

ESTRATEGIA ORIENTADA HACIA EL SECTOR TURISMO DE SALUD CON BASE EN
EL ANÁLISIS DE DIFERENCIAS CULTURALES

JOICE VANESSA CRUZ MARTINEZ

ERIKA PAOLA ROBAYO CASTILLO

GIOVANNY ROBLEDO VILLANUEVA



Trabajo de Grado para optar por el título de profesional en Negocios Internacionales

Tutor

ANDRES MACHADO DAZA

Magister en Psicología del Consumidor

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

FACULTAD DE NEGOCIOS INTERNACIONALES

BOGOTA

2012

Nota de aceptación

Firma del Presidente de Jurado

Firma de Jurado

Firma de Jurado

Bogotá D.C., Enero 30 de 2013

AGRADECIMIENTOS

Que sea esta la oportunidad para expresar nuestros más profundos sentimientos de agradecimiento a la familia Cruz Martínez, Robledo Villanueva y Robayo Castillo, quienes en el transcurso de todo este proceso de formación profesional estuvieron a nuestro lado, quienes además son nuestro apoyo y motivación en la consecución de nuestros logros.

También y de una manera muy especial a nuestro tutor Andrés Machado, quien aceptó el reto de acompañarnos en la elaboración de este documento, nos llevó por el sendero de nuevos conocimientos y por las técnicas de estudio basadas en la disciplina y la entrega.

A la profesora Paola Bautista Valencia y al profesor John Jairo Gil y al resto de cuerpo docente, quienes durante estos cinco años nos formaron en conocimientos y valores para que podamos hoy ser profesionales capacitados no solo en la academia sino también en la ética.

Finalmente a todos los que hoy consideramos amigos y que nos acompañaron día a día en las aulas; quienes fueron testigos y confidentes de nuestro proceso formador en común.

RESUMEN

La interculturalidad ha sido un fenómeno inmerso en el orden de las sociedades desde los inicios de las relaciones multiculturales alrededor del mundo, lo que le convierte en un aspecto de alta importancia en el momento de hacer un estudio de mercado, aun cuando en muchos casos se evalúa la realidad cultural de una sociedad en esta clase de estudios, todavía no es valorado con la importancia que realmente tiene.

Basado en los modelos de análisis de diferencias culturales y en particular en el desarrollado por Hofstede, este trabajo pretende identificar las cualidades culturales de la sociedad española, con el fin de reconocer estrategias que permitan atraer a la población de ese país para realizarse tratamientos estéticos y acceder al disfrute de los servicios que ofrece el turismo de salud en Colombia.

Lo anterior, considerando que el sector de turismo de salud en el país, actualmente se encuentra valorado por el Gobierno como de talla mundial y ofrece apoyo importante para el impulso de las actividades relacionadas con el mismo.

PALABRAS CLAVE: Turismo de salud, calidad, beneficio, acreditación, sectores de clase mundial, interculturalidad, estrategia, desarrollo, inversión extranjera, diferencias culturales.

ABSTRACT

Interculturality has been a phenomenon immersed in the societies order since the beginning of multiculturalism relations around the world, it becomes a very important thing in the moment to make a market study, even when, in many cases, the cultural reality of society is evaluated by this kind of studies, but it is not weighted with the real importance that it has.

Based on models of cultural differences analyzing and, in particular, on the development by Hofstede, this work pretends to identify cultural qualities of Spanish society, and it has for goal identify strategies that permit attract population of this country to realize them aesthetic treatments and enjoy of this services that offers the health tourism in Colombia.

The prior, considering that the health tourism in our country is valued for the government like world-class and it offers important support to the momentum of activities related with it.

KEY WORDS: Health tourism, quality, profit, accredited, world-class sectors, multiculturalism, strategy, development, foreign investment, cultural differences.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	IX
1. MARCO TEORICO.....	12
1.1 CONCEPTO ESTRATEGIA.....	12
1.2 MARKETING HOLISTICO	13
1.3 COMPETITIVIDAD	18
1.3.1.Clúster	20
1.4 ENTORNO ECONÓMICO	21
1.4.1.Crecimiento Económico	21
1.4.2.Pobreza	22
1.4.3.Política Económica	23
1.5 INTERCULTURALIDAD.....	24
1.5.1.La cultura.....	26
1.5.2.Multiculturalidad.....	27
1.5.3.La cultura organizacional	28
2. ANTECEDENTES	36
2.1 EL SECTOR TURISMO DE SALUD	39
2.1.1.El turismo de salud en Colombia.....	43
2.1.2.Expectativas del Sector.....	50
2.1.3.La experiencia colombiana en la creación de clúster de salud	52
2.2 LA CIRUGÍA ESTÉTICA	54
2.3 LA ESTÉTICA	55
2.4 EL ROL DE LA CIRUGIA ESTÉTICA Y EL CONCEPTO DE BELLEZA EN LAS SOCIEDADES DESARROLLADAS.	56
3. MERCADO OBJETIVO.....	59
3.1 CARACTERÍSTICAS ESPAÑA.....	59
3.2 IMPLEMENTACION DEL MODELO DE HOFSTEDE	67
3.3 IMPLEMENTACIÓN ANALISIS FODA.....	71
3.3.1.Matriz Foda	71

4.	LA ESTRATEGIA.....	78
5.	CONCLUSIONES.....	82
6.	GLOSARIO.....	85
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	87

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Cambios importantes en los beneficios del cliente - Ofertas basadas en el resultado y la contribución	16
Ilustración 2. Marketing Holístico.....	17
Ilustración 3. Distribución de la Demanda sector Turismo de Salud	25
Ilustración 4. Procedencia de Turistas Extranjeros a Colombia en Diciembre 2011	44
Ilustración 5. País de Residencia Participación 2011	45
Ilustración 6. Motivo de la Llegada de Turistas Diciembre 2011	46
Ilustración 7. Flujo de Pacientes Externos, Diez Años de Proyección (en Millones)	51
Ilustración 8. Atributos que buscan los turistas de salud.....	51
Ilustración 9. Atractividad de Turismo de Salud en Medellín.....	53
Ilustración 10. Índice de Precios al Consumidor (IPC) de España.....	60
Ilustración 11. Producto Interno Bruto Per cápita España (PIB Per cápita).....	60
Ilustración 12. Producto Interno Bruto (PIB) España.....	61
Ilustración 13. Población de España.....	62
Ilustración 14. Población Masculina de España	63
Ilustración 15. Población Femenina Española.....	63
Ilustración 16. Edad de la Población Femenina Español.....	64
Ilustración 17. Mujeres que tienen dificultad para encontrar su talla en España	65
Ilustración 18. Distribución de la población según el índice de masa corporal.	65
Ilustración 19. Motivos por los que no encuentran talla las Mujeres Españolas.....	66
Ilustración 20. Población Extranjera en España.	68
Ilustración 21. Inmigración latinoamericana registrada en España, año 2007.	68

TABLA DE TABLAS

Tabla 1. Marketing Holístico.....	15
Tabla 2. Profesionales Colombianos Acreditados.....	42
Tabla 3. Los mejores Hospitales de América Latina.....	48
Tabla 4. Proyección del Sector.....	50
Tabla 5. Estrategias FO.....	71
Tabla 6. Estrategias FA.....	72
Tabla 7. Estrategias DO.....	74
Tabla 8. Estrategias DA.....	76

INTRODUCCIÓN

Uno de los proyectos bandera del Gobierno Colombiano es el de Transformación Productiva, que tiene como objeto incentivar la participación de todos los agentes que intervienen en el funcionamiento de la economía nacional (público – privado), promoviendo el desarrollo de ocho sectores que se postulan como los de mayor potencial de crecimiento. Dentro de este selecto grupo se cuenta el Turismo de Salud, sector emergente que como resultado de la propuesta de estrategia y de valor presentada en la convocatoria por medio de la cual se hizo la nombrada selección, demostró que tiene un gran potencial por desarrollar, al que el Gobierno le apuesta para ver a Colombia en el año 2023 dentro de los tres países Latinoamericanos más competitivos y con ingresos medio – altos, contribuyendo a la reducción de los niveles de pobreza (Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI, 2010).

No obstante, por tratarse de una industria que vincula directamente al cliente y además pretende seducirlo para incentivar la visita al país con fines médicos, este sector demanda estrategias más complejas que incluyen el estudio de los fenómenos culturales de los nichos de posibles pacientes – turistas que en este caso en particular, se fundamentará en la conquista del mercado español.

El objetivo para el sector deberá ser la consolidación de una dinámica de integración para promover un espacio en la ciudad capaz de responder a las necesidades, desde los servicios médicos (calidad y precios) hasta los servicios de hospedaje y turismo. Las empresas tanto de

turismo como por su parte las clínicas, deberán comprometerse con poner a disposición de los pacientes – turistas, profesionales altamente calificados, tanto desde la disciplina como con aptitudes elementales para facilitar la interacción con los extranjeros como el idioma, la disposición, respeto y actitud, entre otros.

La labor del Gobierno está fundamentada en dos aspectos: promover y facilitar las condiciones para la implementación de modelos de integración gremial, así como buscar e incentivar la inversión extranjera. Desde esa perspectiva, la interculturalidad proporcionará herramientas al sector para gestionar una estrategia que incluya la evaluación de los aspectos culturales de las organizaciones, el país y los nichos de mercado; incentivando un espacio propenso a la generación de demanda y oferta del sector en la ciudad.

1. MARCO TEORICO

1.1 CONCEPTO ESTRATEGIA

El objeto de este trabajo es proponer una estrategia que pueda ser aplicada en el sector Turismo de salud y que permita incrementar el número de visitantes españoles al país con el fin de hacerse pacientes – turistas, lo anterior con énfasis en las diferencias culturales existentes entre los dos países. Sin embargo, antes de proponer una estrategia, resulta necesario contextualizar al lector con este término, teniendo en cuenta que en la actualidad existen numerosas definiciones del mismo; enfocadas hacia diferentes campos, con objetos distintos y en algunos casos con fundamentos similares o en otros totalmente diferentes.

Para el caso, Mintzberg, Quinn & Voyer (1993) definen la estrategia como “el patrón o plan que integra las principales metas y políticas de una organización, y, a la vez, establece la secuencia coherente de las acciones a realizar”. Por supuesto, cada organización tiene una estrategia que la identifica como un todo tras un mismo objetivo pero a su vez, cada eslabón dentro de la estructura de la empresa tiene su propia estrategia aplicable sólo a ese nivel conocida como táctica, que permite la consecución desde esa área de la meta trazada institucionalmente.

Otro aspecto importante a saber en la formulación de una estrategia, es la inclusión de tres ítems indispensables y que han sido nombrados en la anterior definición: metas, políticas y secuencias de acción. En su orden, las primeras representan los objetivos o fines que se persiguen; las políticas están reconocidas como las limitantes dentro de la operación de la

estrategia y funciona como guía durante todo el proceso; finalmente y no menos importante, las secuencias de acción delimitan el cómo y el plazo para la consecución de las primeras.

Los autores del Proceso Estratégico (Mintzberg, Quinn & Voyer, 1993) también proporcionan diferentes enfoques para entender la estrategia, que correlacionados pueden ofrecer mayor cantidad de herramientas en el proceso de formulación y seguimiento: Como plan y pauta de acción, entender la estrategia como una secuencia de actividades previas a un objetivo y calculada de manera anticipada, permite comprender los alcances que tendrá aún cuando para los agentes externos sean invisibles. Como patrón, se puede identificar que así como la estrategia puede ser formulada mediante un plan de acción previo, en otras ocasiones los modos de operar de las organizaciones con o sin intención, se convierten en estrategia, particularmente de diferenciación. Como posición, es compatible con los dos anteriores por aparte o en conjunto y guarda relación con el punto o espacio de diferenciación hacia el exterior con el que goza la organización y en el cual se invierten todos los recursos (cualquiera sea su naturaleza). Y como perspectiva, se trata entonces de la definición de una visión comunitaria del entorno, compartida por todos los miembros de la organización, que viene desde adentro hacia afuera y se convierte en una especie de filosofía organizacional que acompaña todas las operaciones de la empresa.

1.2 MARKETING HOLISTICO

Con el paso del tiempo y los numerosos cambios tecnológicos que han tenido lugar en los últimos cincuenta años, se han renovado el entorno y las sociedades completas, lo que ha obligado también a la innovación de las estrategias de marketing. En el pasado, las empresas

producían grandes volúmenes de mercancía para vender en masa, mientras que en la actualidad el mercado no se inclina únicamente por los bajos costos o los estándares de calidad; en cambio ha incluido dentro de los puntos de comparación, los demás beneficios otorgados por el vendedor y/o el producto.

Desde esa perspectiva, el marketing holístico permite generar estrategias integrales que vinculan los aspectos internos y externos que influyen en la creación de valor. El valor entendido como la percepción de beneficio del cliente frente a un producto y/o servicio, en el que se incluyen características diferenciales frente a la competencia y que le entrega mayor utilidad al consumidor; es decir, “el valor percibido puede ser considerado como la valoración global que hace el consumidor de la utilidad de una relación de intercambio basada en las percepciones de lo que recibe y lo que da” acorde con Bigné, J.E., Moliner M.A. y Callarisa, L.J. (2000).

Fundamentalmente el marketing holístico identifica tres campos de acción correlacionados desde tres aspectos básicos: Exploración de valor, que se basa en la concentración en el cliente; creación de valor, identifica las competencias esenciales; y entrega de valor, que tiene como aspecto principal la red de colaboración.

Campos de Acción	Aspectos Básicos
<ul style="list-style-type: none"> • Exploración de valor 	<ul style="list-style-type: none"> • Concentración en el cliente

<ul style="list-style-type: none"> • Creación de valor • Entrega de valor 	<ul style="list-style-type: none"> • Competencias esenciales • Red de colaboración
---	--

Tabla 1. Marketing Holístico

Fuente: Kotler, Jain , & Aesincee, Capítulo I, 2002

La interrelación de los anteriores ítems permite identificar las ventajas competitivas y gestionar estrategias capaces de generarlas. Esta investigación en particular partirá desde la exploración de valor orientada hacia la gestión de la demanda, es decir, la concentración en el cliente.

La inclinación hacia la concentración en el cliente, está fundamentada en que el turismo de salud ofrece un intangible, altamente ofertado en varios lugares del mundo y con diferentes tarifas. En virtud de lo anterior, las empresas que hacen parte de este sector en el país, deben orientar la prestación de este servicio hacia la satisfacción de los deseos, gustos, preferencias, necesidades, preocupaciones e incentivos del cliente para acceder a ellos.

Kotler, Jain, y Aesincee (2002) proponen tres cambios importantes en los beneficios para el cliente:

Parte de las ofertas basadas en el producto a las ofertas basadas en el resultado y la contribución. Entendido básicamente desde dos estrategias:

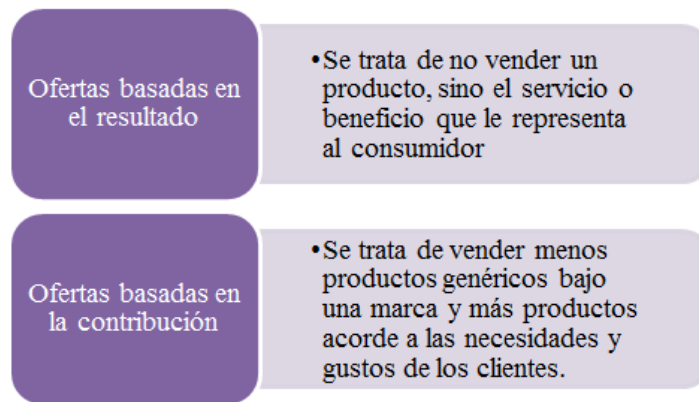


Ilustración 1. Cambios importantes en los beneficios del cliente - Ofertas basadas en el resultado y la contribución

Fuente: Kotler, Jain , & Aesincee, Capítulo I, 2002

Posteriormente del rendimiento del producto - servicio a la experiencia del cliente. Tal como el enunciado, se redefine la venta del producto por complementarla con la experiencia de compra. El cliente siente disfrutar de un servicio plasmado en la experiencia de acceder a un producto, ignorando muchas veces la compra misma del producto.

Y por último de las ofertas de mercado masivo a las ofertas de mercado personalizadas. Con mayor frecuencia las empresas ofrecen a los clientes especificar las condiciones y características que tendrán los productos que comprarán, lo que los acerca más a la fidelidad de los consumidores.

El marketing Holístico en conclusión, puede ser representado como se muestra en la ilustración

2:

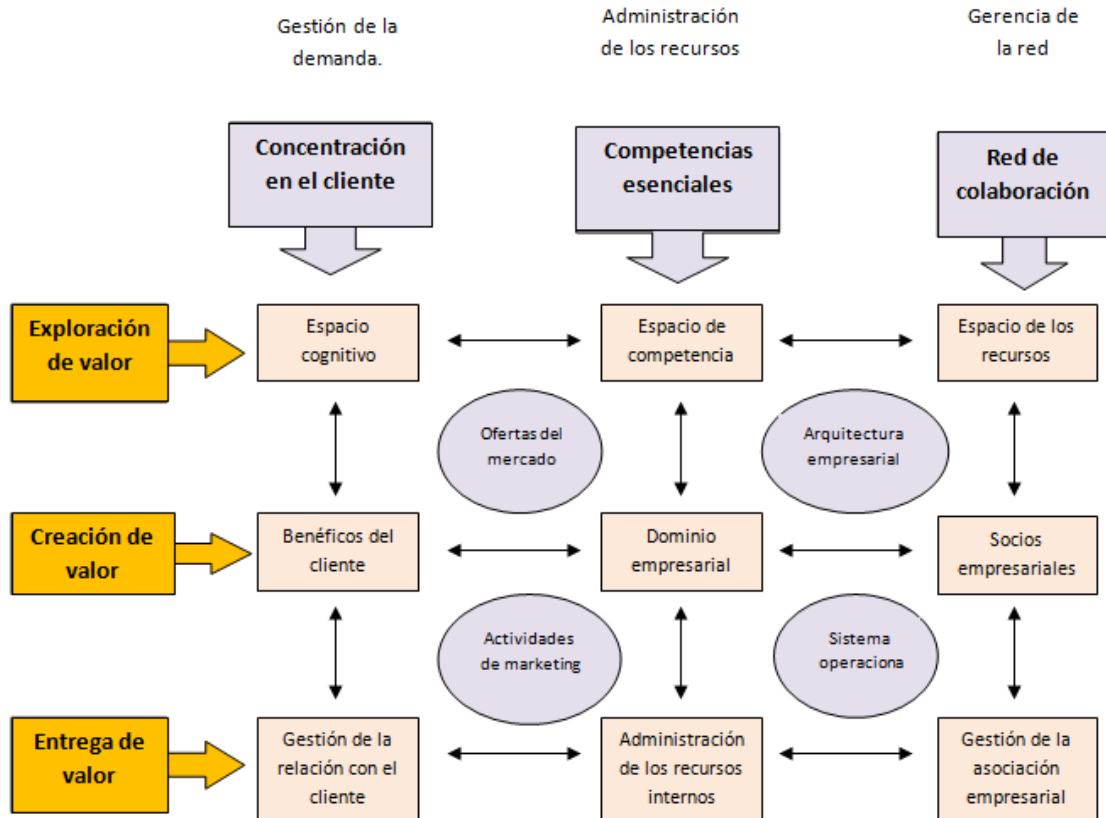


Ilustración 2. Marketing Holístico

Fuente. Kotler, Jain , & Aesincee, Capítulo I, 2002

Con el fin de armonizar la relación entre el sector y los clientes, es posible incluir dentro de la estrategia un tanto de marketing relacional que según Schnarch (2011), intenta responder a esta necesidad poniendo énfasis en el desarrollo de relaciones a la medida de los perfiles, necesidades y hábitos de cada cliente. A pesar de que se encuentra basado en la teoría de la fidelización de los clientes, tema que en el particular del Turismo de Salud, puede no ser totalmente viable por la naturaleza del servicio, el especial cuidado que frente a las expectativas y gustos por el consumidor tiene el marketing relacional, traza una directiva de proceder en función de los intereses del cliente.

