

Turismo médico comparado en Colombia y Singapur: Estudio sectorial y perspectivas de desarrollo*

Comparative Medical Tourism in Colombia and Singapore: sectorial study and Development Perspectives

DOI: <http://dx.doi.org/10.14482/dere.47.9766>

Mario Alberto de la Puente Pacheco**

*Este artículo de investigación es producto de la obra *Dinámica Internacional del Turismo Médico y de la Salud: Caso de Colombia*, en proceso de edición (editorial de la Universidad del Norte).

** Profesor investigador del Departamento de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Universidad del Norte (Barranquilla, Colombia). Doctor en Análisis Económico Internacional por la Universidad Rey Juan Carlos. Miembro del grupo de investigación Agenda Internacional, avalado por Colciencias. Contacto: mdelapuate@uninorte.edu.co

REVISTA DE DERECHO

N° 47, Barranquilla, 2017

ISSN: 0121-8697 (impreso)

ISSN: 2145-9355 (on line)

Resumen

Se analiza el sector del turismo médico comparado para las localidades de Colombia y Singapur con el fin de identificar la estructura general sectorial de ambas para efectos de desarrollo integral diferenciado a partir de coyunturas particulares y políticas públicas. La metodología de investigación se basó en la recolección de datos oficiales y entrevistas a representantes gremiales e intermediarios de servicios médico-turísticos, que permite la agrupación de información sobre variables independientes. Se encontró que el sector del turismo médico en los procedimientos estudiados tanto para Colombia como Singapur se encuentra diferenciado debido al enfoque de política para el desarrollo de atractivo médico-turístico. Este trabajo aporta a la literatura de estudio diferenciado de sectores no tradicionales a través del estudio del turismo médico como industria poco explorada a nivel mundial.

Palabras clave: turismo médico, medicina curativa, turismo de la salud.

Abstract

This article analyzes compared medical tourism sector to the localities of Colombia and Singapore in order to identify sectorial general structure of both for purposes of differentiated integral development from private and public political situations are analyzed. The research methodology is based on official data collection and interviews with union representatives and brokers of medical tourism services that enable the collection of independent variables. It is found that the medical tourism sector from Colombia and Singapore are differentiated due to different development policies approaches. This work contributes to the tourism sector through the study of medical tourism as unexplored sector worldwide.

Keywords: medical tourism, healing medicine, health tourism.

Fecha de recepción: 12 de enero 2016

Fecha de aceptación: 2 de mayo de 2016

1. INTRODUCCIÓN Y METODOLOGÍA DE ESTUDIO

Según la firma consultora Deloitte (2014), se entiende por “turismo médico” la llegada voluntaria de pacientes externos a una localidad diferente de la suya (ya sea a nivel nacional o internacional) que buscan someterse a procedimientos de baja, mediana y alta complejidad para mejorar y/o mantener su optimización en salud física y mental.

Para Cohen (2008), a diferencia del turismo de salud y de bienestar, este se denomina “médico” porque la finalidad del turista es mejorar una condición de salud que le aqueja o mantener su salud en condiciones aceptables.

Gan y Frederick (2011) mencionan que a través de integraciones verticales y/o horizontales existen formas de alianzas que permiten a los diversos actores del sector ofrecer servicios médicos a pacientes por medio de figuras como el clúster de salud, en el cual, a diferencia del clúster industrial de bienes, el paciente se traslada hacia el sitio de destino, con lo cual existe una adecuación que fomenta externalidades positivas en el entorno en que este se encuentra.

Según Pacheco (2013), la introducción de actores como aseguradoras nacionales e internacionales, intermediarios para la oferta de servicios sanitarios y eslabones de la cadena productiva, como transporte, hospedaje, alimentación y agencias de viaje incrementan la complejidad antes y durante el servicio prestado.

A través de esta investigación se estudia este sector (actores, costos, tendencia de consumo, procedimientos de mayor consumo, flujo de pacientes, normas administrativas e identificación de fortalezas y debilidades) para efectos de conocimiento diferenciado de las localidades de Colombia y Singapur con el fin de establecer las diferencias estructurales y coyunturales de la industria médico-turística y recoger datos históricos que permitan la estimación de servicios de mayor demanda en ambas localidades.

La metodología de estudio se basa en la recolección de datos históricos para el análisis estructural del sector comparado y luego estimar la demanda de servicios en 2014 basado en la información de consumo de mercado desde 2009 y la lista de espera en los procedimientos analizados por medio de la información suministrada de gremios del sector facilitados por Pacheco (2013) y la Asociación de Medicina Estética de la Costa (2011).

