

**TURISMO MÉDICO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA:  
ANÁLISIS DE CONTEXTO PARA LA CREACIÓN DE UN CLÚSTER**

MEDICAL TOURISM IN THE CITY OF  
BARRANQUILLA: A CONTEXTUAL ANALYSIS FOR  
THE IMPLEMENTATION OF A CLUSTER

Delio Triviño Orozco\*  
Divina Ovalle Álvarez\*\*  
Beatriz Helena Díaz-Solano\*\*\*

---

\* Administrador de Empresas. Maestrando del programa en Gestión de las Organizaciones de la Universidad Autónoma del Caribe. Correo electrónico: *deliotrivi2@hotmail.com*

\*\* Administradora de Empresas. Maestranda del programa en Gestión de las Organizaciones de la Universidad Autónoma del Caribe. Correo electrónico: *diov771@gmail.com*

\*\*\* Administradora Hotelera y de Turismo. Maestría en Ingeniería / Gestión Integral del Recurso Hídrico. Doctorado en Ciencias Ambientales. Universidad Autónoma del Caribe. *beatriz.diaz@uac.edu.cola*

## RESUMEN

Este artículo propone la caracterización del sector turismo médico de la ciudad de Barranquilla, como diagnóstico para la conformación de un clúster. Se basó en una metodología mixta, realizando entrevistas a profundidad a diferentes actores claves del sector y trabajando con información de fuentes secundarias que permitieron caracterizar la amplitud y calidad de los servicios prestados. Como principales resultados fue posible identificar que solo se cuenta con tres (3) instituciones de salud acreditadas, en la ciudad Barranquilla, de 390 habilitadas. Existe una cultura empresarial individualista en el sector y el nivel de bilingüismo es deficiente para el servicio de turismo en salud. Como conclusiones relevantes se expone la necesidad de contar con un mayor número de entidades acreditadas, así como una visión turística de región que permita el encadenamiento de servicios complementarios de turismo.

**PALABRAS CLAVE:** turismo médico, clúster, competitividad, desarrollo regional.

**Clasificación JEL:** I11.

## ABSTRACT

The purpose of this article is to give an overview of medical tourism in Barranquilla, as a base to create a cluster. The study used a mixed methodology, using in depth interviews with relevant actors and working with secondary sources in order to evaluate the extent and quality of medical services. A principal result was the identification of only three accredited health care institutions in the entire city, out of 390 medical facilities. There exists a culture of self-sufficiency and individual service not conducting to group formation. In addition, the level of bilingualism is insufficient for medical tourism needs. Relevant conclusions are that a greater number of accredited medical facilities are needed, as well as a region wide view of tourism that allows for the formation of relevant complementary services.

**KEYWORD:** medical tourism, cluster, competitiveness, regional development.

**JEL CODES:** I11.

## 1. INTRODUCCIÓN

Las dinámicas de competitividad entre sectores productivos en los mercados globales, caracterizadas por significativas relaciones de interdependencia económica, conllevan diversas necesidades de despliegue estratégico para la generación de valor como factor preponderante del desarrollo empresarial. Investigaciones sobre el desarrollo industrial han aportado evidencia sobre las ventajas potenciales que presentan las aglomeraciones empresariales<sup>1</sup> —en términos de su complementariedad operacional y de gestión en diversos niveles— para el crecimiento de las organizaciones y el desarrollo económico regional.

Existen, no obstante, diferentes configuraciones de redes empresariales, entre las cuales el clúster tiene como particularidad la disimilitud entre sus actores, que no necesariamente hacen parte de las actividades de la cadena de valor y, sin embargo, se complementan en torno a un eslabón productivo o de conocimiento de la cadena (Barriga, 2004). Porter (1998) destaca la proximidad geográfica de los actores del clúster —empresas e instituciones conexas— como determinante del incremento de relaciones comunitarias que caracterizan a ese tipo de entramado productivo<sup>2</sup>. Esas condiciones de ventajas naturales —tales como el clima o la ubicación— constituyen el insumo primario para la aglomeración y articulación de empresas, fenómeno que está empíricamente asociado con el aumento del desempeño innovador y el emprendimiento de regiones y países, el desarrollo técnico, económico y la transferencia tecnológica (Solvell, 2008). Esto ha propiciado el interés de los Gobiernos nacionales y locales en el estudio y la generación de condiciones para la creación de ese tipo de red productiva.

---

<sup>1</sup> Entre otros aportes, los de Alfred Marshall desde la década de 1980 fueron fundamentales para establecer estas relaciones, así como posteriores avances en el marco de la competitividad desarrollados por Michael Porter.

<sup>2</sup> Los procesos de cooperación entre actores individualistas se justifican, desde la teoría de juegos, como una colaboración oportunista entre competidores económicos en busca de un beneficio común que sería de difícil logro por medios individuales.

Por otra parte, el denominado turismo de salud está principalmente influenciado por diversas barreras de acceso a servicios médicos especializados en algunos contextos que, al prestarse con mayor amplitud en otras latitudes, generan atractivo y valor agregado a una oferta local generalmente caracterizada por un significativo componente turístico. Aunque el turismo de salud no es un concepto nuevo, en las últimas décadas ha tenido un gran impulso económico en el contexto internacional, posicionándose como una categoría muy promisoría de clúster que se ha traducido en el crecimiento de programas en países como India, Tailandia, Singapur y Malasia. En América Latina se destaca el potencial de países como Costa Rica, México y Brasil (Keckley & Underwood, 2008).

La oferta de servicios de salud en Colombia cuenta con reconocidas condiciones de calidad profesional, infraestructura hospitalaria, desarrollo investigativo y de innovación en temas de trasplantes a nivel internacional. En ese orden, los lineamientos institucionales que orientan la competitividad y la productividad en el país han incluido la estrategia de clúster de salud<sup>3</sup> (Marulanda, Correa & Mejía, 2009).

Considerando todo lo anterior y teniendo en cuenta la vocación y el atractivo turístico de la región Caribe colombiana —particularmente las características comerciales, industriales y geográficas que reúne Barranquilla—, se consideró pertinente analizar los principales aspectos y condiciones estratégicas de la ciudad para la eventual conformación de un clúster de turismo médico. Esta aproximación se realizó desde el modelo analítico conocido como el ‘diamante de Porter’, que permite identificar el potencial competitivo a través del estudio de cuatro fuerzas. Para este análisis se entrevistaron expertos de los sectores que por sus características podrían integrar el clúster, con el propósito de conocer sus apreciaciones, experiencias y expectativas al respecto. Así fue posible identificar barreras para su implementación y, con base en ello, se plantearon recomendaciones orientadas a facilitar condiciones de complementariedad entre em-

---

<sup>3</sup> Actualmente el tema se orienta en Colombia, entre otros lineamientos, desde la Política Nacional de Competitividad.

presas, Academia, instituciones privadas y públicas, así como actores secundarios de la cadena de valor que se verían beneficiados con una eventual implementación de este tipo de estrategia.