Lo anterior se encuentra implícito en los dos últimos principios del marketing relacional mencionados por Berry, Shostack y Upah (1983), que son: Información basada en construir una base de datos fiable sobre los clientes, invertir en los mejores clientes, individualizar o personalizar las ofertas y las comunicaciones, interaccionar de manera sistemática con los clientes, integrar o incorporar a los clientes en el proceso de creación de valor, tener la intención de crear una relación única y distinta con cada cliente, capaz de diferenciar a un proveedor de sus competidores. Para esto es importante entrar a conocer conceptos de competitividad para así tener una base para el desarrollo de la estrategia.

1.3 COMPETITIVIDAD

Michael Porter define la competitividad como la capacidad que tiene una organización para desarrollar ventajas que le permitan posicionarse frente a la competencia de una manera diferencial y que además le mantengan en esta lograda posición.

Para considerar una organización como competitiva, las ventajas que debe tener sobre la competencia son comparativas; comprendidas como todos los aspectos que posee en mayor cantidad o calidad frente a la competencia, o que tal vez los demás no dimensionen. Dichas ventajas pueden ser de bajo costo, ofrecer al cliente a un precio menor que el de la competencia. Sin embargo, también podría generarse valor como ventaja, es decir, que el servicio o producto ofrecido este caracterizado por condiciones únicas frente a la competencia.

Michael Porter (2006) afirmaba:

“La competitividad está determinada por la productividad, definida como el valor del producto generado por una unidad de trabajo o de capital, habría que irse a la empresa, y al sector, e

identificar cuáles son los factores que determinan que las empresas generen valor añadido y que ese valor se venda en el mercado, y si realmente esos factores son sostenibles en el mediano y largo plazo. Hoy en día podemos encontrar que el ser competitivo significa tener características especiales que nos hacen ser escogidos dentro de un grupo de empresas que se encuentran en un mismo mercado buscando ser los seleccionados. Es diferenciarnos por nuestra calidad, por nuestras habilidades, por nuestras cualidades, por la capacidad que tengamos de cautivar, de seducir, de atender y asombrar a nuestros clientes, sean internos o externos, con nuestros bienes y servicios, lo cual se traduciría en un generador de riquezas”

En el caso particular del turismo de salud y de acuerdo con el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo – MCIT (2009), la diferencia de la competencia es tener un acceso más rápido a los procedimientos estéticos con un protocolo estándar a nivel mundial, para esto es preciso mejorar la disponibilidad de la infraestructura hospitalaria, con el objeto de atender un volumen de pacientes en tiempo mínimo; así como tener la disponibilidad de especialistas estéticos para satisfacer las necesidades de los clientes europeos.

Estas serían las metas establecidas y los factores vulnerables al cambio, que permitirán llevar el turismo de salud al éxito en Colombia por el reconocimiento mundial como una de las capitales del mundo donde se realicen las mejores cirugías estéticas, de la mano con la gran variedad de espacios turísticos que ofrece Colombia, donde los turistas - pacientes se sentirán agradados, por los dos frentes del servicio gracias a las atenciones ofrecidas.

No obstante, el reto que se pretende encarar mediante esta investigación, es el aprovechamiento de la diferenciación cultural y los modelos desarrollados al respecto, para gestionar una estrategia capaz de mejorar la percepción del consumidor español frente al

mensaje promocional del turismo de salud y particularmente, en pro de aumentar la demanda de los servicios estéticos ofrecidos en el país. Por este motivo se debe dar una mirada al entorno económico, para conocer el comportamiento del mercado y así identificar los pros y los contras de la estrategia que se pretende implementar.

Clúster. Dentro de las estrategias contemplables en a la hora de fortalecer la competitividad en determinado sector, el clúster facilita la sociabilidad y permite generar diferenciación con determinada prontitud. Este, en su versión más sencilla, se trata de una red de empresas ubicadas en un territorio particular y que comparten una especialización en determinados bienes y servicios complementarios unos con los otros (Cámara de Comercio de Bogotá, 2008)

Esta clase de iniciativas con frecuencia son ampliamente apoyadas por los gobiernos, toda vez que un caso de clúster exitoso genera altos indicadores de crecimiento y desarrollo en las economías. Sin embargo para lograr tal beneficio, es preciso que se tenga especial cuidado en diferentes aspectos según la Cámara de Comercio de Bogotá, algunos de estos son:

- La confianza
- Duración
- Origen de la iniciativa
- Apoyo gubernamental
- Identificación de los actores
- El facilitador
- Claridad de los objetivos
- Liderazgo

1.4 ENTORNO ECONÓMICO

Cuando se pretende plantear una estrategia de marketing, en este caso basada en los modelos de interculturalidad, no basta con conocer las características culturales del nicho de mercado; sino que también se hace indispensable conocer el entorno socio-económico que permite tener un mejor panorama de la realidad del país objetivo. Es entonces cuando se hace indispensable resaltar varios conceptos económicos como crecimiento económico, pobreza y política económica teniendo en cuenta la perspectiva de diferentes autores.

1.4.1. Crecimiento Económico. Cuando se hace referencia al crecimiento económico de un país, se habla entonces de la capacidad que tiene determinada economía para suministrar de manera cada vez más eficiente con el paso del tiempo, los bienes que demandan los variados agentes de la sociedad. Así pues, una oferta constante de más bienes y servicios de mejor calidad es la evidencia de dicho fenómeno en una economía (Kuznets, 1974).

Simon Kuznets (1974) asocia el crecimiento económico directamente con el uso de la tecnología y el desarrollo de la misma; pues si bien la comercialización de bienes naturales le da a algunos países una posición privilegiada, nunca les es posible alcanzar el desarrollo y el nivel de crecimiento que se presenta en las sociedades en las que el avance y uso de la tecnología se encuentra constante. Sin embargo, esta focalización hacia el progreso tecnológico no está limitado al mismo en si como un todo; es más bien, la interacción de la tecnología con los cambios sociales, políticos y culturales precisos para optimizar los beneficios.

Por otro lado, David Ricardo (Pasinetti, 1978) considera el crecimiento económico como una obra de los capitalistas, dicho autor parte de la división de la sociedad en tres clases: la clase

improductiva a quienes se consideran como personas ricas que cada vez son más ricas y gastan su dinero en lujos; los trabajadores, quienes se dedican a consumir únicamente los bienes de primera necesidad y por último, está la clase productiva en la cual se encuentra a los empresarios quienes constantemente se empeñan en la acumulación de capital, es decir es muy poco el consumo por parte de esta clase social. Basado en esto, el autor plantea la hipótesis en la cual indica que así como con el tiempo va aumentando el valor adquisitivo de los bienes también aumenta el salario de los trabajadores hasta llegar a un equilibrio, un punto cero denominado por el “estado estacionario” en el cual ya no tendría ningún sentido para los capitalistas seguir acumulando capital. Sin embargo también indica que con los nuevos descubrimientos, avances tecnológicos entre otros, se consigue el retraso de este fenómeno lo que estimula al aumento de productividad del trabajo y por consiguiente el crecimiento constante de la economía.

Otro autor que plantea la teoría de crecimiento económico es Solow y su proceso de acumulación de conocimiento (Cardona Acevedo, Cano Gamboa, Zuluaga Diaz, & Gomez Alvis, 2004), quien responsabiliza del crecimiento económico a tres aspectos básicos: la población y la fuerza de trabajo, que tiene que ver con la generación de conocimiento y la producción individual; el ahorro y la inversión, que determinan el stock de capital y la función de producción; y la tecnología que se deriva de los anteriores materializadas en el capital físico, la creación de grandes empresas y la producción en serie y a grande escala.

1.4.2. Pobreza. Al momento de hablar sobre pobreza es indispensable tener presente que es un término definido de distintas maneras acorde con la disciplina que le estudie y en términos generales las formas para interpretar la pobreza son “necesidad, estándar de vida,

insuficiencia de recursos, carencia de seguridad básica, falta de titularidades, privación múltiple, exclusión, desigualdad, clase, dependencia y padecimiento inaceptable” (Feres & Mancero, 2001).

Sin embargo, una definición genérica y de contextualización mundial es la emitida por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD en 1997, “es la imposibilidad de las personas para vivir una vida tolerable” (Cuenca Jimenez & Chavarro Miranda, 2008), es decir la dificultad para acceder a servicios de salud, a la educación, a un nivel de vida en el cual sean respetados los derechos humanos para así acceder a un trabajo digno y remunerado que los ayude a enfrentar su situación. La pobreza ha sido estudiada por diferentes autores desde dos criterios básicos: La pobreza relativa, cuando se trata de comparar el modo de vida entre unos y otros; y la pobreza absoluta, entendida cuando la comparación está relacionada con algún mínimo definido (Maestro Yarza & Martínez Peinado, 2003).

En cualquier caso, la conceptualización de la pobreza está altamente expuesta a las diversas interpretaciones, así como su medición a diferentes metodologías para calcularla; toda vez que está ligada a la definición de objetivos y al planteamiento de las políticas públicas por parte de conferencias y organismos internacionales (Maestro Yarza & Martínez Peinado, 2003). Este es el epicentro de las críticas hechas por Amartya Sen (1992) al afirmar que en ningún caso es posible identificar la pobreza de manera confiable en una sociedad sin discriminar la cantidad de personas pobres y el nivel de pobreza en la que viven.

1.4.3. Política Económica. Con el fin de cumplir las respectivas agendas, los gobiernos intervienen algunos entes que determinan el desarrollo de la economía de los países,

diligencia que se hace a través de incentivos, estímulos, beneficios tributarios o prohibiendo y/o limitando las acciones de estos sujetos.

En dicha gestión, la política económica es la estrategia que formulan los propios gobiernos para conducir la economía de los países. Esta estrategia utiliza la aplicación de herramientas como las políticas fiscales, monetarias, cambiarias, etc., para obtener unos fines o resultados económicos específicos (Banco de la República, 2012).

1.5 INTERCULTURALIDAD

Cuando se pretende desarrollar una estrategia de marketing, se identifican los aspectos importantes para tener en cuenta frente a los mercados que se espera alcanzar, como lo son la infraestructura, el ámbito legal, las características demográficas, demanda, oferta, el ámbito económico, etc. Sin embargo, en el caso del turismo de salud, dentro del análisis de los posibles nichos de mercado, es preciso ponderar primordial y generosamente el ámbito socio – cultural.

El motivo evidente es la naturaleza del servicio que se ofrece, el traslado que hace el paciente hasta la clínica estética en Colombia y el hecho de que tanto el tratamiento como parte de la recuperación sea en este país, resta protagonismo a los aspectos que caracterizan su lugar de origen. Indudablemente, existen indicadores representativos, pero frente a los turistas, es más importante la concepción cultural de la persona y la empresa.

Esa importancia está ligada con la interculturalidad, entendida esta no solo como la existencia de diferentes culturas, sino como el respeto y aceptación de las mismas. Las relaciones interculturales nacen de la necesidad de los grupos de interrelacionarse, ya sea por

movimientos geográficos (migraciones) o por interacción de bienes y/o servicios. Estas relaciones, innegablemente permiten mezclas entre lo que se es y lo que la diversidad en la sociedad proporciona, proceso reconocido como aculturación, transculturación, difusión o cambio cultural (Hernández & Gómez, 2010).

Cuando se indaga por el sector de Turismo de Salud en Colombia, se puede identificar que el crecimiento en la demanda de los servicios que se ofrecen está satisfaciendo necesidades de población Latina. La Asociación Nacional de Empresarios de Colombia – ANDI indica que de los 7.000 turistas de salud que visitaron el país en el 2008 la proporción se presentó de la siguiente manera (Ver ilustración 3): 31% de los visitantes son Colombianos radicados en Estados Unidos, 9% originarios de dicho país, 7% Colombianos radicados en España, 18% nativos de Surinam, 21% del Caribe, 3% de Panamá, 1% de Ecuador y Venezuela respectivamente y 9% de otros países.

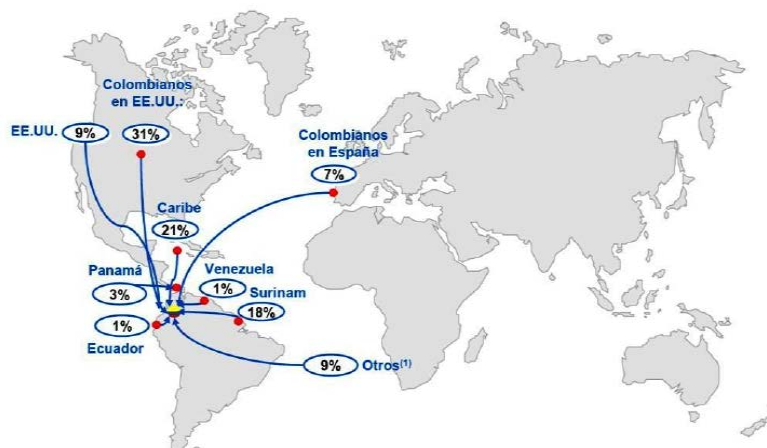


Ilustración 3. Distribución de la Demanda sector Turismo de Salud
Fuente: ANDI 2010

Este comportamiento permite identificar, que el patrón que están buscando las personas al ser intervenidas quirúrgicamente está en su mayoría relacionado con la percepción latinoamericana de belleza y estética. Es justamente alrededor de este fenómeno que encuentra importancia incluir la interculturalidad como herramienta para interpretar la demanda del sector.

Algunos conceptos clave son:

1.5.1. La cultura. Es “todo aquello que esta después de la naturaleza del hombre; todo lo que crea desde su cuerpo y su mente, todo lo que hace y todo lo que modifica.” (Dilon, Brass, & Eggers Lan, 2004). No obstante, las expresiones socio – culturales vienen y se encuentra basicamente definidas por el modo de vida compartido entre quienes conviven en un mismo espacio geografico.

Características de habla, expresiones culturales, rutinas y conceptos están en su mayoría ligados al origen de las personas y suele acompañarles por el resto de la vida. Sin embargo, con la interrelacion entre las diferentes culturas, derivados tanto de la interaccion con los medios como la movilidad de personas de un lugar a otro, se generan subculturas que les clasifica por ideologias o gustos similares, trascendiendo las fronteras geograficas.

En el artículo Relaciones interculturales, interculturalidad y multiculturalismo; teorías, conceptos, actores y referencias, de la Revista Cuicuilco (2010), los autores afirman que:

Cada sociedad genera las formas de satisfacer sus necesidades primarias y secundarias, generando expresiones culturales específicas. Decir que cada grupo construye su propia

cultura, no significa que éstos vivan aislados unos de otros, por el contrario, el contacto cultural es, y ha sido, siempre una constante.

De esta y otros modos de interrelación de las personas en todo el mundo surge la aceptación de las diferencias de los demás, y es justo a eso a lo que se le conoce como multiculturalismo, la armónica y pacífica interrelación de los diferentes modos de pensar y vivir de las personas en un mismo perímetro geográfico (Dilon, Brass, & Eggers Lan, 2004). Fenómeno que ha sido causado entre otras cosas, por la alta movilización de personas de una región o país a otras y otros distintos donde sus creencias y costumbres pueden resultar muy diferentes.

No obstante, así como la sociedad puede ser capaz de expresar los más altos niveles de aceptación e interrelación positiva, también es posible que surjan diferencias y rechazos suficientemente fuertes como para motivar las personas a transformar no solo su apariencia sino su propia autoestima.

En el caso de la cirugía estética, ese concepto de lo bello y lo estético es el que marca la necesidad surgida dentro de las personas de modificarse físicamente con el fin de “operar y reconstruir” sus propias vidas.

1.5.2. Multiculturalidad. Al reconocer dentro de esta estrategia a la interculturalidad como actor influyente en la sociedad, cobra importancia vincular en el proceso el modo en el que se percibe y convive con las diferencias que esta representa. Así se denomina la multiculturalidad, “básicamente al modo de entender la diversidad” (Arriarán Cuéllar & Hernández Alvídrez, Cuicuilco)

Por tratarse de la interpretación misma de la interculturalidad, han surgido una serie de corrientes teóricas al respecto. A continuación, se enuncian algunas de las más importantes:

- Conservador: En este caso se entiende como superior a una cultura particular, lo que básicamente genera dos grupos “nosotros” y “los otros” creando una especie de brecha.
- Liberal: Se enmarca básicamente en una filosofía: “estamos dedicados a trabajar en un mundo donde sólo existe una raza: la raza humana” (Sagastizabal, 2006). Los simpatizantes de esta corriente no le dan crédito a las diferencias raciales, de clase social y/o género. En cambio, atribuyen la desigualdad social a la falta de oportunidades.
- Pluralista: Guarda mucha similitud con el multiculturalismo liberal. Sin embargo, en este caso se valora más la diferencia que la igualdad, se busca el armónico trabajo de las diferencias para lograr el “enriquecimiento cultural”, contemplado como el éxito de las relaciones entre diversas culturas.

1.5.3. La cultura organizacional. Como con las personas, las organizaciones también tienen características culturales que pueden facilitarle o no la interacción con los clientes y los demás agentes relacionados. Los valores, la metodología, los procesos y la identidad de las empresas conforman esa autenticidad que se conoce como cultura organizacional pues “las organizaciones, igual que las huellas digitales, son siempre singulares” (Davis, 1993).