2. APROXIMACIÓN TEÓRICA DEL TURISMO Y LA SALUD

Para De la Puente (2015), Dwyer (2010) expone que los servicios turísticos se caracterizan por la intangibilidad en la oferta y percepción subjetiva del beneficiado sujeto a condiciones preexistentes que alteran la apreciación del procedimiento en cuestión.

Dwan y Pal (2011) mencionan que los servicios médicos, a diferencia de los bienes, cuentan con la característica de irreversibilidad, lo cual acentúa el principio de subjetividad e interdependencia que determina el grado de satisfacción del consumidor.

Los diversos tipos de alianzas cooperativas, tanto verticales como horizontales, determinan la forma de suministro de un servicio respecto a lo cual Herrik (2007) y Evans (2008) resaltan los métodos de estrategia para el posicionamiento del servicio cuando dos o más sectores se relacionan para ofrecer un servicio final.

De Arellano (2014) y Herrik (2007) clasifican las alianzas estratégicas como una conjunción basada en la integración de mercados estratégicos y formales de conocimiento público en aras del reconocimiento legal.

Para Lee (2010) y Lee y Park (2013), las autoridades tienden a aprobar las alianzas estratégicas complementarias en que varias empresas de una misma industria o interindustrial ofrecen un producto o servicio en conjunto.

Sin embargo, Sobo (2000) resalta que las alianzas estratégicas tienen riesgos de gran consideración. Este es el caso de una aerolínea que se ve afectada en su reputación por el mal manejo en la oferta de billetes de avión por parte del operador virtual.

Para Blake (2008), las alianzas estratégicas representan una oportunidad de sinergia y coordinación para la potenciación del sector turismo y mayor competitividad internacional de los oferentes en la búsqueda de demandantes.

En cuanto a la base teórica de la economía de la salud como complemento argumentativo de la industria médico-turística, según Sloan (2013), una de las razones de estudio de la salud desde la perspectiva utilitaria se debe a un incremento en la longevidad en países desarrollados y en menor medida de países en desarrollo debido a múltiples factores, como mayor consumo de servicios de salud, mayor gasto público en el rubro del sector de la salud por parte de gobiernos en países desarrollados y en vías de desarrollo, entre otros.

El segundo factor se debe a la expansión del sector de la salud por medio del aumento de cobertura de servicios, tratamientos, procedimientos invasivos y no invasivos a nivel mundial. Durante la última década, muchos países han experimentado expansiones importantes del tamaño de su sector salud como una medida de la ratio del gasto público en el sector de la salud con proporción al PIB. (Departamento de Estadística de Singapur, 2011).

El gasto en el sector de la salud a nivel mundial se ha triplicado a lo largo de las últimas cuatro décadas: del 5.1 % en 1960 llegó a 15.3 % en 2006. (Sloan, 2013). El incremento del gasto en el sector de la salud se encuentra positivamente relacionado con el incremento en el nivel de ingresos.

En consecuencia, el crecimiento del ingreso per cápita es importante para el tamaño del sector de la salud. (Kangas, 2010).

3. ESTRUCTURA SECTORIAL COMPARADA

Para la firma McKinsey (2014), en Colombia el turismo médico es aún incipiente, el cual logró alrededor de 4400 pacientes en 2013, de los cuales el 90 % provenía de cinco localidades (Estados Unidos, Panamá, Canadá, Aruba y Antillas) y el 10 % restante de diversas localidades (más de 5 %).

Se estudia el 90 % de la procedencia de pacientes externos debido a la alta concentración de mercado y el potencial de expansión que este representa. (McKinsey, 2014).

Esta categoría de turismo representa un porcentaje de 0,38 % del total de turistas que ingresaron a la nación, fracción muy baja, cuyos procedimientos de mayor demanda externa (pacientes nacionales radicados en el extranjero o pacientes extranjeros) para 2013 fueron la radioterapia, quimioterapia, cirugía reconstructiva del suelo pélvico y la cirugía cardiovascular. (Programa de Transformación Productiva, 2015).

