

**MODELO DE ATENCIÓN DE PACIENTES EXTRANJEROS ENVIADOS A  
COLOMBIA A TRAVÉS DE UNA ASEGURADORA INTERNACIONAL, 2013-2014:  
UN ESTUDIO DE CASO.**

**Luz Adriana Serna Gómez**

**TUTOR: Nelson Ardón Centeno**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD  
BOGOTÁ  
2016**



## **Agradecimientos**

Este trabajo de investigación no hubiera sido posible sin el apoyo incondicional de mi familia, mi padre Saúl Serna y mi hermano Mauricio Serna. De igual manera quiero extender mis más sinceros agradecimientos a la Organización para la Excelencia de la Salud –OES- y a la Aseguradora Internacional Arubiana, por permitirme explorar el arduo trabajo que ha implicado desarrollar un modelo de atención integral para pacientes internacionales. Finalmente, no podría dejar atrás a mi tutor el Dr. Nelson Ardón Centeno, quién creyó en mí y en el desarrollo de este trabajo de investigación, brindándome todo el apoyo necesario para hacerlo realidad.



## **Dedicatoria**

A mi queridísima madre,  
Teresita de Jesús Gómez Serna  
quién dejó en mí la luz y la fuerza  
necesaria para seguir adelante.



INTRODUCCIÓN.....	11
1. CAPÍTULO I: CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN .....	13
1.1 ANTECEDENTES .....	13
1.2 MARCO TEÓRICO.....	23
1.2.1 Concepto de Modelo .....	23
1.2.2 Modelo de salud.....	25
1.2.3 Modelo de atención .....	26
1.2.4 Modelo de atención en salud.....	27
1.2.5 Migraciones por causas médicas.....	34
1.2.6 El turismo médico en el mundo .....	37
1.2.6.1 Los principales destinos de los turistas.....	42
1.2.6.2 Tratamientos más buscados.....	42
1.2.6.3 Oferta de Servicios de Salud .....	43
1.2.7 Experiencias del turismo médico en el mundo .....	44
1.2.8 Experiencias del turismo médico en América Latina .....	47
1.2.9 Experiencias del turismo médico en Colombia.....	49
1.3 ESTADO DEL ARTE.....	54
1.4 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	61
1.5 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	64
1.6 JUSTIFICACIÓN.....	64
1.7 PROPÓSITO .....	65
1.8 OBJETIVO GENERAL.....	65
1.9 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	65
1.10 FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD DEL ESTUDIO .....	66
2. CAPITULO II: METODOLOGÍA.....	67
2.1. TIPO DE ESTUDIO .....	67
2.2. POBLACIÓN .....	67
2.3. FUENTES DE INFORMACIÓN .....	67
2.4. INSTRUMENTOS.....	68
2.5. VARIABLES, CARACTERÍSTICAS E HITOS RELACIONADOS CON EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO.....	68

2.6.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	75
2.7.	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	80
2.8.	PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:.....	80
2.9.	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	81
2.10.	CONFLICTO DE INTERÉS Y ASPECTOS ÉTICOS .....	82
3.	CAPÍTULO III .....	83
	RESULTADOS ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	83
3.1.	CARACTERIZACIÓN DE LOS ASPECTOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES INTERNACIONALES ENVIADOS A COLOMBIA A TRAVÉS DE UNA ASEGURADORA INTERNACIONAL EN ARUBA.....	83
3.1.1.	Edad .....	83
3.1.2.	Género .....	85
3.1.3.	Procedimiento Solicitado por la Aseguradora.....	87
3.1.4.	Institución a la que se remite el paciente.....	89
3.1.5.	Estancia .....	91
3.1.6.	Mortalidad .....	92
3.1.7.	Causa de Mortalidad .....	94
3.2.	CARACTERIZACIÓN DE LOS ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES INTERNACIONALES ENVIADOS A COLOMBIA A TRAVÉS DE UNA ASEGURADORA INTERNACIONAL EN ARUBA DISTRIBUIDOS POR INSTITUCIÓN COLOMBIANA QUE BRINDA LA ATENCIÓN. ....	96
3.2.1.	INSTITUCIÓN 1 .....	96
3.2.1.1.	Edad.....	96
3.2.1.2.	Género.....	98
3.2.1.3.	Procedimiento Solicitado por la Aseguradora.....	100
3.2.1.4.	Estancia.....	102
3.2.1.5.	Mortalidad .....	104
3.2.1.6.	Causa de Mortalidad .....	104
3.2.2.	INSTITUCIÓN 2 .....	105
3.2.2.1.	Edad.....	105
3.2.2.2.	Género.....	107
3.2.2.3.	Procedimiento Solicitado por la Aseguradora.....	108
3.2.2.4.	Estancia.....	110



3.2.2.5.	Mortalidad .....	112
3.2.2.6.	Causa de Mortalidad .....	112
3.2.3.	INSTITUCIÓN 3 .....	113
3.2.3.1.	Edad.....	113
3.2.3.2.	Género.....	115
3.2.3.3.	Procedimiento Solicitado por la Aseguradora .....	116
3.2.3.4.	Estancia.....	119
3.2.3.5.	Mortalidad .....	120
3.2.3.6.	Causa de Mortalidad .....	121
3.2.4.	INSTITUCIÓN 4 .....	122
3.2.4.1.	Edad.....	122
3.2.4.2.	Género.....	123
3.2.4.3.	Procedimiento Solicitado por la Aseguradora .....	125
3.2.4.4.	Estancia.....	127
3.2.4.5.	Mortalidad .....	129
3.2.4.6.	Causa de Mortalidad .....	129
3.3.	CARACTERÍSTICAS DE LOS COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES INTERNACIONALES, A TRAVÉS DE UNA ASEGURADORA INTERNACIONAL, LA OES Y LAS IPS VINCULADAS .....	130
3.3.1.	Tiempo de trabajo en el proyecto .....	130
3.3.2.	Cargos desempeñados dentro de la Organización.....	131
3.3.3.	Envío del perfil epidemiológico de la población arubiana por parte de la Aseguradora Internacional.....	132
3.3.4.	Oportunidad en el envío de esta información .....	132
3.3.5.	Criterios para escoger los hospitales en Colombia.....	132
3.3.6.	Implicación en el diseño y desarrollo del modelo de atención .....	134
3.3.7.	Características del modelo de atención.....	135
3.3.8.	Procesos operacionales del proyecto .....	138
3.3.9.	Procesos administrativos del proyecto.....	138
3.3.10.	Ciclo de atención .....	139
3.3.11.	Aspectos que han ayudado a la construcción del modelo.....	140
3.3.12.	Aspectos que han ayudado al desarrollo del modelo .....	142
3.3.13.	Éxito del modelo .....	143

3.3.14.	Factores que han influido en el éxito del modelo .....	143
3.3.15.	Otros aspectos importantes con relación al diseño y desarrollo del modelo. 145	
3.4.	COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN .....	147
3.4.1.	Aseguramiento .....	148
3.4.2.	Contextualización Social .....	149
3.4.3.	Prestación de Servicios .....	150
3.4.4.	Procesos Operacionales y Administrativos .....	151
3.4.5.	Sistemas de Información y Comunicación .....	151
3.4.6.	Auditoría de Cuentas .....	152
3.5.	FLUJOGRAMA DE PROCESOS DEL MODELO PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES PROCEDENTES DE ARUBA Y RUTA DEL CICLO DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DURANTE SU ESTADÍA EN COLOMBIA .....	152
3.6.	HITOS EN LA CONSTRUCCIÓN Y DESARROLLO DEL MODELO DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES INTERNACIONALES QUE SON ENVIADOS A COLOMBIA, A TRAVÉS DE UNA ASEGURADORA INTERNACIONAL, LA OES Y LAS IPS VINCULADAS .....	157
3.6.1.	La combinación de la experiencia de la OES con la experiencia de la aseguradora internacional.....	157
3.6.2.	El empoderamiento como asegurador .....	158
3.6.3.	Creación de mejores herramientas de comunicación.....	158
3.7.	DISCUSIÓN.....	159
3.8.	CONCLUSIONES.....	161
	REFLEXIÓN .....	163
	BIBLIOGRAFÍA.....	164
	ANEXOS .....	170

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo muestra que a pesar que hasta el momento en Colombia no se han documentado modelos de atención a pacientes internacionales, ni mucho menos los hitos que han influido en la construcción y perfeccionamiento de los mismos, esta investigación busca dar respuesta a la pregunta ¿cómo es el modelo que está aplicando una aseguradora internacional, la OES, y las IPS colombianas que tienen contrato con esta, para prestar atención a pacientes internacionales provenientes de Aruba; además, cuáles son los hitos más destacados que han tomado parte en el curso de este modelo?.