Este aspecto individual de las empresas puede convertirse en una herramienta que genere diferenciación frente a los clientes, la capacidad que tenga la organización de adaptarse a las necesidades de las personas y la modalidad que se use puede hacer la diferencia. Barney

(1986) afirma que en la búsqueda del éxito, agregar valor a la cultura organizacional que se considera entonces como recurso, puede convertirla en una ventaja competitiva que no resulta fácilmente imitable por la competencia.

La cultura organizacional tiene dos funciones básicas; al interior de la organización, mediante los discursos gerenciales y la estandarización de las expresiones y referencias que generan integración interna. En cuanto a la interacción con el exterior la cultura define la misión, la estrategia, los objetivos y los medios para alcanzarlos (Schein, 1992).

De acuerdo con Páramo Morales, Ramírez Plazas, y Rodríguez Ramírez (2011), dentro de la Cultura Organizacional es preciso mantener presente que:

Los estilos de dirección que se impongan deben preocuparse porque el estudio, el análisis y la interpretación de las condiciones del entorno del mercado sea la base para tomar las decisiones estratégicas y tácticas. Lo cual implica estructurar una organización donde realmente el cliente sea el centro de la atención organizacional.

En general la cultura es de tipo social, lo que permite entender que los aspectos culturales de una persona responden a los que se manifiesten en la comunidad en la que se desenvuelve. No obstante, los rasgos culturales no son equitativos, pues acorde a las experiencias de vida de cada persona, hay rasgos que pueden estar más presentes en algunos integrantes de la sociedad que en otros. La naturaleza cultural tiene una interacción constante entre las expresiones culturales de los grupos, sociedades o culturas y la individualidad de la persona, sus experiencias y la propia rutina en la que se desenvuelve.

Análisis de las diferencias culturales entre países según Pla Barber y León Darder (2004).

- Modelo de Hofstede

Mediante el proceso de elaboración de este modelo, Geert Hofstede en un estudio realizado a IBM en todo el mundo, logró identificar que era posible caracterizar a los países mediante cuatro dimensiones que son:

La distancia al poder: Representa el grado en que los individuos con menor poder en las organizaciones aceptan una distribución desigual del poder. Cuando el índice es alto, se encuentran organizaciones con directivos autocráticos, muchos líderes pero pocos subordinados con mínimas posibilidades de tomar decisiones sin la aprobación de los superiores.

En los casos contrarios, las condiciones son igualmente distintas. La jerarquización es menor, con frecuencia las decisiones están apoyadas en los conceptos de los subalternos, quienes no encuentran en sus jefes unas estructuras lejanas sino más bien asequibles.

La aversión a la incertidumbre: Especifica el grado de aceptación al cambio y a la innovación. En los casos en los que es bajo este grado, se encuentran organizaciones ampliamente abiertas a la innovación, a la experiencia extranjera, a la vinculación de personal joven, a la movilidad de empleados entre cedes o ciudades. Además de existir una relación más sincera entre los jefes y los subalternos, pues estos exponen sus puntos de vista o llaman la atención de sus superiores en las situaciones que así lo amerite.

Por otra parte, existen otros países donde el empleo de por vida es estabilidad y es ampliamente valorado, en los que pesa mucho más la experiencia y la antigüedad. Con frecuencia, cualquier intervención extranjera esta negativamente recibida y se presenta un alto grado de “lealtad” ante el jefe tradicional.

El individualismo – Colectivismo: En el caso del individualismo, como lo indica la expresión, las preocupaciones más inmediatas están ligadas al beneficio propio y las situaciones más que se avecinan en corto tiempo. En cambio en el colectivismo, las preocupaciones acaparan a un grupo mucho más amplio, extendiendo consecuencias y/o beneficios hacia el futuro.

Masculinidad – Femenidad: Corresponde a los rasgos que tiene el país y que concuerdan con algunas características típicas de la condición masculina o femenina. Es decir, hay sociedades en las que aspectos como el vigor, la fortaleza, el éxito, el dinero o las cosas materiales tienen mayor valor.

En cambio, en otros casos en los que la competitividad no resulta ser lo más valioso, sino espacios laborales en los que las condiciones sean mucho más favorables para la tranquilidad y la armonía. Además de vincular de manera casi que directa la estabilidad familiar de los empleados, considerándole un aspecto de alto cuidado.

Tiempo después, Hofstede agregó a las cuatro dimensiones anteriormente nombradas una quinta denominada dinamismo confuciano y que guarda relación con el crecimiento económico nacional, aspecto que no había sido incluido anteriormente.

- Modelo de Gesteland:

En su afán por identificar un modo de establecer relaciones multiculturales sin generar dificultad ni altercados, Richard Gesteland identifica cuatro dimensiones básicas a tener en cuenta en estos procesos:

Culturas orientadas hacia el negocio – orientadas hacia la relación: Gesteland identificó que existen modos básicos de comportamiento de los países, en algunos prevalece la negociación antes de generar lazos de confianza y/o amistad, lo que no les limita hacer negociaciones con personas lejanas geográficamente o que ni siquiera conozcan en principio. Básicamente el acuerdo expresado en un contrato es lo esencial.

En algunas otras sociedades, la relación previa es indispensable o al menos distinguirse personalmente. Además de generar y mantener una relación cordial y cálida entre las partes, resulta un tema indiscutible en la mayoría de esta clase de comunidades.

Culturas formales – informales: Así como con la cercanía entre los negociantes, la formalidad también le genera diferenciación a ciertos países. En algunos es preciso el respeto hacia el título o la posición del otro, su cargo o la profesión que ostente es digna de respeto y constante admiración. No obstante, también es posible identificar la otra cara de la moneda, sociedades en las que no tiene mayor importancia la apariencia o los múltiples títulos de la persona sino los términos de la negociación.

Culturas rígidas – relajadas con el tiempo: Dimensión básicamente dirigida a la concepción del tiempo y el respeto del mismo. En algunas culturas son mucho más flexibles los tiempos y los horarios de reuniones y encuentros empresariales que en

otras, donde la impuntualidad está considerada como irrespeto o falta de interés ante la negociación.

Culturas expresivas – reservadas: Richard Gesteland señala esta como dimensión, relacionada con el modo en el que se generan las relaciones en algunas culturas a diferencia de otras. Básicamente señala a algunas sociedades de trato muy parco, respetuoso y serio; a cambio de algunas otras que se relacionan con altos volúmenes en el habla o mayor contacto físico en los que la distancia está mal vista.

- Modelo de Trompenaars y Hampden – Turner

Los planteamientos de estos dos autores identifican en las personas y las sociedades dimensiones mediante las cuales se parecen unas a las otras, mientras en algunas otras se diferencian de manera indiscutible. Lo anterior en siete aspectos básicos a saber:

Universalismo – Particularismo: Hay países en los que prevalece el bien común, aun cuando el actuar en beneficio de todos limite los beneficios que puedan ser recibidos por el particular, es decir, a pesar de que la acción a realizar no tenga algún tipo de mala intención, si está limitada por los reglamentos genéricos de la organización o tal vez por las leyes del país, entonces no será puesto ni siquiera en consideración.

Sin embargo, hay naciones en las que tapan las consecuencias de algunos actos que por beneficio universal tal vez no debieron hacerse, es una opción puesta en consideración con tal de proporcionar bienestar a sí mismo o a los suyos.

Especificidad – holismo: En algunos casos, el cálculo de las labores puntuales, las tareas distribuidas y las responsabilidades perfectamente definidas, son los aspectos a considerar en caso de dificultades y en la aparición de fallas en alguno de los ítems nombrados, en generar la labor debe ser reconsiderada o modificada en su totalidad. No obstante, hay ambientes holísticos, en los cuales la consideración de toda la situación, los antecedentes y las generalidades permite considerar el cambio total y prever modos de renovarle temporalmente.

Individualismo – colectivismo: En una cultura individualista se valora la eficiencia individual, así como las posibilidades de ser promovido o de incentivos. En cambio, en algunas otras sociedades es preciso el bien comunitario y equitativo.

Orientación interior – exterior: La orientación al interior está ligada a los conocimientos internos del país y a las características propias del mismo y de las empresas para fundamentar las decisiones, no se tiene en cuenta la volatilidad de las condiciones externas y las implicaciones que consigo se consideren.

En cambio la orientación exterior, no desecha la realidad de otras sociedades y la influencia que pueda tener sobre su propia realidad. Lo que permite fundamentar cambios o límites en algunas condiciones exteriores.

Consideración sincrónica – secuencial del tiempo: En las culturas secuenciales se tienden hacia la racionalización y optimización del tiempo, el enfoque sobre una sola actividad que pueda ser medida en tiempo y espacio actual es la constante de las sociedades con esta característica. En las culturas sincrónicas se tienden a simultanear

las actividades, la combinación entre el pasado, presente y futuro, permite identificar consecuencias en el futuro, acorde con lo que se ha percibido del pasado.

Estatus adquirido - heredado: La diferencia entre estas dos dimensiones son los aspectos a considerar frente al posicionamiento de los empleados. Puede ser de manera adquirida, por los logros y las capacidades que tiene la persona; o de manera heredada, acorde a la antigüedad u otras condiciones relacionadas con el ser de la persona y no con las virtudes demostradas.

Igualdad – jerarquía: Sociedades igualitarias que valoran con la misma ponderación los aportes tanto de los líderes o jefes como de sus subalternos, haciéndoles parte de los procesos. Algunas otras culturas no precisan de la misma manera las consideraciones de los perfiles distintos a quienes hacen parte de la estructura jerárquica de las empresas.

Los modelos anteriormente nombrados, están basados en estudios algunas veces sencillos, que a pesar de hacer un gran acercamiento entre la academia y la realidad cultural de las organizaciones y los mercados, han estado sujetos a innumerables críticas frente a la precisión que generan, toda vez que en muchos casos los aspectos evaluados aplican en diferentes proporciones acorde al entorno.

2. ANTECEDENTES

Mediante el documento CONPES (Consejo Nacional de Política Económica y Sectorial) 3678 del 21 de julio de 2010 denominado Política de Transformación Productiva: Un Modelo de Desarrollo Sectorial para Colombia; se define a los sectores de clase mundial como “aquellos que operan con las mejores prácticas de sus respectivas industrias, con productividades comparables a las más altas del mundo y que en general son intensivos en conocimiento y en la generación de valor agregado.”

El sector Turismo de Salud hace parte de uno de los ocho sectores de clase mundial vinculados al CONPES (Sectores Establecidos: Industria de la comunicación Gráfica - Energía eléctrica, bienes y servicios conexos – Autopartes – Textiles, confecciones, diseño y Moda/ Sectores Nuevos y Emergentes: Software y tecnologías de la información – Servicios tercerizados a Distancia – Cosméticos y artículos de aseo – Turismo de salud); es decir, es un sector que “prospera y sobrevive en una imparable economía globalizada” (Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI, 2010) y hace aproximadamente 15 años que estos sectores se han tomado las conversaciones de desarrollo, economía y política de la mayoría de los países en el mundo.

Colombia no ha sido la excepción y aun cuando falta mucho para que se potencialicen esos sectores en el país, el Gobierno los ha vinculado como temas de importante interés. Dentro de los resultados esperados, proyecta para el año 2023 a Colombia como uno de los tres países Latinoamericanos más competitivos y con ingresos medio – altos, reduciendo los niveles de pobreza (Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI, 2010). Parte de este

proceso incluye mejorar las relaciones entre el sector privado y público, con el fin de unificar objetivos y generar una alianza que promueva el desarrollo equitativo.

Por su parte, como resultado de los avances en las alianzas entre los sectores público y privado, se formuló un Programa de Transformación Productiva que dentro de su gestión logró identificar los aspectos que han de ser mejorados para incentivar la inversión extranjera, aumentar los índices de competitividad y el desarrollo, como lo son: Estabilidad, educación, infraestructura física, provisión y respeto de los derechos de propiedad, capacidad de innovación y aumento de la tasa de ahorro.

De acuerdo con la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia – ANDI, el plan de acción por desarrollar entre el sector público y privado debe estar enfocado en potencializar los siguientes cuatro aspectos: Desarrollo de capital humano: Pertinencia, aumentar aptitud, disposición y retención en la industria, bilingüismo y promover alianzas universidad - empresa; normatividad y regulación: Adecuar la normatividad y la regulación a las necesidades de la industria; fortalecimiento de la industria: Atracción de inversión extranjera, fortalecer el sector, sus gremios y su capacidad de gestión y promoción e infraestructura: Gestionar la disponibilidad de la infraestructura adecuada requerida en cada sector.

De cara a la entrada de los sectores de clase mundial en el país, el Gobierno mediante el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo - MCIT y con la colaboración de entidades como el Departamento Nacional de Planeación - DNP, Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE, Banco de Comercio Exterior de Colombia – BANCOLDEX, Asociación Nacional de Empresarios de Colombia – ANDI, Proexport y Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación – COLCIENCIAS; desarrolló el Programa de

Transformación Productiva – PTP, capaz de identificar objetivos y promover condiciones para generar un ambiente propicio, con el fin de que Colombia adquiriera un rol sobresaliente frente a este nuevo reto a nivel internacional.

El PTP tiene como primer objetivo actuar, identificar y poner en marcha un Plan de Negocios que corresponda a cada sector. Cada plan está debidamente estructurado y evaluado por profesionales de las diferentes entidades del Estado, grupos de investigación de varias universidades y cuentan con el apoyo y asesoría de la firma McKinsey & Co (Ministerio de Comercio, 2012). Inició operaciones desde el MCIT, sin embargo por escasos recursos y la dificultad que se asocia a los procesos contractuales del sector público, se hizo provecho del principio del programa relacionado con la alianza público – privada, la gestión administrativa fue trasladada a Bancoldex como programa especial.

Este programa viene desarrollándose desde el 2009 y hoy por hoy el Gobierno está trabajando para hacer la actualización que entraría en vigencia desde el 2013 hasta el 2018. Básicamente el programa tiene como fin la capacitación a las empresas del sector en los aspectos que intervienen dentro de la internacionalización de los servicios medicinales, es decir, por medio del mismo no se hacen desembolsos de dinero, ni se otorgan beneficios de tipo económico. Para acceder a esa clase de apoyos, es preciso que las empresas soliciten financiación directamente a Bancoldex u otras entidades financieras de carácter privado.

Para que una organización pueda vincularse al programa, primero debe estar registrada ante el Ministerio de Salud y la correspondiente Secretaría de Salud (acorde a la ciudad), además debe estar acreditada o al menos encontrarse en proceso de acreditación. Si la empresa se vincula directamente con Bancoldex o la Andi empieza a ser beneficiario de los convenios

suscritos con el SENA, mediante los cuales se otorga capacitación acorde al plan de mercado (razón social y mercado objetivo) para las cuales se abren convocatorias semestralmente.

Por otra parte, el proyecto ofrece la posibilidad de participar en diferentes ferias y eventos relacionados con el sector, dentro y fuera del país, por medio de Proexport. En algunas ocasiones con financiación parcial o total de los gastos de inscripción, con el fin de que las empresas conozcan y se hagan conocer dentro del ambiente sectorial (Pulido, 2012).

2.1 EL SECTOR TURISMO DE SALUD

El Sector Turismo de Salud es en particular uno de los sectores que tal vez contiene más variantes, motivo por el cual es indicado identificar todo lo que se deriva del sector y los aspectos que pueden intervenir su dinámica.

Se puede entender como Turismo de Salud, cuando una persona se desplaza de un país o ciudad a otra con el fin de recibir servicios de salud (Vicepresidencia de Turismo, 2012). Es un concepto relativamente nuevo, no obstante la información obtenida en el portal News Medical, no se debe dejar de lado el hecho de que desde el año 4000 aC, las diferentes civilizaciones como la griega se desplazaban a otros lugares en busca de los entonces llamados curanderos que utilizaban baños calientes (termales) y tomas de vino para aliviar las dolencias de quienes buscaban sanidad. Posteriormente se fueron expandiendo a lugares como la India en donde utilizaban el Yoga para curar a los viajeros enfermos.

En la edad media, con la creación de varios hospitales en Bagdad, el Cairo y Egipto que atraían a las personas que necesitaran cualquier tipo de servicio médico provenientes de Europa se puede evidenciar la evolución del sistema. Así mismo en Estados Unidos se

presentó dicho fenómeno y los visitantes disfrutaban diversos paisajes, se hospedaban en lujosos hoteles y obtenían los servicios de salud que deseaban.

Más adelante, haciendo uso de una estrategia relacionada con conformación de una fuerza profesional de la que hacían parte diversas especialidades, en 1980 Cuba tomó el liderazgo en Latinoamérica en la promoción del sector. Lo anterior, fue permitido gracias a la intervención de una agencia encargada del mercadeo y comercialización de los servicios especiales médicos ofrecidos por la isla (Marulanda, Correa, & Mejía, 2009).

En la actualidad, viajeros de diversas partes del mundo, buscan encontrar en los países con atractivos turísticos y con reconocimiento en el campo de la medicina, la mejor opción para realizarse tratamientos médicos de excelente calidad a un bajo costo y así poder disfrutar de paisajes exóticos durante su recuperación.

Con la Globalización, este sector ha venido creciendo y tomando mayor importancia en los países que lo ven como una oportunidad, ya que cuentan con la infraestructura, el equipo médico y los recursos necesarios para la ejecución de diferentes procedimientos, es decir con el sistema sanitario para satisfacer las necesidades de los turistas que viajan en busca de economía y bienestar (Navarro et al. 2003).

Con el incremento de la demanda de esta clase de servicios alrededor del mundo, son más los países que han optado por invertir en la potencialización del mismo, siendo Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba, India, Malasia, México, Panamá, Filipinas, Sudáfrica, Tailandia y Turquía las economías más destacadas por calidad y costos. (Marulanda, Correa, & Mejía, 2009)

Según la Medical Tourism Association (MTA por sus siglas en inglés), el sistema sanitario está sufriendo una serie de problemas a nivel mundial, la falta de servicios especializados, la dificultad para el acceso a los servicios sanitarios y la disponibilidad de dichos servicios, lo que conlleva al desplazamiento de cientos de pacientes en el mundo.

De los motores y factores que han llevado al crecimiento del sector turismo de salud bajo el criterio de la MTA han sido precios asequibles, calidad en el servicio, beneficios adicionales, implementación de estándares de calidad en la prestación del servicio bajo la obtención de acreditaciones tanto para centros estéticos como para cirujanos, incremento de la demanda de procedimientos dentales y cirugías estéticas, globalización de la mano de obra calificada y mayor acceso global (Transporte asequible).

