Entrega de Servicios

Tabla 9 Análisis de brechas de estándares para el centro de excelencia en enfermedad coronaria

Estándar	Situación Actual	Análisis Cierre de Brechas
<p>MD1. El Programa de medición para evaluar procesos y resultados</p>	<p>El programa cuenta con un sistema de indicadores de medición establecidos para evaluar los procesos y resultados</p>	<p>El sistema de indicadores debe estar sustentado en un referente internacional con el fin de seleccionar los indicadores estratégicos de referenciación nacional e internacional del servicio</p>
<p>MD2. El programa usa la información de la medición para soportar, mejorar y/o validar la toma de decisiones clínicas.</p>	<p>Los indicadores son tomados de la historia clínica de los pacientes, que se recopilan en una base de datos, de la cual se extraen las fuentes de los indicadores. Existen indicadores de seguridad del paciente más no están discriminados por procedimientos o patologías específicas. Los indicadores de medición tomados son recopilados de publicaciones médicas indexadas a nivel mundial. La metodología seguida para mejorar los procesos del área consta de grupos primarios con el grupo de cirugía cardiovascular bimensuales donde se analiza el proceso completo y se dan conclusiones para el mejoramiento continuo de la atención del servicio. (Actas de reunión). Se cuenta con informe bimensual (según se requiera) de morbilidad, y fichas individuales de mortalidad, sin embargo no se hace seguimiento de las acciones de mejora propuestas, por lo tanto la metodología no incide en el proceso de mejoramiento del área ya que al no</p>	<p>Se debe implementar un sistema de mejoramiento de procesos clínicos del área con el fin de poder dar seguimiento a las acciones propuestas, y evidenciar que los resultados del servicio se deben a la implementación de una metodología válida.</p>

Estándar	Situación Actual	Análisis Cierre de Brechas
	existir un seguimiento, no se puede establecer una correlación entre los resultados obtenidos y la metodología utilizada.	
MD3. El desempeño clínico es comparable con los mejores referentes de la atención de la enfermedad o condición específica.	Actualmente el desempeño clínico se mide mediante indicadores comparables con varios estudios indexados a nivel mundial, la búsqueda y actualización de esta información es hecha por un médico asistente encargado.	El sistema de indicadores debe estar sustentado en el mejor estudio o referente internacional con el fin de seleccionar los indicadores estratégicos de referenciación nacional e internacional del servicio.
MD4. El programa demuestra que el volumen de pacientes que atiende cumple con los referentes de volumen de atención establecidos.	Actualmente el volumen de pacientes específico para la patología del centro de excelencia no cumple en su totalidad con el número de pacientes requeridos por un centro de referencia internacional.	El servicio debe crear estrategias en aras de incrementar el volumen de pacientes en el servicio.
MD5. El programa demuestra unos costos de atención de la enfermedad o condición específica con tendencia decreciente.	Actualmente en la institución no es posible determinar una tendencia decreciente de los costos debido a que no se cuenta con costos desglosados por paciente en el sistema de información.	Se debe implementar un sistema de medición de costos por paciente que permita generar estadísticas que evidencien la tendencia de los costos específicos por patología.
MD6. Se	Atención al cliente hace la medición de	Se debe implementar

Estándar	Situación Actual	Análisis Cierre de Brechas
evalúa la percepción de los pacientes y sus familias de la calidad de la atención	satisfacción al cliente pero la hace por lugares físicos de la clínica más no por servicios. En el seguimiento posventa se hacen preguntas referente a satisfacción pero de forma general, mas no propiamente del servicio.	un sistema para conocer la percepción que tiene los pacientes atendidos específicamente sobre el servicio de cirugía cardiovascular.
MD7. Se mantiene la e integridad de los datos.	Se tiene un instructivo propio del área donde se especifica cómo deben llenarse los datos en la base de datos. Sin embargo falta completar el procedimiento en términos de frecuencia de medición, responsable y población objetivo; para poder enviarlo al sistema de gestión de la calidad.	Se debe realizar un proceso de estandarización del instructivo de diligenciamiento de base de datos mediante una estrategia metodológica implementada.
ES1. El equipo de salud es competente y está calificado. Los criterios aplican para todos los miembros del equipo de salud que intervienen en la atención de los pacientes con la enfermedad o condición específica.	Actualmente se posee una lista de chequeo con todos los profesionales y procesos que deben componer el servicio de cirugía cardiovascular adulto, así mismo se está realizando un proceso de actualización de los perfiles de los cargos del servicio para la JCI. Adicionalmente cada martes se reúne todo el grupo para revisión de temas de actualidad médica en aras de mejorar los procesos del servicio. Sin embargo falta revisar si las evaluaciones de los cambios hechos en los procesos médicos se dejan evidenciadas. Cada vez que ingresa un médico nuevo a cualquier servicio de la FCV-ICF, se reúne un comité de atribuciones médicas que verifica los datos referenciados en la hoja de vida del postulante, y posteriormente si es admitido se entrega hoja con funciones que puede desarrollar el postulante. El	No existe una brecha significativa de este estándar, pero se sugiere contar con una programación de revisión y actualización de perfiles de los cargos del equipo de cirugía.

Estándar	Situación Actual	Análisis Cierre de Brechas
	servicio realiza un comité de morbimortalidad para evaluar todo el proceso y proponer planes de mejora.	
PC1. El programa usa un proceso estandarizado, basado en guías de práctica clínica sustentadas en la mejor evidencia disponible, para entrega de los servicios de salud.	Las guías pre-existentes se encuentran desactualizadas y en este momento se encuentran en proceso de actualización pero sin un cronograma definido. No hay un plan de actualización de guías de manejo en el área.	Para superar la brecha se propone realizar una actualización de las guías y vías clínicas del servicio con el fin de garantizar una prestación del servicio a la vanguardia.
PC2. El programa diseña la estandarización de los procesos para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias.	Se tiene un formato de revista diaria por parte de enfermería con el cual se realiza la ronda diaria de pacientes. El médico del piso hace la evolución diaria del paciente. Luego de la ronda de enfermería, la enfermera le comunica al cirujano el estado diario del paciente y se hace un plan de manejo. Falta evidenciar este proceso.	Se proponer Implementar la estandarización del programa de seguimiento clínico del servicio con el fin de evidenciar el desarrollo de la vía clínica.
PC3. Las condiciones de salud concurrentes son manejadas o la información necesaria para su manejo es	Se cuenta con una profesional de enfermería que hace una ronda diaria y que hace una retroalimentación diaria del estado de los pacientes con los médicos que se encuentran en cada uno de los servicios y el cirujano cardiovascular. En caso de requerir apoyo de otra especialidad, se realiza una interconsulta. Para manejar condiciones de salud concurrentes se	

Estándar	Situación Actual	Análisis Cierre de Brechas
comunicado al profesional pertinente	hace una comunicación directa con el cirujano cardiovascular, quien procede a dar indicaciones a seguir con el paciente. Para el manejo de condiciones urgentes se cuenta con un protocolo de acción, sin embargo falta la evidencia escrita del proceso.	
PC4. El proceso estandarizado se revisa y mejora mediante recolección continua y evaluación de datos relacionados con las variaciones de la guía de práctica clínica.	Se cumple parcialmente ya que hasta hace algún tiempo no se tenía un proceso de actualización de guías o vías clínicas, sin embargo este año se comenzó con un proceso de actualización de esta información, la cual se hará en consenso con los profesionales pertinentes en aras de lograr tener un documento integral. Falta implementar un cronograma de actualización y entrenamiento de guías y vías clínicas	Se debe generar el proceso de actualización de vías y guías clínicas y adicionalmente, estipular un cronograma de actualización con el fin de culturizar al área de la importancia de la actualización de estos documentos en el mediano y largo plazo.

Fuente: Definición de indicadores y Análisis de brechas para los centros de excelencia en el ICF.

Carlos Andrés Santamaría Sinuco. UNAB. 2012.

Análisis con el Equipo de Cirugía Cardiovascular FCV.

Plan de intervención de cierre.

Una vez hecho el análisis de indicadores y estándares de centros de excelencia, se procede a plantear un plan de acción que permita cerrar las brechas existentes entre la institución y el referente escogido para el grupo de enfermedad coronaria.

Conclusiones

- Se detectaron brechas por superar en el centros de excelencia, sustentadas en los análisis hechos de los indicadores y estándares de acreditación.
- Las tasas de mortalidad, morbilidad y estancia fueron los indicadores principales escogidos para medición de la calidad.
- Se lograron consolidar planes de acción de mejoramiento por cada centro de excelencia según las brechas encontradas en los estándares e indicadores de medición en aras de dar continuidad al proyecto hasta su siguiente fase.