Para ello, se presentan los resultados del proceso de este proyecto de investigación en cuatro apartes diferentes: en primer lugar, presenta la caracterización de los aspectos socio-demográficos de los pacientes internacionales que son enviados a Colombia a través de la aseguradora internacional arubiana, esta caracterización es presentada de manera general y posteriormente para cada una de las instituciones que prestan los servicios de salud a la aseguradora internacional<sup>1</sup>; a continuación se realiza la caracterización de los componentes del modelo de atención que está siendo aplicado para la atención de estos pacientes internacionales, a través del contrato celebrado entre la aseguradora internacional, la OES y las IPS vinculadas; en el tercer aparte se describen los procesos que son llevados a cabo para la aplicación del modelo de atención para los pacientes procedentes de Aruba, teniendo en cuenta la ruta del ciclo de atención de estos pacientes durante su estadía en Colombia; y, finalmente se presenta el análisis de los hitos que han tenido lugar en el curso de la construcción y desarrollo del modelo.

---

<sup>1</sup> A petición de la aseguradora internacional, las instituciones serán denominadas como institución 1, 2, 3 y 4 para mantener el anonimato de las mismas.



## 1. CAPÍTULO I: CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.1 ANTECEDENTES

Usualmente se piensa que el turismo médico es un fenómeno reciente, sin embargo, lo cierto es que históricamente la gente ha viajado largas distancias para mejorar su salud; en efecto, evidencia arqueológica de 3.000 años A.C. sugiere que los antiguos mesopotámicos viajaban al templo de una deidad sanadora en Tell Brak, Siria, buscando curas para dolencias oculares. Siglos después, griegos y romanos viajaban a pie o en barco a spas y centros de salud alrededor del Mediterráneo. Precisamente, los templos de Asclepia, dedicados para honrar al dios griego de la medicina, pueden ser considerados como los primeros centros de la salud en la historia de la humanidad. En esa época los peregrinos permanecían varias noches en los templos, deseosos que Aclepios (Esculapio para los Romanos) apareciera en sus sueños, para sugerirles diagnóstico o tratamiento para las enfermedades que los aquejaban. Posteriormente, en los siglos XVI y XVII, ciudades spa, como St. Moritz y Bath, se constituyeron en destinos para las clases altas europeas que buscaban solución a sus quebrantos de salud (Colombia Medical Tours, 2011).

Desde entonces, a lo largo del tiempo se han construido enfoques teóricos que buscan explicar el fenómeno migratorio. A manera de ilustración el siguiente cuadro trata de resumir los enfoques teóricos más relevantes a la luz del análisis de los flujos migratorios y que han tenido mayor relevancia hasta el momento (Novella, A. C. 2010).

Teoría	Autor y Año	Supuestos	Interés País	Interés Migrantes
Neoclásica de la Migración	Ravenstein (1885-1889)	Las migraciones resultan de la desigual distribución espacial del Capital y del Trabajo. Basado en principios como la elección racional, la maximización de la utilidad, los rendimientos netos esperados, la movilidad de factores y las diferencias salariales.	Redistribución espacial de los factores de producción en respuesta a diferentes precios relativos.	Decisión individual, espontánea, voluntaria y racional. Busca aumentar su bienestar; tendencia de ir de países o regiones donde la mano de obra es abundante y los salarios son bajos, a países donde la mano de obra es escasa y los salarios son elevados.
	Thomas y Znaniecky (1918-1920)			
	Lee (1965)			
Factores Push and Pull / Factores de Expulsión y Atracción	Sjaastad (1962)	Factores de atracción y de expulsión que funcionan por lo tanto en países emisores o receptores de población mediante el aumento o disminución de flujos migratorios.	Cuantificar y cualificar las múltiples razones de atracción y expulsión en las sociedades, ya sean: nivel socioeconómico de las naciones; la estabilidad política, el aumento de la oferta laboral, la paridad de poder adquisitivo entre las monedas de origen y de destino, los conflictos armados o movilidad social.	Resultado de un cálculo coste-beneficio. Decisión racional de los actores para buscar un aumento de su bienestar a trasladarse de lugares en donde la recompensa de su trabajo sea mayor que la que obtienen en su país, en una medida suficientemente alta como para compensar los costes tangibles e intangibles que se derivan del desplazamiento.

Teoría	Autor y Año	Supuestos	Interés País	Interés Migrantes
Sistema Dual de Priore	Portes y Walton (1981)	Identifica tres factores importantes y necesarios para el entendimiento de la migración y la implementación de políticas relacionadas con el flujo migratorio: 1. Política Migratoria, 2. Políticas Laborales e Internacionales y 3. Desarrollo Nacional	Explicar: a) por que en las economías avanzadas hay trabajos inestables y de baja productividad; b) por que los trabajadores autóctonos rechazan este tipo de trabajo; c) por que no se puede solucionar la tendencia de estos trabajadores a través de mecanismos de mercado ordinarios; d) por que los trabajadores extranjeros aceptan este tipo de trabajo; e) por que esta demanda estructural de mano de obra no se cubre con mujeres y adolescentes.	Aumentar salario y mantener prestigio en país de origen.
	Sassen (1988)	Política Migratoria: Identificación de países y contextos en vía de desarrollo (periferia). Acuerdos Multilaterales de movimientos poblacionales.		
	Políticas Laborales internacionales: Fomento de mano de obra foránea y Fomento de la migración de población económicamente activa.			
		Desarrollo Nacional: Cumplimiento de necesidades de desarrollo macrosocial nacional y aseguramiento de políticas macroeconómicas estables (centro).		

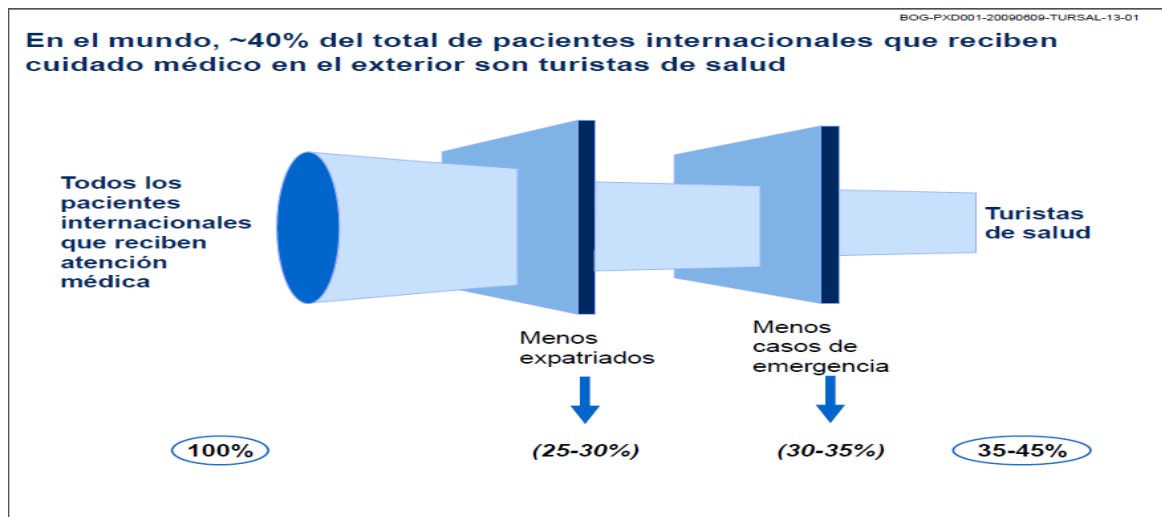
Fuente: Tomado de: Flujos Migratorios: Metodologías Implementadas en Europa y América para el análisis de las políticas públicas migratorias, Novella, A. C., 2010.