Al tratarse de un servicio que involucra la integridad física y la propia apariencia, el nombrado crecimiento del sector ha forjado un espacio muy competitivo en el que uno de los factores que tienen mayor influencia en el tema de la decisión del cliente en la acreditación y/o certificación del centro médico y los profesionales.

Por tanto, es importante conocer las organizaciones que a nivel mundial se encargan de la acreditación tanto de los hospitales o centros estéticos como la de los cirujanos. Algunos de estas son:

A. INTERNATIONAL SOCIETY OF A ESTHETIC PLASTIC SURGERY (ISAPS)

Fundada en las Naciones Unidas (Nueva York) en el año 1970 con la finalidad de certificar cirujanos plásticos de diferentes países para promover la seguridad en los procedimientos,

constantemente actualiza a sus miembros en los últimos avances tecnológicos impulsando alta calidad y mayor seguridad posible a los pacientes.

Para ser miembro de la ISAPS, los cirujanos son sometidos a varios años de entrenamiento en la especialidad quirúrgica, deben pasar la calificación y los exámenes de certificación en sus respectivos países y además ser miembros de pleno derecho en sus sociedades locales nacionales de cirugía plástica y estética; se comprometen a cumplir con los altos estándares éticos de las mismas. Posteriormente se deben someter a un riguroso proceso de evaluación para establecer sus aptitudes, capacidades y compromiso con los más altos estándares de ética y de la seguridad del paciente.

En la actualidad la ISAPS cuenta con 91 países miembros dentro de los cuales se encuentra Colombia. La Tabla 2 presenta algunos cirujanos Colombianos miembros de la ISAPS:

NOMBRE	CIUDAD
Gabriel Horacio ALVARADO GARCIA	Bogotá, Cundinamarca
Álvaro Humberto ARANA NUNEZ	Cali, Valle Del Cauca
Alberto AREVALO-GARCIA	Bogotá, Cundinamarca
Carlos Santiago BARBATO	Cali, Valle Del Cauca
Saad Salim BARHOUM FARAI	Cali, Valle
Edgar Alonso BECERRA TORRES	Medellín, Antioquia

Tabla 2. Profesionales Colombianos Acreditados

Fuente: International Society of Aesthetic Plastic Surgery, 2012

B. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

La acreditación y certificación de Joint Commission International (JCI) es el proceso probado para ayudar a garantizar un entorno seguro para los pacientes, el personal y las visitas. Este

proceso voluntario muestra el compromiso de las organizaciones para mejorar en forma permanente la seguridad del paciente.

La JCI está dedicada a ayudar a las organizaciones internacionales de atención de la salud, agencias de salud pública y Ministerios de salud a evaluar, mejorar y demostrar la calidad de la atención al paciente y al mismo tiempo a adaptarse a los factores legales, religiosos y culturales específicos de cada país.

Beneficios de la Acreditación:

Aumentar la confianza de los pacientes de recibir un servicio con mayor calidad y seguridad; llevar a cabo un proceso interactivo en el que no solo participa el paciente sino también sus familiares; instruir en el aprendizaje continuo a través de la cultura medica para estar atentos a cualquier cambio o mejora que se pueda presentar; mejoramiento en el ambiente laboral que da la garantía que los procedimientos serán más eficientes y generarán una mayor satisfacción personal; mejora continua en los procedimientos y los resultados de los procedimientos y atención clínica.

Actualmente Colombia cuenta con dos instituciones acreditadas por la JCI las cuales se encuentran muy bien posicionadas en el ranking de los 45 mejores hospitales de América Latina, estas son: La Fundación Cardiovascular de Colombia – Instituto del Corazón, hospital ubicado en Floridablanca, Santander y obtuvo la acreditación el 13 de agosto de 2009 y se encuentra el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, ubicado en la capital y obtuvo la acreditación el 13 de febrero de 2010.

2.1.1 El turismo de salud en Colombia. A pesar de que es un sector moderadamente nuevo en el país, es de importante consideración la experiencia que tiene Colombia en la recepción

de turistas. Según cifras reveladas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, Colombia presentó un crecimiento del 6,4% en el PIB en lo que refiere al sector turismo en el tercer trimestre del 2011, cifra que es muy representativa ya que muestra un incremento en la confianza de los extranjeros al momento de visitar el país. Como muestra la Ilustración 4, la mayoría de turistas realizan dichos viajes por motivos de trabajo, lo que se podría potencializar para incentivar el crecimiento del sector Turismo de Salud.

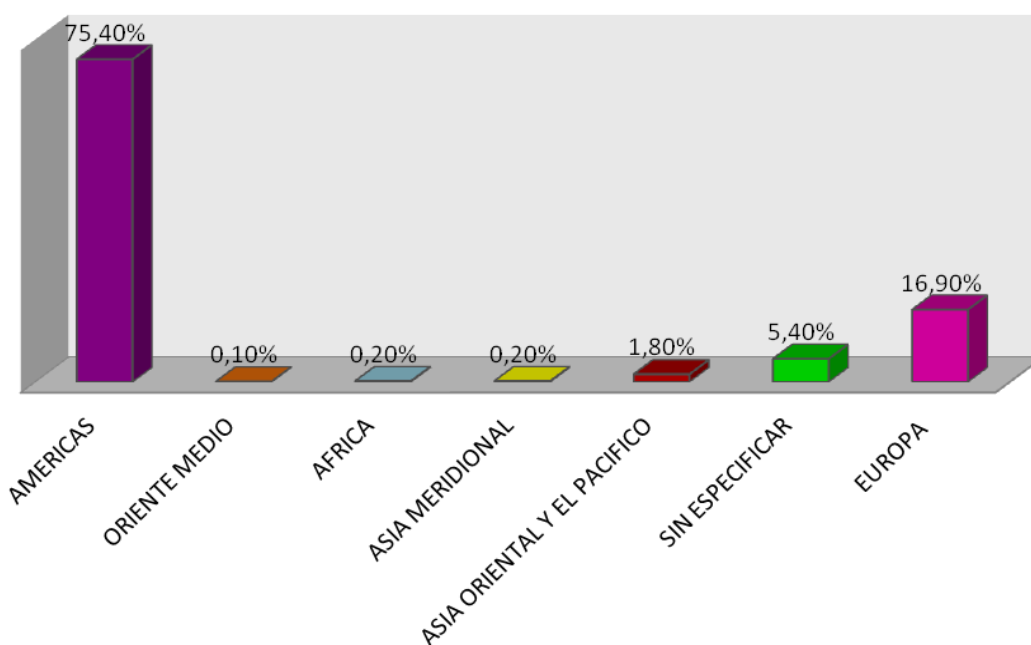


Ilustración 4. Procedencia de Turistas Extranjeros a Colombia en Diciembre 2011

Fuente: DANE, 2012

De igual manera se evidencia la procedencia de los viajeros que ingresaron a Colombia a diciembre de 2011, se puede asegurar claramente que el 16,9% de dichos turistas son provenientes de Europa, lo que representa la confianza del turista Europeo en el país como destino turístico.

Así mismo, en la Ilustración 5 se muestra que el 7% de dichos turistas son residentes de España superando a países como Chile, Perú y Panamá. Según el DANE, se estima que en el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2010 la entrada de turistas provenientes de España fué de 76.484 personas, mientras que para el mismo período en el 2011 fue de 83.758 viajeros, cifra significativa para el proyecto que se pretende implementar en el sector Turismo de salud.

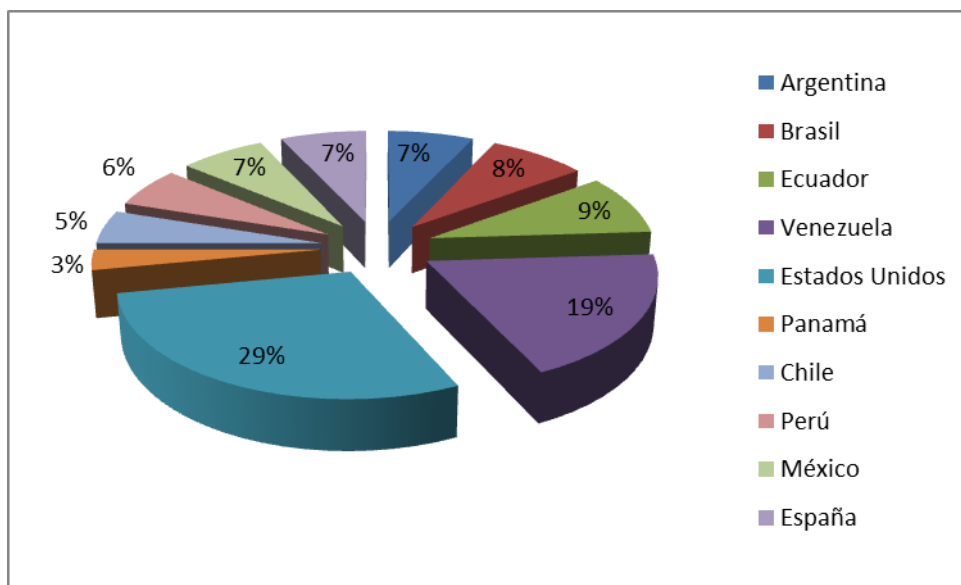


Ilustración 5. País de Residencia Participación 2011

Fuente: DANE, 2012

Sin embargo como se mencionó en un principio y se puede corroborar en la Ilustración 6, la mayoría de las visitas a Colombia se deben específicamente a viajes de negocios, el porcentaje de personas que realizan este tipo de visitas por motivos de salud asciende al 1.2% a diciembre de 2011 lo que se convierte en un reto para el fortalecimiento del sector Turismo de salud.

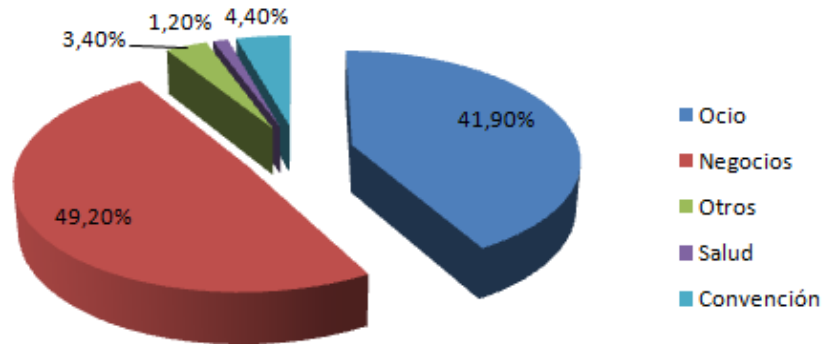


Ilustración 6. Motivo de la Llegada de Turistas Diciembre 2011

Fuente: DANE, 2012

En cuanto al sector Turismo de Salud, a pesar de que las clínicas que brindan estos servicios en Colombia aún se encuentran en proceso de acreditación internacional, el potencial del país es admirable otorgado por la calidad de profesionales de la medicina, los numerosos centros de salud y la variada lista de lugares de interés, naturales y arquitectónicos.

Las cuatro ramas de los servicios del turismo de salud en Colombia (Proexport Colombia y Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, 2009) son: la medicina curativa, que promueve la buena salud de las personas a través de múltiples modalidades para tratar, entender y mejorar la calidad de vida con una enfermedad; la medicina preventiva que identifica factores de riesgo y entiende mejor la prevención de enfermedades, optimiza la salud a través de transiciones, envejecimiento saludable, embarazo, etc.; la medicina de bienestar que permite la satisfacción con relaciones y desempeño en roles sociales, espiritual y mental, grado en el que una persona se siente positiva y entusiasta acerca de sí mismo y de la vida y actividad física,

comida saludable y nutrición, así como intensificar la relación con el medio ambiente; finalmente, la medicina estética que denota satisfacción con la apariencia física propia.

Por otra parte, se debe hacer énfasis en fortalecer las dificultades que tiene el sector Turismo de Salud en Colombia para llegar a ser líder en este sector, algunos aspectos a mejorar son:

Tal como se puede observar en la tabla 3, Colombia cuenta con varios Hospitales que se encuentran en el ranking de los mejores Centros Médicos del mundo (AméricaEconomía), sin embargo solo dos cuentan con la acreditación de la JCI, aspecto que afecta significativamente la decisión del paciente - turista.

Es necesaria la inversión, ya sea del sector público o privado en infraestructura tanto hotelera como hospitalaria, para que en el momento en que el sector turismo de salud comience a crecer; el país tenga la posibilidad de abastecer la demanda de estos servicios, responda a las necesidades de los pacientes – turistas, de manera que el país pueda ofrecer además de un excelente servicio médico, las mejores instalaciones para su comodidad y diferentes espacios turísticos para su pronta recuperación.

Otro factor que es importante resaltar es la capacitación de los médicos, que cumplan con los más altos estándares de calidad requeridos por las diferentes autoridades competentes. Además están formados en valores y tener la capacidad de comunicarse al menos en dos idiomas para facilitar la interacción con extranjeros.

Tabla 3. Los mejores Hospitales de América Latina

RK 11	RK 10	Hospital o clínica	País	Tipo de Hospital	Egresos 2010	Médicos		Anestesiistas por quirófano	Nº camas	Seguridad	Capital Humano	Capacidad	Gestión del conocimiento	Eficiencia	Prestigio	Índice de Calidad 2011
						Nº	FT%									
1	1	Hospital Israelita Albert Einstein	BR	Privado	43.241	931	49	15,31	577	100	84,3	100	100	94,8	85	94,05
2	2	Clinica Alemana	CL	Privado	37.820	745	54	2,28	330	92,05	100	75,5	88,9	87,1	100	90,7
3	4	Fundación Santa FE	CO	Univ. Privado	13.188	310	61	3,27	205	83,53	98,9	76,8	83,2	89,5	70,2	85,27
4	3	Clinica las Condes	CL	Privado	23.584	472	76	2,86	253	97,08	82,4	69,5	75,2	87,2	86,2	83,63
5	5	Hospital Clínica Bíblica	CR	Privado	4.642	217	92	5,73	110	92,95	93,9	55,8	48,8	80,9	65,1	77,34
6		Hospital Samaritano de São Paulo	BR	Privado	14.500	1.429	1,7	6,18	211	87,39	77,1	68,3	62	94,1	51,3	75,51
7	9	Hospital Alemão Oswaldo Cruz	BR	Privado	16.545	86	3,5	2,69	281	85,19	69,6	69,5	60,5	91,5	55,8	73,39
8	7	Fundación Valle del Lili	CO	Univ. Privado	17.832	353	97	2,18	436	71	87,7	66,6	74	83,3	46,3	73,36
9		Hospital Moinhos de Vento	BR	Privado	17.687	164	63	19,17	278	90,1	78,1	57,6	74,5	90,9	25,9	72,7
10		Fundación Cardioinfantil	CO	Univ. Privado	13.569	318	50	2	300	67,85	89,5	61,1	77,8	100	18,9	71,22
11	11	Hospital Alemán	AR	Privado	13.411	576	100	2,08	186	74,4	74,6	59,8	58,1	81,2	72,9	70,44
12	23	Médica Sur	MX	Privado	14.814	311	50	6,88	170	79,42	57,2	64	72,6	96	58,1	69,63
13	10	Sanatorio Americano	UY	Privado	8.997	370	95	12	148	67,14	93,1	51,6	71	75	45,5	69,55
14		Fundación Cardiovascular de Colombia	CO	Privado	3.861	140	74	1,83	193	84,97	77	48,3	63,7	95,9	30,3	69,16

15	16	Hospital Universitario Austral	AR	Univ. Privado	9.190	567	41	2,5	138	68,96	73,2	56	66	94,4	38,3	66,62
16	13	Hospital Clínico U. de Chile	CL	Univ. Público	23.610	528	22	1,48	607	75,46	63,4	63,3	76	70,5	42,6	66,28
17	18	San Vicente de Paul Medellín	CO	Privado	21.041	310	84	1,82	655	77,43	55,8	52,7	72,2	95,9	51,2	65,78
18	21	Hospital San Ignacio de Bogotá	CO	Univ. Privado	22.293	288	75	4,62	289	65,29	69,3	57,4	83,8	97,6	24,5	65,7
19	29	Clínica Angloamericana	PE	Privado	4.550	136	83	1,5	64	63,87	87,2	47,4	49,5	89,3	42,2	65,34
20	19	Policlínica Metropolitana	VE	Privado	12.175	325	85	2,21	208	62,98	84,2	56,3	74	74	23,2	65,18
21	24	Clínica Ricardo Palma	PE	Privado	15.706	323	16	2	156	59,79	78,5	59,7	56	85,9	43,8	65,07
22	22	Hospital General de Medellín	CO	Público	17.329	262	29	1,74	409	78,53	75,4	51,6	50,5	90,1	21	65
23		Clínica Internacional	PE	Privado	13.475	409	34	2,71	181	60,37	79,7	54,7	66,5	84,5	39,2	64,96
24	20	Hospital Pablo Tobón Uribe	CO	Privado	12.093	300	61	2,08	317	75,34	59,6	58,8	61,5	89,5	43,1	64,9
25		Centro Médico Imbanaco	CO	Privado	8.306	201	88	2,38	123	79,71	61,1	61,2	58	89,8	23,8	64,66

Fuente: Portal Web Revista América Economía, Recuperado: Abril 12 de 2012

2.1.2 Expectativas del Sector. En el siguiente recuadro, es posible identificar el comportamiento que tuvo el sector en las cuatro modalidades de medicina que conforman el sector Turismo de Salud y la proyección que se espera que tenga cada una de ellas para el 2014.

Tabla 4. Proyección del Sector

	2008	2014
Bienestar	22,8	66,8
Medicina Estética	0,6	5,6
Medicina Preventiva	0,7	5,6
Medicina Curativa	1	9
Total	25,1	87

Fuente: Programa de transformación productiva- Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

La medicina de bienestar es la que mayor acogida tiene entre los pacientes de este sector, sin embargo cabe resaltar el fuerte crecimiento que se espera que tenga la medicina estética en el 2014 que esta alrededor del 5.6% con respecto a la demanda existente para el año 2008.

A pesar de que el potencial del sector de turismo de salud en Colombia aún no ha sido aprovechado en plenitud, según Underwood & Keckley, (2008) las estadísticas del año 2007 precisan que 750 mil estadounidenses viajaron con el fin de someterse a algún tratamiento médico o a practicarse cirugías estéticas en su cuerpo, así como las proyecciones realizadas por la nombrada firma, generan expectativa de crecimiento para el 2013 aumentando esta cifra hasta los 10.78 millones.