Sugerencias

- Ejecutar según las fechas establecidas el plan de acción propuesto y avalado por el líder del centro de excelencia en aras de obtener los resultados previstos en el tiempo adecuado.
- Generar ideas para generar las estrategias diferenciadoras del servicio (FITS) a prestar el centro de excelencia.
- Evidenciar todos los procesos relacionados con centros de excelencia en los formatos institucionales como formato de acta de reunión, lista de chequeo entre otros con el fin de poder ejercer un control sobre las actividades.

5. SISTEMA DE NEGOCIO

5.1 CANALES DEL NEGOCIO

Como podemos ver en la Figura 26, las recomendaciones para la entrega del servicio a los pacientes internacionales puede hacerse a través de: Seguros, Otros actores como son Asociaciones y Consultores y Directo al consumidor.

Sin embargo dada las características del servicio a exportar siendo de alto costo y de alta complejidad, el canal elegido para la prestación del servicio es a través de alianzas institucionales y convenios de prestación de servicios con diferentes compañías de seguros médicos.

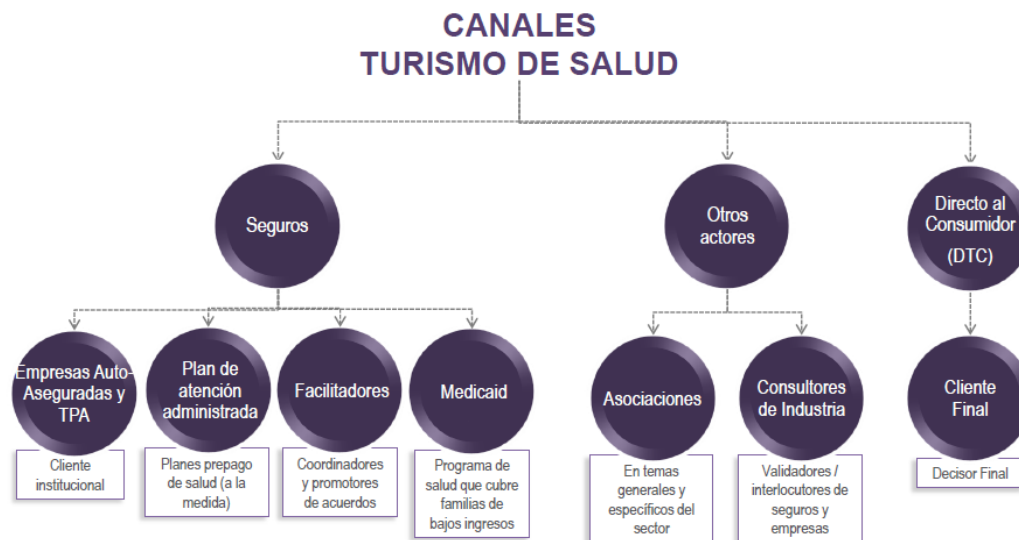
Se plantea que la mayor parte de los pacientes deben tener provenir de compañías de aseguramiento médico privadas o estatales.

En ese orden de ideas, Medicare es uno de los principales objetivos dado que aglutina a personas en su mayoría jubiladas con rango de edad de 65 años, lo cual se relaciona con mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular.

Las otras empresas objetivo son aquellas que brindan planes complementarios de salud para cubrimiento de enfermedades críticas, pues dentro de sus ítems se encuentran los procedimientos cardiovasculares planteados.

El paciente será institucional y el contacto se realizará cuando este sea remitido por su empresa de salud.

Figura 26. Canales genéricos.



Fuente: Proexport, Colombia

En la FCV se cuenta actualmente con una oficina de atención al paciente internacional y su familia, esta cuenta con personal bilingüe y con dedicación exclusiva. (Medico Cardiólogo Clínico, Medico General, Personal de Enfermería y Administrativo)

Se cuenta con una Oficina Administrativa del Departamento de Cirugía donde se lleva a cabo protocolos de seguimiento al proceso Pre y Post operatorio.

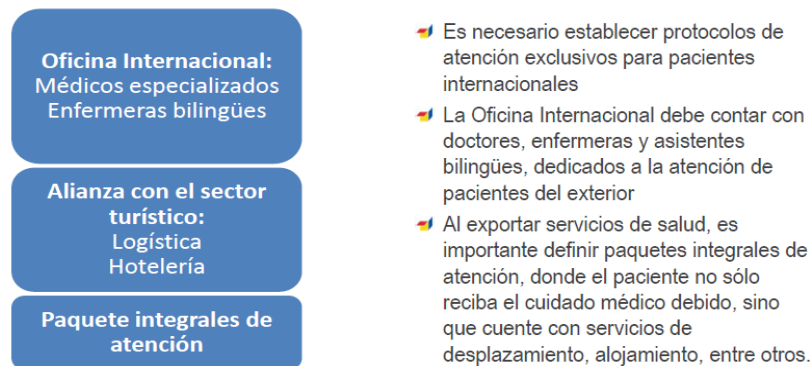
Se ha diseñado además un menú alimenticio especial de acuerdo al lugar de procedencia del viajero y a su estado de salud.

Se cuenta con medios propios de transporte terrestre y aéreo para proveer cuidado integral al paciente, sin embargo algunos pacientes que no requieren atención urgente pueden desplazarse hasta Bucaramanga utilizando líneas aéreas comerciales.

Una vez en Bucaramanga se cuenta con un albergue totalmente equipado en el cual además se presta acompañamiento 24 horas, asesoría por técnicos de enfermería en el manejo de citas médicas, realización de exámenes paraclínicos, consumo de medicamentos.

Figura 27. Factores claves en preparación de IPS para turismo de salud.

Es necesario definir *canales de atención*.



Fuente: Proexport, Colombia.

5.2 RECURSOS DEL NEGOCIO

La FCV avanza en la construcción del Hospital Internacional de Colombia, ubicado en Piedecuesta, Santander. Este contará con 450 camas hospitalarias, 20 salas de cirugía y está constituido como una Zona Franca Especial de Salud.

En la actualidad se cuenta con dos equipos totalmente operativos que realizan Cirugía Cardiovascular en el Instituto del Corazón de Floridablanca - FCV, estos equipos en su parte especializada son compuestos por: Cirujano Cardiovascular, Cirujano Ayudante, Anestesiólogo Cardiovascular, Perfusionista, Instrumentadora Cardiovascular, Jefe de Enfermería con entrenamiento en Cirugía Cardiovascular, Auxiliar de enfermería.

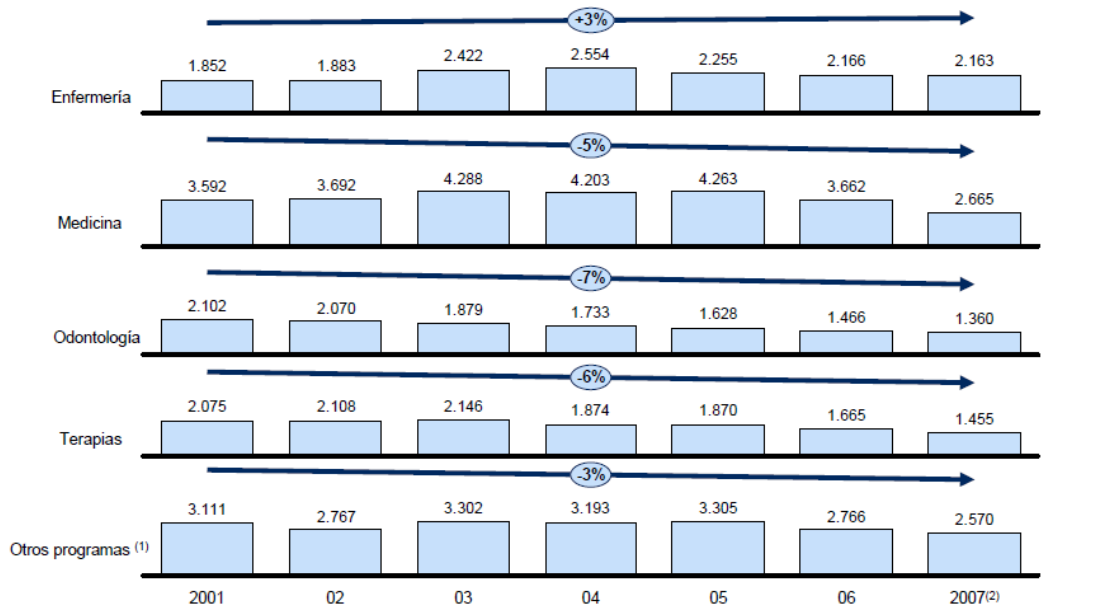
Las competencias del personal son evaluadas regularmente por un Comité de Credenciales institucional.

Se cuenta con la tecnología necesaria para realizar todo tipo de procedimientos requeridos por los pacientes con enfermedades cardiovasculares que necesitan manejo quirúrgico.