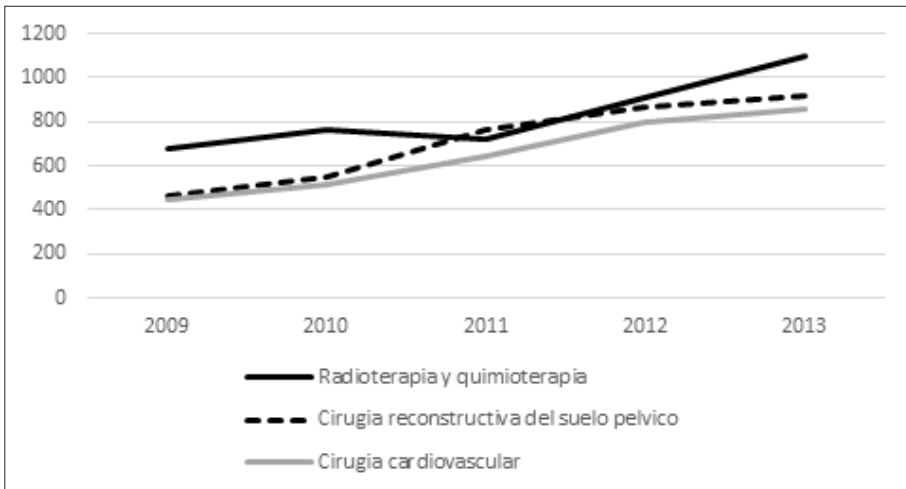
Para los servicios de radioterapia y quimioterapia, el número de procedimientos consumidos en 2013 fue de 1,584 unidades, y Estados Unidos fue el principal demandante, con 70,07 % de los servicios (1110 unidades), Canadá con el 7,57% (120 unidades), Aruba con 3,28 % (52 unidades) (De Arellano, 2014), Antillas con 2,02 % (32 unidades) y Panamá con 17,04 % (270 unidades).

Para el procedimiento de cirugía reconstructiva de suelo pélvico, el consumo en 2013 fue de 1179 unidades de procedimiento por diversas causas, y nuevamente Estados Unidos fue la localidad de mayor demanda, con 920 unidades (78,03 % del total consumido), Canadá con 107 unidades de servicio o 9,07 % del consumo total, Aruba con 52 unidades o 4,41 %, Antillas con 50 unidades o 4,24 % y Panamá con 50 unidades o 4,24 % del total demandado.

Por otro lado, las intervenciones de cirugía cardiovascular con diversos fines sumaron un total de 1252 unidades para 2013, y Estados Unidos nuevamente lideró el consumo total con 860 unidades o 68,69 % del

consumo total de servicios, Canadá con 92 unidades o 7,34 %, Aruba con 20 unidades o 1,59 %, Antillas con 20 unidades o 1,59 % y Panamá con 260 unidades o 20,76 %.

Así, los procedimientos de radioterapia y quimioterapia se encuentran entre los más demandados en su categoría dentro de los países escogidos. Los bajos costos comparativos por unidad de sesión y el alto nivel de publicidad y mercadeo para los cinco países han permitido que este servicio de demanda externa incipiente tome una porción considerada de los servicios ofrecidos. La siguiente gráfica presenta la participación de los tres procedimientos dentro de la medicina curativa en el periodo 2009-2013.



Fuente: Ocean Observatories Initiative, C. S. (2013). State-civil society relations and tourism: Singaporeanizing tourists, touristifying Singapore. *Sojourn: journal of social issues in Southeast Asia*, 249-272.

Gráfica 1. Participación de los tres procedimientos dentro de la medicina curativa en el periodo 2009-2013

Se aprecia un aumento sustancial de la participación de la radioterapia y quimioterapia a lo largo del periodo de estudio en esta categoría. El gasto en publicidad por parte de entidades oficiales colombianas hacia las cinco localidades ha sido un factor esencial para el aumento de

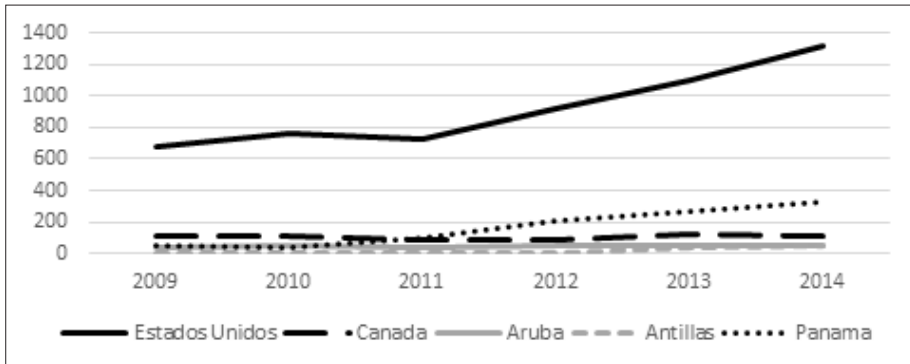
demanda de estos procedimientos a pesar de representar un porcentaje incipiente dentro de los servicios médico-turísticos totales. (Padilla, Danovitch y Lavee, 2013). Esta promoción se encuentra acompañada de una fuerte inversión en infraestructura de salud (principalmente curativa y preventiva) que ha potenciado la oferta nacional y permite un aumento de la capacidad de absorción de la demanda.