Redes Migratorias	Massey et al. (1987 – 1999)	Factores Interrelacionados: 1. Factores de origen y 2. Factores de destino	Interrelación de factores macro y micro. Entre ellos los procesos relacionados con la integración del recién llegado y las transformaciones sociales asociadas propiamente a las relaciones internacionales.	Establecer factores que faciliten la emigración, reducir los costos y la incertidumbre que frecuentemente la acompañan .
	Papademetriou et al. (1991)	Factores de origen: 1. Relaciones familiares o relaciones sociales tradicionales; 2. Compromiso de cooperación transnacional y; 3. Lealtad con el grupo. Factores de destino: 1. Disminuir las barreras de acceso; 2. Relaciones sociales fuertes; 3. Facilitador en el viaje; 4. Apoyo económico; 5. Efectos de demostración y; 6. Capital social.	Analizar la condición íntimamente articulada entre migración y desarrollo. Indagando acerca de factores económicos, experiencia migratoria, condiciones en el país de partida, condiciones de llegada a destino, historia laboral e historia de residencia en destino. Aspectos que permiten un mejor entendimiento de las formas de relaciones internacionales y facilita el estudio de los flujos migratorios de las migraciones.	
Causación Acumulativa	Massey et al. (1998)	Factores y mecanismos responsables de la autoperpetuación de las migraciones tales como el desarrollo de culturas migratorias alrededor de la conformación de las naciones, distribución geográfica perversa del capital humano, estigmatización de los hogares que ocupan los inmigrantes y el trabajo que suelen desempeñar.	Identificar a la población nacida en países limítrofes y que se encuentra actualmente viviendo en el país de destino, reconocimiento de atributos a nivel espacial y hasta el momento hubiesen sido desconocidos. Busca el análisis de la presencia de inmigrantes en el territorio nacional, mas sin embargo analiza el flujo de las migraciones.	Buscar condiciones favorables en los países con los que limita territorialmente.

Fuente: Tomado de: Flujos Migratorios: Metodologías Implementadas en Europa y América para el análisis de las políticas públicas migratorias, Novella, A. C., 2010.

Teniendo en cuenta lo anterior, quizá la mayor dificultad para el estudio de las migraciones reside en su extrema diversidad, en cuanto a formas, tipos, procesos, actores, motivaciones y contextos socioeconómicos y culturales. Ello hace fácilmente comprensible a los problemas que se enfrentan las múltiples teorías que buscan explicar las complejidades de las migraciones (Arango J. 2003).

Actualmente, si queremos hablar de las migraciones por causas médicas, tenemos que hablar de turistas de salud y, para ello hay que tener en cuenta su definición internacional: “los turistas de salud son aquellas personas que viajan hacia un destino con el objetivo específico y principal de recibir un servicio de salud fuera de su país de residencia”. Los turistas o residentes internacionales, que reciben servicios de salud en un país del cual no son ciudadanos, pero NO se desplazaron por este motivo, NO son considerados turistas de salud. (Estudio de Mckinsey, 2008). Para tener mayor claridad en la proporción de migrantes considerados como turistas de salud se presenta la siguiente gráfica.



Fuente: Tomado del Estudio de Mckinsey: Mapping the market for medical travel, Mayo 2008, Tilman Ehrbeck, Ceani Guevara, Paul.

Es importante señalar que, el sector de turismo de salud está compuesto por 4 categorías básicas, las cuáles han sido definidas con base en las necesidades de los turistas en salud:

1. **Medicina curativa:** La cual trata una preocupación médica, promueve la buena salud de las personas, a través de múltiples modalidades para mejorar la calidad de vida de una persona con una enfermedad.
2. **Medicina preventiva:** Optimiza la salud, identifica factores de riesgo para prevenir enfermedades o lesiones.

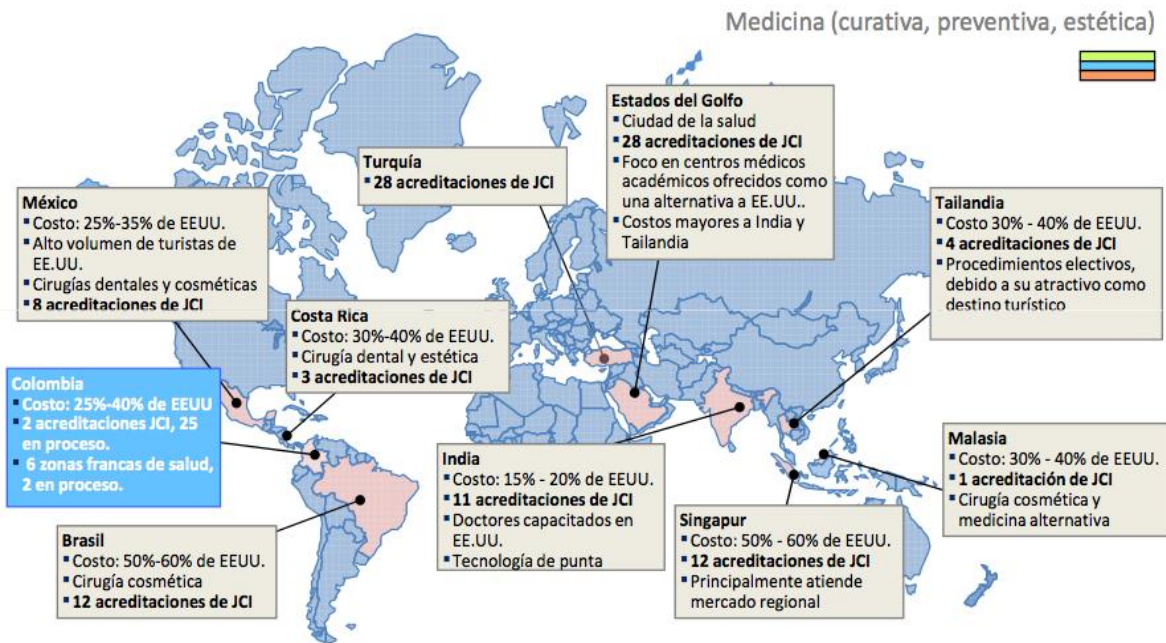


3. **Medicina Estética:** Promueve el verse bien para sentirse mejor con uno mismo, denota satisfacción con la apariencia física propia.
4. **Bienestar (*Inspired Wellness*):** Incentiva sentirse bien emocionalmente, al hacer algo bueno por uno mismo; promueve el equilibrio social, espiritual/mental, físico/ambiental (Mapping the market for medical travel, 2008)

Por ello, en el mundo, los turistas de salud viajan desde y hacia diferentes continentes buscando servicios médicos; los factores como el ahorro en costos, calidad comparable o mejor en los servicios médicos y menores tiempos de espera para acceder a procedimientos continuarán impulsando el crecimiento de este sector.

Estados Unidos ha sido el referente mundial para impulsar el turismo médico, como se puede observar en la siguiente gráfica; en donde los pagos de altas cuotas a las compañías aseguradoras en ese país han incentivado a muchos países a crear estrategias innovadoras que ayuden, no solo a subsanar estas coyunturas en la población estadounidense, sino también alrededor del mundo, a través de la creación de un modelo de negocio que, además de ser muy rentable, es muy atractivo para la comunidad mundial; esto ha impulsado a muchos hospitales del mundo a ser competitivos, no solo a través de los diferentes paquetes de servicios que puedan ofertar, sino además en la propuesta de valor diferencial que incluye los tratamientos médicos a bajo costo con estándares de calidad elevados (Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, 2010).

## Conclusión: Colombia empieza a figurar en el mapa de los destinos de turismo de salud.



Fuente: Tomado de Turismo de Salud Comité sectorial Q1, programa de transformación productiva, Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, República de Colombia, marzo 26, 2010 Bogotá D.C.

En 1990 el gobierno de la India desregularizó su economía, disminuyendo las barreras para la inversión en desarrollo tecnológico. Después de la crisis económica de Asia, los hospitales al igual que otras industrias, estaban buscando fuentes alternativas de ingresos. Para ello, incentivos tributarios del gobierno, permitieron a grupos privados destinar recursos a la construcción de infraestructura hospitalaria para la atención de turistas de salud, pues el país contaba con una gran cantidad de profesionales médicos educados en EE.UU, el Reino Unido y Australia, los cuales contaban con un alto nivel de bilingüismo (Conferencia Challenges Ahead, 2008).