5.3. ALIANZAS ESTRATÉGICAS

Con excepción de enfermería, el número de graduados de programas relevantes para el sector ha venido cayendo generando un déficit de profesionales en la mayoría de las áreas de la salud (1)

Grafica 15. Progresión de graduados en profesiones del área de la salud.



⁽¹⁾ Otras carreras incluye Bacteriología, Ingeniería Biomédica y afines, Instrumentación Quirúrgica, Nutrición y Dietética, Optometría y otros programas de ciencias de la salud, y Salud Pública

⁽²⁾ Estimado con base en información del 40% de graduados para este año

Fuente: Ministerio de Protección Social y CENDEX Recursos Humanos de la salud en Colombia, 3ra edición, , 2009

5.3.1. Alianzas Educativas. Es el Primer tipo de alianzas que la Fundación debe esmerarse en realizar. Son alianzas estratégicas con entidades de educación nacional e internacional, para programas de educación técnicos o profesionales.

Actualmente tenemos convenio educativo con:

El Instituto del Corazón de Floridablanca de la FCV acaba de certificarse como Hospital Universitario. Esta nueva condición y la Reforma de la salud en marcha permitirá la posibilidad que las IPS formen especialistas que requieran.

SENA. (Programa de entrenamiento de técnicos en enfermería, Bilingües)

UDES. Universidad de Santander, Actualmente **se lleva a cabo el procedimiento** de registro para varios programas que se llevaran a cabo en forma conjunta. (Especializacio en Cirugia Cardiovascular, Fellow en Anestesia Cardiovascular, Fellow en Cuidado Intensivo, Fellow en Ecocardiografia)

Universidad del Bosque. Se tiene en la actualidad programas conjuntos de Fellow en Cardiología Pediátrica, Cirugía Vascular Periférica y Angiología, Cuidado Intensivo Pediátrico.

UPMC (University of Pittsburgh Medical Center, Este convenio ha permitido el acceso a el Hospital de Niños y al Hospital Presbiteriano en los cuales por cerca de 1 año se encontraba en forma permanente una delegación de Medicos y Paramédicos del instituto del corazón de Floridablanca, FCV)

Figura 28. Otras entidades con las que actualmente hay Convenio Educativo:



Alianzas con entidades de promoción e integradores de servicios médicos:

Proexport. La FCV participa activamente en los planes de apoyo al turismo médico, desarrollados por esta entidad.

Protecti y Travel Healthy. Actualmente encontramos en Colombia estos intermediarios, integradores virtuales de servicios de salud como turismo medico.

Travel Healthy Colombia

Travel Healthy Colombia, empresa integradora de servicios médicos y de turismo que está orientado a servicios de salud en odontología, estética corporal y bienestar, procedimientos de alta complejidad como: Cardiovascular, ortopedia entre otros; en ciudades como Bogotá, Santa Marta, Bucaramanga y el Triangulo del Café.

Protecti HealthCare

Plataforma para pacientes internacionales que permite el acceso a lo mejor de la oferta médica colombiana. Como beneficios Protecti HealthCare tiene:

- Manejo de casos y coordinación logística
- Acompañamiento al paciente desde el contacto inicial hasta su recuperación en su país de residencia (para viajeros por razones médicas)
- Acceso a la red médica colombiana de clase mundial
- Soluciones integrales
- Contención de costos

5.3.2. Alianzas comerciales. Estas son básicas y se deben realizar con las entidades aseguradoras:

Medicare. Asegura un gran número de pacientes en el grupo etéreo de mayor frecuencia de presentación de enfermedades cardiovasculares.

American General, Life Companies. Empresa que comercializa pólizas de cubrimiento para enfermedades críticas

The IHC Group. Empresa que comercializa pólizas de cubrimiento para enfermedades críticas

Critical Illness I...

American General
Life Companies

Critical Illness I...

THE IHC GROUP
Independence Holding Company

United Health One. Empresa aseguradora que participa en el Mercado de intercambios.

AETNA. Empresa aseguradora que participa en el Mercado de intercambios.

Coventry One. Empresa aseguradora que participa en el Mercado de intercambios.

	UnitedHealthOne Apply with an "A" Rated Company with a National Network of nearly 780,000 Doctors & Health Providers! (A.M. Best, an independent reviewer)
	Aetna Take a look at our competitive rates! Also, 24-hr response on apps, and with Aetna's National Networks, our plans travel with you!
	Coventry Health Care of Florida, Inc. Best Seller. Open access 100% copay plans. Unlimited doctor visits. Rx included.

6. ESTRUCTURA DE INGRESOS Y COSTOS

6.1 FUENTES DE INGRESO

Se estima que en un país que trabaje en forma coordinada y preparado para el Turismo Medico, la tasa de pacientes puede crecer con una proporción al menos de 17% por año en un escenario conservador.

Grafica 16. Proyecciones de Crecimiento Turismo de Salud.

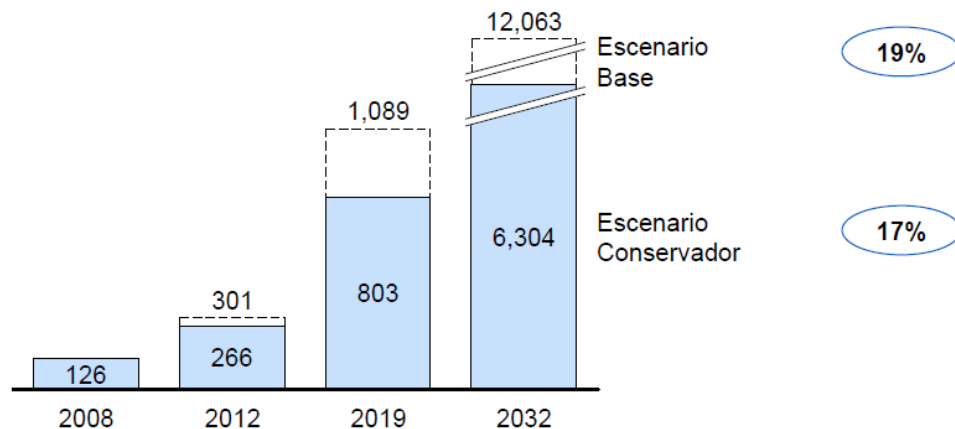
En estos escenarios se aspira a que el sector crezca al menos al 17% anual

Ingresos, US\$ Millones de 2008

ESTIMADO

Aspiración de ingresos
Sector Turismo de Salud

TACC⁽¹⁾
Porcentaje



⁽¹⁾ Tasa Anual Compuesta de Crecimiento

Fuente: MCKINSEY Mapping the market for medical travel, McKinsey, Mayo 2008
Health care in India, The road ahead, Octubre 2012

Para el ejercicio de análisis financiero se analizaron previamente los datos de 478 pacientes intervenidos en 2012 (Año de Referencia) en la FCV, se dividieron en 4 grupos de intervenciones:

Reemplazo valvular aórtico.

Reemplazo valvular mitral.

Revascularización Miocárdica.

Otros procedimientos.

Utilizando un Software de DRG (Grupos relacionados de diagnóstico) se realizó la clasificación en Baja, Media y Alta complejidad, para cada uno de estos procedimientos y se calcularon promedios de facturación según la proporción de pacientes que se presentan en cada categoría. Además a cada paciente se le investigó lo facturado por: Insumos, Medicamentos, Procedimientos no quirúrgicos y Procedimientos Quirúrgicos.

Se excluyeron en este análisis los pacientes de Trasplante cardíaco puesto que este servicio no será ofertado y también se excluyó lo facturado actualmente a pacientes internacionales.

Se calculó que la tarifa de venta de servicio a los pacientes de Estados Unidos sería un 25% más de lo facturado actualmente a pacientes nacionales, se incrementará anualmente un porcentaje proyectado de inflación.

Se proyecta que el flujo de pacientes de Estados Unidos incrementará el número de pacientes del servicio así: Primer año: 5%, Segundo año: 10%, Tercer año: 15%, Cuarto año: 10%, Quinto año: 5%.

Este volumen progresivo de pacientes obliga a contratar un nuevo equipo de Cirugía Cardiovascular en el tercer año. La demanda de los primeros años podrá ser atendida con la capacidad instalada actual.