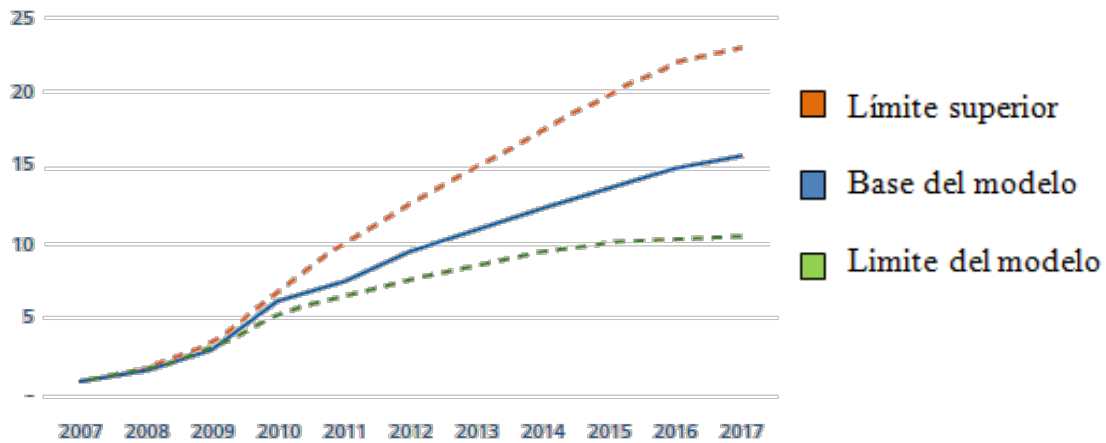


Ilustración 7. Flujo de Pacientes Externos, Diez Años de Proyección (en Millones)
Fuente: Deloitte Development, 2008.

En el 2007 aproximadamente 750.000 estadounidenses viajaron para la atención médica en Colombia. Ese número se incremento a seis millones en el 2010, por lo tanto, la tasa de crecimiento desde el 2007 hasta 2010 es del 100 por ciento para la estimación del caso.

Según Marulanda Montoya, Correa Calle, & Mejía Mejía (2009), el 39% de los estadounidenses aseguraron que estarían interesados en viajar a un país distinto a Estados Unidos con el fin de practicarse una intervención quirúrgica o un tratamiento médico, siempre y cuando este país escogido cumpla con condiciones aceptables en el préstamo del servicio, a costos menores de las ofertados en ese país.

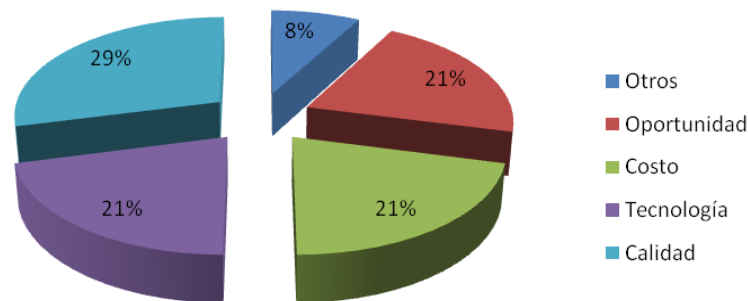


Ilustración 8. Atributos que buscan los turistas de salud
Fuente: Estudio McKinsey, Mayo 2008

En la Ilustración 8, se pueden identificar los cuatro principales factores por los que los turistas de salud escogen a Colombia como país de preferencia al momento de practicarse una cirugía estética, estos son: Oportunidad, costo, tecnología y en mayor medida la calidad con un 29% de participación, dicho factor se presenta gracias al interés por parte de los cirujanos y de los centros médicos en especializarse y en obtener las certificaciones de calidad otorgadas por instituciones como la JCI y la ISAPS.

2.1.3 La experiencia colombiana en la creación de clúster de salud.

Desde el año 2006, con el apoyo de la Cámara de Comercio y la Gobernación de Antioquia, así como con la Alcaldía de Medellín se puso en marcha el proyecto que tenía como fin desarrollar un Clúster de salud “servicios de medicina y odontología”, acorde con el buen desempeño que habían tenido otras pequeñas corporaciones que le habían apostado al sector tiempo atrás.

El nivel de competitividad que ofrece el clúster resulta ser muy atractivo, termino definido por Michael Porter y relacionado en su artículo por Marulanda Montoya, Correa Calle, & Mejía Mejía (2009) como:

un grupo de compañías y asociaciones interconectadas, las cuales están geográficamente cerca, se desempeñan en un sector industrial igual, y están unidas por una serie de características comunes y complementarias, estableciendo que la competitividad de dichas industrias está basada en cuatro factores: firmas competitivas con visión estratégica, exigente demanda doméstica e internacional, alta capacidad de industrias relacionadas y un buen ambiente de instituciones específicas de apoyo, (...)

para promover el crecimiento económico y social de una región, resaltando la participación de todos los agentes relevantes de educación, empresa y estado. (Pág. 39).

En Medellín se identificaron una variedad de factores que inciden en el clúster de salud, partiendo desde la definición y contextualización del concepto Clúster, así como la respectiva comparación con otras ciudades y países, que permitieran identificar experiencias exitosas con esta estrategia.

No obstante, lo que aún hoy funciona en la ciudad de Medellín no puede ser totalmente identificado como clúster, se trata más bien del potencial desarrollo del sector de servicios médicos específicos que con seguridad está dirigido a lograr la consolidación de este modelo de desarrollo.

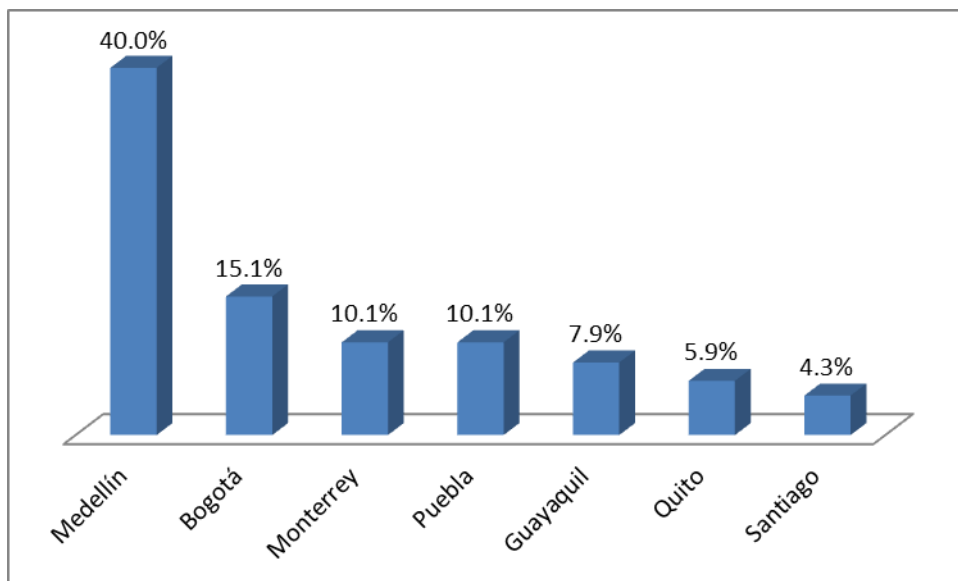


Ilustración 9. Atractividad de Turismo de Salud en Medellín

Fuente: Marulanda Montoya, Correa Calle, & Mejía Mejía (2009)

2.2 LA CIRUGÍA ESTÉTICA

La cirugía estética en principio surgió como una rama de la medicina, particularmente desde aquella mediante la cual se esperaba corregir las deficiencias físicas o deformaciones que principalmente son congénitas o consecuencia de accidentes y/o tratamientos médicos.

Al parecer el nacimiento formal de la cirugía estética viene desde la primera guerra mundial, como consecuencia de los múltiples enfrentamientos. La cantidad de soldados y civiles con deformaciones fué muy alta y los médicos empezaron a ingeniar en medio de las intervenciones modos para recuperar a los pacientes de la mejor manera (Parralo Dorado & Córdoba Guardado, 2008).

Dentro de los pasos fundamentales para el avance hacia la cirugía estética como solución a la lucha en contra del envejecimiento y la insatisfacción física, están la introducción de la anestesia y asepsia, dos aspectos indispensables para que las personas confiaran en los tratamientos quirúrgicos y se sometieran con mayor tranquilidad.

A pesar de los numerosos y asombrosos avances de la tecnología médica en el afán de obtener cada vez mas soluciones a las demandas de las personas, la cirugía estética y demás tratamientos relacionados alimentan la ambición del ser humano por lucir una imagen públicamente aceptada y reconocida como bella. Lo que al pasar de ser en primera instancia una necesidad, se convierte en una obsesión por lo que han surgido una serie de complicaciones que van desde enfermedades relacionadas con la apariencia física, hasta dificultades presentadas por los excesos de tratamientos estéticos en el cuerpo.

Obsesión que como uno de sus componentes tienen la interrelación del ser humano con un entorno inexistente, como es el caso de las personas sumamente estéticas reconocidas por los medios de comunicación, que en la gran mayoría de casos se trata de mujeres y hombres con cuerpos y caras ajenas, editadas desde un software. Claramente, las estrellas y modelos que se contemplan día a día en los medios son figuras logradas con diferentes medios médicos o gráficos que generan una belleza perfecta y eterna con la que cada persona, (particularmente las mujeres) se obsesionan.

Tal vez por ese afán desenfrenado por luchar contra la vejez que está ligado al miedo, miedo a la muerte o una desequilibrante búsqueda de aparentar constantemente un estado adecuado: “estar bien”, desconociendo que debe ser un proceso que inicia de adentro hacia afuera.

2.3 LA ESTÉTICA

Las ideas de una humanidad precisa físicamente vienen desde los griegos, quienes fueron los primeros en hablar sobre las medidas y dimensiones de un humano, aún cuando se tratase de las que regían la escultura, puede ser el primer antecedente relacionado con el tema. Sin embargo, el fundamento de lo bello en la antigua Grecia no estaba directamente relacionado con la apariencia, sino más bien con lo bueno, lo ético, lo intelectual y el conocimiento.

Por otra parte la idea de la belleza en las sociedades griegas durante el Medioevo estaba más ligada a las formas simétricas y a las representaciones divinas que se encontraba en las obras. La belleza era un término indefinible, ligado a la sensibilidad y de no fácil interpretación (Parralo Dorado & Córdoba Guardado, 2008).

En la actualidad, la apariencia física se ha convertido en la representación de lo que la persona es. De hecho, existen miles de artículos en los que se da significado a la manera en la que las personas se visten, la personalidad que tiene acorde a su corte de cabello, las condiciones de carácter relacionadas con los zapatos que lleva o su forma de maquillarse. Lo que demuestra, que la sociedad está definiendo a las personas no por sus características académicas o por las cualidades y valores que tenga sino por como “aparenta ser”.

“Las expectativas de belleza son cada vez más altas y más lejos de lo que un ser humano es, entonces el grueso de la gente lo que quiere es llegar a esos parámetros de belleza para agradar al resto de la gente pero de una manera superficial” (Nissan, 2011)

Este fenómeno ligado a la máxima admiración por parte de los medios hacia las bellas figuras, han llenado a las sociedades Latinas de personas saturadas de inseguridades frente a su aspecto, lo que en muchos casos les dificulta relacionarse con los demás por temor a ser rechazados en un primer momento por su apariencia.

2.4 EL ROL DE LA CIRUGIA ESTÉTICA Y EL CONCEPTO DE BELLEZA EN LAS SOCIEDADES DESARROLLADAS.

Cuando se pretende conocer las fuerzas que impulsan a las personas a someterse a las cirugías estéticas, lo primero que debe entenderse como agente de influencia, son los medios de comunicación, como quiera que ha tenido el papel de promocionar, legitimar e instaurar las intervenciones quirúrgicas como práctica social simple (Elliott , 2011). Posición que puede ser claramente apoyada por Catherine Mayer (2006) quien en su artículo publicado en la Revista Times destaca una motivación descontrolada de la población europea a la práctica de cirugías

estéticas, el auge de programas que invaden la televisión y que procuran convencer a los espectadores de los beneficios de dichos procedimientos sin el sentimiento de culpa ni superficialidad, en parte desembocan en el aumento desmesurado de la demanda en la población europea, fenómeno que puso al continente en el valioso 33% de los procedimientos quirúrgicos en el mundo en el 2004, solo superado por las Américas.

Ese culto de la reinversión instantánea tiene como motivo principal la mejora de la apariencia física ya sea con fines sociales, como por beneficios económicos: En el primer caso, se habla de inconformismos con la propia apariencia, existencia excesiva de miedos, ansiedades y melancolía que consumen a las personas, tal como lo afirma Anthony Elliott (2011).

Por otra parte, en el mismo artículo de la revista *Anagramas* de Elliott (2011) Marilyn V. Santiesleban asegura: “creo que la imagen profesional debe ser actualizada tan frecuentemente como se hace con la hoja de vida”. Esa es la segunda razón por la cual el otro perfil de consumidores deciden intervenir: día tras día son más las exigencias laborales; mejorar el perfil académico; gozar de gran experiencia y mejorar la apariencia física son los tres factores principales para acceder al éxito laboral.

No obstante, en ambos casos está inmerso un concepto de belleza que aún cuando se encuentra influenciado por la sociedad y en particular por los medios de comunicación, no desprecia el componente personal y de origen psicológico en cada individuo. Para encontrar ese origen, resulta entonces necesario interpretar la transición que tiene el ser humano de niño a una persona adulta, tiempo durante el cual se identifican las características físicas diferenciadoras existentes entre las personas incluyendo la crítica hacia otros, pero particularmente hacia la propia persona.

En ese orden, la adolescencia es un paso obligado y definitivo en la consecución de bases firmes que no permitan la autocrítica severa y sus consecuencias como lo son la insatisfacción, la desconfianza y la ausencia de amor propio. El interés repentino de los adolescentes por su aspecto físico y las diferencias propias de los procesos individuales de crecimiento, ponen a la luz lo que puede convertirse en un foco problemático silencioso, tal como lo indica Apton (1955) “Aunque reprimido, el problema de ser atractivo está, no obstante, presente. Todos conocemos los signos de los crecientes esfuerzos que el adolescente realiza en este sentido”. Es justo en esta etapa, de la vida del ser humano en la que surgen diferentes desordenes nerviosos o infelicidad permanente, dificultades que con frecuencia desembocan en la reconstrucción física de sí mismo mediante cirugias plásticas.

Como resultado de lo anterior, las cirugias estéticas en el mundo se han convertido en un tratamiento que trasciende las fronteras de lo físico para convertirse en la esperanza de quienes se someten a practicársela para mejorar su calidad de vida. Es decir, cuando un médico cirujano plástico interviene a una persona, debe entender que no solo va a modificar una apariencia física sino que va a transformar una vida: “La corrección de tales defectos ayuda a readaptarse a la persona atormentada por ellos, de ese modo, se convierte en un agente efectivo dentro del campo de la higiene mental” (Apton, 1955)

3. MERCADO OBJETIVO

Como se planteó inicialmente, el objetivo de este proyecto es crear y promover una estrategia competitiva que será aplicada a un país considerado como potencial de mercado, en este caso España. Para comenzar es necesario identificar las características básicas de la población española y los patrones de consumo que presentan; así como el comportamiento de los indicadores económicos de la sociedad española. Lo anterior teniendo en cuenta, que esta información facilita no solo para el caso de estudio en particular, sino en general, la toma de decisiones en cuanto a penetración de mercado y las estrategias propias, al funcionar como radiografía de la realidad económica y social de un país.

3.1. CARACTERÍSTICAS ESPAÑA

Con Madrid como capital, España es un país europeo ubicado en la península Ibérica, limita al oeste con el océano Atlántico y Portugal; al norte con el mar Cantábrico; al noreste con Francia y Andorra; al este con el mar Mediterráneo y al sur con el mar Mediterráneo y el océano Atlántico.

En cuanto a algunos aspectos económicos necesarios a saber, cabe resaltar que como consecuencia de la crisis que viene atravesando el continente europeo, el IPC español presentó una variación del 2% entre enero de 2011 al mismo mes de 2012 como se observa en la Ilustración 10.



Ilustración 10. Índice de Precios al Consumidor (IPC) de España
 Fuente: INE, 2012

El PIB Per Capita representa el valor de los bienes y servicios producidos por habitante en determinado país, como se puede observar en la Ilustración 11, las variaciones han sido bastante representativas en lo corrido del año 2010 hasta el II trimestre del año 2012, sin embargo cabe resaltar que a pesar de la crisis por la que atraviesa hoy España se observa una leve variación positiva en el II trimestre del 2012 con respecto al I trimestre del mismo año, lo que podría llevar a especular sobre una ligera mejoría en los ingresos de los españoles.

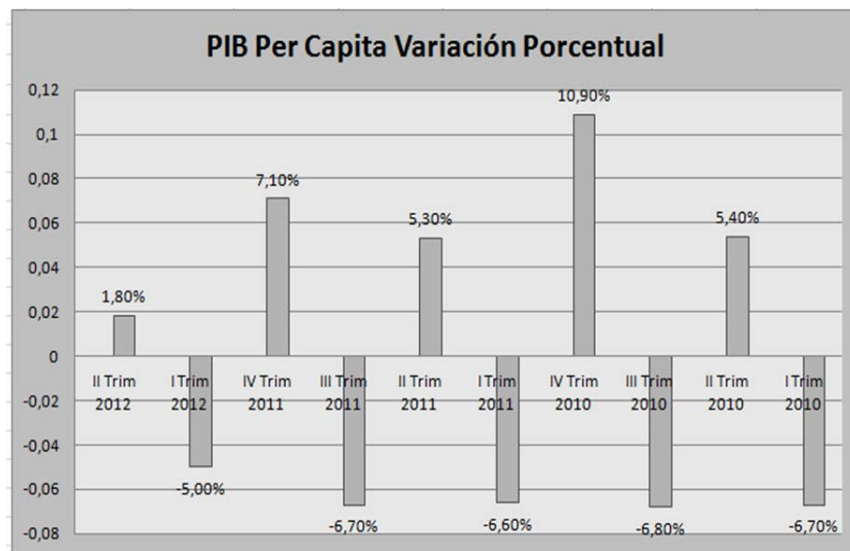


Ilustración 11. Producto Interno Bruto Per Cápita España (PIB Per Cápita)
 Fuente: Datosmacro, 2012

Respecto al PIB, también se evidencia un crecimiento negativo, en el último trimestre del 2012, presentando una caída alrededor del 0.3% (Ilustración 12).