Estados Unidos es el país con mayor participación en los procedimientos mencionados; seguido de Panamá, que por su cercanía geográfica y la muy buena reputación de médicos colombianos en el tratamiento del cáncer se encuentra en segundo lugar; seguido de Canadá, con una participación incipiente debido a las limitaciones culturales, de idioma, prejuicios respecto al país, entre otros. Finalmente, Antillas y Aruba se encuentran en último lugar con una participación muy baja.

La siguiente gráfica muestra el comportamiento de la participación de los cinco países en la demanda de radioterapia y quimioterapia durante el periodo 2009-2013.

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

Por otro lado, los precios de los procedimientos mencionados en las localidades de mayor demanda varían dependiendo el tipo de especialización necesaria, así como las particularidades de cada paciente. (Marlowe y Sullivan, 2007).



Fuente: Helble (2008).

Gráfica 2. Participación en el consumo de servicio de radio y quimio por localidad: 2009-2014

Sin embargo, los costos anuales de procedimientos son menores en Colombia que en las localidades consumidoras externas, este es un factor importante en el traslado de pacientes internacionales a territorio colombiano para sometimiento de servicios médicos. (OECD, 2008).

La siguiente tabla muestra los precios de los procedimientos analizados en las cinco localidades consumidoras hacia territorio colombiano.

Tabla 1. Precios de los procedimientos analizados en las cinco localidades consumidoras hacia territorio colombiano

	Estados Unidos	Canadá	Aruba	Antillas (promedio)	Panamá	Colombia
Radioterapia/ Quimioterapia	\$ 120.000,00	\$ 93.000,00	\$ 1.110,00	\$ 960,00	\$ 2.600,00	\$ 850,00
Cirugía reconstructiva del suelo pélvico	\$ 89.000,00	\$ 37.000,00	\$ 1.380,00	\$ 915,00	\$ 1.200,00	\$ 1.250,00
Cirugía cardiovascular con diferentes finalidades	\$ 140.000,00	\$ 45.000,00	\$ 42.000,00	\$ 39.900,00	\$ 40.100,00	\$ 33.900,00

Fuente: Dwyer (2010).

Para el caso singapurense, una de las principales causas del crecimiento del sector es la creación y posterior coordinación por parte de la agencia mixta de promoción del turismo de salud de medicina curativa “Singapore Medicine”, conformada por el Gobierno en cabeza del Ministerio de Salud y las industrias que hacen parte de la cadena de oferta, en la que participan tres agencias gubernamentales: 1) EDB (Economic Development Board), que promueve la inversión y desarrolla capacidades en la industria del cuidado de la salud, 2) IE (International Enterprise Singapore), que facilita el crecimiento terrenal y expansión del sector a nivel legal y contractual sirviendo como puente a potenciales inversiones directas, y 3) The Singapore Tourism Board, que mercadea los servicios de salud ofertados a nivel regional e internacional en mercados objetivos como Estados Unidos, Reino Unido, China y Rusia.

Estos potencian los mercados “sombra” (Deloitte, 2013), acaparando cada vez más la demanda de países vecinos, el mercado de “jalonnemento” del sector privado en la medida que los oferentes nacionales mejor posicionados se encuentran expandiendo sus servicios a otros continentes (principalmente a países europeos), y mercado de “empuje” de operadores de turismo por medio de la intervención gubernamental en la promoción de servicios médicos en otras latitudes. (Lee y Park, 2013); (Chee, 2007).

5. PERSPECTIVAS DE DESARROLLO Y CONSOLIDACIÓN SECTORIAL PARA LAS LOCALIDADES DE COLOMBIA Y SINGAPUR

Según la firma Deloitte (2014), Colombia se perfila como uno de los principales destinos en la región en la demanda de sometimiento de sesiones de radioterapia y quimioterapia con una estimación de demanda de 1 854 unidades para 2014. Una de las causas de esta previsión positiva se debe al crecimiento del consumo por parte de nacionales expatriados y foráneos en países como Estados Unidos y Panamá que buscan menores costos y similar calidad en el procedimiento, lo cual significaría una especialización para la industria colombiana (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2014).

También cabe rescatar que debido a los altos costos unitarios de servicios de radio y quimio, además de los medicamentos, sumado a que muchos potenciales demandantes no cuentan con seguro médico (Medicare, Medicaid) o este no cubre la totalidad del número de tratamientos, lo cual impulsa mucho más el sector en Colombia. (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2010).