Los datos tomados del año de referencia (2012), en el cual se basaron las proyecciones se muestran a continuación:

Tabla 10. Incremento anual de pacientes y de tarifas

	No. Pacientes	Año referencia
Incremento Anual de pacientes y de Tarifas		
Ventas Netas	478	\$ 25.326.245.881
Reemplazo Valvular aórtico	60	\$ 2.952.080.541
baja complejidad (1)	27	\$ 937.896.161
media complejidad (2)	16	\$ 856.511.025
alta complejidad (3)	17	\$ 1.157.673.355
Reemplazo Valvular mitral	32	\$ 2.453.106.392
baja complejidad (1)	10	\$ 834.163.230
media complejidad (2)	13	\$ 842.697.112
alta complejidad (3)	9	\$ 776.246.050
Cirugía de Revascularización Miocárdica (CRM)	195	\$ 8.771.660.468
baja complejidad (1)	102	\$ 3.595.496.053
media complejidad (2)	41	\$ 1.954.284.691
alta complejidad (3)	52	\$ 3.221.879.724
Otros procedimientos-	191	\$ 11.149.398.480
baja complejidad	58	\$ 2.022.590.536
media complejidad	43	\$ 2.337.991.627
alta complejidad	90	\$ 6.788.816.317
(-) Costo de ventas	74%	\$ 18.858.324.742
Reemplazo Valvular aórtico	78,6%	\$ 2.319.018.818
costo medicamentos, insumos y procedimiento no qx	66,7%	\$ 1.969.106.140
Salarios	8%	\$ 231.829.456
otros costos	4%	\$ 118.083.222
Reemplazo Valvular mitral	81%	\$ 1.997.717.582
costo medicamentos, insumos y procedimiento no qx	72,4%	\$ 1.775.950.950
Salarios	5%	\$ 123.642.377
otros costos	4%	\$ 98.124.256
Cirugía de Revascularización Miocárdica (CRM)	71%	\$ 6.251.480.238
costo medicamentos, insumos y procedimiento no qx	58,68%	\$ 5.147.168.087
Salarios	9%	\$ 753.445.732
otros costos	4%	\$ 350.866.419
Otros procedimientos-	74%	\$ 8.290.108.103
costo medicamentos, insumos y procedimiento no qx	63,74%	\$ 7.106.141.729
Salarios	7%	\$ 737.990.435
otros costos	4%	\$ 445.975.939
Utilidad Bruta	26%	\$ 6.467.921.139
(-) Gastos operacionales ó de administración		\$ 2.026.099.670
(-) Depreciación		\$ 144.719.999

(-) Amortización		\$ -
Utilidad Operacional	14%	\$ 4.297.101.470
otros ingresos	17%	\$ -
(-) Otros egresos		\$ -
UAll		\$ 4.297.101.470
(-)Gastos financieros		\$ -
UAI		\$ 4.297.101.470
(-) Provision a impuesto renta		\$ -
Utilidad del ejercicio	17%	\$ 4.297.101.470

Cálculo del Ebitda		Año 0
Utilidad Operacional		\$ 4.297.101.470
Más depreciación		\$ 144.719.999
Más amortización de diferidos		\$ -
Ebitda		\$ 4.441.821.469
Margen del Ebitda		18%

Costo de Ventas		\$ 2.859.957.835
Salarios Médicos	7%	\$ 1.846.908.000
Tarifa de Servicios públicos é imprevistos FCV	4%	\$ 1.013.049.835

Gastos operacionales		Año 0
Gastos corporativos FCV	5%	\$ 1.266.312.294
Tarifa Administrativa FCV	3%	\$ 759.787.376
TOTAL GTOS OPERACIONALES Y/O DE ADMON	8%	\$ 2.026.099.670

PROYECTO DISTRIBUCION DE EXCEDENTES		Año 0
RESULTADO DEL EJERCICIO		\$ 4.297.101.470
FONDO DE EDUCACION	0%	\$ -
PROGRAMA DE INVESTIGACION Y DESARROLLO	0%	\$ -
PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL	0%	\$ -
FONDO PARA RENOVACION DE EQUIPOS	0%	\$ -

6.2 PROYECCIÓN DE LOS ESTADOS FINANCIEROS

Tabla 11. Estados financieros



Datos Básicos / Inversión / Costos Unidad de Servicios Cirugía Cardiovascular - FCV

	AÑO 0			AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
DATOS BASICOS	2011	2012	2013p	2014p	2015p	2016p	2017p	2018p
Crecimiento PIB	5,9%	3,7%	4,1%	4,7%	4,8%	4,9%	5,0%	5,0%
Inflación local	3,7%	2,4%	2,7%	3,1%	3,1%	3,0%	3,0%	3,0%
Multiplicador Inflacionario			1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,2
Inflación Internacional	3,2%	2,1%	1,8%	2,1%	2,3%	2,4%	2,4%	2,4%
Multiplicador Inflacionario Internacional			1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1
Tasa de Cambio COP/USD (fdp)	1.943	1.768	1.869	1.863	1.829	1.825	1.815	1.826
Tasa de Cambio COP/USD (promedio)	1.847	1.798	1.838	1.865	1.846	1.827	1.820	1.820
Devaluación (fin del periodo)	1,5%	-9,0%	5,7%	-0,3%	-1,8%	0,6%	0,6%	0,6%
Devaluación (promedio)	-2,7%	-2,7%	2,2%	1,5%	-1,0%	-1,0%	-0,4%	0,0%
DTF Fin de Año (%)	5,0%	5,3%	4,1%	4,9%	5,4%	5,5%	5,7%	5,7%
DTF Promedio (%)	4,2%	5,3%	4,7%	4,5%	5,1%	5,4%	5,6%	5,7%
Tasa Imporenta (%)	15,0%	15,0%	15,0%	15,0%	15,0%	15,0%	15,0%	15,0%
Tasa Renta Presuntiva (%)	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%
Fuente: LatinFocus Consensus Forecast Junio 2013								
INCREMENTOS SALARIALES			2,4%	2,7%	3,1%	3,1%	3,0%	3,0%

Fuente Bancolombia

Tabla 12. Salario equipo medico



Datos Básicos / Inversión / Costos
Unidad de Servicios Cirugía Cardiovascular - FCV

Salarios equipo médico

CARGO	SALARIO	FACTOR PRESTACIONAL	AÑO 0	PESO SALARIO %	V/R NOMINA AÑO 0	INCREMENTO	V/R NOMINA AÑO 1
CIRUJANO PRINCIPAL	25.000.000	1,30	32.500.000	23,40			2,7%
CIRUJANO AYUDANTE	20.000.000	1,30	26.000.000	18,72			
ANESTESIOLOGO	25.000.000	1,30	32.500.000	23,40			
(2) ENFERMERAS JEFE	4.000.000	1,54	12.320.000	3,74			
AUX.- ENFERMERIA	1.500.000	1,54	2.310.000	1,40			
INSTRUMENTADORA	2.500.000	1,54	3.850.000	2,34			
PERFUSIONISTA	8.000.000	1,54	12.320.000	7,49			
CARDIOLOGO CLINICO	20.000.000	1,54	30.800.000	18,72			
SECRETARIA QUIROFANO	850.000	1,54	1.309.000	0,80			
TOTAL NOMINA	106.850.000		153.909.000	100,0			1.846.908.000

COSTOS FIJOS

CONCEPTO	AÑO 1	AÑO 3
	VALOR MES	VALOR MES
SALARIOS	153.909.000	
DEPRECIACIONES	12.060.000	13.169.520
AMORTIZACIONES		
TOTAL	165.969.000	

Tabla 14. Liquidación préstamo a largo plazo para la construcción del Hospital en la zona franca – Bucaramanga



Datos Básicos / Inversión / Costos
Unidad de Servicios Cirugía Cardiovascular - FCV

LIQUIDACION PRESTAMO A LARGO PLAZO PARA LA CONSTRUCCION DEL HOSPITAL EN LA ZONA FRANCA- BUCARAMANGA

VALOR PRESTAMO AREA TOTAL	100%	U\$	31.000.000
AREA DE LA CIRUGIA CARDIOVASCULAR	21%	U\$	6.510.000
Tasa representativa de Cambio		\$	1.900
Total préstamo en moneda nacional		\$	12.369.000.000

TIEMPO	20	años
FORMA DE PAGO	Anual vencida - Cuota Variable	
TASA DE INTERES	5%	Nominal anual
SEGURO	0%	

	CAPITAL	tiempo anual	Interés anual	abono capital	seguro	VALOR CUOTA ANUAL
	12.369.000.000					
1	12.369.000.000	20	618.450.000	618.450.000	-	1.236.900.000
2	11.750.550.000	19	587.527.500	618.450.000	-	1.205.977.500
3	11.132.100.000	18	556.605.000	618.450.000	-	1.175.055.000
4	10.513.650.000	17	525.682.500	618.450.000	-	1.144.132.500
5	9.895.200.000	16	494.760.000	618.450.000	-	1.113.210.000
6	9.276.750.000	15	463.837.500	618.450.000	-	1.082.287.500
7	8.658.300.000	14	432.915.000	618.450.000	-	1.051.365.000
8	8.039.850.000	13	401.992.500	618.450.000	-	1.020.442.500
9	7.421.400.000	12	371.070.000	618.450.000	-	989.520.000
10	6.802.950.000	11	340.147.500	618.450.000	-	958.597.500
11	6.184.500.000	10	309.225.000	618.450.000	-	927.675.000
12	5.566.050.000	9	278.302.500	618.450.000	-	896.752.500
13	4.947.600.000	8	247.380.000	618.450.000	-	865.830.000
14	4.329.150.000	7	216.457.500	618.450.000	-	834.907.500
15	3.710.700.000	6	185.535.000	618.450.000	-	803.985.000
16	3.092.250.000	5	154.612.500	618.450.000	-	773.062.500
17	2.473.800.000	4	123.690.000	618.450.000	-	742.140.000
18	1.855.350.000	3	92.767.500	618.450.000	-	711.217.500
19	1.236.900.000	2	61.845.000	618.450.000	-	680.295.000
20	618.450.000	1	30.922.500	618.450.000	-	649.372.500
	-	-	-	-	-	-