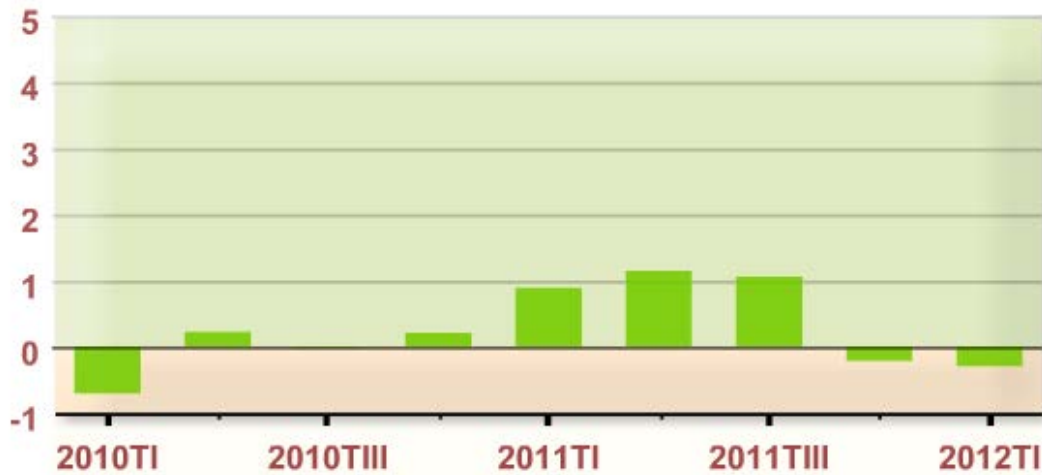


Ilustración 12. Producto Interno Bruto (PIB) España

Fuente: INE, 2012

Como se puede observar, en los últimos meses, España se ha visto afectada por la inestabilidad que se ha presentado en la Zona Euro y es de gran importancia resaltar las medidas que según datos del Banco Central Europeo ha tomado el país para contrarrestar dicho fenómeno, en primera instancia tras la evidente crisis que presentan los bancos españoles, el pasado 25 de Junio el Gobierno solicitó la asistencia del Eurogrupo en la concesión de 100 MM de Euros para inyección de capital a las entidades bancarias para lo cual se llevaron a cabo varios cambios como “reducción en los salarios públicos y eliminación de la paga extraordinaria de diciembre, la eliminación de la desgravación fiscal por la compra de vivienda a partir de 2013, reducciones en la prestación por desempleo a partir de los seis meses y una rebaja adicional del gasto de los Ministerios”.

Esto con el fin de poder cumplir con los objetivos planteados para superar el crecimiento negativo que ha evidenciado la economía en los últimos períodos.

Referente a la población se puede observar en la Ilustración 13 que para el 2011 España tenía una población de 46.754.784 habitantes.

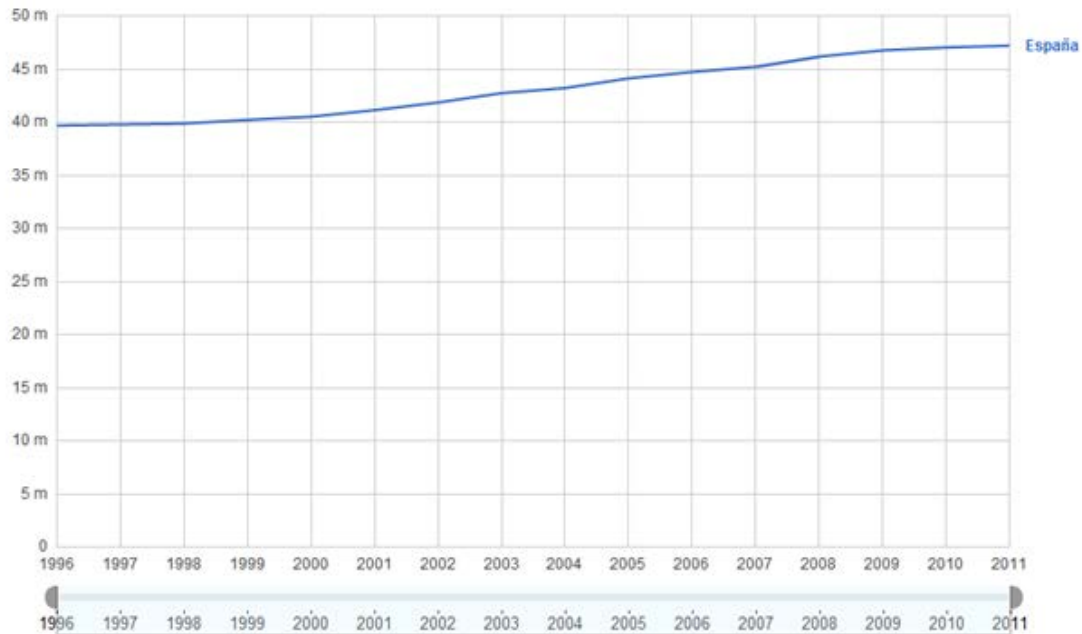


Ilustración 13. Población de España

Fuente: INE, 2012

Dicha población se puede clasificar por géneros y así identificar cual sería el verdadero mercado potencial. La población masculina asciende a los 23.072.851 habitantes como se puede observar en la ilustración 14.

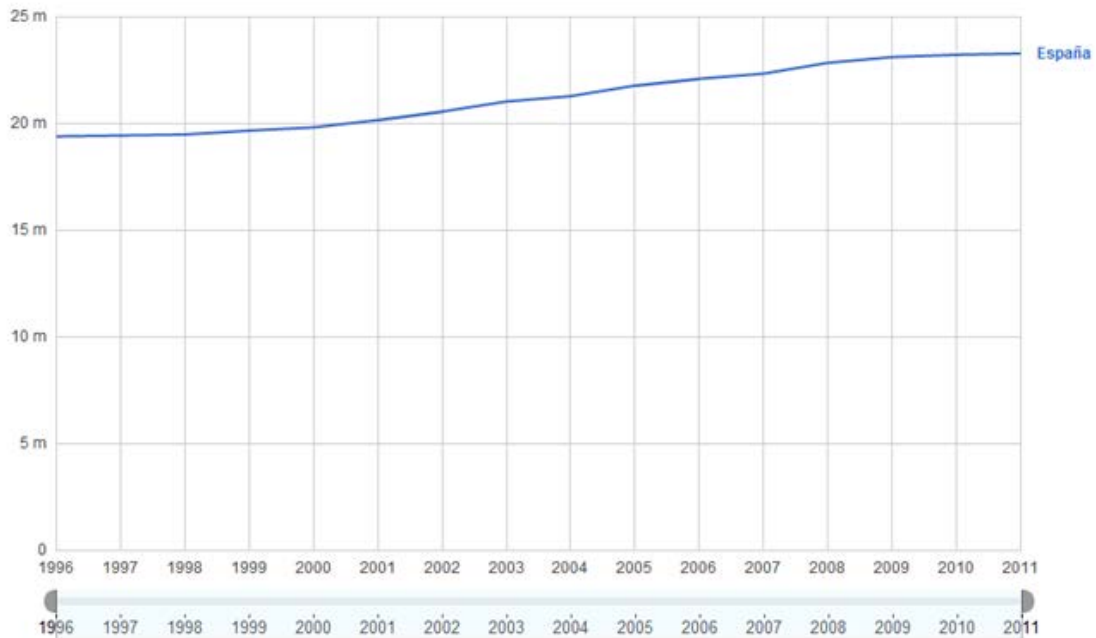


Ilustración 14. Población Masculina de España
Fuente: INE, 2012

La población masculina es claramente superada por la femenina (Ilustración 15) aún cuando no en gran proporción, a continuación se puede notar el crecimiento de esta que asciende a los 23.681.933 habitantes.

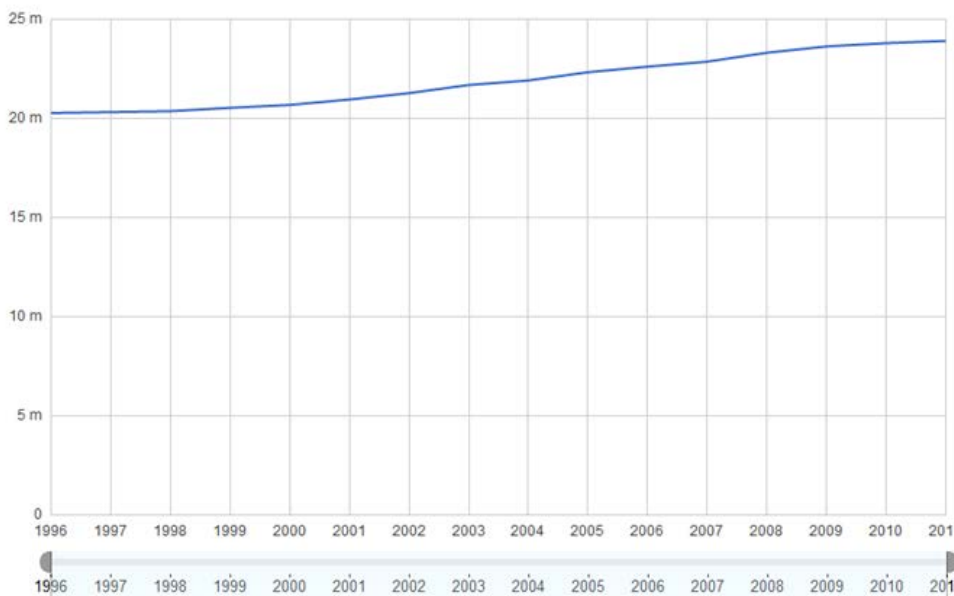


Ilustración 15. Población Femenina Española
Fuente: INE, 2012

De igual manera en la Ilustración 16 se puede observar la clasificación de la población femenina que está considerada como primer subgrupo de interés, dividida en edades encontrando así que con igual porcentaje 19% están las mujeres entre 35 y 44 años, con 18% mujeres de 30 a 34 años y entre 45 y 49; y en menor proporción con 12 y 14% respectivamente las jóvenes entre 20-24 y 25-29 años:

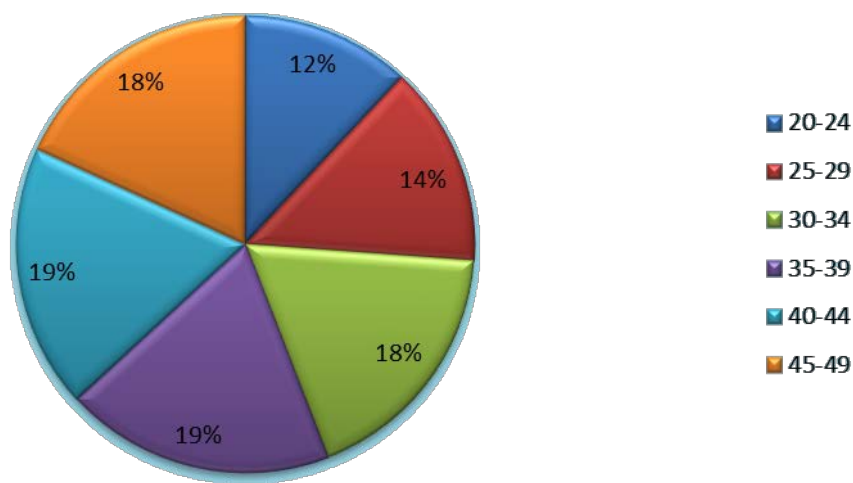


Ilustración 16. Edad de la Población Femenina Española

Fuente: INE, 2012

Para este análisis, se tendrán en cuenta los rangos entre los 20 a los 39 años ya que es el momento en que la mujeres son fuertemente influenciadas por la sociedad y requieren una buena imagen para una mayor aceptación.

En particular la sociedad española es un buen nicho de mercado toda vez que a pesar de que el flujo de Turistas – pacientes en su mayoría son Colombianas residentes en el nombrado país que por diversos motivos como precios, seguridad y calidad acuden a Colombia a efectuarse dichos procedimientos, pueden convertirse así en la mejor referencia para mujeres nativas de España que puedan acudir a este país para someterse a intervenciones quirúrgicas.

Otro factor importante de acuerdo con el estudio desarrollado por el Ministerio de Sanidad y Consumo del gobierno español, tomado como referencia para plantear a España como país objetivo, es la problemática que enfrentan las mujeres con respecto al tallaje a la hora de adquirir su vestuario.

A pesar de que el 46% de la población femenina en España afirma no haber tenido problemas para encontrar su talla en el mercado el otro 40 % asegura haber encontrado dificultades frente a este tema como se puede apreciar en la Ilustración 17, 18 y 19:

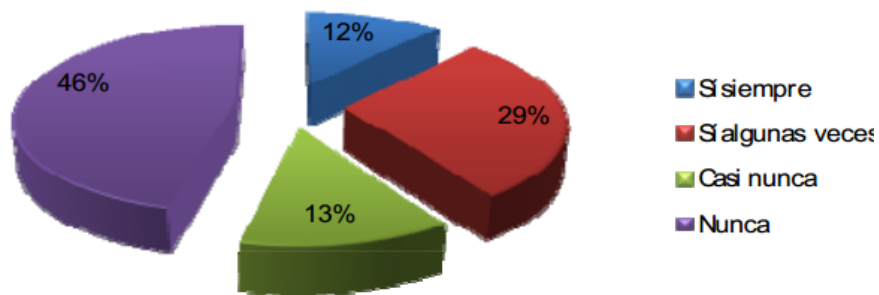


Ilustración 17. Mujeres que tienen dificultad para encontrar su talla en España

Fuente: Ministerio de sanidad y consumo – Gobierno de España, 2012

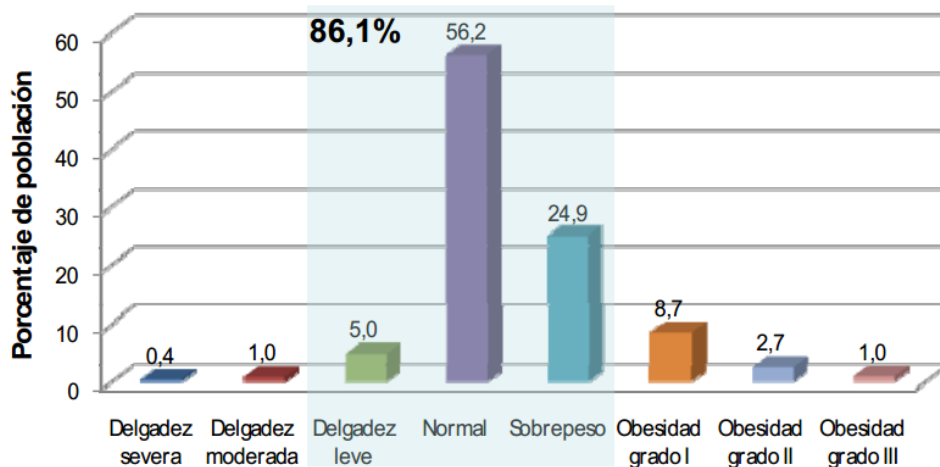
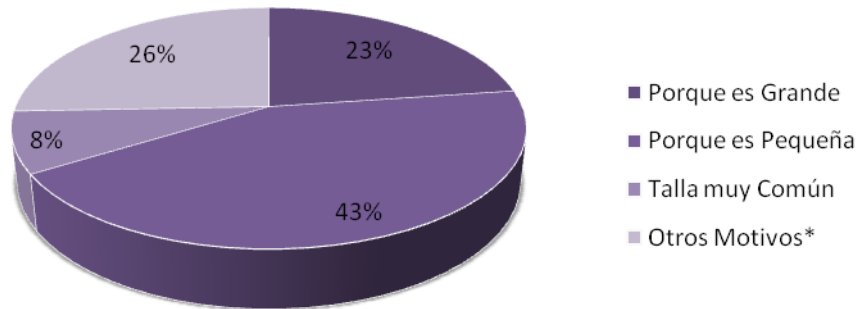


Ilustración 18. Distribución de la población según el índice de masa corporal.

Fuente: Ministerio de sanidad y consumo – Gobierno de España.

Motivos por los que no encuentran talla las Mujeres Españolas



* Entre otros motivos se encuentran tipificados: No se ajusta al morfotipo y No coinciden las tallas

Ilustración 19. Motivos por los que no encuentran talla las Mujeres Españolas

Fuente: Ministerio de sanidad y consumo – Gobierno de España.

Esto quiere decir que el 56,2% de la población tiene un IMC normal, no obstante el 36,3% se encuentra en la clasificación de sobrepeso y obesidad en grado I y II lo que permite identificar como mercado potencial al relacionarlo con el gráfico 14 ya que el motivo más frecuente por el cual las mujeres españolas no encuentran su talla a la hora de comprar vestimentas, respaldado por el 43,4% es porque son muy pequeñas y no se ajustan a sus figuras.

Por otra parte y de acuerdo con el artículo publicado por el portal web español de noticias 20minutos.es (2007) el gasto español en cirugía estética está en promedio en 800 millones de euros, incluyendo dentro de los consumidores no solo a actores y celebridades, sino que también han empezado a acceder personas como ejecutivos, amas de casa, personal doméstico, entre otros. En el mismo artículo Antonio Porcuna, Presidente de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE) aseguró que España fue durante el 2006 el

primer país europeo en intervenciones estéticas, practicando alrededor de 400.000 intervenciones anuales y con un aumento aproximado año por año del 8 al 10%. Así mismo, aseguró que este fenómeno está marcado por la cantidad de playas y sol que hacen a los españoles “muy mediterráneos”.

Por otra parte, se asegura que los procedimientos más demandados por los hombres quienes integran el 20% de los consumidores, son la cirugía de los párpados, abdominal y liposucciones. En cuanto las mujeres, las más demandadas son el aumento de pecho y la liposucción.

3.2. IMPLEMENTACION DEL MODELO DE HOFSTEDE

Tras la recopilación de los datos anteriores, se lleva a cabo la identificación de la cultura española basada en el modelo de Hofstede para así poder plantear una estrategia final basada en la interculturalidad.

La Distancia al Poder. De acuerdo al comportamiento migratorio al país, España acoge el grueso de la población latinoamericana que ha emigrado hacia ese continente en los últimos diez años. Esta población está conformada básicamente y en su mayoría por ecuatorianos y colombianos aún cuando también se suman argentinos, peruanos, bolivianos y brasileños. Convirtiéndose no solo en parte fundamental de la fuerza de trabajo y mano de obra; sino también, en la mayor influencia hacia las mujeres españolas. Imponiendo nuevos estándares de belleza típicos de la mujer latina como la voluptuosidad, delgadez y la vanidad que les identifica.

Este fenómeno social, unido a la dificultad expresada en el estudio del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno Español relacionada con el tallaje de la ropa, desemboca en un alto grado de complejidad en algunas mujeres frente a su aspecto físico, lo que les lleva a considerar la posibilidad realizarse intervenciones quirúrgicas y tratamientos estéticos (Ilustración 20 y 21).