Asimismo, se destaca la llegada de pacientes hispanos no colombianos que buscan someterse a los procedimientos mencionados debido a la eficiencia de la publicidad voz a voz y el conocimiento de la mejor situación que vive el país en materia de seguridad.

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

La siguiente tabla presenta la previsión de cantidad de procedimientos demandados en 2014, la localidad de mayor demanda, la variación porcentual con respecto a 2013 y las observaciones que justifican dichas variaciones. Se aprecia un aumento sustancial de la participación de la radioterapia y quimioterapia a lo largo del periodo de estudio en esta categoría. El gasto en publicidad por parte de entidades oficiales colombianas hacia los cinco países analizados ha promocionado más las ventajas competitivas del país andino frente a otros destinos en la región y el mundo.

Tabla 2. Estimación de crecimiento de procedimientos observados para Colombia entre 2013-2014

Nombre del tratamiento/procedimiento	Cantidad demandada en 2014 (unidades)	Localidad de mayor demanda	Variación porcentual 2013-2014	Observaciones
Radioterapia y quimioterapia	1854,3	Estados Unidos	19%	Alto nivel de gasto en publicidad, alta inversión en infraestructura hospitalaria.
Cirugía reconstructiva del suelo pélvico	957,6	Estados Unidos	-37%	Bajos costos comparativos frente al promedio de la región. Graduación de médicos especializados en ginecología y obstetricia.
Cirugía cardiovascular con diferentes fines	1331,5	Estados Unidos	0,52%	Diversificación en los mercados objetivos. Panamá como segundo mercado de mayor demanda.

Fuente: Deloitte (2014).

Estados Unidos es el país con mayor participación en los procedimientos mencionados, seguido de Panamá, que por los motivos ya mencionados en el tratamiento del cáncer se encuentra en segundo lugar, seguido de Canadá con una participación incipiente debido a las limitaciones antes mencionadas. Finalmente, Antillas y Aruba se encuentran en último lugar con una participación muy baja. Según Pacheco (2013), Estados Unidos se encuentra a la cabeza de los servicios demandados debido a la suma de varios factores.

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

externa de cirugía reconstructiva de suelo pélvico cuenta con una disminución de 36,69 % a pesar de contar con bajos costos comparativos con respecto a la región.

Este procedimiento decayó de forma abrupta debido un mayor enfoque hacia otros servicios médico-turísticos como la rinoplastia y aumento mamario. (Pacheco, 2013). En la actualidad Estados Unidos cuenta con 673 unidades demandadas, seguido de Canadá con 107 unidades, Panamá con 61,6, Aruba con 60 y Antillas con 43. Estados Unidos cuenta con el 71 % de la demanda de cirugía reconstructiva del suelo pélvico, seguido de Canadá con el 11 %, Panamá con 7 %, Aruba con 6 % y Antillas con 5 % unidades demandadas.

En este caso Canadá se ubica en el segundo lugar, lo cual permite inferir que el servicio estaría siendo bien recibido por los usuarios de ese país. Finalmente, la cirugía cardiovascular con diferentes fines experimentó un crecimiento sostenido hasta 2012. Sin embargo se percibe un ajuste sostenido hasta 2014.

Estados Unidos es el de mayor demanda, con 864 unidades de servicio demandado, seguido de Panamá con 308, Canadá con 88, Antillas con 43 y Aruba con 27. En cuanto al porcentaje de participación, Estados Unidos cuenta con el 65 % de la demanda de este servicio, seguido de Panamá con 23 %, Canadá con 7 %, Antillas con 3 % y Aruba con 2 %.

En cuanto a la localidad de Singapur, la firma McKinsey (2014), el Ministerio de Salud de Singapur (2013) y la Ocean Observatories Initiative (2013) resaltan que Indonesia se mantiene como la localidad con mayor consumo de procedimientos de medicina curativa mencionadas arriba. Sin embargo, la anterior estimación prevé que exista una reconfiguración de los porcentajes de demanda con respecto a 2013.

Así, se prevé que la demanda total de Indonesia disminuya en 20 % debido a una disminución en la cantidad de servicios consumidos y un aumento del consumo per cápita de cada uno proveniente de localidades como China, Rusia e Indonesia. En ese sentido se prevé que Indonesia consuma en total 41,93 unidades de servicios, repartidas en 26 523 uni-

dades para servicios de radioterapia y quimioterapia, 13 239 unidades de servicios de cirugía reconstructiva del suelo pélvico de baja intensidad y 2173 unidades de procedimientos de cirugía cardiovascular.