Tabla 15. Estado de resultados proyectados



Estado de Resultados Proyectado
Unidad de Servicios Cirugía Cardiovascular - FCV

DESCRIPCION	No. Pacientes	Año 1	% V	No. Pacientes	Año 2	% V	% H	No. Pacientes	Año 3	% V	% H	No. Pacientes	Año 4	% V	% H	No. Pacientes	Año 5	% V	% H
Incremento Anual de pacientes y de Tarifas	1,05	1,03		1,10	1,03			1,15	1,03			1,10	1,03			1,05	1,03		
Ventas Netas	502	\$ 27.733.505.552		552	\$ 31.452.568.647		13%	635	\$ 37.255.567.562		18%	698	\$ 42.210.558.048		13%	733	\$ 45.650.718.528		8%
Reemplazo Valvular aórtico	63	\$ 3.232.675.796	12%	69	\$ 3.666.177.621	12%	13%	80	\$ 4.342.587.392	12%	18%	88	\$ 4.920.151.515	12%		92	\$ 5.321.143.863	12%	
baja complejidad (1)	28	\$ 1.027.043.191		31	\$ 1.164.769.683			36	\$ 1.379.669.690			39	\$ 1.563.165.758			41	\$ 1.690.563.768		
media complejidad (2)	17	\$ 937.922.398		18	\$ 1.063.697.791			21	\$ 1.259.950.034			23	\$ 1.427.523.389			25	\$ 1.543.866.545		
alta complejidad (3)	18	\$ 1.267.710.207		20	\$ 1.437.710.146			23	\$ 1.702.967.668			25	\$ 1.929.462.368			26	\$ 2.086.713.551		
Reemplazo Valvular mitral	34	\$ 2.686.274.155	10%	37	\$ 3.046.503.519	10%	13%	43	\$ 3.608.583.418	10%	18%	47	\$ 4.088.525.012	10%		49	\$ 4.421.739.801	10%	
baja complejidad (1)	11	\$ 913.450.445		12	\$ 1.035.944.150			13	\$ 1.227.075.345			15	\$ 1.390.276.933			15	\$ 1.503.584.503		
media complejidad (2)	14	\$ 922.795.472		15	\$ 1.046.542.345			17	\$ 1.239.629.408			19	\$ 1.404.500.119			20	\$ 1.518.966.879		
alta complejidad (3)	9	\$ 850.028.237		10	\$ 964.017.024			12	\$ 1.341.878.165			13	\$ 1.293.747.960			14	\$ 1.399.168.419		
Cirugía de Revascularización Miocárdica (CRM)	205	\$ 9.605.406.795	35%	225	\$ 10.893.491.847	35%	13%	259	\$ 12.903.341.092	35%	18%	285	\$ 14.619.485.458	35%		299	\$ 15.810.973.523	35%	
baja complejidad (1)	107	\$ 3.937.247.953		118	\$ 4.465.232.903			135	\$ 5.289.068.374			149	\$ 5.992.514.468			156	\$ 6.480.904.397		
media complejidad (2)	43	\$ 2.140.039.451		47	\$ 2.427.018.741			54	\$ 2.874.803.699			60	\$ 3.257.152.591			63	\$ 3.522.610.527		
alta complejidad (3)	55	\$ 3.528.119.392		60	\$ 4.001.240.202			69	\$ 4.739.469.020			76	\$ 5.369.818.399			80	\$ 5.807.458.599		
Otros procedimientos-	201	\$ 12.209.148.806	44%	221	\$ 13.846.395.660	44%	13%	254	\$ 16.401.055.660	44%	18%	279	\$ 18.582.396.062	44%		293	\$ 20.096.861.342	44%	
baja complejidad	61	\$ 2.214.837.786		67	\$ 2.511.847.511			77	\$ 2.975.283.377			85	\$ 3.370.996.066			89	\$ 3.645.732.245		
media complejidad	45	\$ 2.560.217.731		50	\$ 2.903.542.929			57	\$ 3.439.246.599			63	\$ 3.896.666.397			66	\$ 4.214.244.706		
alta complejidad	95	\$ 7.434.093.308		104	\$ 8.431.005.221			120	\$ 9.986.525.684			131	\$ 11.314.733.600			138	\$ 12.236.894.388		
(-) Costo de ventas		\$ 20.325.146.833	73%		\$ 22.855.191.570	73%	12%		\$ 28.787.991.061	77%	26%		\$ 32.201.457.221	76%	12%		\$ 34.611.977.609	76%	7%
Reemplazo Valvular aórtico		\$ 2.499.051.735	77%		\$ 2.809.627.612	77%			\$ 3.543.403.486	82%			\$ 3.962.541.842	81%			\$ 4.258.639.834	80%	
costo medicamentos, insumos y procedimiento no c	65,9%	\$ 2.131.655.852	65,9%	\$ 2.417.510.902	65,9%			\$ 2.863.541.663	65,9%			\$ 3.244.392.704	65,9%			\$ 3.508.810.710	65,9%		
Salarios		\$ 238.088.851	7%	\$ 245.469.606	7%			\$ 506.158.327	12%			\$ 521.343.077	11%			\$ 536.983.369	10%		
otros costos		\$ 129.307.032	4%	\$ 146.647.105	4%			\$ 173.703.496	4%			\$ 196.806.061	4%			\$ 212.540.755	4%		
Reemplazo Valvular mitral		\$ 2.156.987.388	80%		\$ 2.433.147.685	80%			\$ 2.996.943.208	83%			\$ 3.367.731.690	82%			\$ 3.627.882.267	82%	
costo medicamentos, insumos y procedimiento no c	72%	\$ 1.922.555.701	71,6%	\$ 2.180.370.421	71,6%			\$ 2.582.648.763	71,6%			\$ 2.926.141.049	71,6%			\$ 3.164.621.544	71,6%		
Salarios		\$ 126.980.721	5%	\$ 130.917.123	5%			\$ 190.951.108	5%			\$ 278.049.641	5%			\$ 286.391.130	5%		
otros costos		\$ 107.450.966	4%	\$ 121.860.141	4%			\$ 144.343.337	4%			\$ 163.541.000	4%			\$ 176.869.592	4%		
Cirugía de Revascularización Miocárdica (CRM)		\$ 6.790.071.851	70%		\$ 7.552.796.865	69%			\$ 9.646.336.518	75%			\$ 10.759.862.775	74%			\$ 11.549.531.794	73%	
costo medicamentos, insumos y procedimiento no c	59%	\$ 5.572.066.812	58,0%	\$ 6.319.280.972	59%			\$ 7.485.188.311	59%			\$ 8.480.718.357	59%			\$ 9.171.896.903	59%		
Salarios		\$ 773.788.767	8%	\$ 797.776.219	8%			\$ 1.645.014.563	8%			\$ 1.694.365.000	8%			\$ 1.745.195.950	8%		
otros costos		\$ 384.216.272	4%	\$ 435.739.674	4%			\$ 516.133.644	4%			\$ 584.779.418	4%			\$ 632.438.941	4%		
Otros procedimientos-		\$ 8.939.035.858	73%		\$ 10.059.619.409	73%			\$ 12.601.307.849	77%			\$ 14.111.320.914	76%			\$ 15.175.923.716	76%	
costo medicamentos, insumos y procedimiento no c	64%	\$ 7.692.753.729	63,0%	\$ 8.724.352.004	63,0%			\$ 10.333.994.948	63,0%			\$ 11.708.416.277	63,0%			\$ 12.662.652.203	63,0%		
Salarios		\$ 757.916.177	6%	\$ 781.411.578	6%			\$ 1.611.270.675	6%			\$ 1.659.608.795	6%			\$ 1.709.397.059	6%		
otros costos		\$ 468.365.952	4%	\$ 553.855.826	4%			\$ 656.042.226	4%			\$ 743.295.842	4%			\$ 803.874.454	4%		
Utilidad Bruta		\$ 7.408.358.719	27%		\$ 8.597.377.076	27%	16%		\$ 8.467.576.500	23%	-2%		\$ 10.009.100.826	24%	18%		\$ 11.038.740.919	24%	10%
(-) Gastos operacionales ó de administración		\$ 2.218.680.444	8%	\$ 2.516.205.492	8%	13%		\$ 2.980.445.405	8%	18%		\$ 3.798.950.224	9%	27%		\$ 4.565.071.853	10%	20%	
(-) Depreciación		\$ 144.720.000	0,5%	\$ 144.720.000	0,5%	0,0%		\$ 302.754.240	1%	109%		\$ 302.754.240	1%	0%		\$ 302.754.240	1%	0%	
(-) Amortización		\$ -	-	\$ -	-	-		\$ -	-	-		\$ -	-	-		\$ -	-	-	
Utilidad Operacional		\$ 5.044.958.275	18%		\$ 5.936.451.585	19%	18%		\$ 5.184.376.855	14%	-13%		\$ 5.907.396.362	14%	14%		\$ 6.170.914.826	14%	4%
otros Ingresos		\$ -	-	\$ -	-	-		\$ -	-	-		\$ -	-	-		\$ -	-	-	
(-) Otros egresos		\$ -	-	\$ -	-	-		\$ -	-	-		\$ -	-	-		\$ -	-	-	
UAI		\$ 5.044.958.275		\$ 5.936.451.585				\$ 5.184.376.855				\$ 5.907.396.362				\$ 6.170.914.826			
(-) Gastos financieros		\$ -	-	\$ -	-	-		\$ -	-	-		\$ -	-	-		\$ -	-	-	
UAI		\$ 5.044.958.275		\$ 5.936.451.585				\$ 5.184.376.855				\$ 5.907.396.362				\$ 6.170.914.826			
(-) Provisión a impuesto renta		\$ -	-	\$ -	-	-		\$ -	-	-		\$ -	-	-		\$ -	-	-	
Utilidad del ejercicio		\$ 5.044.958.275	18%		\$ 5.936.451.585	19%	18%		\$ 5.184.376.855	14%	-13%		\$ 5.907.396.362	14%	14%		\$ 6.170.914.826	14%	4%