Fue así como el gobierno de la India y el sector privado se comprometieron con el ideal de convertir al país en el líder mundial en Turismo de Salud. Para ello, India apostó por ofrecer servicios de alta calidad y última tecnología a bajo costo. Otros países como Tailandia, Malasia, Filipinas, Reino Unido, Hong Kong, México, Brasil,

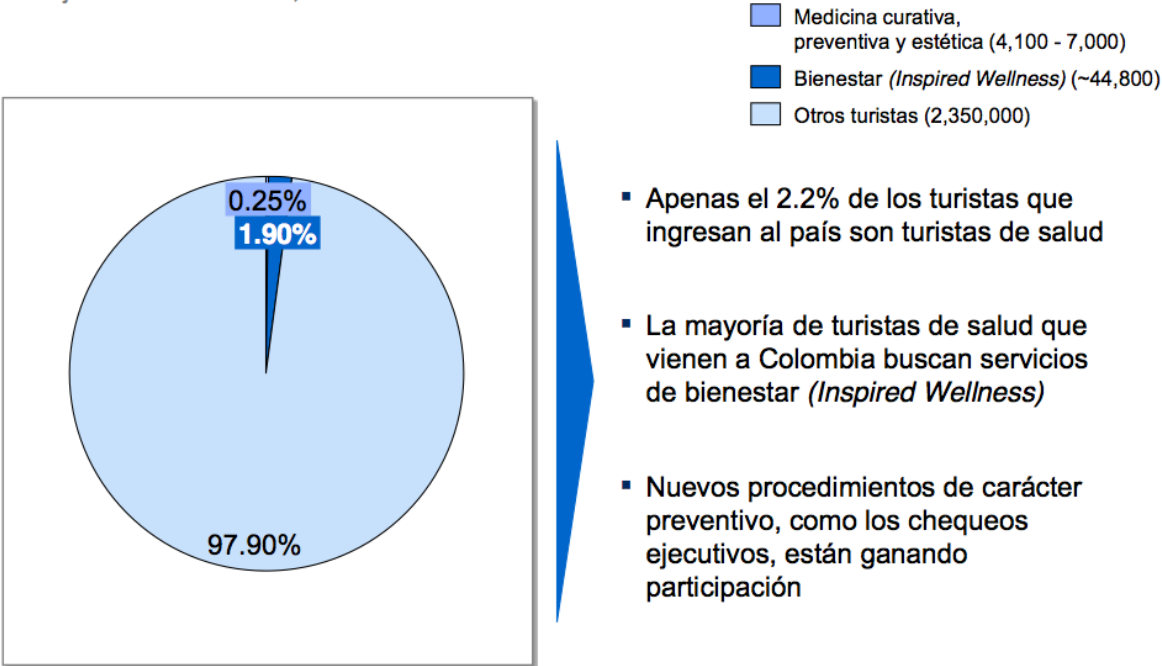
Costa Rica, Australia y Colombia, entre otros, han tomado el ejemplo de la India y trabajan arduamente en obtener parte de este mercado.

En Colombia, por su parte, el sector de turismo de salud es aún incipiente, con una oferta de valor concentrada en la medicina curativa y estética, con un flujo, para el año 2008, de entre 4,100 y 7,000 pacientes de las categorías de medicina y 44,800 en busca de procedimientos de bienestar (The Global Spa Economy, 2009)

### En Colombia el turismo de salud es un sector aún incipiente

ESTIMADO

Porcentaje del total de turistas, 2008



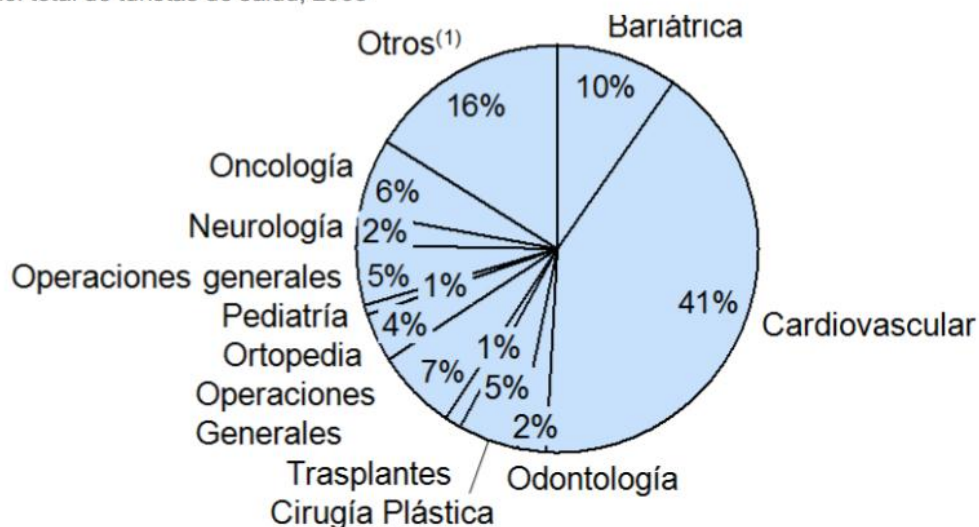
Fuente: Tomado de, The Global Spa Economy, Global Spa Summit 2009; Proexport; Entrevistas; Análisis equipo de trabajo.

Es importante tener en cuenta la información relacionada con las personas que ingresan al país en busca de atención médica, turistas de salud, que corresponde al 0.25%, según el tipo de especialidad a la que acuden; al respecto el siguiente gráfico muestra claramente la distribución de los mismos:

## - Turismo de Salud -

### Tipo de especialidad que buscan los Turistas de Salud en Colombia

% del total de turistas de salud, 2008



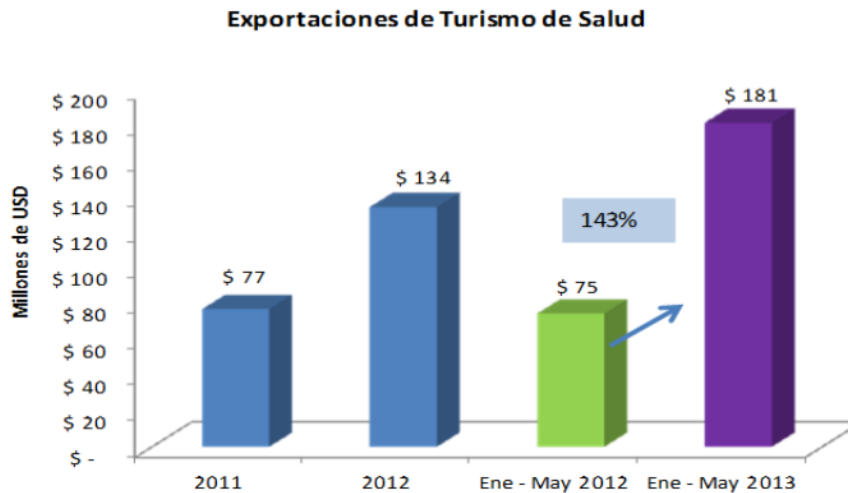
Fuente: Tomado del Plan de Negocios Turismo de Salud - PTP

Al respecto, en el año 2012, el Programa de Transformación Productiva –PTP- del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo y Proexport unieron esfuerzos para atraer turistas de salud a Colombia, con el propósito de expandir cada vez más la oferta colombiana en turismo de salud. El PTP se reunió en Estados Unidos con los representantes de Proexport encargados de promover estos servicios en el exterior. Durante la reunión, el representante de Proexport Colombia para el Caribe, Carlos González, reafirmó el compromiso que la entidad tiene para trabajar junto al PTP, con el propósito de fomentar el crecimiento del turismo de salud entre los países del Caribe y Colombia (Programa de Transformación Productiva, 2012).

Así, en el primer semestre de 2012, Colombia registró un incremento del 32% en las ganancias reportadas por turismo de salud, en comparación con los datos del mismo período del año 2011 (Programa de Transformación Productiva, 2012). Ver tendencias en la siguiente gráfica de los años 2010 a 2012 y 2012 a 2013.

# Evolución Reciente del Sector Turismo de Salud

- **Crecimiento promedio anual 2010 – 2012: 61,4%.**
- **Crecimiento Enero – Mayo 2012 - 2013: 143%.**
- **Enero – Mayo de 2013: US\$ 181 millones.**



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

Es importante resaltar que, según el informe realizado por la consultora Mckinsey para el sector, de los 7000 turistas de salud que ingresan a Colombia en el 2008, la mayor proporción fueron colombianos residentes en Estados Unidos.