## 2. ASPECTOS TEÓRICO-CONCEPTUALES

Para desarrollar el presente estudio se tomó en cuenta, además del modelo analítico de las cuatro fuerzas de Porter, la estrecha relación entre algunos conceptos clave relacionados con las condiciones estratégicas para la conformación de un clúster. A continuación, se sintetizan dichas relaciones.

### 2.1. RELACIÓN ENTRE LOS CONCEPTOS DE DESARROLLO, COMPETITIVIDAD, POLÍTICA TERRITORIAL Y CLÚSTER

Según Cuervo (2003), las acepciones más recientes del desarrollo mantienen los objetivos de crecimiento económico y la producción de riqueza como ejes para la satisfacción de las necesidades humanas básicas. Además, sostiene que hoy día estos ejes son asumidos bajo la forma predominante del concepto de competitividad, entendida en el marco de las capacidades para atraer inversión externa a los contextos local y regional, como también en la generación y consolidación de capacidades endógenas debidamente articuladas al contexto global. Por su parte, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2001) define que la política territorial es un campo de intervención que abarca toda acción del Estado orientada a promover el desarrollo de las unidades territoriales de un país, y tiene la capacidad de reducir las disparidades entre ellas, especialmente en cuanto a oportunidades de desarrollo.

Así pues, el énfasis en la visión actual de las políticas regionales de desarrollo se ubica en la generación de ventajas competitivas territoriales “mediante el aprovechamiento más eficiente de los recursos endógenos y la creación de entornos locales innovadores, contando para ello con la cooperación estratégica de los actores públicos y privados territoriales” (Aghón, Albuquerque & Cortés, 2001, p. 47).

En esos términos, la modernización en los países latinoamericanos se da especialmente en tres grupos de interés que de acuerdo con Aghón *et al.* (2001), marcan el andamiaje y correcto funcionamiento de una región competitiva. En el primer grupo están ubicadas las empresas y localizaciones que, a través del tiempo, han generado clústeres transformando la estructura económica, logrando mayor competitividad e incrementando la ventaja competitiva regional. En el segundo grupo está la modernización de la administración pública, que contribuye significativamente a la eficiencia y la eficacia de la gestión político-administrativa, mejorando los servicios y posibilitando la interacción con los centros urbanos. En tercer lugar está la modernización de la gestión política, pieza clave en este proceso, debido a su función de generar políticas y normas que agilicen los procesos para importación o exportación de productos o servicios, mejorando la relación del Estado con las empresas privadas y redefiniendo así las condiciones óptimas para cada región.

En este escenario, las contribuciones de Porter (1998) establecen que la competitividad industrial está soportada, entre otros factores, por los clústeres, definidos como:

[...] una concentración geográfica de empresas interconectadas, pertenecientes a un campo concreto, unidas por sus rasgos comunes y complementariedad entre sí, junto a suministradores especializados, proveedores de servicios, empresas de sectores afines e instituciones conexas que compiten y cooperan. Por su dimensión geográfica, el clúster puede ser urbano, regional, nacional e incluso supranacional (citado en Cárdenas & Restrepo, 2013, p. 10).

En ese mismo sentido, otros autores, como Ramos (1998), Yoshioka y Restrepo (2008), definen clúster como la aglomeración de empresas en términos de localización con propósitos de reducción de costos e importantes y acumulativas externalidades producidas, en la que incluyen mano de obra especializada y servicios complementarios desarrollando la posibilidad de alcanzar, por medio de la acción conjunta, la eficiencia colectiva.

Habiendo expuesto las relaciones entre el desarrollo regional, la competitividad y el concepto de clúster como estrategia para la generación de ventajas competitivas, a continuación se define el tipo especial de clúster en que se enfoca este artículo.

## 2.2. EL CONCEPTO DE 'TURISMO DE SALUD'

De acuerdo con el Plan de Transformación Productiva (PTP), el turismo de salud es un proceso en el cual una persona viaja a un lugar diferente al de residencia para recibir servicios de salud. El sector está compuesto por cuatro categorías que clasifican a los turistas dependiendo de sus objetivos en cuanto a atención médica:

- Medicina curativa: corresponde a pacientes que se desplazan para realizarse procedimientos quirúrgicos o tratamientos especializados como trasplantes o cirugías no electivas.
- Medicina preventiva: clasifica a los pacientes motivados por chequeos generales y diagnósticos para la prevención de enfermedades. Usualmente se da por motivos de deficiencia en coberturas y altos costos en los países de origen, frente a condiciones de accesibilidad competitivas en el exterior.
- Medicina estética: está orientada a pacientes que desean realizarse cirugías estéticas o de reconstrucción con el objetivo de prevenir el envejecimiento y mejorar la apariencia física.
- Medicina de bienestar: agrupa pacientes que buscan mejorar su calidad de vida, e incrementar su satisfacción con respecto a su salud física, mental y emocional. Además, tienen interés en conocer ambientes que faciliten el confort y el escape de la rutina.

Conforme a lo anterior, en muchos países se aprovecha el abanico de oportunidades de negocio que ofrece el turismo de salud (Smith, Chanda & Tangcharoensathien, 2009; Arias, Caraballo & Muñoz, 2016; Lee & Spisto, 2007; Ramírez de Arellano, 2007; Timmermans, 2004). El impacto de la globalización en los cambios relacionados con

los actores del sector salud dio paso al robustecimiento de la oferta, consolidando una mayor circulación de pacientes transfronterizos (Smith, Martínez & Chanda, 2011).

### **2.3. MARCO ANALÍTICO DE LA COMPETITIVIDAD: EL 'DIAMANTE DE PORTER'**

El modelo del diamante de Porter (1991) es un sistema que identifica cuatro fuerzas interrelacionadas que caracterizan la competitividad en diferentes unidades de análisis. Las fuerzas o variables que plantea el modelo son las mismas en las que se fundamentan las empresas para lograr posicionarse en un mercado: condición de los factores, condición de la demanda, empresas relacionadas horizontal y verticalmente, la estructura y rivalidad de las industrias. A su vez, se encuentran unidas o complementadas por dos variables auxiliares: el Gobierno y la casualidad.

Esas variables explican las razones intrínsecas por las que un país evidencia mayor competitividad que otro o por qué una industria o sector es más eficiente que otro en el mismo país. Además, permite explicar cómo influye la pertenencia de una industria en la consecución de una posición ventajosa para competir con empresas a nivel internacional. Las cuatro fuerzas pueden ser analizadas separadamente, como también se puede observar que las acciones aplicadas a una de ellas repercuten en las demás. Un breve análisis de estas fuerzas permite afirmar que:

- La condición de los factores se refiere a la mano de obra especializada o infraestructura necesaria para competir en un sector específico.
- La condición de la demanda se enfoca en los productos y servicios de los diferentes sectores.
- Los sectores afines y de apoyo analizan los proveedores y sectores afines que sean internacionalmente competitivos.