Tabla 16. Flujo de efectivo



FLUJO DE EFECTIVO
Unidad de Servicios Cirugía Cardiovascular - FCV

DESCRIPCION	AÑOS PROYECTADOS					
	año 0	año 1	año 2	año 3	año 4	año 5
FUENTES						
Saldo Inicial del Disponible		-	282.144.448	585.278.230	39.754.836	189.243.858
Ventas de Contado		18.489.003.701	18.347.331.710	21.732.414.411	24.622.825.528	26.629.585.808
Recaudo de Ctas por cobrar		-	9.244.501.851	13.105.236.936	15.523.153.151	17.587.732.520
Cuentas por pagar a Proveedores		4.329.758.024	4.910.378.575	3.877.562.281	2.196.639.032	2.375.665.113
Impuestos por pagar - Retención en la fuente		7.210.000	7.426.300	15.298.178	15.757.123	16.229.837
Préstamos recibidos		12.369.000.000				
Capitalización del proyecto	723.600.000	-				
TOTAL INGRESOS (A)	723.600.000	35.194.971.725	32.791.782.884	39.315.790.036	42.398.129.670	46.798.457.136
USOS						
adquisición medicamentos, insumos		17.319.032.094	19.641.514.298	23.265.373.686	26.359.668.387	28.507.981.360
Gtos de nómina (Personal medico)		1.896.774.516	1.955.574.526	4.032.394.673	4.153.366.513	4.277.967.508
Gastos operacionales de ventas		1.109.340.222	1.258.102.746	1.490.222.702	1.688.422.322	1.826.028.741
Gastos administrativos		2.218.680.444	2.516.205.492	2.980.445.405	3.798.950.224	4.565.071.853
Adquisición Activos Fijos	723.600.000			790.171.200		1.800.000.000
Construcción edificación Zona Franca		12.369.000.000	618.450.000	587.527.500	556.605.000	525.682.500
Pago Impuestos por pagar - Retención en la fuente		-	7.210.000	7.426.300	15.298.178	15.757.123
Pago Cuentas por Pagar- proveedores			4.329.758.024	4.910.378.575	3.877.562.281	2.196.639.032
Pago cuotas de la obligación financiera			618.450.000	618.450.000	618.450.000	618.450.000
Reinversion de los excedentes aprob. X asamblea			1.261.239.569	593.645.158	1.140.562.908	2.362.958.545
TOTAL EGRESOS (B)	723.600.000	34.912.827.277	32.206.504.654	39.276.035.199	42.208.885.813	46.696.536.663
SALDO FINAL DE CAJA (A-B)	-	282.144.448	585.278.230	39.754.836	189.243.858	101.920.473

INDICADOR FINANCIERO	año 0	año 1	año 2	año 3	año 4	año 5
INVERSION NETA DEL PROYECTO	(723.600.000)	282.144.448	585.278.230	39.754.836	189.243.858	101.920.473
TIR DEL PROYECTO	18%	25,66%	ES LA TASA DE INTERES A LA CUAL RENTA LA INVERSION PARA EL INVERSIONISTA			
VALOR PRESENTE NETO	\$ 86.609.705	ES LA UTILIDAD QUE GENERARIA EL PROYECTO EN VALOR PRESENTE NETO (ES DECIR EN EL PUNTO CERO)				
VALOR DE LA INVERSION	723.600.000					
VALOR DEL IR	11,97%		18%	TASA DE REFERENCIA		

Tabla 17. Balance general - proyectado



BALANCE GENERAL - PROYECTADO
UNIDAD DE SERVICIOS DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR

NOMBRE DE LA CUENTA	año 0	% V	año 1	% V	% H	año 2	% V	% H	año 3	% V	% H	año 4	% V	% H	año 5	% V	% H
ACTIVO																	
ACTIVOS CORRIENTES																	
DISPONIBLE																	
Caja y Bancos	0		282.144.448	3%		585.278.230	4%	107%	39.754.836	0%	-93%	189.243.858	1%	376%	101.920.473	1%	-46%
CUENTAS POR COBRAR																	
Cuentas por cobrar - Internas			\$ 9.244.501.851	97%		\$ 13.105.236.936	96%	42%	\$ 15.523.153.151	100%	18%	\$ 17.587.732.520	99%	13%	\$ 19.021.132.720	99%	8%
INVERSIONES TEMPORALES																	
			-			-			-			-			-		
TOTAL ACTIVO CORRIENTE	0		9.526.646.299	42%	-100%	13.690.515.166	50%	44%	15.562.907.987	52%	14%	17.776.976.378	55%	14%	19.123.053.193	53%	8%
ACTIVOS NO CORRIENTES																	
ACTIVOS FIJOS																	
ACTIVOS FIJOS																	
Construcción - Zona Franca	0		12.369.000.000			12.987.450.000			13.574.977.500			14.131.582.500			14.657.265.000		
Valor en Libros	0		12.369.000.000	96%		12.987.450.000	97%	5%	13.574.977.500	94%	5%	14.131.582.500	96%	4%	14.657.265.000	87%	4%
Equipo Médico quirúrgico	723.600.000		723.600.000			723.600.000			1.513.771.200			1.513.771.200			3.313.771.200		
(-) Depreciación acumulada			(144.720.000)		-20%	(289.440.000)		-25%	(592.194.240)		6%	(894.948.480)		-33%	(1.197.702.720)		242%
Valor en Libros	723.600.000	100%	578.880.000	4%		434.160.000	3%		921.576.960	6%	112%	618.822.720	4%		2.116.068.480	13%	
TOTAL ACTIVOS FIJOS	723.600.000	100%	12.947.880.000	58%	1689%	13.421.610.000	50%	4%	14.496.554.460	48%	8%	14.750.405.220	45%	2%	16.773.333.480	47%	14%
TOTAL OTROS ACTIVOS																	
TOTAL ACTIVO NO CORRIENTE	723.600.000	100%	12.947.880.000	58%	1689%	13.421.610.000	50%	4%	14.496.554.460	48%	8%	14.750.405.220	45%	2%	16.773.333.480	47%	14%
TOTAL ACTIVOS (1+2)	723.600.000	100%	22.474.526.299	100%	3006%	27.112.125.166	100%	21%	30.059.462.447	100%	11%	32.527.381.598	100%	8%	35.896.386.673	100%	10%