A manera de ilustración, la gráfica muestra los principales países de procedencia de turistas de salud en Colombia, así como los ingresos percibidos por las instituciones que les prestaron los servicios de turismo médico:

	PAIS	PACIENTES	COP
1	ANTILLAS HOLANDESAS	482	\$ 754.491.138
2	ESTADOS UNIDOS	383	\$ 828.623.952
3	VENEZUELA	363	\$ 833.168.689
4	REPUBLICA DOMINICANA	312	\$ 723.511.594
5	ARUBA*	241	\$ 78.793.957
6	ISRAEL	100	\$ 1.413.784.669
7	PANAMA	88	\$ 302.839.342
8	ESPAÑA	85	\$ 132.767.348
9	ECUADOR	50	\$ 65.957.338
10	ALEMANIA	37	\$ 56.927.012

\* Reporte de 8 entidades.

Fuente: Tomado del Comité Sectorial – Programa de Transformación Productiva (PTP), 2010 – Turismo de Salud

El Programa de Transformación Productiva – PTP– concertó un plan de negocios para el sector en conjunto con las empresas, con el que se busca consolidar a Colombia en el año 2015 como el principal destino en este tipo de turismo. El propósito no sólo es posicionar al país ante la región Caribe y países vecinos, sino también ante Estados Unidos y a futuro, ante países de Europa (PTP, 2012)

Pero, para poder lograr capturar valor en el sector de turismo de salud, Colombia tiene todavía los siguientes retos para así posicionarse a nivel internacional:

- Contar con recurso humano suficiente y bilingüe.
- Mejorar los niveles de calidad percibida
- Desarrollar infraestructura suficiente y de clase mundial
- Investigar para innovar en procedimientos que le permitan mantener una ventaja competitiva en costos.
- Facilitar el ingreso de turistas de salud al país
- Crear Zonas Francas especializadas.
- Fortalecer el Sub- Sector de Turismo de Bienestar.
- La coordinación entre las autoridades de migración, las autoridades aeroportuarias, las clínicas y hospitales, los hoteles y las agencias de viajes, de manera que pueda ser atractiva para atraer pacientes extranjeros (Martínez, Minatta, Gómez, Cajiao, Manrique, 2014).

De otro lado es importante señalar que, en Colombia existen veinticinco instituciones que prestan atención a pacientes extranjeros, con inversiones a corto plazo por \$600.000 millones. En Medellín, en el 2009 se inauguró el Clúster de Medicina y Odontología, los logros que obtuvo el Clúster en ese año en cuanto a turismo en salud se refiere, han sido muy importantes para el sector, puesto que se creó el primer portafolio internacional unificado de prestación de servicios de salud, misiones internacionales con aseguradoras, facilitadoras y empleadores, capacitaciones en bilingüismo, facilitación en el proceso de acreditación de las instituciones médicas, entre otros, todo esto apoyado por la Alcaldía de la ciudad y la Cámara de Comercio; en el 2010 contó con un presupuesto de \$1500 millones para financiar actividades de fortalecimiento empresarial y cofinanciar actividades estratégicas para acceder a mercados internacionales (Revista Dinero, 2010).

## **1.2 MARCO TEÓRICO**

Para su estructuración, se realizó una revisión exhaustiva de la información existente en las bases de datos reconocidas por contener altos estándares de calidad, como: PubMed, Embase, EbscoHost, Cochrane, Google Scholar. Los términos de búsqueda utilizados fueron: Medical tourism models; y, siguiendo los criterios mesh: medical tourism.

### **1.2.1 Concepto de Modelo**

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, la palabra modelo proviene del italiano modello, que posee varios significados: Arquetipo o punto de referencia para imitarlo o reproducirlo; en las obras de ingenio y en las acciones morales, ejemplar que por su perfección se debe seguir e imitar; representación en pequeño de alguna cosa; esquema teórico, generalmente en forma matemática, de un sistema o de una realidad compleja, como la evolución económica de un país, que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento (Real Academia Española, 2012).

Ferrater por su parte, define que un modelo puede ser empleado en diversos sentidos. Metafísicamente, puede designar el modo de ser de ciertas realidades, o supuestas realidades, del tipo de las ideas o formas platónicas. Estas ideas o formas son paradigmas y, por consiguiente, modelos de todo lo que es en la medida en que es. Siendo el modelo de una realidad equivalente a esta realidad en su estado de perfección, el modelo es aquello a que tiende toda realidad para ser lo que es; es decir, para ser plenamente sí misma en vez de ser una sombra, copia, disminución o desviación de lo que es. En este sentido, modelo equivale a realidad como tal. Para Ferrater, la noción de modelo ha sido empleada en otros sentidos. Se habla de modelo como un modo de explicación de la realidad, especialmente de la realidad física; por ejemplo, se habla de "modelos mecánicos", que se equivalen con el mecanicismo, y que han seguido autores como Newton y Galileo. Del mismo modo se utiliza como forma de representación de alguna realidad o serie de realidades, de algún proceso o serie de procesos; por ejemplo, un dibujo, un plano o una maqueta (Ferrater M. J., 2001).

Según Chirinos y González, existe una inclinación hacia el significado de modelo como representación, y ésta, a su vez, arroja su sentido como explicación y como teoría (Chirinos, N. M., & González, S. R., 2011).

Como se aprecia, la discusión conceptual no es nada sencilla, la noción de modelo no queda en absoluto clara; existe la acepción de modelo como modo de ser, como ejemplo a imitar, como modo de explicación de la realidad, como modo de representación de la realidad y como equivalente a teoría (Chirinos, N. M., & González, S. R., 2011).

Para Hanson (1958), citado por Gallego (2004: 303), (...) un modelo es una estructura conceptual que sugiere un marco de ideas para un conjunto de descripciones que de otra manera no podrían ser sistematizadas. Cumple esta función en virtud de que une de manera inferencial, las proposiciones que afirman algo sobre los fenómenos que en él se integran. De esta manera, su estructura es diferente de la que se supone existe en el conjunto de fenómenos de la naturaleza. El modelo concebido en esta forma, impulsa la inteligibilidad y ayuda a la



comprensión de los fenómenos, ya que proporciona los canales de interconexión entre hechos, que sin la existencia de los lazos inferenciales, podrían permanecer aislados e independientes unos de otros (Gallego, B., R., 2004).

Según Gallego y en términos de Kuhn, los modelos son una serie de realizaciones que sirven durante una época de ciencia normal para definir problemas y métodos legítimos en un campo específico de investigación (Gallego, B., R., 2004).

Otros autores, consideran que un modelo proporciona "los planos" de un sistema y puede ser más o menos detallado, en función de los elementos que sean relevantes en cada momento. Por consiguiente, un modelo ha de capturar lo esencial (Booch, G., Rumbaugh, J., Jacobson, I., & Molina, J. J. G., 1999).

Para Concari, un modelo es concebido como una representación posible de una cosa o evento. En general, esa representación es incompleta, aproximada e inexacta, pero es más simple que ella. Como las analogías, los modelos "mapean" la estructura de diferentes dominios, por lo que frecuentemente modelo y analogía se utilizan como sinónimos (modelo planetario del átomo, por ejemplo). En esta presentación, nos referimos a un modelo cuando pensamos en una representación de un objeto o evento en general, y a modelo analógico cuando el modelo hace referencia a otro objeto o evento equivalente en otro dominio, y con el cual presenta similitud estructural. En estos últimos, las relaciones analógicas forman las bases del modelo (Concari, S. B., 2001).

### **1.2.2 Modelo de salud**

En lo que respecta al concepto de modelo de salud, existen autores quienes afirman que éste, expresa la relación entre la institución y la población usuaria - asegurada, relación que se ve reflejada, tanto en las condiciones de atención del área / unidad de servicio que el usuario - consultante visita, como en la relación que establece el profesional con el usuario - paciente. La descripción de los atributos del modelo compila tres perspectivas, los requisitos establecidos por el usuario sobre los

diversos procesos en salud en los que participa; las características de los procesos definidos por la organización, en concordancia con sus objetivos y estrategias; y, los requerimientos normativos o legales que el macro sistema de salud le exige (Grosso Sandoval, G., Gómez Rivadeneira, A., & Betancourt Urrutia, V. F. 2006).

### **1.2.3 Modelo de atención**

Por otra parte, un modelo de atención, se concibe como una descripción de la forma óptima de organizar las acciones sanitarias, de modo de satisfacer los requerimientos y demandas de la comunidad y del propio sector. En el ámbito público se expresa en un conjunto de redes territoriales de establecimientos con complejidades diversas y roles definidos, que en conjunto dan cuenta de las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección precoz y control de enfermedades, tratamiento, rehabilitación- reinserción y cuidados paliativos incluyendo atenciones de urgencia-emergencia (Ministerio de Salud, 2005).