Esta localidad cada vez pierde mayor cuota de mercado en reemplazo de los países con mayor volumen de pacientes internacionales y mayor poder adquisitivo, como es el caso de China y Rusia. Así, el consumo porcentual en 2014 se estableció en 63,24 % para el primer servicio, 31,56 % para el segundo y 5,18 % para el tercero. Por su parte, la demanda malaya se estructuraría en 5,467 unidades de radio y quimio, lo que representa 37,77 % de su consumo total, 2944 unidades de cirugías reconstructivas del suelo pélvico, que es el 20,34 % de su consumo total, y 6062 unidades de cirugías cardiovasculares con diversos fines, que es 41,88% de su consumo total. Se aprecia una reconfiguración del consumo malayo dirigido hacia el segundo procedimiento; en parte debido a la creciente competencia interna que cada vez emite menos pacientes a Singapur (Malasia es el principal competidor de Singapur en cirugías cardiovasculares y tratamientos oncológicos).

En el caso de China, existe un aumento muy importante del consumo de los tres procedimientos en 4765 unidades, lo cual prevé un dinamismo del consumo en años futuros (principalmente en procedimientos cardiovasculares), ya que mientras se prevé una disminución de la demanda de radio y quimio en alrededor de 1000 unidades hasta 6400 unidades, la cirugía de levantamiento del suelo pélvico y cardiovascular con diversos fines cuenta con un aumento de más del 20 % en 8462 y 19 903 unidades, respectivamente. Lo anterior debido a que si bien este país asiático se encuentra realizando grandes esfuerzos para universalizar los servicios sanitarios básicos, aquellos con mayor poder adquisitivo se encuentran en una búsqueda permanente de ofertas de alta calidad en estos rubros (cardiología y urología) de alta complejidad tecnológica sin el esfuerzo adicional que supone viajar a otras latitudes mucho más lejanas que la singapurense.

En ese sentido, se espera que los procedimientos de cardiología se mantengan estables, ya que son los que presentan un mayor ingreso por procedimiento. Sin embargo, cada vez se hace más difícil para Singapur

mantener su cuota de mercado en términos de cantidades, debido a que destinos alternativos como Filipinas y Malasia se encuentran realizando altas inversiones directas en equipamiento tecnológico de alta complejidad, así como la combinación con otras modalidades del turismo de salud. Esta tendencia se evidencia en el caso de Brunei, donde la previsión de procedimientos de cardiología se encuentra al alza debido al altísimo gasto per cápita, mientras los otros se encuentran estables con tendencia a la baja. Así, se espera que para 2017 los servicios se sitúen en 396,6 unidades de demanda de radio y quimio, 659,3 unidades de cirugía reconstructiva del suelo pélvico y 6260 unidades de cirugías cardiovasculares de alta complejidad con precios superiores a los USD28,000, distribuyéndose en un global de 5,4, 9 y 85,5 % de los procedimientos.

Otra situación se espera de la localidad de Camboya, donde se estima que el enfoque de oferta se encuentre en el procedimiento de cirugía reconstructiva del suelo pélvico. Lo anterior debido a que se prevé que para 2014 exista un decrecimiento de demanda de radio y quimio que se ubique por debajo de las 10 unidades, lo cual significaría un nuevo enfoque de mercado que no contempla este primer servicio. La demanda de cirugía reconstructiva del suelo pélvico se ubica en 778 unidades, mientras que las intervenciones cardiovasculares cuentan con 530 unidades demandadas.

El caso más llamativo es el ruso, ya que esta localidad ha aumentado su demanda de procedimientos cardiovasculares; lo cual en la práctica representa una opción real para los ingresos más altos de la nación que buscan nuevas alternativas medicas a la estadounidense con menores inconvenientes en materia política y de negocios. En ese sentido, se estima que para 2017 la demanda de intervenciones cardiológicas se ubique en 15 657 (5 000 unidades más que 2013), 1058 demandas de cirugía de suelo pélvico y 2059 de radioterapia y quimioterapia, lo cual representa un consumo porcentual global de 84,39, 5,63 y 10,96 %.

La siguiente tabla muestra la previsión de cantidad de procedimientos demandados en 2014, la localidad de mayor demanda, la variación porcentual con respecto a 2013 y las observaciones que justifican dichas variaciones.