- La estrategia, estructura y rivalidad de las empresas se refiere a las condiciones de la nación para la creación, organización y gestión de las compañías, así como la rivalidad que puedan tener.
- La casualidad son los incidentes que puedan presentarse en una nación y que puedan influir tanto a las empresas como al Gobierno. Por último, el Gobierno que puede influir positiva o negativamente en cualquiera de las variables.

En lo referente a este artículo, se tuvo en cuenta la influencia de cada una de estas fuerzas en los sectores más influyentes en el turismo médico. Se identificaron factores, valores y actitudes de los actores que, individualmente y en conjunto, logran afectar positiva o negativamente la actividad.

### 3. METODOLOGÍA

El análisis de los factores de competitividad de los sectores que eventualmente involucraría la implementación de un clúster de turismo médico en la ciudad de Barranquilla implicó analizar información de naturaleza mixta, de acuerdo con el modelo analítico del 'diamante de Porter'. La técnica empleada para el levantamiento de información primaria (entrevistas semiestructuradas), su procesamiento y análisis permiten asimilar la investigación según un enfoque predominantemente cualitativo, de alcance descriptivo-analítico, diseño no experimental y de corte transversal. La muestra incluyó cinco grupos de interés: Alcaldía Distrital de Barraquilla, Academia, gremio médico, institución acreditadora y clínicas. Las entrevistas estuvieron dirigidas a representantes institucionales en niveles directivos, con amplia trayectoria profesional y/o académica en los correspondientes grupos, con el propósito de conocer su percepción, expectativas, y nivel de conocimiento con respecto a las posibilidades de implementación de un clúster. Desde la perspectiva cuantitativa, se tomó información ProColombia a partir del Programa de Transformación Productiva (PTP), así como de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) hasta el 2016, del Registro Especial de Prestadores de

Salud (REPS) y de la Cámara de Comercio de Barranquilla (CCB) y el DANE, con lo cual se logró una caracterización a nivel competitivo del sector turismo médico en la ciudad de Barranquilla.

#### 4. ANTECEDENTES INSTITUCIONALES E INDICADORES DEL TURISMO DE SALUD EN COLOMBIA

En Colombia, el Gobierno inicia en el año 2004, a través del Departamento Nacional de Planeación (DNP), la construcción de la agenda interna para la competitividad y productividad del país, en la cual se identifica la estrategia de la creación de clústeres de salud con el objetivo de la exportación de servicios médicos (Marulanda, Correa & Mejía, 2009). Asimismo, los lineamientos de la Política Nacional de Competitividad y Productividad (PNC) se formalizaron en el documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social, Conpes n.º 3527 de 2008, documento en cual se aprueban tres pilares de política de competitividad —visión 2032— como son:

- a. Desarrollo de sectores /clúster de clase mundial.
- b. Salto en la productividad (Porter, 1998).
- c. Formalización empresarial y laboral.

Estos pilares se apoyan en una estrategia transversal de Ciencia, Tecnología e Innovación (CT+I). El documento Conpes contempla que la forma menos controversial de medir la competitividad es a través de la productividad, y considera al sector privado como su mayor responsable. En este sentido, el Estado propende por facilitar al sector privado los esfuerzos productivos en tres niveles: provisión de bienes públicos, promoción de alianzas público-privadas y fomento de la dimensión regional de la competitividad.

De igual forma, en el documento Conpes n.º 3678 de 2010 se estructuró el Programa de Transformación Productiva (PTP), realizado por Proexport —actualmente Procolombia— encabezado por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, con el objetivo de promover el desarrollo de los sectores de clase mundial mediante la

formulación y ejecución de planes de negocio sectoriales en alianza público-privada. En ese sentido, el turismo de salud hace parte de los ocho sectores que actualmente integran la propuesta del PTP, y en el cual se han logrado avances significativos como: implementación de programas de bilingüismo, posicionamiento de la acreditación nacional, posicionamiento de cinco instituciones de salud colombianas en escalafones mundiales, aprobación de siete zonas francas de salud — entre ellas, una en el municipio de Puerto Colombia, departamento del Atlántico—, desarrollo de proyectos de ampliación en infraestructura y posicionamiento de Colombia como destino de turismo de salud.

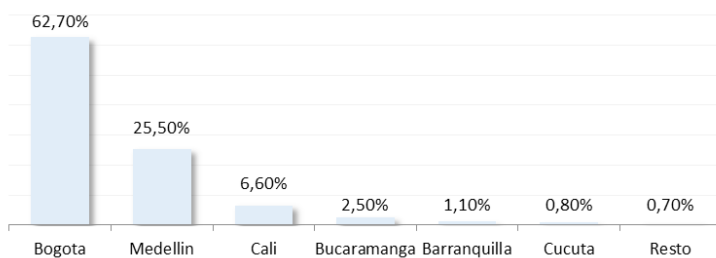
Según las cifras del PTP, en su proyecto *Desarrollando sectores de clase mundial en Colombia*, la exportación de turismo de salud tuvo una tendencia creciente entre 2010-2013 y descendente hasta 2015. Según datos de Migración Colombia y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el turismo de salud en Colombia presentó su mayor crecimiento en el año 2013 (ver tabla 1) con ingresos de 210 millones de dólares y 49.300 personas atendidas durante el año. Para el caso del año 2014, se observa una disminución de ingresos y pacientes atendidos (144.9 millones de dólares y 41.100, respectivamente), presentándose así un decrecimiento del sector de 31,20%. Para el año 2015, en el sector sigue la tendencia decreciente de 41,47% con respecto al año anterior, con 31.900 pacientes y 84,9 millones en ingresos.

**Tabla 1.** Evolución de ingresos y tasas de crecimiento por turismo de salud en Colombia.

AÑO	INGRESOS (EN MILL. USD)	# TURISTAS ATENDIDOS (EN MILES)	TASA DE CRECIMIENTO
2010	51,4	13,9	
2011	77	19,4	49,81
2012	128,6	30,2	67,01
2013	210,6	49,3	63,76
2014	144,9	41,1	-31,2
2015	84,9	31,9	-41,41

**Fuente:** los autores, con base en cifras del PTP.

Más en detalle, la figura 1 muestra la recepción de viajeros en esta modalidad de turismo en las principales ciudades del país, destacándose Bogotá (62,7%) y Medellín (25,5%), seguidas por Cali (6,6%), Bucaramanga (2,5%) y Barranquilla (1,1%).



Fuente: los autores, con base en cifras del PTP.