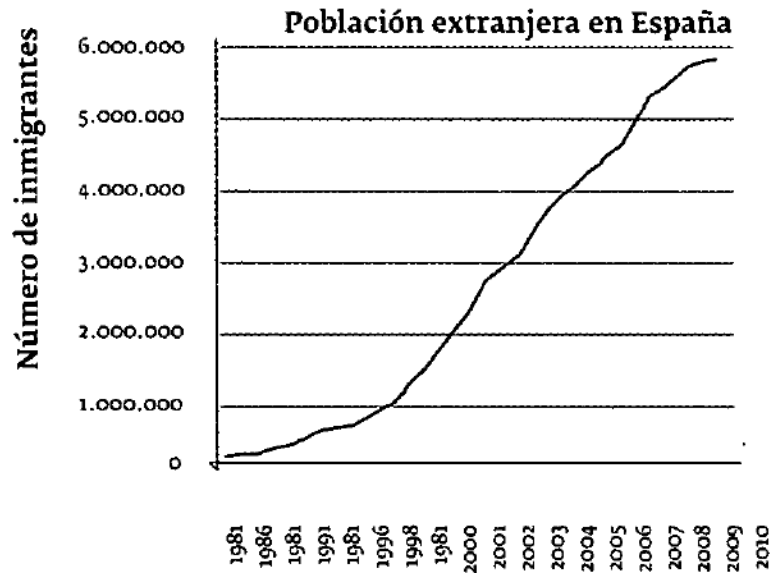


Ilustración 20. Población Extranjera en España.

Fuente: Hernández y Le Bret (2012)

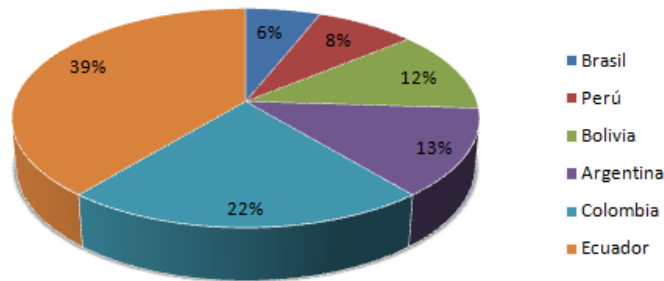


Ilustración 21. Inmigración latinoamericana registrada en España, año 2007.

Fuente: Hernández y Le Bret (2012)

La aversión a la incertidumbre: De acuerdo con los distintos foros, blogs y artículos que se alimentan en la red; así como con opiniones recibidas por parte de algunas mujeres residentes y nativas en España, la flexibilidad de esta población frente a la posibilidad de desplazarse a otros países para realizarse tratamientos estéticos presenta opiniones divididas.

Por un lado, a pesar de que son conscientes de que los costos en el extranjero muchas veces son menores frente a las clínicas españolas, muchas mujeres no se encuentran dispuestas a correr riesgos lejos de su casa y menos de su lugar de origen; por considerarlo demasiado riesgoso frente a calidad y posibles consecuencias del traslado o de la propia intervención.

No obstante, son muchas las mujeres que se encuentran en la disposición y de hecho están altamente interesadas en desplazarse de un lugar al otro con fines estéticos. Basadas en la información que está disponible por internet, pero especialmente por la que les proveen las mujeres de origen latinoamericano, donde las intervenciones son mucho más económicas.

Lo que pone a la sociedad española en un punto medio frente a la aversión a la incertidumbre y con la posibilidad de disponer positiva o negativamente de este factor.

El individualismo – Colectivismo: Practicarse una cirugía estética no solo cambia los patrones en la vida de la persona que se somete a la intervención quirúrgica, sino que también resulta teniendo consecuencias positivas o negativas sobre las personas que le rodean. La mejora en la calidad de vida de la persona intervenida, las nuevas oportunidades que se presentan a quienes deciden modificar su aspecto físico y la tranquilidad interior o desenfreno

hacia la apariencia que puede desembocarse son algunos de los cambios que rodean a la persona intervenida y sus familias.

Lo anterior en especial en una sociedad como la española que guarda similitudes con los latinos, como la fraternidad existente aun en estos hogares frente a otras sociedades europeas que son mucho más frías y distantes. Así, todo el proceso que rodea a la persona que desea cambiar su aspecto físico es foco de atención familiar y regularmente se encuentra acompañado de quienes son más allegados.

Masculinidad – Femenidad: La sociedad española tiene antecedentes que permiten identificarla como una sociedad masculina. En el caso particular del consumo, a través del tiempo se ha caracterizado por la satisfacción de necesidades básicas pero con un alto grado de apariencia social que le genere mayor estatus.

Gaspar Brändle Señán (2007) afirma que “tampoco el consumo muestra pautas de racionalidad, debido principalmente a los efectos de etapas anteriores marcadas por las carencias y los racionamientos. De forma que se va a pasar de la privación a un consumo caracterizado por un fuerte deseo de posesión”. Lo que permite identificar el fuerte impulso de los españoles por invertir parte de sus ingresos y ahorros en la satisfacción de los propios deseos, aun cuando estén considerandos dentro de los productos de consumo.

Además, según la encuesta publicada por el diario El Mundo (Madrid) y realizada por la Sociedad Catalana de Cirugía Plástica Reparadora y Estética (SCCPRE) a pacientes, el 30% de las cirugías estéticas se practican con el fin de obtener beneficios laborales luego de la

satisfacción personal que es el factor fundamental de dichas intervenciones para tener una mayor aceptación social.

3.3. IMPLEMENTACIÓN ANALISIS FODA

3.3.1. Matriz Foda

Generación Estrategias FO

Tabla 5. Estrategias FO

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
1 Calidad	Diversidad cultural
2 Precio	Diversidad climática
3 Oferta turística	Inversión extranjera
4 Mano de obra	Diversidad de aerolíneas
5 Seguridad	Crecimiento de la economía
6 Acreditación médica	Innovación en acreditación
7 Diversidad Turística	Conocimiento del perfil del consumidor español
8 Acreditación a centros médicos	Alianzas Estratégicas
9 Apoyo del gobierno	Fortalecimiento de la Asociación Colombiana de Turismo de Salud (ACTUS)
10 Reconocimiento	
11 Infraestructura hotelera	
12 Infraestructura médica	
13 Salud (ACTUS)	Presencia de la Asociación Colombiana de Turismo de

Fuente: Elaboración Propia

COMBINACIÓN - ESTRATEGIA

F1O1 Ofrecer un ambiente cálido a los pacientes similar a las condiciones culturales de su país con altos estándares de calidad tanto en los servicios turísticos como hospitalarios.

F7O2 Según las preferencias climáticas del paciente se puede orientar hacia un destino turístico que llene sus expectativas.

F9O3 Aprovechando el apoyo del gobierno frente a ferias y eventos internacionales del sector se puede acceder a una mayor inyección de capital extranjero.

F10O4 Crear alianzas con las nuevas aerolíneas para reducir costos en la movilización e incentivar a los turistas.

F11O5 El crecimiento de la economía puede reforzar el reconocimiento de Colombia en países como España.

F6O6 La adquisición de nuevas acreditaciones internacionales aumentará la credibilidad tanto en los centros médicos como en los cirujanos Colombianos.

F6O7 La acreditación otorgada a los cirujanos permite combatir la desconfianza de las mujeres españolas frente a procedimientos quirúrgicos en Colombia.

F6F8O7 Si el sector conoce al cliente español, sus preferencias y necesidades podrá entender que para influir en su toma de decisión deberá ofrecerle tranquilidad y seguridad al mismo y que mejor que con profesionales y centros de alta calidad.

F11F12O8 Una red completa de servicios para ofrecer, desde hospedaje hasta la práctica de la cirugía en sí, puede convertirse en un gran atractivo para los posibles socios estratégicos en España.

F13O9 Es indispensable que la ACTUS se fortalezca recibiendo cada día a más empresas del sector que cumplan con altos estándares de calidad, forjándolo como un sector consolidado y dinámico.

Generación Estrategias FA

Tabla 6. Estrategias FA

FORTALEZAS	AMENAZAS
1 Calidad	Apoyo en la educación
2 Precio	Crisis económica Europea
3 Oferta turística	Engaños publicitarios
4 Mano de obra	Competencia desleal
5 Seguridad	Orden público
6 Acreditación medica	Ubicación geográfica
7 Diversidad Turística	Diversidad climática
8 Acreditación a centros médicos	Competidores potenciales
9 Apoyo del gobierno	Desarrollo tecnológico
10 Reconocimiento	Malas referencias
11 Infraestructura hotelera	
12 Infraestructura médica	
13 Salud (ACTUS)	Presencia de la Asociación Colombiana de Turismo de

Fuente: Elaboración Propia

COMBINACION - ESTRATEGIA

F9A1 Generar espacios en los que el gobierno vea la necesidad de incrementar el apoyo a los estudiantes de pregrado y especialización del sector.

F2A2 Ofrecer precios asequibles para la comunidad española golpeada por la crisis.

F5A3 El incremento en la seguridad tanto en el sector como en el país para evitar que los pacientes sean engañados.

F1A4 Cumplir con los estándares de calidad predeterminados por diferentes organizaciones para ofrecer mejores servicios y así ganar prestigio y preferencia de los pacientes – turistas.

F9A5 Acompañar al Gobierno en la generación de estrategias que fortalezcan la seguridad del país.

F3A6 Aprovechar los destinos turísticos que tiene Colombia para atraer a los turistas españoles a pesar de la distancia geográfica.

F7A7 De acuerdo a las condiciones climáticas que presente determinada región se tiene la posibilidad de ofertar nuevos destinos para las intervenciones quirúrgicas.

F10A8 Las alianzas estratégicas permitirán la disminución en costos lo cual se verá reflejado en un valor agregado frente a la competencia.

F4A9 La excelente mano de obra disponible en el país, permite hacerle frente a los desarrollos tecnológicos que aún no poseen las clínicas sin afectar la calidad en los procedimientos.

F8A10 La acreditación otorgada por organizaciones a nivel internacional permite desmentir las malas referencias de personas inescrupulosas.

Generación Estrategias DO

Tabla 7. Estrategias DO

DEBILIDADES	OPORTUNIDADES
1 Clínicas piratas	Diversidad cultural
2 Gestión publicitaria en el exterior	Diversidad climática
3 Poco tiempo en el mercado	Inversión extranjera
4 Poca logística	Diversidad de aerolíneas
5 Falta de Asociabilidad entre empresas del sector	Crecimiento de la economía
6 Desconfianza del cliente en los servicios ofrecidos	Innovación en acreditación
7 Centros médicos y profesionales aun no acreditados	Conocimiento del perfil del consumidor español
8 Desconfianza de los posible socios estratégicos	Alianzas Estratégicas
9	Fortalecimiento de la Asociación Colombiana de Turismo de Salud

Fuente: Elaboración Propia

COMBINACION - ESTRATEGIA

D106 Obtener las acreditaciones internacionales de dará la seguridad al paciente al momento de someterse a la cirugía y no caer en estas clínicas piratas.

D207 Generación de publicidad segmentada con el fin de causar un gran impacto frente al consumidor español.

D30106 Proporcionar espacios culturales que hagan sentir cómodos a los turistas contando con la excelencia en los procedimientos tras la acreditación internacional a pesar del poco tiempo en el mercado.

D403 Con la inyección de capital extranjero se pueden optimizar los servicios de los intermediarios y así mejorar el proceso logístico.

D509 La ACTUS se convierte en la oportunidad de las empresas del sector para trabajar juntas hacia un mismo objetivo y bajo unos mismos criterios.

D608 Lograr alianzas estratégicas con agencias de turismo de alto reconocimiento en España le generaría al cliente español la tranquilidad que necesita para intervenir quirúrgicamente en Colombia.

D709 La vinculación de las empresas del sector a la ACTUS se convierte en una motivación para acceder a acreditaciones de profesionales, servicios y centros con el fin de beneficiarse con las ventajas ofrecidas por la nombrada asociación.

D80509 El crecimiento de la economía Colombiana y el respaldo por una asociación vinculada con el Estado Colombiano, les proporciona a posibles socios estratégicos tranquilidad a la hora de negociar e implementar sociedades.

Generación Estrategias DA

Tabla 8. Estrategias DA

DEBILIDADES	AMENAZAS
1 Clínicas piratas	Apoyo en la educación
2 Gestión publicitaria en el exterior	Crisis económica Europea
3 Poco tiempo en el mercado	Engaños publicitarios
4 Poca logística	Competencia desleal
5 Falta de Asociabilidad entre empresas del sector	Orden público
6 Desconfianza del cliente en los servicios ofrecidos	Ubicación geográfica
7 Centros médicos y profesionales aun no acreditados	Diversidad climática
8 Desconfianza de los posible socios estratégicos	Competidores potenciales
9	Desarrollo tecnológico
10	Malas referencias

Fuente: Elaboración Propia

COMBINACION - ESTRATEGIA

D1A3 Crear campañas de prevención y orientación al paciente-turista frente a los servicios ofrecidos en Colombia.

D2A10 Reforzar la publicidad en el exterior basada en testimonios de procedimientos exitosos y el reconocimiento del país a nivel mundial.

D3A8 Incrementar la calidad en los procedimientos que le da la certeza al paciente de una intervención exitosa en Colombia a un menor precio a pesar del poco tiempo en el mercado.

D4A2A10 Intensificar la gestión de agencias o intermediarios legales.

D5A4 Apoyando la gestión de la ACTUS, es posible masificar la asociabilidad en las empresas del sector y emplear por medio de la misma un control a las acciones de competencia desleal.

D6A3A10 La desconfianza del cliente español generada por engaños publicitarios y malas referencias debe ser enfrentada con estrategias de acercamiento del sector al paciente-turista español, empleando asociaciones con organizaciones de alta credibilidad en España.

D7A8 La competencia generada por otros ofertantes potenciales puede ser enfrentada con más entidades del sector acreditadas para ofrecer cada día servicios de mayor calidad.

4. LA ESTRATEGIA

Con base en el modelo de Kotler (2002) expuesto dentro del marco teórico, es posible encontrar los fundamentos para la estrategia. Las tres cuestiones del marketing en su orden, permiten hacer el respectivo análisis en la búsqueda de valor:

Exploración de valor: Fase clave para identificar el valor que es posible ofrecer y que debe fluir entre los tres agentes interventores identificados por Kotler. Es justo en este punto en el que interviene la necesidad percibida en la población Española de realizarse un procedimiento quirúrgico, basada en dos aspectos como son la competencia estética que les representa la población latina en conjunto con el ambiente mediterráneo que les identifica; y la creciente demanda de personas “bellas” en los espacios de éxito laboral. La descrita necesidad conforma el espacio cognitivo, integrado en el modelo de marketing.

Para enfrentar esa demanda creciente del país Español, Colombia cuenta con una amplia gama de oferta entre médicos especializados y capacitados, infraestructura clínica conformada por hospitales y centros médicos que brindan la comodidad, espacios confortables; para garantizar al cliente seguridad en los procedimientos. Así como lo mejor del alojamiento en hoteles que tienen la capacidad de cumplir con las expectativas del turista internacional, sin dejar de lado la calidad humana que ofrecen los guías turísticos y quienes prestan sus servicios en estos lugares. Dichos aspectos los podemos identificar en el modelo de Kotler como espacio de competencia.

Tras la revisión documental que se llevó a cabo durante la elaboración de este trabajo, es posible identificar tanto la calidad que ofrece el sector Turismo de Salud en Colombia como la

necesidad que presentan y que podrían tener las mujeres Europeas (Inicialmente Españolas) de acceder a los procedimientos estéticos que ofrece el país debido a la influencia que tiene la mujer latina en esa sociedad y a la demanda relacionada en algunas ocasiones con el éxito laboral.

Colombia cuenta con la infraestructura y la calidad de los especialistas en este sector, además está implementando proyectos en aras de mejorar los servicios prestados, lo que se convierte en un atractivo mayor para los pacientes – turistas, ya que de igual manera cuenta con un gran atractivo turístico, lo que le permite escoger la ciudad donde se pretende realizar el procedimiento según el clima y la biodiversidad de su preferencia.

No obstante, los empresarios necesitan aun algo más que oferta económica y de calidad para atraer al cliente español, se trata de mejorar los aspectos que dificultan las relaciones comerciales con ellos. De acuerdo con el análisis al país ibérico, son básicamente dos los motivos que alejan a la población española de la cirugía estética practicada en Colombia: El desconocimiento de la oferta de los servicios del sector de Turismo de Salud en el país y la zozobra ante la posibilidad de ser engañados por clínicas y/o médicos falsos que pongan en riesgo su integridad personal.

Como resultado del anterior análisis, es posible identificar la necesidad que tiene el sector en Colombia de reducir el espacio existente entre el cliente final español y el servicio ofrecido, pero este no simplemente como la cirugía que puede encontrar en ciudades como Madrid o Barcelona, sino que debe ser una oferta completa: calidad, precio y confiabilidad. Con el objeto de entregar al cliente un único paquete que cumpla con todas sus expectativas,

generando beneficios no solo para el visitante extranjero, sino que también para facilitar la gestión de los proveedores de los servicios en Colombia.

Entrando en la segunda fase del modelo denominada Creación de Valor, el beneficio que se pretende ofrecer al paciente – turista está en la confiabilidad que se presenta constante en todo el viaje: desde la intervención misma, hasta los traslados, hospedaje y otros servicios brindados durante la estadía. Es así como surge la idea de ofrecer un proyecto denominado Colombian Health, que consiste en la integración de los servicios de turismo y salud, bajo una única tarifa acorde con las necesidades y preferencias del cliente; ofreciendo agilidad en el trámite propio del traslado desde el país de origen hasta Colombia y el regreso.

Así, Colombian Health tiene la finalidad de ofrecer al paciente – turista un paquete completo que le permitirá acceder no solo a un cambio de vida a partir de la transformación física propia de la cirugía estética, sino que también le incluirá un tiempo de relajación: Desconectarse de la rutina, permitiéndose conocer espacios geográficos alucinantes propios de la diversidad Colombiana, descanso acompañado de diferentes experiencias a partir de los diversos planes que ofrece el turismo en cada región del país; todo lo anterior, de manera individual o en compañía de las personas más cercanas de preferencia.

Como resultado del proceso de exploración y creación del valor, y en la búsqueda de mejorar la relación directa con el cliente, se considera indispensable el apoyo de agencias de turismo españolas que tengan amplio reconocimiento en ese país, que funcionen como canal de comunicación y confianza entre la oferta colombiana y el paciente – turista español. En ese orden, la entrega del valor está enfocada en la gestión orientada a la vinculación con el sector de promoción turística en el país europeo.