Tabla 3. Estimación de crecimiento de procedimientos observados para Singapur entre 2013-2014

Nombre del tratamiento/procedimiento	Cantidad demandada en 2014 (unidades)	País de mayor demanda	Variación porcentual 2013-2014	Observaciones
Radioterapia y quimioterapia	40,847.9	Indonesia	-7,39%	Decrecimiento de localidades Brunei y Camboya.
Cirugía reconstructiva del suelo pélvico	27,141	Indonesia	10,02%	Reconfiguración de la especialización de demanda.
Cirugía cardiovascular con diferentes fines	50,587.6	China	-37,73%	Especialización de oferta hacia consumo de mayor calidad y tecnología sin desplazarse a Norteamérica y Europa del Oeste.

Fuente: McKinsey y Company (2014), Ministerio de Salud de Singapur (2013) y Ocean Observatories Initiative, C. S. (2013).

Se aprecia la reconfiguración de estructura de oferta de cara a una mayor búsqueda de gasto per cápita enfocándose en servicios de mayor valor agregado y precio total. El decrecimiento de 7,3 % de los servicios de radio y quimio se debe a que el precio promedio de oferta es muy inferior a los procedimientos cardiovasculares (ver anexo), lo cual hace pensar que Singapur busca convertirse en una localidad exclusiva de atención médico-turística para los mayores ingresos de países de Asia Pacífico y del norte de Asia (de ahí que aun cuando las unidades demandadas disminuyan, la fidelidad de pacientes chinos, rusos y bruneanos sea mayor con miras a la posibilidad de oferta de exclusividad élite en los procedimientos y servicios post-operatorios).

También se destaca el crecimiento del procedimiento de cirugía reconstructiva y de levantamiento del suelo pélvico en localidades de Indonesia, Malasia y China; lo cual hace suponer una estabilización global de la demanda de servicios y profundización en la diversificación de ingresos de turismo de médico singapurense.

CONCLUSIÓN

La escasez de información actualizada del lado colombiano expone una dificultad para el seguimiento continuo de tendencia del sector. Existe una variabilidad de información y datos poco similares que no permiten establecer un análisis aproximado sobre la llegada de turistas con fines exclusivamente médicos más allá de encuestas a turistas generales que llegan al país. Sin embargo, se puede determinar que Estados Unidos es el principal emisor de pacientes tanto para Colombia como Singapur, aun cuando los incentivos de desplazamiento sean diferentes, ya que mientras en el primero buscan procedimientos de alta complejidad a bajos costos aprovechando el ahorro derivado del tipo de cambio, en Singapur buscan procedimientos similares a los de la localidad emisora asumiendo costos mayores.

La baja cobertura sanitaria de los seguros médicos establecidos por disponibilidad de ingresos y localidad en que se radique es una limitante para la demanda nacional y su respectiva movilidad internacional.

Asimismo, la falta de información sobre el papel de las aseguradoras internacionales y sus convenios con clínicas y centros especializados nacionales dificulta analizar la viabilidad del sector y su sostenibilidad más allá de la intención voluntaria de pacientes de llegar a Colombia para someterse a procedimientos de quimio, radioterapia, cirugía reconstructiva del suelo pélvico y cirugía cardiovascular con diversos fines.

Por otro lado, Singapur ha establecido como política nacional el impulso del sector atrayendo pacientes con muy alto poder adquisitivo, principalmente de China como mayor mercado. Sin embargo, llama la atención la participación de Rusia como demandante de procedimientos de altísima complejidad, así como la organización de clústeres de salud que integran de manera vertical y horizontal a los diversos actores directos e indirectos involucrados en el procedimiento consumido de interés.