Figura 1. Recepción de turismo de salud por ciudades

En el caso de Medellín, con el Clúster de Servicios de Medicina y Odontología, inaugurado en 2009, y con la consolidación del proyecto *Salud sin Fronteras* —conformado por ocho instituciones de salud a través de la marca *Medellín Health City*— se ha captado reconocimiento internacional como uno de los mejores distritos de salud en Latinoamérica. El apoyo de la Alcaldía, a través de una inversión de 1.500 millones de pesos en el 2010 para fortalecer el sector empresarial y cofinanciar las propuestas estratégicas orientadas al acceso a mercados internacionales, ha dado mayor empuje a las labores que desde años anteriores se vienen realizando en la ciudad. Asimismo, pasos como la creación del primer portafolio internacional unificado, la capacitación del personal en bilingüismo y los acercamientos a aseguradoras y facilitadores de turismo médico han robustecido la calidad de la oferta de servicios médicos para extranjeros (Hernández & Forero, 2013).

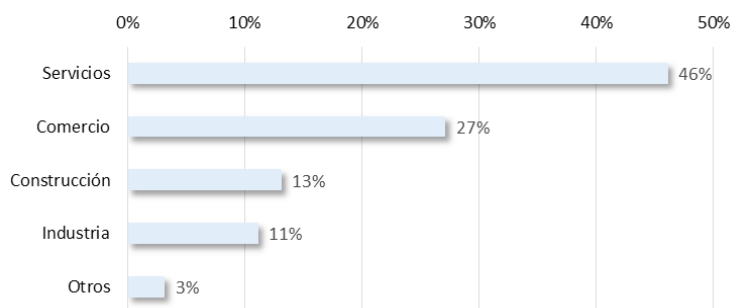
Por otra parte, en Bogotá se creó la Red Hospitalaria del Distrito Capital, desarrollando estrategias para la consolidación del clúster con la marca *Salud Capital*, llevando su oferta de servicios a países de la Comunidad Andina, el Caribe, Centroamérica y Estados Unidos.

En ambas ciudades, el marcado énfasis en el proceso de acreditación de las instituciones de salud ha generado un desarrollo sostenible de los clústeres.

## 5. ANÁLISIS DE CONTEXTO

La ciudad de Barranquilla constituye un importante foco de desarrollo en la región Caribe de Colombia. Su ubicación estratégica en la cuenca del Caribe y su equidistancia con ciudades como Cartagena y Santa Marta hacen complemento al turismo que no posee la ciudad, que cuenta con ingredientes para ser un referente de competitividad, debido al gran cambio urbano y las múltiples transformaciones que en diferentes niveles han venido sucediendo en la última década.

La ciudad muestra una intensa dinámica empresarial, según lo refiere la Cámara de Comercio de Barraquilla (CCB) y Confecámaras. Presenta un incremento de 24% en el número de matrículas nuevas de sociedades y personas naturales. Asimismo, el capital neto invertido refleja un crecimiento de 17,6%. Este resultado es el más alto comparado con otras regiones del país como Bogotá, que aumentó 14,1%; Antioquia 9,1%; Valle del Cauca 17,5%; Cundinamarca 14,7%; y Santander 10%. Otro aspecto de interés es la distribución sectorial de la ciudad (figura 2), que evidencia que los sectores de servicio y comercio en el mercado barranquillero tienen una participación destacada, por encima de los gremios de construcción, industria y otros. Cabe mencionar que el departamento del Atlántico ocupó el noveno lugar en el *ranking* nacional de competitividad, de 26 regiones estudiadas.



Fuente: los autores, con base en cifras del PTP.

Figura 2. Distribución sectorial

### 5.1. SECTOR TURISMO MÉDICO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA

Durante la última década, en el sector salud en Barranquilla se ha dado paso a la modernización de estructuras, actualización tecnológica y creación de nuevas instituciones, fortaleciendo la oferta de servicios. Ha sido un cambio significativo que ha impulsado en la ciudad el desarrollo económico en diversos sectores —afines o conexos— en las instituciones de salud, y el sector hotelero y gastronómico.

En lo referente al sector salud, existen datos consolidados por el Ministerio de Salud y Protección Social y entidades departamentales y distritales de salud, sobre el registro de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que se encuentran habilitadas, y la oferta de cada una de ellas. La oferta de la ciudad cuenta con un total —entre instituciones públicas y privadas— de 5.159 en 390 IPS. En la tabla 3 se agruparon las IPS con hospitalización ubicadas en el norte de la ciudad, identificadas conforme a la capacidad de hospitalización según número de camas.

En la actualidad, de las 390 instituciones del sector salud, habilitadas para prestación de servicios, algunas han obtenido la certificación de algunos procesos administrativos por el Instituto de Normas Técnicas y Certificaciones (Icontec), sin embargo, para posicionarse

en el mercado internacional requieren el aval del Sistema Único de Acreditación (SUA) que garantice estándares internacionales. En la actualidad solo el Laboratorio Continental, la Clínica Oftalmológica Carriazo y la Clínica Bonnadona cuentan con esta distinción.

**Tabla 2.** Capacidad instalada, sector turismo médico en Barranquilla.

Institucion	Adultos	UCI Adultos	Cuidado Intermedio Adulto	Transplante de progenitores hematopoyeticos	Total general
ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE	260	38	21		319
IPS CLINICA REINA CATALINA S.A.S.	193	38	15		246
ORGANIZACION CLINICA BONNADONA PREVENIR	197	14	24		235
CLINICA DE LA COSTA LTDA	129	12	12		153
OINSAMED S.A.S.	106	25	10		141
CLINICA LA ASUNCION	72	14	4		90
CLINICA LA MERCED BARRANQUILLA SAS	69	6	3		78
CLINICA DEL CARIBE S.A.	47	7	7		61
ASOCIACION CLINICA BAUTISTA	43	4	2		49
CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE LTDA	38	4	3		45
SOCIEDAD CLINICA IBEROAMERICA S.A.S.	36	4	2		42
CLINICA SAN MARTIN BARRANQUILLA LTDA	30	8	0		38
CLINICAS ATENAS LTDA IPS	15	8	1		24
CLINICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y	8				8
INSTITUTO DE TRASPLANTE DE MÉDULA OSEA DE L	0			5	5
<b>Total general</b>	<b>1243</b>	<b>182</b>	<b>104</b>	<b>5</b>	<b>1534</b>

Fuente: los autores, con base en datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

A estas entidades se suma la primera zona franca de salud de la Costa Norte colombiana, ubicada en el municipio de Puerto Colombia. Dicha zona genera significativas potencialidades para la creación del clúster de turismo de salud en Barranquilla, debido a la variedad de servicios y especialidades médicas que allí se encuentran agrupadas. Por su calidad de zona franca, obtiene beneficios tributarios y acceso a tecnología de última generación, facilitando el logro de niveles destacados de calidad y la interacción de varias disciplinas médicas. Adicionalmente, la conjugación de servicios médicos presenta una opción de atención holística, con chequeos y diagnóstico, consultas externas, centro de imágenes, centro urológico, laboratorio de sangre y centro de gastroenterología. Se destaca el más completo centro de

neurología y cirugía de cabeza y cuello, sumados a enfoques avanzados en cardiología, coloproctología y medicina del dolor. Adicionalmente, los pacientes encuentran en esta zona franca servicios bancarios, farmacéuticos y alimenticios.