Por su parte, para Ramón Abel Castaño, un modelo de atención se define como el proceso en el que interactúan los diferentes componentes del servicio (escenarios de atención, tipos de servicios, disciplinas del conocimiento), a lo largo de la atención en salud, y que involucra al paciente como partícipe de dicho proceso, con el fin de obtener los mejores resultados con los recursos disponibles. Además señala que, en estos resultados se entienden dos conceptos diferentes pero complementarios:

- ✓ Los de tipo clínico, por ejemplo, disminución de la HbA1c, disminución de las hospitalizaciones o de la incidencia de daño de órgano blanco.
- ✓ Los de calidad de vida, capacidad funcional, inserción laboral, y en general los que el paciente considere valiosos (Castaño, 2012).

#### **1.2.4 Modelo de atención en salud**

Para la Alcaldía Mayor de Bogotá, un modelo de atención en Salud, comprende el conjunto de instrumentos políticos, normativos, institucionales, programáticos, técnicos y financieros que garantizan la dimensión prestacional y programáticos del derecho a la salud (Alcaldía Mayor de Bogotá, S. D., 2012-2016).

De otro lado, en términos del Plan Territorial de Salud de Bogotá, el modelo de atención en salud, basado en la estrategia de atención primaria en salud, comprende la organización compleja de respuestas sociales en salud, articuladas y coordinadas para responder efectivamente a las necesidades de la población. Incluye el conjunto de acciones sanitarias dirigidas a la población que habita el Distrito Capital, desarrolladas por todos los actores comprometidos y responsables de transformar las condiciones de salud y sus determinantes, de forma armónica con el conjunto de instrumentos políticos, normativos, institucionales, programáticos, técnicos y financieros que garantizan la dimensión prestacional y programática del derecho a la salud (Alcaldía Mayor de Bogotá, S. D., 2012-2016).

Teniendo en cuenta lo anterior, según Bohmer (2009), se habla de los componentes de un sistema para la prestación de atención de salud, que no es más que un modelo de atención, en donde interactúan cuatro elementos que son básicos para lograr los mejores resultados en salud de los pacientes, estos son:

**1. El conocimiento:** Se reconoce que la naturaleza del conocimiento médico ha cambiado en las últimas dos décadas, de lo general a lo particular. El conocimiento del cuidado incluye, no solo el conocimiento médico acerca de un problema específico de salud y cómo abordarlo, sino además el conocimiento organizacional acerca de la mejor manera de como ejecutar el conocimiento médico para aliviar a los pacientes. Teniendo en cuenta que la aplicación de este conocimiento para cada paciente, puede ser apoyado por diferentes organizaciones que prestan todo o un componente de la atención de salud.

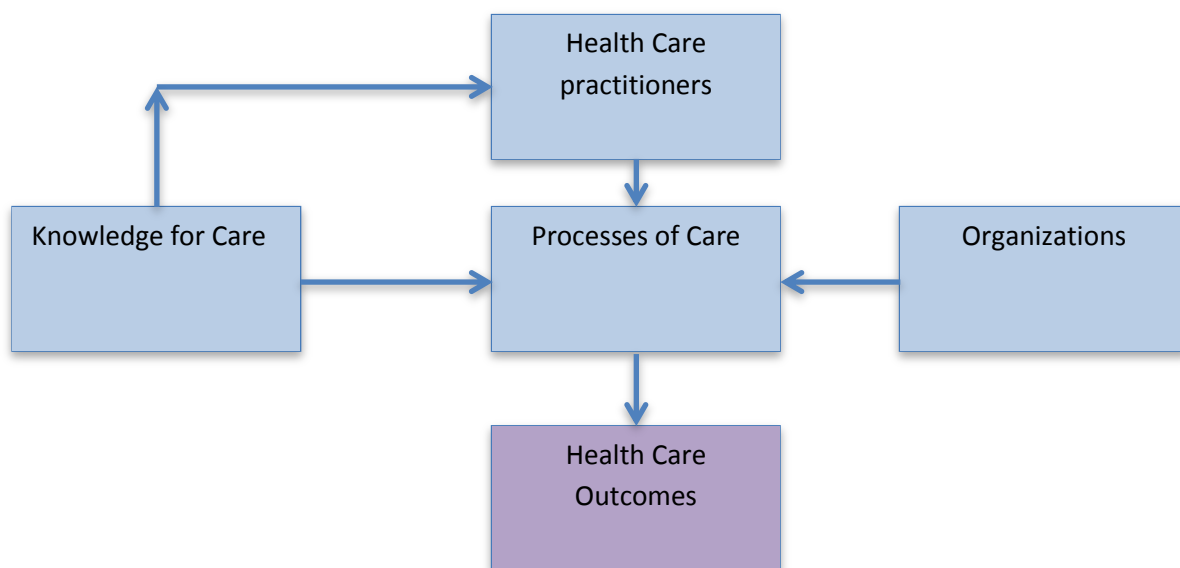
**2. Los Procesos:** Estos emergen de múltiples retroalimentaciones a todo nivel y surgen a través de ciclos de pruebas, en donde la solución a las necesidades de los pacientes se convierten en una prioridad.

**3. Los Profesionales:** Los cambios en el conocimiento han impactado en el personal de salud y a su vez en los sistemas de atención de salud. Se ha estimulado la especialización a todo nivel y el empoderamiento de los pacientes.

**4. Las Organizaciones:** Existía una bifurcación entre medicina y la alta gerencia. Anteriormente las organizaciones se centraban en prestar los recursos para que los médicos pudieran usarlos cuando ellos prestaban atención a sus pacientes, pero no eran responsables de la selección de los exámenes o terapias. Los médicos en últimas son los que han determinado el proceso óptimo de cuidado para un paciente dado. En conclusión, la alta gerencia por consiguiente debe trabajar de la mano con el personal médico.

Estos cuatro componentes del sistema para la prestación de servicios de salud, se ilustran a continuación (Bohmer, 2009).

### Componentes para la prestación de servicios de salud

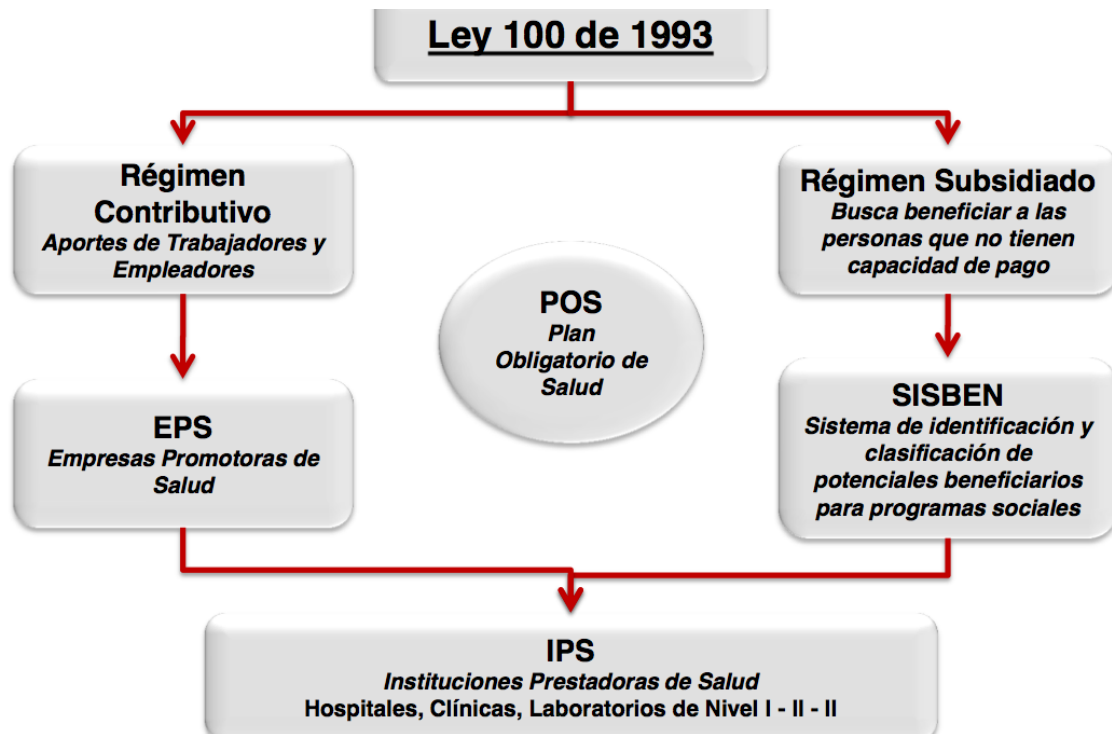


Fuente: Bohmer, Designing Care. Harvard Business Press. Bonton, Massachusetts (2009)