REFERENCIAS

- Asociación de Medicina Estética de la Costa (2011). Informe Compilado de Llegada de Pacientes por Motivos Estéticos. Recuperado el 4 de diciembre de 2015 de <http://www.buenasalud.com.co/programas.php>.
- Blake, A. (2008). Modelling tourism and travel using tourism satellite accounts and tourism policy and forecasting models. *TTRI Discussion Papers*, 21(4), 34-35.
- Chee, H. L. (2007). Medical tourism in Malaysia: international movement of healthcare consumers and the commodification of healthcare. *Journal of Medical Tourism*, 5 (21), 56-57.
- Cohen, E.C.E. (2008). Medical tourism in Thailand. *AU-GSB e-journal*, 1(1), 56.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social (2014). Documento CONPES 3805 o Prosperidad para las Fronteras de Colombia. Recuperado el 4 de diciembre de 2014 de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3805.pdf>.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social (2010). Documento CONPES 3678 de 2010 o Política de Transformación Productiva: Un Modelo de Desarrollo para Colombia. Recuperado el 4 de diciembre de 2015 de http://u17729406.onlinehome-server.com/cnl/index.php?option=com_remository&Itemid=108&func=startdown&id=638.
- Dawn, S. K. y Pal, S. (2011). Medical tourism in Singapore: opportunities and designing strategies. *International Journal of Multidisciplinary Research*, 1(3), 7-10.
- De Arellano, A. B. R. (2014). Medical tourism in the Caribbean. *Signs*, 40(1), 32.
- De la Puente, M. (2015). Turismo de bienestar: Limitación conceptual y posicionamiento internacional. *Revista de Turismo y Desarrollo Sostenible*, 8, 1-18.
- De la Puente, M. (2015). Sector del Turismo de salud: caso colombiano. *Economía del Caribe*, 16, 129-161.
- De la Puente, M. (2015). Dinámica del turismo de salud internacional. *Dimensión Empresarial*, 3, 81-112.
- Deloitte Consulting Group. (2014). *Medical tourism: update and implications*. Recuperado el 10 de diciembre de 2015 de http://www.deloitte.com/assets/DcomUnitedStates/Local%20assets/documents/us_chs_medicaltourism_111209_web.pdf.
- Deloitte Consulting Group. (2013). *Medical Tourism: Consumers in Search of Value*. Recuperado el 3 de diciembre de 2015 de <http://www.deloitte.com/>

assets/DcomunitatedStates/Local%20Assets/Documents/us_chs_Medical-TourismStudy%283%29.pdf.

- Departamento de Estadística de Singapur. (2011). *Publicaciones y Estadísticas*. Recuperado el 3 de enero de 2015 de https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing.html.
- Dwyer, L. (2010). *Tourism Economics and Policy*. Canberra: Channel View Publications.
- Evans, R. W. (2008). Ethnocentrism is an unacceptable rationale for health care policy: a critique of transplant tourism position statements. *American Journal of Transplantation*, 8(6), 1089-1095.
- Gan, L. L. & Frederick, J. R. (2011). Medical tourism in Singapore: A structure-conduct-performance analysis. *Journal of Asia-Pacific Business*, 12(2), 141-170.
- Accreditations for Hospitals. Recuperado el 14 de noviembre de 2015 de https://www.jcrinc.com/assets/1/14/JCIH14_Sample_Pages.pdf.
- Kangas, B. (2010). Traveling for medical care in a global world. *Medical Anthropology*, 29(4), 344-362.
- Lee, J. y Park, N. (2013). Mice and medical tourism in Singapore. *Social Science Research Network*, 13(49), 3-5.
- Lee, C. G. (2010). Health care and tourism: Evidence from Singapore. *Tourism Management*, 31(4), 486-488.
- McKinsey y Company (2014). *Modelo de Demanda de Turismo de Salud para 2015*. Buenos Aires: McKinsey y Co.
- McKinsey y Company (2013). *Health Care in India: The Road Ahead*. Bombay: McKinsey y Co.
- Marlowe, J. y Sullivan, P. (2007). Medical tourism: the ultimate outsourcing. *Human Resource Planning*, 30(2), 8-10.
- Ministerio de Salud de Singapur (2013). *Servicios Hospitalarios*. Recuperado el 4 de diciembre de 2015 de https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing.html.
- Ocean Observatories Initiative, C. S. (2013). State-civil society relations and tourism: Singaporeanizing tourists, touristifying Singapore. *Sojourn: journal of social issues in Southeast Asia*, 249-272.
- Organization of Economic Cooperation and Development (2008). *Treatment, markets and health system implications: A scoping review*. Recuperado el 14 de diciembre de 2015 de <http://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf>.

- Pacheco, J. (2013). Entrevista al doctor Jaime Pacheco. Recuperado de Archivo de Word propio.
- Padilla, B., Danovitch, G. M. & Lavee, J. (2013). Impact of legal measures to prevent transplant tourism: the interrelated experience of The Philippines and Israel. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16(4), 915-919.
- Programa de Transformación Productiva (2015a). Cifras del Turismo de Salud. Recuperado el 4 de diciembre de 2015 de <http://ptp.amagi4all.com/informacion-estadistica/turismo/turismo-en-salud>.
- Programa de Transformación Productiva (2015b). Presente y Futuro del Sector. Recuperado el 4 de diciembre de 2015 de https://www.ptp.com.co/turismodesalud/Turismo_de_salud.aspx.
- Sloan, F. (2013). *Health Economics*. Massachusetts: MIT Publications.
- Sobo, E. J. (2009). Medical travel: what it means, why it matters. *Medical anthropology*, 28(4), 326-335.
- Whittaker, A. (2012). Pleasure and pain: medical travel in Asia. *Global Public Health*, 3(3), 271-290.