NOMBRE DE LA CUENTA	año 0	% V	año 1	% V	% H	año 2	% V	% H	año 3	% V	% H	año 4	% V	% H	año 5	% V	% H
PASIVO																	
PASIVOS CORRIENTES																	
PASIVOS CORRIENTES																	
Proveedores			4.329.758.024	100%		4.910.378.575	100%	13%	3.877.562.281	100%	-21%	2.196.639.032	99%	-43%	2.375.665.113	99%	8%
Cuentas por Pagar - (adq. Maquinaria)			0			0			0			0			0		
Retención en la fuente			7.210.000	0%		7.426.300	0%	3%	15.298.178	0%	106%	15.757.123	1%	3%	16.229.837	1%	3%
TOTAL PASIVO CORRIENTE			4.336.968.024	26%		4.917.804.875	30%	13%	3.892.860.459	26%	-21%	2.212.396.156	17%	-43%	2.391.894.950	19%	8%
PASIVOS NO CORRIENTES																	
PASIVOS NO CORRIENTES																	
Obligaciones bancarias			12.369.000.000	74%		11.750.550.000	70%	-5%	11.132.100.000	74%	-5%	10.513.650.000	83%	-6%	9.895.200.000	81%	-6%
			12.369.000.000			11.750.550.000			11.132.100.000			10.513.650.000			9.895.200.000		
TOTAL PASIVO	0		16.705.968.024	74%	100%	16.668.354.875	61%	0%	15.024.960.459	50%	-10%	12.726.046.156	39%	-15%	12.287.094.950	34%	-3%
PATRIMONIO																	
PATRIMONIO																	
Aporte de Inversionistas:	723.600.000		723.600.000	13%		723.600.000	7%	0%	723.600.000	5%	0%	723.600.000	4%	0%	723.600.000	3%	0%
Reserva legal			0			0			0			0			0		
Utilidad del ejercicio			\$ 5.044.958.275	87%		\$ 5.936.451.585	57%	18%	\$ 5.184.376.855	34%	-13%	\$ 5.907.396.362	30%	14%	\$ 6.170.914.826	26%	4%
Resultado Ejercicios anteriores			\$ -			\$ 3.783.718.706			\$ 9.126.525.133			\$ 13.170.339.080			\$ 16.714.776.897		
TOTAL PATRIMONIO	723.600.000	100%	5.768.558.275	26%	697%	10.443.770.291	39%	81%	15.034.501.988	50%	44%	19.801.335.442	61%	32%	23.609.291.723	66%	19%
TOTAL PASIVO + PATRIMONIO	723.600.000	100%	22.474.526.299	100%	3006%	27.112.125.166	100%	21%	30.059.462.447	100%	11%	32.527.381.597	100%	8%	35.896.386.674	100%	10%

6.3 INDICADORES FINANCIEROS

Tabla 18. Analisis financiero



ANALISIS FINANCIEROS Unidad de Servicios Cirugía Cardiovascular - FCV

INDICADOR	FORMULA	año 0	año 1	año 2	año 3	año 4	año 5
INDICADORES FINANCIEROS AL ESTADO DE RESULTADO							
MARGEN BRUTO	UTILIDAD BRUTA/VENTA X100		25,54%	26,71%	27,33%	22,73%	23,71%
MARGEN OPERACIONAL	UTILIDAD OPERA/VENTA X100		16,97%	18,19%	18,87%	13,92%	14,00%
MARGEN NETO	UTILIDAD NETO/VENTA X100		16,97%	18,19%	18,87%	13,92%	14,00%
ROA	UTILIDAD NETO/ACTIVOS X 100		19,12%	18,61%	19,75%	15,94%	16,46%
ROE	UTILIDAD NETO/PATRIMONIO		74,49%	48,31%	39,49%	26,18%	25,02%
TIR	TASA INTERNA DE RETORNO	25,66%					
VPN	VALOR PRESENTE NETO	\$ 86.609.705					
INDICADORES FINANCIEROS AL BALANCE							
RAZON CORRIENTE	ACTIVO CTE/PASIVO CTE		\$ 2,20	\$ 2,78	\$ 4,00	\$ 8,04	\$ 7,99
CAPITAL DE TRABAJO	ACTIVO CTE - PASIVO CTE		\$ 5.189.678.275	\$ 8.772.710.291	\$ 11.670.047.528	\$ 15.564.580.222	\$ 16.731.158.243
PRUEBA DE LIQUIDEZ INMEDIATA	ACTIVOS LIQUIDOS / PASIVOS CORRIENTES		2	3	4	8	8
ENDEUDAMIENTO Ó SOLIDEZ	PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL		74,33%	61,48%	49,98%	39,12%	34,23%
DE PATRIMONIO A ACTIVO TOTAL	TOTAL PATRIMONIO / ACTIVO TOTAL		26%	39%	50%	61%	66%

- El costo de ventas promedio está entre el 73% - 77%
- En el año 3 la utilidad operacional disminuye debido a la apertura de una nueva unidad de Servicios de Cirugía Cardiovascular.
- La utilidad se mantiene en un rango del 14% al 18%
- La principal variación en el costo de ventas y en la depreciación, se presenta en el año 3, producto del incremento por vinculación laboral del personal médico y a la adquisición de equipos para la nueva sala de cirugía en la Zona Franca.
- En el año 4 los gastos operacionales administrativos se incrementan en un 2%; en consecuencia el comportamiento de la utilidad operacional tiende a estabilizarse hacia el año 5 por la tendencia de llegar al punto de equilibrio, por la utilización de la capacidad instalada en las dos salas de cirugía con que se contara.
- No se ha definido una política de inversiones temporales ni del mínimo de caja. Esto puede mejorar el resultado.
- Las cuentas de cuentas por cobrar son superiores a las cuentas por pagar, en razón a la lenta rotación de la cartera que maneja el sector económico de la salud cuyo promedio es de 120 a 150 días.
- Para el año 1 y 2 la proyección de los pagos a nuestros proveedores son a 90 días; con el fin de obtener precios competitivos los pagos proyectados a partir del año 3 son a 60 días hasta llegar a 30 días.

- En la medida en que el endeudamiento disminuye, los índices financieros reflejan mayor solidez para atender los compromisos adquiridos con terceros.

7. CONCLUSIONES

- La reforma del sistema de salud que se implementará en Estados Unidos, aumentará la cobertura hasta llegar aproximadamente al 95% de la población, esto será beneficioso a la hora de querer capturar el mercado objetivo.
- Uno de los objetivos de la nueva ley (Obamacare) es disminuir costos utilizando recursos innovadores como podría ser el planteado en este trabajo, lo cual quiere decir que está alineado a la política norteamericana.
- Entre las empresas aseguradoras oficiales Medicare, agrupa la principal población objetivo.
- Entre las empresas aseguradoras privadas se debe realizar alianzas con las que proporcionan cobertura en enfermedades críticas como son: American General y The IHC Group.
- Colombia como destino de turismo de salud y a su vez los tratamientos cardiovasculares o cardiológicos, no son los principales referentes en la mente del ciudadano estadounidense.
- El turismo de salud al ser incorporado dentro del programa de transformación productiva, cuenta con el apoyo institucional y político en Colombia.
- La facturación por turismo de salud en Colombia, se ha incrementado año a año.

- La diáspora de colombianos en Estados Unidos cercana a 1.200.000 personas es una población objetivo importante para el inicio del programa.
- La reforma a la salud en Colombia, debe llevar el sistema a una mayor estabilidad financiera, permitiendo financiar más fácilmente los proyectos de exportación de salud.
- La creación de la zona franca especial de salud, (Hospital Internacional de Colombia, FCV) provee una solución al déficit de infraestructura actual y además ventajas competitivas con respecto a cargos arancelarios.
- Encontramos que la FCV está alineada a las políticas nacionales para desarrollo del sector productivo de turismo de salud.
- La eficiencia del sistema de salud en Colombia según el índice MTI de la OMS, es mayor que la de otros competidores mencionados como India, Tailandia, Singapur y a su vez la compatibilidad de la cultura colombiana y la norteamericana son mayores.
- La percepción de seguridad es mala y la capacidad hotelera es baja en Colombia.
- Aunque Colombia tiene una gran representación en el Ranking de mejores hospitales de Latinoamérica (FCV se encuentra en el puesto 8, según evaluación de 2013 de la Revista América Economía) No es percibida como un destino de clase mundial.
- Colombia tiene una ventaja geográfica sobre otros competidores.
- Los niveles de bilingüismo son bajos comparados con la competencia.