Todas esas características hacen atractiva la alternativa de solución integral de salud en esta ubicación; sin embargo, las instituciones de salud necesitan un inicio homogéneo en el SUA, para acceder a convenios con aseguradoras internacionales e incursionar en el *ranking* internacional de clínicas con altos estándares de atención, adecuada gestión de calidad y manejo con excelencia en seguridad para pacientes.

## 5.2. CARACTERÍSTICAS DEL SECTOR HOTELERO

El sector hotelero en la ciudad de Barranquilla evidencia un visible crecimiento; la incursión de cadenas hoteleras internacionales, la remodelación y construcción de hoteles nacionales vienen dinamizando el sector. Según el boletín del primer trimestre de 2016 de la CCB, se presentó una ocupación hotelera de 56,8% para el mes de marzo. Esto sugiere que la ciudad cuenta actualmente con capacidad para albergar un número considerable de turistas, incluyendo aquellos con propósitos específicos de atención en salud.

El sector gastronómico, estrechamente vinculado al hotelero, se caracteriza por la diversificación de la oferta. Históricamente, converge una mezcla de sabores extranjeros por el asentamiento de familias de origen árabe, italiano, chino, japonés y de otras regiones. De igual forma, la construcción de grandes centros comerciales ha dinamizado este sector con la entrada de diferentes firmas, tanto en comidas rápidas como en restaurantes de mantel.

Un aspecto de gran importancia, que hace parte del análisis de caracterización de este sector y que deben poseer todos los sectores al involucrarse en un clúster de turismo médico, es el bilingüismo. El manejo de otras lenguas ayuda a incursionar en nuevos mercados y abre puertas a mejores oportunidades. En Colombia, el índice mundial de competitividad del inglés 2016 (*English Proficiency Index*), elabo-



rado por English First (EF), muestra el bajo nivel que posee el país en el manejo del idioma inglés, ocupando el décimo lugar entre 15 países latinoamericanos; le siguen Panamá, Guatemala, El Salvador y Venezuela. Estos indicadores coinciden con lo expuesto por Arias, Caraballo & Muñoz (2016), quienes consideran imperativo que los empresarios inviertan en la formación bilingüe de sus empleados, debido a la devastadora revelación del nivel bilingüe poco satisfactorio en las entidades de salud.

### 5.3. **NORMATIVIDAD Y ACREDITACIÓN EN SALUD**

Las estrategias encaminadas a mejorar la seguridad de los pacientes se han demostrado útiles para mejorar la calidad de los cuidados brindados, y aumentan la eficiencia del sistema de salud. En Colombia, el Ministerio de Salud y de la Protección Social estructuró el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, con cuatro pilares de gestión: Sistema Único de Habilitación (SUH), Auditoría de Mejoramiento de Calidad de Atención en Salud (Pamec), Sistema Único de Acreditación (SUA) y Sistema de Administración de Calidad (SAC). Todos, excepto SUA, son de obligatorio cumplimiento en la normatividad legal vigente (De la Puente, 2015), aunque desde una visión estratégica de competitividad, a nivel internacional, son de imperioso cumplimiento para la constitución de un clúster de turismo médico.

En consonancia con estos lineamientos, es elemento clave en plataformas estratégicas la inclusión de gestión de calidad en seguridad de pacientes, adherida a las recomendaciones y/o normativas de organismos internacionales, nacionales y regionales, cuyo objetivo sea el mejoramiento de la seguridad en el proceso de atención. Este proceso solo se logra a través de la instauración y mantenimiento de una cultura de seguridad, que no es más que la capacidad de una organización para identificar, investigar e informar las fallas en la atención, y tomar las medidas correctivas que mejoren el sistema de atención al paciente y reduzcan el riesgo de recurrencia.

En el SUA, por ser transversal, convergen al mismo tiempo varios propósitos, como son: humanización de la atención, seguridad

del paciente y el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud. Además, incentiva el manejo de buenas prácticas, la gestión de riesgos clínicos, administrativos y estratégicos. Asimismo, se considera que una institución acreditada dinamiza el sector, incrementando y afianzando la competitividad entre las entidades prestadoras de servicios de salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, la acreditación es considerada uno de los pilares sobre el cual se erige un clúster de turismo médico, debido a que, a nivel internacional, es un referente de seguridad y calidad, así como también genera la percepción de entidades en proceso de mejoramiento continuo.

La revista *América Economía*, en el *ranking* de mejores clínicas y hospitales de América Latina, prioriza 44 instituciones dentro de las cuales se destacan 21 instituciones colombianas: ocho en Medellín, siete en Bogotá, dos en Cali, dos en Bucaramanga y dos en la ciudad de Pasto. Estas cifras muestran por qué Colombia ha entrado a ser parte del mercado mundial en turismo médico. En este aspecto, el sector de salud en Barranquilla se encuentra en desventaja frente a sus pares a nivel nacional.

#### 5.4. BARRERAS PARA EL TURISMO DE SALUD EN BARRANQUILLA

Barranquilla es —por muchos aspectos anteriormente expuestos— una ciudad atractiva para el turismo médico. Sin embargo, del análisis realizado a diferentes actores que potencien un clúster, se concluye la existencia de nueve barreras que producen letargo en su desarrollo y consolidación.

La principal barrera, en la cual coinciden los diferentes sectores, es la compleja cultura negociadora por efecto del pensamiento y comportamiento individualista. Al respecto, Chadid (2012) manifiesta que los negociadores latinos son cortoplacistas y negocian bajo perspectivas emocionales propendiendo a pérdida de oportunidades. Consecuentemente, se identificó un enfoque en lo particular y no en lo colectivo, ausencia de cooperación, ausencia de identificación de metas comunes y persistencia de rivalidad entre los sectores. En ese orden

de ideas, es destacada la contradicción al principio de competencia, vital para la incursión en mercados internacionales. En consonancia con lo anterior, se detectó falta de articulación de los sectores como segunda barrera. De la Puente (2015) afirma que la zona franca de salud de la ciudad ha encontrado en la falta de cooperación una de las principales barreras; asimismo enfatiza que no existe, entre las instituciones de alta complejidad y los especialistas, cooperación más allá de convenios puntuales, bloqueando así la integración de información que direcciona a la unificación entre participantes.