Entonces, con el fin de entregar comodidad y confianza generando valor en el servicio para el cliente español, la estrategia de la que pueden hacer uso las empresas Colombianas inmersas en el sector Turismo de Salud es en primera instancia gestionar la suscripción de convenios con agencias de viajes y turismo con operaciones en España, con el fin de poner en marcha una campaña publicitaria en la que se da a conocer al mercado Español a través de portales web caracterizados por un eslogan, una imagen publicitaria y testimonios tanto de pacientes como de sus acompañantes, la posibilidad de viajar a Colombia para acceder a los beneficios ofrecidos por medio de Colombian Health.

Con tal estrategia se pretende enfrentar dos de los obstáculos que presenta el sector en España que son: el desconocimiento de la oferta de servicios en Colombia (calidad, precio y variedad) y la inseguridad del consumidor frente a clínicas y médicos ilegales, ya que tienen el aval de que estas instituciones han sido previamente estudiadas y cuentan con certificaciones de calidad que garantizan la excelencia en los procedimientos. De igual manera se espera que con el tiempo se genere un efecto voz a voz entre pacientes – turistas y quienes simplemente toman en cuenta dicha información para compartirla con clientes potenciales.

En consecuencia se espera que en el largo plazo Colombia se posicione como país líder en el sector Turismo de Salud respondiendo así a la demanda que proviene de diferentes países del mundo, no solo de España como se pretende inicialmente.

5. CONCLUSIONES

Con la gran acogida que ha tenido el sector Turismo de Salud tanto en Colombia como en el resto del mundo y la influencia que tiene la mujer latina en España, se logra plantear una estrategia basada en el conocimiento demográfico, económico y sociocultural del país para atraer a la mujer española, no solo para practicarse cirugías estéticas sino que también para motivarla a conocer un tanto del paisaje y de la cultura Colombiana.

Para lograr tal objetivo se llevó a cabo un análisis de las diferencias culturales basado en el modelo de Hofstede que permitió acercarse al perfil de la sociedad española, mediante las cuatro dimensiones identificándola como una población capaz de ser influenciada por el alto número de habitantes latinos situados en ese país; en cuanto a la aversión a la incertidumbre, España presenta una división de las opiniones de los pacientes – turistas frente a la posibilidad de trasladarse fuera de su país para ser intervenido; así como se encuentra un rasgo de colectivismo muy marcado, siendo los españoles personas que tienen lazos fraternales más fuertes que en otros países europeos y la última pero no menos importante característica identificada es que España se puede definir como una sociedad masculina, es decir, enfocada en el ahorro y la búsqueda permanente de la satisfacción de las necesidades que le permita un mayor estatus.

Ese perfil identificado facilita la exploración del valor para ofertar un producto – servicio que sea capaz de llenar las expectativas de la sociedad objeto de este estudio y supere las deficiencias que tiene el sector turismo de salud actualmente en Colombia.

El éxito de la implementación del turismo de salud en Colombia, no solo debe fijar sus objetivos en las necesidades de los clientes, si no explorando mas allá, abarcando aspectos fundamentales como la infraestructura apropiada que permita brindar incentivos de bienestar y salud como condiciones de alojamiento, entretenimiento y ocio que permitan generar en la mente del consumidor la idea y la necesidad de confort, salud y bienestar que solo puede encontrar visitando este país y accediendo a los diferentes planes médicos de salud y belleza que se ofrecen en Colombia los cuales pueden pasar de un simple tratamiento médico convencional (cirugía plástica o tratamientos médicos convencionales) hasta el punto de aprovechar la biodiversidad que ofrece este país al estar ubicado en un lugar estratégico, además de contar con una diversidad climática lo que hace que los pacientes turistas quieran viajar para poder realizarse los diferentes procedimientos estéticos y a la vez conocer un poco de las riquezas que se ofrecen, todo esto se realiza por el proceso de desarrollo y evolución del turismo de salud, ya que cada día es más una realidad gracias al aumento de la inversión extranjera hacia el sector salud, siendo este proyecto sirve como fomento para el gobierno para la elaboración para planes de desarrollo nacional a nivel país.

Es así como nace el plan Colombian Health, que tras los convenios se pretende implementar entre centros médicos y agencias de viajes reconocidas en España, ofrecera calidad y seguridad con precio relativamente económico frente al país de origen, para que la visita a Colombia no solo sea por vanidad, sino sea tomada en cuenta como una opción en el momento de escoger el lugar de destino para unas merecidas vacaciones. Adicionalmente, se pretende despertar en el Gobierno la necesidad de invertir en el sector Turismo de Salud para potencializarlo y así llegar a ser líderes a nivel mundial.

Finalmente, el análisis económico presentado en el contenido del trabajo evidencia el impacto que ha tenido la crisis de la zona euro en la economía española. No obstante, es preciso indicar que la estrategia planteada es una propuesta aplicable en mediano y largo plazo, ya que está basada en los aspectos culturales de la sociedad española que responde principalmente a un perfil consumista de lujo y confort, asequible mediante la realización laboral para la cual la cirugía estética se encuentra contemplada dentro de las herramientas para lograrla.

6. GLOSARIO

Turismo de salud. Actividad mediante la cual muchas personas del mundo viajan de su lugar de origen a otros países para someterse a tratamientos médicos y, al mismo tiempo, conocer los atractivos turísticos de las naciones visitadas. (Vicepresidencia de Turismo, 2012)

Nicho de Mercado. Un nicho es una parte de un mercado suficientemente diferenciada del resto y que no está siendo atendida de forma adecuada o especializada por ninguna empresa, por lo que se convierte en una oportunidad de negocio para la empresa que lo atienda. Esta diferenciación puede venir determinada por la relación calidad- precio, por las características del producto, por las características del canal de distribución, por la necesidad de servicios paralelos o por la zona geográfica (Galindo Martín & Sastre Castillo, 2009).

Estrategia. Un conjunto de acciones «a través de las cuales la empresa espera conseguir una ventaja sobre sus competidores, la atracción de los compradores y la explotación óptima de los recursos disponibles (Soriano Soriano, 2008).

Competitividad. Grado en que un país puede, bajo condiciones de mercado libre y justo, producir productos y servicios que pasan el test de los mercados internacionales, mientras que simultáneamente mantiene y expande los ingresos reales de su pueblo en el largo plazo (Eltis & Higham, 1995)

Globalización. Puede definirse como la intensificación de las relaciones sociales en dimensión mundial, al conectar 10 calidades distantes de tal manera que los acontecimientos locales son influidos por eventos que ocurren a muchas millas de distancia y viceversa (Pineda, 2010)

Análisis SWOT (FODA). Se refiere a una porción bien definida de un segmento de mercado mayor. Dentro del nicho de mercado las personas poseen características y necesidades similares. El empresario elige un nicho de mercado y busca en él las necesidades que no estén siendo satisfechas, o que quienes lo están tratando de hacer lo hacen mediocrementemente (Droznés, 2005).

Interculturalidad. Es un concepto dinámico y se refiere a las relaciones evolutivas entre grupos culturales (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura). Básicamente se trata de la presencia e interacción equitativa de diversas culturas y la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, adquiridas por medio del diálogo y de una actitud de respeto mutuo (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2005).

Multiculturalidad. Es el reconocimiento, la constatación de la existencia de diversas culturas en un mismo territorio, sean estas originarias, inmigrantes o derivadas o variantes de una cultura hegemónica (Salaverry, 2010).

Clúster. Es una concentración geográfica de empresas que tienen relaciones entre sí y, al hacerlo, crean un proceso dinámico donde todas ellas pueden mejorar su desempeño, competitividad y sostenibilidad en el largo plazo (Artavia, 2000).

Inversión Extranjera. Se da cuando un inversionista residente (inversionista directo), tiene como objetivo obtener una participación duradera en una empresa residente en otra Economía o país (empresa de inversión directa) (Ramírez & Florez, 2006)

7. BIBLIOGRAFÍA

Amartya, S. (Abril de 1992). Sobre Conceptos y Medidas de Pobreza. *Comercio Exterior*, 42.

AméricaEconomía. (s.f.). © *AméricaEconomía*. Recuperado el 18 de Abril de 2012, de <http://rankings.americaeconomia.com/2011/clinicas/>

Apton, A. A. (1955). *Tu mente y tu aspecto : aspectos psicologicos de la cirugia plastica*. Mexico: Aguilar.

Arriarán Cuéllar , S., & Hernández Alvidrez, E. (Ene - Jun de Cuicuilco). El paradigma del multiculturalismo frente a la crisis de la educación intercultural. *Cuicuilco*, 17(48).

Artavia, R. (Enero de 2000). Dinámica de los clusters: una nueva inquietud de los gerentes. *INCAE Business Review, INCAE - Business School* , 1 - 7.

Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI. (9 de Abril de 2010). Recuperado el Febrero de 2012, de http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CEYQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.andi.com.co%2Fdownloadfile.aspx%3Fid%3D03f0cdcc-c13c-422a-881b-2a1f04eb1110&ei=6k5xT-m0PIzAgAf_5JBd&usg=AFQjCNGQbaNXnxLRXrzajIx1jMoXsumB4w&sig2=W1wBN346f2OI2

Banco de la República. (s.f.). *Banco de la República*. Recuperado el 26 de Octubre de 2012, de <http://www.banrep.gov.co/index.html>

Barney, J. (Julio de 1986). Organizational Culture: Can It Be a Source of Sustained Competitive Advantage? *Organizational Culture: Can It Be a Source of Sustained Competitive Advantage?*, 11(3), 656-665.

Berry, L. L. (1983). *Emerging perspectives on services marketing*. American Marketing Associatio.

- Bigné Alcañiz, J. E., Moliner Tena,, M. A., & Callarisa Fiol, L. (2000). El valor y la fidelización de clientes: una propuesta de modelo dinámico de comportamiento. *Dialnet*, 9(3), 65-78.
- Brändle Señán, G. (2007). Consumo y cambio social en España: evolución en el equipamiento doméstico. *Revista Española de Investigaciones*(120), 75-114.
- Cámara de Comercio de Bogotá. (2008). *Cluster : guía para su incubación y fortalecimiento*. Bogotá D.C., Colombia: Cámara de Comercio de Bogotá.
- Cardona Acevedo, M., Cano Gamboa, C. A., Zuluaga Diaz, F., & Gomez Alvis, C. (2004). *Diferencias y Similitudes en las Teorias del Crecimiento Económico*. Medellín, Colombia: Universidad EAFIT.
- Centro de Soluciones para la Salud de Deloitte. (2008). *Deloitte*. Recuperado el 23 de Julio de 2012, de [//www.deloitte.com/dtt/article/0,1002,sid%253D127087%2526cid%253D217866,00.html](http://www.deloitte.com/dtt/article/0,1002,sid%253D127087%2526cid%253D217866,00.html)
- Company, M. &. (15 de Mayo de 2009). *Ministerio de Comercio, Industria y Turismo*. Recuperado el Febrero de 2012, de <https://www.mincomercio.gov.co/ptp/descargar.php?id=40524>
- Consumo, M. d., & Español, G. (7 de Febrero de 2008). <http://www.consumo-inc.gob.es>. Recuperado el 2 de Julio de 2012, de <http://www.consumo-inc.gob.es/novedades/docs/tallasPresentacion.pdf>
- Cuenca Jimenez, N. J., & Chavarro Miranda, F. (2008). Pobreza y Desarrollo Económico: Aproximación al Análisis Institucional. *Semestre Económico*, 11(22), 111-147.
- DANE, D. A. (s.f.). Recuperado el 15 de Julio de 2012, de http://www.dane.gov.co/#twoj_fragment1-4
- Datosmacro. (s.f.). *Datosmacro*. Recuperado el 29 de Octubre de 2012, de <http://www.datosmacro.com/pib/espana?anio=2012>

- Davis, S. (1993). Cultura corporativa y estrategia : dos piezas que deben ir juntas. *Panorama de Management y Gestión*, 112(2), 32 - 34.
- Departamento Nacional de Planeacion. (21 de Julio de 2010). POLÍTICA DE TRANSFORMACIÓN PRODUCTIVA: UN MODELO DE DESARROLLO SECTORIAL PARA COLOMBIA. *Documento Conpes 3678*. Bogotá D.C., Colombia.
- Dilon, A. D., Brass, L., & Eggers Lan, M. (2004). *Culturas y Estéticas Contemporáneas*. Argentina: Maipue.
- Droznes, L. (2005). *Manual para un plan de negocios*. Argentina: Autodesarrollo.
- Elliott , A. (enero - junio de 2011). Plástica extrema: auge de la cultura de la cirugía estética. *Anagramas*, 9(18), 145 -164.
- Elmundo.es. (07 de Junio de 2012). *Un 30% de las operaciones estéticas, por motivos laborales*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2012, de <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/06/07/pielsana/1339071717.html>
- Eltis, W., & Higham, D. (Noviembre de 1995). Closing The UK Competitiveness Gap. *National Institute Economic Review*(154).
- Feres, J. C., & Mancero, X. (Enero de 2001). Enfoques para la medición de la pobreza. Breve revisión de la literatura. Santiago de Chile, Chile: Naciones Unidas - CEPAL.
- Galindo Martín, M., & Sastre Castillo, M. (2009). *Diccionario de dirección de empresas y marketing*. España: Ecobook - Editorial del Economista .
- Hernández, B., & Lebret, P. (Abril de 2012). La cooperación europea en materia de inmigración: el caso de España y la comunidad latinoamericana. *Revista de Estudios Sociales*(42), 80-92.
- Hernández, J. G., & Gómez, J. T. (Enero - Abril de 2010). Relaciones interculturales, interculturalidad y multiculturalismo; teorías, conceptos, actores y referencias. *Revista Cuicuilco*, 17(48), 11 - 34.

- INE, I. (s.f.). Recuperado el 10 de Julio de 2012, de <http://www.ine.es/>
- International Society of Aesthetic Plastic Surgery. (s.f.). *International Society of Aesthetic Plastic Surgery*. Recuperado el 9 de Abril de 2012, de <http://www.isaps.org/>
- Joint Commission International. (2002 - 2011). *Joint Commission International*. Recuperado el 9 de Abril de 2012, de <http://es.jointcommissioninternational.org/enes/>
- Kotler, P. (2000). *Dirección de Marketing*. Pearson.
- Kotler, P., Jain , D., & Aesincee, S. (2002). *El Marketing se Mueve*. Paidos Iberica.
- Kuznets, S. (1974). *Crecimiento Económico y Estructura Económica*. Barcelona, España: Editorial Ariel.
- Maestro Yarza, I., & Martínez Peinado, J. (2003). *La Pobreza Humana y su Feminización en España y las Comunidades Autónomas*. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Marulanda Montoya, J. A., Correa Calle, G., & Mejía Mejía, L. F. (Septiembre - Diciembre de 2009). El clúster de salud en Medellín, ventaja competitiva alternativa para la ciudad. (EAN, Ed.) *Revista EAN*(67), 37 - 58.
- Mayer, C. (5 de Marzo de 2006). Europe's Extraordinary Makeover. *Times Magazine*.
- Mintzberg, H., Quinn, J. B., & Voyer, J. (1997). *El Proceso Estratégico: Conceptos, Contexto y Casos*. Mexico: Pearson Prentice Hall.
- Navarro, V., & et al. (2003). *Globalización y Salud*. Toledo, España: Federación de Asociaciones para la Defensa de la.
- Nissan, D. (2011). Cirugías Estéticas. *Obsesión: Cuerpos que Gritan*. (N. Geo, Entrevistador) National Geographic Channel. Mexico D.C.
- Organizacion de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2005). *UNESCO*. Recuperado el 18 de Junio de 2012, de <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001429/142919s.pdf>

- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (s.f.). *Directrices de la UNESCO sobre la Educación Intercultural*. (I. C. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ed.) Recuperado el 18 de Junio de 2012, de <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001478/147878s.pdf>
- Páramo Morales , D., Ramírez Plazas , E., & Rodríguez Ramírez, A. (2011). *Cultura organizacional y estilos de dirección orientados al mercado*. Colombia: Ecoe Ediciones .
- Parralo Dorado, M., & Córdoba Guardado, S. (2008). *La representación del Cuerpo Futuro* (2008 ed.). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Pasinetti, L. (1978). *Crecimiento económico y distribución de la renta, ensayos de teoría económica*. Madrid, España: Alianza Ed.
- Pineda, O. L. (2010). *Principales enfoques sobre la globalización: un análisis comparativo*. Mexico: Instituto Politécnico Nacional.
- Pla Barber, J., & León Darder, F. (2004). *Dirección de empresas internacionales*. (D. Fayerman Aragón, Ed.) Madrid, España: Pearson Educación S.A.
- Porter, M. E. (2006). *Estrategia y ventaja competitiva*. Barcelona: Deusto.
- Ramírez, C., & Florez, L. (8 de Marzo de 2006). *Universidad ICESI*. (J. C. C., Ed.) Recuperado el 19 de Junio de 2012, de Departamento de Economía: <http://www.icesi.edu.co/departamentos/economia/publicaciones/docs/Apecon8.pdf>
- Sagastizabal, M. (2006). *Aprender y enseñar en contextos complejos : multiculturalidad, diversidad y fragmentación*. Buenos Aires: Noveduc.
- Salamanca, A. (25 de Febrero de 2007). *20 Minutos* . Recuperado el 18 de Agosto de 2012, de <http://www.20minutos.es/noticia/205693/0/cirugia/estetica/espana/>
- Salaverry, O. (2010). INTERCULTURALITY IN HEALTH. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*.

- Schein, E. H. (1992). *Organizational culture and leadership* (Vol. 2da Ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Schnarch Kirberg, A. (2011). *Marketing de fidelización: ¿cómo obtener clientes satisfechos y leales, bajo una perspectiva latinoamericana?* Colombia: Ecoe Ediciones .
- Soriano Soriano, C. (2008). *La estrategia básica de marketing*. España: Ediciones Díaz de Santos .
- Underwood, H. R., & Keckley, P. H. (2008). *Medical Tourism: Consumers in Search of Value*. (T. D. Solutions, Ed.) Recuperado el 22 de Junio de 2012, de http://www.deloitte.com/assets/Dcom-unitedStates/Local%20Assets/Documents/us_chs_MedicalTourismStudy%283%29.pdf
- Vicepresidencia de Turismo, P. (2012). *Guía de Viajes Oficial*. Recuperado el 18 de Junio de 2012, de <http://www.colombia.travel/es/turista-internacional/actividad/atracciones-turisticas-recomendadas-informes-especiales/turismo-de-salud>