A manera de ilustración, según Castaño un modelo de atención para una enfermedad crónica en general, debe tener las siguientes características:

- Ser el primer punto de contacto del paciente con el sistema de prestación de servicios de salud.
- Garantizar la continuidad, es decir, que las atenciones en salud, tanto en el contexto de la institución prestadora como en otras instituciones, estén interconectadas entre sí a lo largo del tiempo.
- Garantizar la comprehensividad, entendida como el abordaje del paciente, no simplemente como un órgano (corazón, hígado, piel, etc.) o un sistema (respiratorio, urinario, etc.) sino también en su esfera psico-social, y que todos estos abordajes se conjuguen en una visión integral del paciente.
- Garantizar la coordinación, es decir, que el flujo del paciente por diferentes escenarios de atención o disciplinas del conocimiento no está afectado por cabos sueltos o cuellos de botella.
- Garantizar la longitudinalidad, es decir, que el paciente tenga una relación de largo plazo con el prestador ojalá a lo largo de su vida (Castaño, 2012).

De otra parte, el Sistema de Salud Colombiano puede ser otro ejemplo de un modelo de atención en salud; para explicar lo anterior, a continuación se ilustra cómo funciona.



Fuente: Proexport, 2013. Estructura del sistema de salud en Colombia

Al respecto, Castaño señala con respecto a los niveles de atención que están incluidos en este modelo:

- El nivel I se negocia por capitación con prestadores externos o con servicios propios de puerta de entrada.
- Los niveles II y III se pagan por evento con la red hospitalaria y de especialistas del área geográfica.
- El llamado nivel IV -alto costo-, se encuentra reasegurado o contratado por paquetes, típicamente diálisis renal y VIH/SIDA (Castaño, 2003).

En respuesta a este modelo disfuncional, segmentado por niveles de atención, es necesario pensar en otra forma de prestar servicios de salud. Esto es especialmente importante para el paciente con patología crónica, para quien la coordinación entre escenarios de atención, disciplinas del conocimiento y etapas de su ciclo salud-enfermedad es determinante de los resultados clínicos. Es por esta razón que sin duda alguna, un elemento clave que determina la fragmentación, es la forma como se contratan los servicios (Castaño, 2003).

Dado lo anterior, Castaño postula dos modelos de atención.

TABLA 1		
MODELO DE ATENCIÓN		
	MODELO DE ATENCIÓN PERVERSO	MODELO DE ATENCIÓN IDEAL
Relación con proceso	"Atajamiento" de la demanda, gerencia por inconveniencia	Gestión proactiva de la demanda salud-enfermedad
Relación con decisión médica	Negación, limitación de autonomía al profesional, incentivos para el no-uso	Control entre pares, incentivos para el uso racional y la modificación de patrones de utilización
Relación con proceso salud-enfermedad	Reactivo, curativo, tardío	Proactivo, preventivo, oportuno, integra escenarios alternativos de atención
Relación APB-IPS, o IPS-profesional	Conflictiva, oportunista, glosa, mora en el pago, abuso de posición dominante	Constructiva, de largo plazo, gana-gana
Objetivo financiero (en instituciones privadas)	Obtener excedentes rápidamente sin importar si se agrega valor	Obtener excedentes agregando valor (desenlaces satisfactorios)
Estrategia competitiva	Descreme, barreras de acceso al usuario, visión de corto plazo	Diferenciación por gestión integral de la salud y enfermedad, visión de largo plazo

Fuente: Modelos de Atención, ¿Más salud por el mismo o menos dinero? Vía Salud, 24:12, 2003.

Ahora bien, volviendo al tema del turismo médico es importante señalar que, se debe tener en cuenta que existen diversos actores que juegan un papel decisivo a la hora de definir el destino para recibir un tratamiento médico. Es por ello, que es importante entender la industria del turismo médico para entender los complejos efectos, sinergias y comportamientos emergentes de los diversos actores (Understanding Medical Tourism, 2014).

Dentro del contexto anterior, los principales actores en el mercado mundial de la salud incluyen hospitales, clínicas (públicos y privados), los pacientes, los gobiernos, las empresas de turismo médico, las compañías aéreas, compañías hoteleras, administradores de salud y proveedores de atención médica (Understanding Medical Tourism, 2014). A continuación se ilustran estos actores:



**Figure 2** Main stakeholders in the medical tourism industry.

Fuente: Understanding Medical Tourism. Boston University 2014.

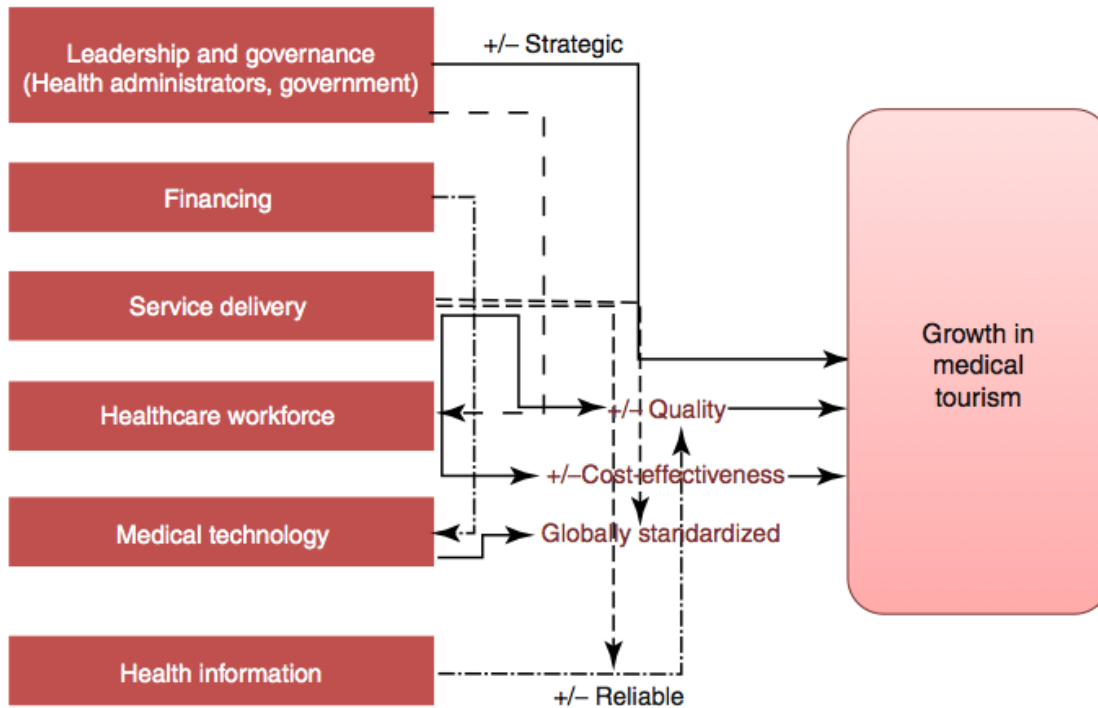
Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha identificado seis bloques de sistemas que pueden ser utilizados como marco para aplicar modelos de atención a pacientes internacionales. Estos bloques, sirven además para la comprensión del turismo médico y el efecto de los actores que interactúan en este servicio y forman una relación integrada que interactúa en la industria del turismo médico (Understanding Medical Tourism, 2014). A continuación se describen:

1. **Prestación de Servicios:** Los más efectivos hospitales para turistas médicos, son los que proporcionan servicios que son superiores en calidad, seguros, oportunos, accesibles, costo efectivos, y globalmente idénticos a algunos de los mejores del mundo.
2. **Personal de Salud:** El personal es bien entrenado, altamente eficiente y de confianza. Adicionalmente, el personal necesita ser asequible para mantener la estructura de bajo costo. La combinación de estos atributos son comúnmente encontrados en profesionales de salud, suministrando servicios de salud en la industria de turismo médico.