La tercera barrera es la escasa información estadística de pacientes extranjeros atendidos. Solo Migración Colombia expide esta información, y es con la que trabaja el PTP. Sin embargo, difícilmente se puede decir que la información es completa, porque no todos los turistas aportan esa información al ingresar al país. En conclusión, no existe información estadística de estos pacientes en las IPS, y si existe, no la comparten.

De lo anterior, se deriva la cuarta barrera encontrada: escasez de índices de gestión. Las instituciones en general trabajan de manera individual estas variables, sin embargo, no existe una directriz que homogenice o estandarice índices de gestión y, en el caso particular de las IPS, no tienen estandarizados los protocolos de atención y manejo de pacientes. En general, la falta de fijación de metas o indicadores para medir avances, intervenir en los procesos y ejecutar acciones preventivas o correctivas, en pro del mejoramiento continuo de las instituciones, va en detrimento de generar un perfil de oferta bien direccionado, con propósitos de eficiencia continua y sostenible en los procesos. Los múltiples beneficios de tener indicadores de gestión serían tanto para el Estado como para la población; así como también se verían beneficiadas las mismas instituciones, las cuales, conociendo los costos de salud, dirigirían con una mejor óptica la consecución de máxima calidad en su oferta de servicios de salud exportables; tendrían bases reales para la planeación estratégica, desarrollando y estableciendo protocolos estándar de atención básica y técnicas fundamentales de ejecución en cada uno de sus procesos, principalmente direccionadas al trabajo permanente de brindar atención segura a sus pacientes.

La quinta barrera es el escaso número de entidades acreditadas. Solo 3 de 390 habilitadas en la ciudad. Esta barrera genera una debilidad en los mecanismos de atracción de pacientes extranjeros, quienes en su mayoría llegan al país por recomendación o en busca de un médico en específico, que direcciona individualmente sus esfuerzos para atender pacientes.

En sexto lugar se observó el bajo nivel de bilingüismo en los sectores. A pesar del creciente número de personas bilingües, en la actualidad se presenta como una gran debilidad en el sector salud, debido a que muchos médicos manejan un segundo idioma, pero esto difícilmente ocurre con el personal asistencial y administrativo.

La séptima barrera es la gran debilidad en la oferta turística, debido a que el desarrollo de la ciudad se ha perfilado como destino de negocios. Es por ello que encuentra apoyo sumando los atractivos de las ciudades contiguas: Santa Marta y Cartagena, turísticas por excelencia. Unida a este punto y no menos importante es la octava barrera, la ausencia de espacios para Turismo de Bienestar (TB).

Por último, la compleja situación del país genera una percepción de riesgo muy alta y una limitante al potencial de crecimiento del sector.

### **Análisis de las opiniones de los actores**

Las barreras identificadas emergen de los conceptos emitidos por expertos. A continuación, se exponen algunas de esas percepciones.

Desde la perspectiva del representante de la Alcaldía Distrital —Dirección de Gestión de la Calidad—, que en la actualidad lidera el proyecto de la formación de un clúster de salud, se considera que la mayor dificultad del proceso ha sido la asociación y el trabajo conjunto de los actores.

Esto se alinea con el pensamiento individualista de los actores, evidenciable en la literatura, quienes esperan resultados en el corto plazo y no en una construcción por etapas que permitan una correcta estructuración e implementación del proyecto. La actitud centrada en sus negocios y no en el beneficio general, hace que se produzca resistencia de diferentes índoles; y afloren sentimientos o pensamientos

de incertidumbre y renuencia a entregar o generar información que favorezca el objetivo colectivo. Asimismo, la resistencia a la inversión para mejora de la calidad genera conflictos. Muchos actores no consideran necesaria la acreditación para sus instituciones, al mismo tiempo que tienen poco interés por inversión en capital humano para este tipo de proyectos que requiere de un alto nivel de bilingüismo. Estos factores han bloqueado el avance del proyecto del clúster.

Este actor señala que el pensamiento individualista es tan fuerte en la región, que en el proyecto de la Alcaldía se optó por conformar el clúster inicialmente con un grupo de actores limitados, constituyendo una figura jurídica que administrará y se encargará del proceso hasta que quede bien establecido. Y solo hasta cuando entre en funcionamiento se pensará en la apertura para el ingreso de nuevos actores, quienes tendrán que asumir las políticas, costos y requerimientos ya establecidos por los socios iniciales. Quiere decir que el clúster inicialmente no será abierto, como es la filosofía o estructura de un clúster con sus factores centrales que lo caracterizan y distinguen de un conglomerado simple que desarrolla redes de compra y venta.

De igual forma, desde la Alcaldía Distrital se considera que en la ciudad de Barranquilla, su entorno y ciudades cercanas no se cuenta con infraestructura de *spas* y sitios de relajación apropiados para el TB.

Desde la perspectiva de la Academia, existe una visión difusa sobre la creación de un clúster, porque se ha hecho seguimiento al proyecto existente concluyendo que no existe una voluntad decidida por parte de los actores. Sin embargo, no se descarta que en el mediano plazo la creación del clúster sea una realidad para la ciudad de Barranquilla. El ojo crítico de la Academia está acorde con los lineamientos de formación de un clúster, en cuanto a que debe ser un proceso participativo y cooperativo por parte de los actores. Se hace énfasis en que los actores del sector salud deberían comenzar con el proceso de acreditación de manera homogénea, lo cual daría visibilidad al inicio del proyecto y al compromiso de los participantes.

De igual forma, se manifiesta que aunque el nivel de bilingüismo ha mejorado en la ciudad, este sigue siendo insuficiente. La formación de profesionales en este aspecto presenta mejores avances en institu-

ciones privadas, pero a nivel técnico, tecnológico, administrativo y de servicios complementarios es una gran debilidad. Se cree que a pesar de los esfuerzos permanentes en el sector salud, existen otras debilidades, como la necesidad de mejorar la calidad de todos los servicios desde el ingreso, proceso de admisión de pacientes, manejo de protocolos de atención y seguridad a los pacientes.

En la Academia, se considera que la ciudad de Medellín tiene una gran fortaleza en el nivel de servicio, en los programas de salud y en la calidad de la oferta en turismo médico, convirtiéndose en una referencia de alto nivel. Por lo tanto, en la ciudad de Barranquilla se debe hacer un gran esfuerzo para superar las brechas de pensamiento individualista. Es necesario el crecimiento institucional que reedifique la formación y el sucesivo fortalecimiento de redes de cooperación, proclive al desarrollo económico de la ciudad. Se considera también que es indispensable realizar alianzas estratégicas desde la perspectiva de turismo recreativo con ciudades como Cartagena y Santa Marta, dado que Barranquilla se caracteriza por ser una ciudad de negocios y no una ciudad turística por excelencia.