- Solo dos Hospitales en Colombia son acreditados internacionalmente por JCI (FCV y Fundación Santa Fe)
- Los nuevos entrantes deben romper barreras de entrada como son: acreditación internacional, déficit de infraestructura, déficit de personal, bilingüismo. Temas en los que FCV lleva trabajando más de 5 años.
- A pesar de que el desarrollo científico genera nuevas técnicas para el manejo de las diferentes patologías cardiovasculares, estos nuevos procedimientos también son realizados por los Cirujanos Cardiovasculares, además con el devenir de mejores métodos de diagnóstico aparecen más patologías susceptibles de tratamiento quirúrgico.
- A nivel internacional India será un competidor en el área de servicios de alta complejidad como cirugía cardiovascular, sin embargo a pesar de tener más bajos costos y mayor bilingüismo, tiene desventajas como ubicación, menor eficiencia del sistema de salud y menor compatibilidad cultural.
- A nivel nacional, los posibles competidores no cuentan aún con acreditación internacional JCI lo cual se ha identificado como una importante herramienta de mercadeo de turismo de salud.
- La principal población a la cual estaría dirigida la propuesta, sería grupo etéreo de mayores de 65 años, afiliados a una empresa de salud (Medicare) o con cobertura privada para tratamiento de enfermedades críticas.
- Mientras que en Estados Unidos una cirugía de Revascularización miocárdica oscila entre: 63,767 - 162,051 dólares en la FCV oscila entre: 18,552 - 32,610 dólares (año: 2012)

- Mientras que en Estados Unidos una cirugía de Reemplazo valvular aórtico oscila entre: 90,411 - 162,051 dólares en la FCV oscila entre: 18,282 - 35,841 dólares (año: 2012)
- Esta brecha genera una gran oportunidad de negocio.
- A pesar del trabajo con el Centro de excelencia en enfermedades coronarias que ha sido muy buena experiencia, encontrando solo unas brechas menores al compararnos con STS y 50 best hospitals, se debe trabajar en la conformación de nuevos centros de excelencia.
- La entrega del servicio se realizará a través de instituciones aseguradoras de salud.
- La FCV ya cuenta con unos recursos humanos, físicos, logísticos dedicados a la atención de pacientes internacionales.
- Aunque la FCV cuenta con alianzas educativas claves, aun falta concretar alianzas comerciales definitivas para este proyecto.
- Con los datos proyectados basados en el comportamiento histórico nacional, el proyecto es viable económicamente, Mantiene un EBITDA entre: 14 – 18% Una TIR de: 25,6%. Es un proyecto que genera valor.

8. RECOMENDACIONES

- Mejorar los niveles de calidad percibida, trabajando con organismos de promoción como Proexport.
- Desarrollar estadísticas que permitan mercadear con hechos la calidad de los servicios de salud en Colombia.
- Desarrollar un Cluster de salud a nivel regional.
- Crear programas para formación de Profesionales en el área de la salud. Esto como Hospital Universitario y apoyados en la reforma a la salud en Colombia.
- Hay que mejorar las competencias en Bilingüismo de la FCV
- Investigar para innovar en procedimientos que permita mantener ventaja competitiva en costos
- Trabajar con organismos nacionales en flexibilizar el visado al turista de salud y en mejorar la conectividad aérea.
- Es importante contar con una página web distintiva, traducida adecuadamente al inglés y que provea una información adecuada y actualizada.
- Es importante trabajar con otros servicios como Telemedicina en Estados Unidos.

- La creación de una empresa aseguradora de salud para planes de cobertura en enfermedades críticas, con sede en Estados Unidos es una opción que se debe explorar.
- También se debe explorar la oportunidad de tener una IPS que cubra baja complejidad en Estados Unidos.

BIBLIOGRAFIA

- BOSSERT, Thomas Ph.D.Harvard School of Public Health
- CABALLERO Sara -Danell and Chipu MUGOMBA, Medical Tourism and its Entrepreneurial Opportunities - A conceptual framework for entry into the industry. School of Business, Economics and Law Göteborg University Jan, 2007; Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the U.S: 2007, US Census Bureau Agosto 2008; Kasikorn research center; Tourism authority of Thailand;)
- CASTAÑO YEPES, Ramón Abel. Centros de excelencia: calidad, eficiencia y competitividad para la exportación de servicios [Archivo en Disco Duro].Bogotá: Centro de Gestión Hospitalaria, Junio 2009. [Archivado el 3 de octubre del 2011]. 1.005 Kb. Tomado De: Diseño conceptual modelo de acompañamiento. Ramón Abel Castaño, Sergio Luengas, Carmen Elisa Núñez. Centro de Gestión Hospitalaria.)
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Cuidado de salud [en línea] disponible en:<https://www.cuidadodesalud.gov/es/>
- DINDAYAL Conferencia Challenges Ahead, 15-17 May 2008, IIMK; Oportunidades y retos en el turismo de salud en India;
- EL BARDISSI AW, ARANKI SF, et al. Trends in isolated coronary artery bypass grafting: an analysis of the Society of Thoracic Surgeons adult cardiac surgery database. J Thorac Cardiovascular Surg. 2012 Feb; 143(2):273-81

- FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA. Instituto del Corazón. Floridablanca, Santander, Colombia. Servicio de Cirugía Cardiovascular Adultos. Informe anual de morbimortalidad 2001 a 2011.
- FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA. Instituto del Corazón. Servicio de Cirugía Cardiovascular Adultos. Informe anual de morbimortalidad 2009. Floridablanca, Santander, Colombia 2009.
- GANDUGLIA Cecilia Revista MEDICINA (Buenos Aires) 2010; 70: 381-385 .ISSN 0025-7680. ARTICULO ESPECIAL La Reforma del Sistema de Salud de los Estados Unidos de América. Escuela de Salud Pública, Departamento de Gestión, Políticas de Salud y Salud Comunitaria, Universidad de Texas, EE.UU)
- HARRYONO, Monica Patients without borders: an overview of the medical travel industry in Asia, its challenges and opportunities, Oct 2007; Thailand Medical Tourism Cluster. Harvard Business School Microeconomics of Competitiveness. May 5, 2006
- HOSPITALS BY ERIN L. NISSLEY (STAFF WRITER) Big gap in open-heart surgery charges at NEPA [en línea] Disponible en: enissley@timeshamrock.com <http://www.phc4.org/reports/cabg/08/>. Published: September 17, 2010
- KAISSER Family Foundation. Focus on Health Reform: Summary of New Health Reform Law, 2010.[en línea] Disponible en: <http://www.kff.org/healthreform/8061.cfm>; consultado el 28/4/2010.
- KILIC, ARMAN, Shah, ASHISH S., CONTE, John V., MANDAL, Kaushik, BAUMGARTNER, William A., CAMERON, Duke E., WHITMAN, Glenn J R “Understanding Variability in Hospital-Specific Costs of CABG Represents an

Opportunity for Standardizing Care and Improving Resource Utilization”
Division of Cardiac Surgery, Johns Hopkins Hospital, Baltimore, MD, USA
AATS, Annual Meeting 2013

- MCKINSEY Ahead, Mapping the market for medical travel, McKinsey Mayo 2009. Healthcare in india, The road Octubre 2002.
- MCKINSEY & COMPANY, Desarrollando Sectores de Clase Mundial, Informe Final, Sector Turismo de Salud, Bogota, 2009
- MCKINSEY & COMPANY The Global Spa Economy, Global Spa Summit 2009; Proexport; Entrevistas; Análisis equipo de trabajo,
- MCKINSEY & COMPANY, Ministerio de Comercio Industria y Turismo, Informe final, sector turismo de salud, Bogotá, Mayo de 2009
- MCKINSEY, Mapping the market for medical travel, Mayo 2008 Health care in India, The road ahead, Octubre 2012
- MCKINSEY Mapping the market for medical travel, Pagina web Joint Commission International 2008
- MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL Y CENDEX Recursos Humanos de la salud en Colombia, 3ra edición, , 2009
- PORTER Michael; artículos de prensa. Turismo Médico en Filipinas, microeconomías de firmas competitivas; Firms, clusters y desarrollo económico, Harvard Business School, May, 2008,

- REED Kristin MAY., Rick Health Grades. Guiding Americans to their best health. America's 50 Best Hospitals Report. February 2011. Pag 1-16.
- REUTERS Thomson 50 Top Cardiovascular Hospitals. Study overview and research findings. 13th edition. November 14, 2001.. ISBN 978-1-57372-456-2. Pg 1-56.
- SHAHIAN, DM, O'Brien SM, et al. The Society of Thoracic Surgeons 2008 cardiac surgery risk models: part 1- coronary artery bypass grafting surgery. Ann Thoracic Surg. 2009 Jul; 88(1 Suppl):S2-22
- STANFORD SCHOOL OF MEDICINE. Surgical outcome reports. Cardiothoracic Surgery.. Disponible en: http://ctsurgery.stanford.edu/patient_care/outcomes2.html
- SWAIN and SUPRAVA Sahu. 2008.; Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the U.S: 2007, US Census Bureau Agosto 2008;
- TRAVIS, John W. Estudio de Mckinsey: Mapping the market for medical travel. Wellness Workbook. Mayo 2008.
- WCY Policy direction of the government; EIU transparency & fairness of legal system; WCY Bureaucracy Ranking; Geerst Hofstede study on cross-cultural differences in work.
- WEIL. Andrew. 8 Weeks to Optimum Health. Ojos en Dubai. Wellness & Spas Middle East. Agosto 2008.