Por su parte, desde la institucionalidad en acreditación —teniendo como actor fundamental el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (Icontec)— se afirma que la acreditación en salud es una necesidad primaria para las empresas que conformen un clúster en salud, por su papel como herramienta de competitividad que les permite a las instituciones ser actores en mercados internacionales.

Sobre la acreditación, se considera que dado el tiempo del proceso —estimado en mínimo cuatro años— depende en gran medida del grado de compromiso, esfuerzo y continuidad que las instituciones le den. Esto significa que siendo el proceso de acreditación completamente transversal, en las organizaciones es un proceso robusto en cuanto al manejo y seguimiento de diferentes variables, que deben estar coordinadas de manera eficiente a fin de garantizar la obtención de la acreditación. Para las instituciones de salud, el estudio evalúa diferentes temas, a saber: infraestructura, seguridad del paciente, procesos de apoyo estratégicos y procesos misionales, estos últimos de gran relevancia en el día de hoy.

De igual forma, manifiesta que se está presentando una confusión en el mercado, pues tener una certificación en algún proceso no indica que se tenga una acreditación. En este sentido, se señala que el principal obstáculo o barrera que tienen las instituciones de salud son las deficiencias en infraestructura. Debido a que no cumplen con los requerimientos internacionales, constituyendo un problema de mayores costos para corregir, y es uno de los puntos de mayor requerimiento dentro del proceso de acreditación. En Barranquilla se encuentran acreditadas solo tres instituciones: el Laboratorio Clínico Continental, la Clínica Bonnadona y el Centro Oftalmológico Carriazo.

Desde Icontec, se opina que falta un poco más de determinación por parte de las instituciones en el proceso de acreditación. Esta debe verse como una inversión que ofrece en el mediano plazo un retorno para la organización, y no verse como un gasto. Este tipo de inversión beneficia ampliamente a las entidades permitiéndoles ser globales, manejando estándares de calidad internacional proclives al incremento de competitividad y generación de ingresos tanto para las entidades como para la ciudad, impactando actores principales y secundarios como lo es, en este caso, un clúster de turismo médico. Se considera indispensable, para un proyecto como es el clúster de salud, contar con la participación del Estado, las instituciones públicas y los empresarios, y que todos hagan los aportes correspondientes en función de inversión económica y de espacios para la estructuración de los proyectos.

Desde la perspectiva de las clínicas como actores del proceso —se tuvo en cuenta la Clínica Portoazul, considerada la primera zona franca en salud de la Costa Norte colombiana—, se presenta una visión positiva frente al concepto de clúster para la ciudad de Barranquilla. Se manifiesta que los directivos tienen claro que el proceso de acreditación es una necesidad fundamental para la organización, al igual que el incremento del personal asistencial bilingüe dentro de la institución. Un aspecto importante es que se trata de la única clínica que respondió positivamente al llamado de la Alcaldía referente al programa de capacitación en una segunda lengua, donde la alcaldía asumió parte de la inversión y la institución debe asumir el restante. Sostienen

que quieren ir más allá, involucrando al personal, y que este asuma de su cuenta parte de la inversión con el propósito de generar valor, sentido de pertenencia y compromiso en cada uno de sus empleados.

Actualmente, la clínica atrae pacientes internacionales a través de convenios para atención de emergencias a compañías petroleras que operan en nuestro país, pero, al referirse al turismo médico, se contempla como una oportunidad que se debe aprovechar mediante planificación a corto plazo. Esta clínica fue diseñada y construida con estándares internacionales, con helipuerto y las posibilidades de ofertar un servicio integral a sus pacientes, valores que aportarían a la obtención de manera más rápida de una acreditación internacional. La Clínica Portoazul tiene una visión positiva respecto a la integración y conformación de un clúster en la ciudad de Barranquilla, fundamentándose en que ellos como organización fueron creados para tal fin, y que con el apoyo de la Alcaldía —que ha invitado a diferentes actores a participar en esta idea— se podrá lograr en el corto plazo. Resalta también, como fortaleza en la región, que se esté practicando trasplante de médula ósea.

Finalmente, la opinión emitida por un reconocido miembro del gremio profesional de la salud señala que es difícil integrar a los empresarios debido a su individualismo. Esta situación se genera por falta de educación en temas de cooperación. Se resalta como fortaleza de la ciudad de Barranquilla su ubicación geográfica y su cercanía a hospitales de Miami y ciudad de Panamá. Se tiene una buena percepción de la estructura hotelera de la ciudad, que permite una dinámica amplia en el desarrollo de todo tipo de negociaciones, y en cuanto a la capacidad del turismo de la ciudad se manifiesta que es muy débil, salvo el que atrae el Carnaval de Barranquilla.

## 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.1. CONCLUSIONES

- Una de las barreras más fuertes, identificadas en esta investigación, es la percepción del individualismo presente en la cultura empresarial de la ciudad de Barranquilla. Esta cultura



empresarial no permite enfoque de metas a largo plazo, por el contrario refuerza un pensamiento a corto plazo.

- Otra de las variables, con relevancia en los resultados de la investigación, es el deficiente nivel de bilingüismo en la ciudad. Este rezago en el manejo de segundas lenguas dificulta la exportación de un servicio de salud con calidad internacional, debido a la deficiente competencia del talento humano en la comunicación con extranjeros no hispanos, la cual debe ser productiva y eficiente al momento de tener contacto con tales pacientes. Como consecuencia, la apertura a mercados internacionales con manejo de segundas lenguas se verá cada vez más lejano.
- En el proceso de conformación de un clúster de salud, para promocionar la calidad de los servicios de salud en el exterior, es vital la acreditación que garantice estándares internacionales.
- De acuerdo al análisis, no se percibe una integración de los diferentes sectores que facilite el proceso de conformación de un clúster.
- La ciudad de Barranquilla se ha consolidado como una ciudad de negocios, mas no turística.
- Uno de los aspectos más importantes es el manejo de la información, la cual, según los entrevistados, es insuficiente, en algunos casos inexistente, y en otros casos las instituciones no revelan o comparten la información de interés.

## 6.2. RECOMENDACIONES

Para lograr un cambio en el pensamiento individualista del empresario barranquillero, se debe pensar en dos vías: una desde la formación del individuo en su etapa escolar, y otra enfocada en el empresario actual, con el propósito de concientizar a la ciudadanía de la importancia de adoptar una visión global y de cooperación. Se considera que

promover, impulsar y facilitar la capacitación del capital humano, en áreas de investigación, desarrollo e innovación de manera sostenible, permitirá un cambio de pensamiento en el individuo con el fin de lograr la transformación, en el mediano y largo plazo, en el sector y la sociedad.

- Se sugiere un mayor esfuerzo a fin de estimular y promover el bilingüismo; para ello, es responsabilidad de instituciones y actores en el proceso contribuir a este propósito, como también desde el Gobierno la apertura de espacios, unida a la generación de rubros que permitan un mayor acceso a la educación en una segunda lengua. Al mismo tiempo, en consonancia con los esfuerzos del Estado, se requiere la inversión de los empresarios en el capital humano, preferiblemente con la generación de alianzas académicas internacionales que conllevarían a lograr en menor tiempo tener una población laboral bilingüe. Cabe anotar que la existencia de alternativas como esta debe ser transversal, tanto por el fortalecimiento del talento humano, como por el fortalecimiento de la industria, lo que conllevará a alinear la oferta y la demanda del turismo médico, asegurando permanencia o sostenibilidad en mercados internacionales.
- Generar interés y alto nivel de compromiso debe ser una prioridad a liderar por el Gobierno nacional. La acreditación internacional en salud garantiza la prestación de servicios con una gestión de riesgo óptima, humanización y seguridad para los pacientes extranjeros, quienes buscan estándares de atención iguales a los de sus países de origen. Los esfuerzos en el programa de acreditación Icontec, avalado por ISQua, facilitan el reconocimiento de calidad y eficiencia en salud, lo cual conllevará a un posterior posicionamiento del sector en el exterior.
- El logro de coordinación y alineamiento entre actores de los diferentes sectores necesita de un programa de articulación desde las instituciones gubernamentales, mediante la im-

plementación de mecanismos normativos que aseguren la sostenibilidad de la exportación de servicios de salud equilibrada entre sectores. Se debe despertar en las instituciones el sentido cooperativo que permite sumar más actores y el involucramiento activo de los diferentes sectores. Cuando la comunicación es amplia y suficiente se genera expectativa, lo cual incrementa la innovación y el deseo colectivo de sacar adelante las propuestas; el Gobierno debe generar escenarios multiactivos para mantener una dinámica constante en el desarrollo de cada proyecto. Además, deben existir diferentes frentes que apoyen la iniciativa, y no que esta sea responsabilidad de una sola persona.

- La realización de convenios con el sector turístico de las ciudades de Santa Marta y Cartagena se hace necesaria para complementar el servicio de salud en pro de generar una oferta de valor.
- Uno de los aspectos más importantes es el manejo de la información, la cual, según los entrevistados, es insuficiente, en algunos casos inexistente, y en otros casos las instituciones no revelan o comparten la información de interés. La propuesta es un modelo unificado de sistema de información, de carácter obligatorio para los prestadores de salud, con parámetros y estándares internacionales. Con esta iniciativa la competencia de las instituciones pasa de local a internacional y, en la medida en que hagan conquistas significativas, se obtendrá su mayor desarrollo y crecimiento. Esta herramienta permitirá identificar y recopilar estadísticas claves para el sector, el manejo de un expediente único del paciente —en inglés— y facilitaría la generación de alianzas con instituciones internacionales para el manejo de los pacientes extranjeros.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aghón, G.; Alburquerque, F. & Cortés, P. (2001). *Desarrollo económico local y descentralización en América Latina: un análisis comparativo*, Cepal/GTZ, Santiago de Chile.
- Arias, F.; Caraballo, A. & Muñoz, J. (2016). El turismo médico en Cartagena: Oferta y barreras. *Dimensión Empresarial*, pp. 143-162.
- Barriga, J. R. (2004). *Delimitación del clúster de confecciones de la zona cafetera*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Cárdenas, C. & Restrepo, S. (2013). *Diseño e implementación de un modelo clúster para la atención de pacientes internacionales en la ciudad de Medellín: experiencias y prospectivas*. Documento Comunidad Clúster n.º 8. Cámara de Comercio de Medellín.
- Chadid, J. (2012). Características de la cultura negociadora de los exportadores de la ciudad de Barranquilla. *Dimensión Empresarial*, pp. 16-21.
- Cuervo, Luis M. (2003). *Evolución reciente de las disparidades económicas territoriales en América Latina: estado del arte, recomendaciones de política y perspectivas de investigación*. Cepal/ILPES. Santiago de Chile.
- De la Puente, M. A. (2015). Una aproximación a las zonas francas y clústeres como impulsores del turismo médico en Barranquilla (Colombia): dinámica y retos, pp. 209-233. *Investigación turística y tópicos relevantes*. México DF: Editorial Horizonte.
- De la Puente, M. (2015). Sector del turismo de salud: caso de Colombia. *Economía del Caribe*, 16.
- Hernández, V. & Forero, L. (2013). *¿Por qué Colombia no es un país líder en la categoría de bienestar en el sector turismo de salud?* Bogotá.
- Keckley, P. H. & Underwood, H. R. (2008). *Medical tourism: consumers in search of value*. Washington, DC: Deloitte Center for Health Solutions.
- Lee, C. & Spisto, M. (2007). *Medical tourism. The future of health services*. In 12<sup>th</sup> International Conference on ISO Vol. 9000, pp. 1-7.
- Marulanda, J. A., Correa, G. & Mejía, L. F. (2009). *El clúster de salud en Medellín, ventaja competitiva para la ciudad*. EAN, pp. 37-47.
- McKinsey Global Institute. (2008). *Accounting for the cost of US health care: A new look at why Americans spend more*. Washington, DC: Visual Aids São Paulo.

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2001). *Why territorial policies matter*, pp. 15-28, OECD Territorial Outlook. Territorial Economy.
- Porter, M. (1991). *The competitive advantage of nations*. Buenos Aires: Vergara editores.
- Porter, M. E. (1998). Cluster and the new economics of competition. *Harvard Business Review*, 76 (6), 78.
- Ramírez de Arellano, A. (2007). Pathiens without borders: the emergence of medical tourism. *International Journal of Health Services*, 37(1), 193-198.
- Ramos, J. (1998). Una estrategia de desarrollo a partir de complejos productivos en torno a recursos naturales. *Revista Cepal*, pp. 105-125. Disponible en: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12159/1/066105125\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12159/1/066105125_es.pdf)
- Smith, R.; Chanda, R. & Tangcharoensathien, V. (2009). *Trade in health-related services*. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)61778-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61778-X/fulltext)
- Smith, R.; Martínez, M. & Chanda, R. (2011). *Medical tourism: A review of literature and analysis of a role for bilateral trade*. Disponible en: [https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0168851011001199.pdf?locale=es\\_ES](https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0168851011001199.pdf?locale=es_ES)
- Solvell, O., Lindqvist, G. & Ketels, C. (2003, agosto). *The cluster initiative greenbook*. Stockholm: Bronna Tryck AB.
- Timmermans, K. (2004). Developing countries and trade in health services: wich way in forward? *International Journal in Health Services*, 34(3), 453-466.
- Yoshioka, A. & Restrepo, L. (2008). *Clúster: una organización productiva que incrementa la competitividad*. Clúster de servicios de salud del Valle del Cauca.