- 3. Información de Salud:** Estos hospitales aseguran que los consumidores reciban actual, relevante y asimétrica información, ganando la confianza de los pacientes a través de la transparencia. Es lo que estos hospitales se proponen alcanzar, lograr un punto inicial de interés. Además, el avance de las tecnologías de la información y comunicación, permite a los consumidores el acceso a la información de salud, desde diversas fuentes electrónicas.
- 4. Las Tecnologías Médicas:** Para construir la competitividad e ilustrar capacidades médicas avanzadas, los proveedores de turismo médico han invertido en tecnologías médicas que son más avanzadas, costo efectivas, con respaldo científico, seguras y enfocadas en la calidad.
- 5. Sistemas de Financiación:** El sistema de financiación de la salud, tiene derecho a prestar servicios médicos asequibles para brindar los servicios médicos necesarios a los pacientes. Evidentemente, el turismo médico ofrece incentivos para los proveedores y los usuarios para ser eficientes simultáneamente.
- 6. Liderazgo y Gobernanza:** Un fuerte liderazgo y efectiva gobernanza conduce a pensar estratégicamente para crear nuevos modelos de prestación de atención, que respondan a las demandas del consumidor y para generar un ambiente de cuidado responsable a través de políticas y supervisión regulatoria (Understanding Medical Tourism, 2014).

De acuerdo con lo anterior, a manera de ilustración se presenta una figura que muestra la interacción de estos seis bloques de sistemas, para lograr el crecimiento del turismo médico:



Fuente: Medical tourism through systems thinking. Reproduced from De Savigny, D. and Adam, T. (eds) (2009). Systems thinking for health systems strengthening. Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO.

Como se mencionó anteriormente, en Colombia, hasta el momento, no ha sido documentado un modelo de atención para pacientes internacionales, ni existe un documento guía por parte del Ministerio de Salud y de la Protección Social, que oriente el desarrollo de un modelo integral para los turistas de salud en Colombia. Es por esta razón, que es importante hablar de las migraciones por causas médicas y algunas definiciones claves que permitan tener una visión más amplia de este tema.

### 1.2.5 Migraciones por causas médicas

Las migraciones no son un fenómeno nuevo, por el contrario han sido parte esencial de la historia de la humanidad. En efecto, podemos remontarnos a la antigüedad, y aún más allá, en la que los flujos migratorios se debían a la escasez de comida, a los cambios climáticos y aún a las enfermedades (Organización Internacional para las Migraciones, 2007).

La migración es un componente esencial e inevitable de la economía y la vida social de cada país; si se encauza la migración de forma ordenada y adecuada puede ser beneficiosa tanto para los individuos como para las sociedades. Entre las múltiples y complejas dimensiones de la migración cabe señalar (Trimiño, 2009).

\*Migración y Seguridad

\*La lucha contra la migración irregular

\*La migración y comercio

\*Los derechos de los migrantes

**\*La migración y Salud**

\*La integración

Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), la migración es un hecho social que hace referencia a los diferentes movimientos de las personas de un lugar a otro y conlleva un cambio de una delimitación administrativa y/o política. Por lo tanto, la migración puede darse dentro de un país o fuera de él. Se utiliza el término de emigración para dar cuenta a la salida de personas de su lugar de residencia y se habla de inmigración para referirse a la acción de ingreso de las personas a un nuevo lugar de destino.

No existe a nivel internacional una definición aceptada universalmente de migrante, el término sin embargo, abarca a aquella persona quien voluntariamente y por razones de conveniencia personal, se moviliza de su lugar de origen a un destino particular con la intención de establecerse en aquel lugar de destino (Organización Internacional para las Migraciones, 2007).

Teniendo en cuenta lo anterior, los migrantes pueden ser regulares e irregulares. Los regulares, son personas que se desplazan en el marco de las normas de los Estados de envío, de tránsito o receptor. Y los irregulares, son persona que habiendo ingresado irregularmente o tras vencimiento de su visado, dejan de tener estatus legal en el país receptor o de tránsito. El término se aplica a los migrantes que

infringen normas de admisión del país o cualquier otra persona no autorizada a permanecer en el país receptor (Trimiño, 2009).

La relación entre la migración y la salud es regulada por varios instrumentos legales internacionales y nacionales. Estos instrumentos, definen el marco dentro del cual trabajan los responsables de formular políticas interesados en los aspectos de salud de la gestión migratoria (Organización Internacional para las Migraciones, 2007).

Según la OIM, algunos patrones de movilidad (en particular los irregulares) tienen implicaciones que perjudican la salud de los migrantes. Los migrantes están cada vez más expuestos a condiciones irregulares e inseguras debido al contrabando, trabajo indocumentado, explotación sexual y riesgo de caer en redes criminales de trata de personas. Estas condiciones crean patrones de movilidad que son perjudiciales para la salud de los migrantes (Organización Internacional para las Migraciones, 2007).

La movilidad implica más que el desplazamiento físico de una persona o de poblaciones. También implica el cruce de límites geográficos, cada uno con sus riesgos biológicos y ambientales específicos. Las personas que viajan traen consigo su cultura, su religión, sus tradiciones y sus creencias de salud. Incluso las personas que tienen condición legal pueden no usar los servicios de salud disponibles si no los conocen, si no los entienden, o si los servicios ofrecidos son “extraños” para sus creencias culturales y religiosas (Organización Internacional para las Migraciones, 2007).

Los países generalmente tienen una base legislativa para los requisitos de inmigración que incluye una evaluación de salud antes de la salida. La razón fundamental es doble:

1. La protección de la salud y seguridad pública.
2. La reducción de carga en los servicios sociales y de salud públicamente financiados (Organización Internacional para las Migraciones, 2007).

La razón fundamental de la evaluación de la salud antes de la salida es la protección de la salud y seguridad pública. Las condiciones de salud que son de preocupación para la salud pública (por ejemplo, TB) son examinadas y tratadas antes de la salida. Si se requiere tratamiento, un migrante está autorizado a migrar al país huésped una vez que su condición de salud es evaluada y se determina que ya no representa una amenaza para la salud pública (Organización Internacional para las Migraciones, 2007).

A manera de conclusión, las migraciones están más asociadas a los movimientos de personas por razones de satisfacción de necesidades, generalmente económicas o de mejora de las condiciones de vida, que nuevamente se remiten al crecimiento económico y desarrollo en general, por ello, el acceso a recursos y trabajo son aspectos centrales. Sin embargo, ha surgido un fenómeno mundial en la última década – turismo médico – que ha impulsado a muchas personas alrededor del mundo, a cubrir sus necesidades médicas y/o de bienestar en otros lugares, diferentes a su lugar de residencia–, con el objetivo principal de recibir calidad en los servicios, comparable a algunos de los mejores del mundo con menores tiempos de espera.

### **1.2.6 El turismo médico en el mundo**

Hay que recordar que el turismo médico (MT) no es un fenómeno nuevo, las civilizaciones y los historiadores antiguos han registrado el desplazamiento de pacientes entre regiones y países en busca de tratamientos apropiados y mejores cuidados para conservar la salud. Para dar algunos ejemplos de ello, los griegos viajaron a balnearios conocidos como 'Asklepia' en el Mediterráneo, para la purificación y la curación espiritual; desde hace más de 2.000 años los pacientes

extranjeros han viajado al depósito de Aquae Sulis, construido por los romanos en lo que hoy es la ciudad británica de Bath; y académicos chinos e indios viajaron a través de diferentes países en busca de un mayor conocimiento de las enfermedades, llevando los pacientes con ellos. A principios del siglo XIX, sanatorios atrajeron a pacientes tuberculosos a aires puros de montaña, como Davos, Suiza (Understanding Medical Tourism, 2014).

En nuestros días el turismo médico, que es también conocido como turismo de salud, se define como el proceso en el cual una persona viaja para recibir servicios de salud en un país diferente a aquél en el que reside (Mckinsey & Company, 2008).

A lo largo del tiempo el turismo médico ha cambiado por diversos factores, sin embargo, uno de los factores más influyentes ha sido la globalización, –la facilidad de viajar a menores costos y adquirir mejores métodos de comunicación–, entre otros han ayudado para que esta industria de turismo médico a nivel mundial adquiriera billones de dólares anuales (Understanding Medical Tourism, 2014).

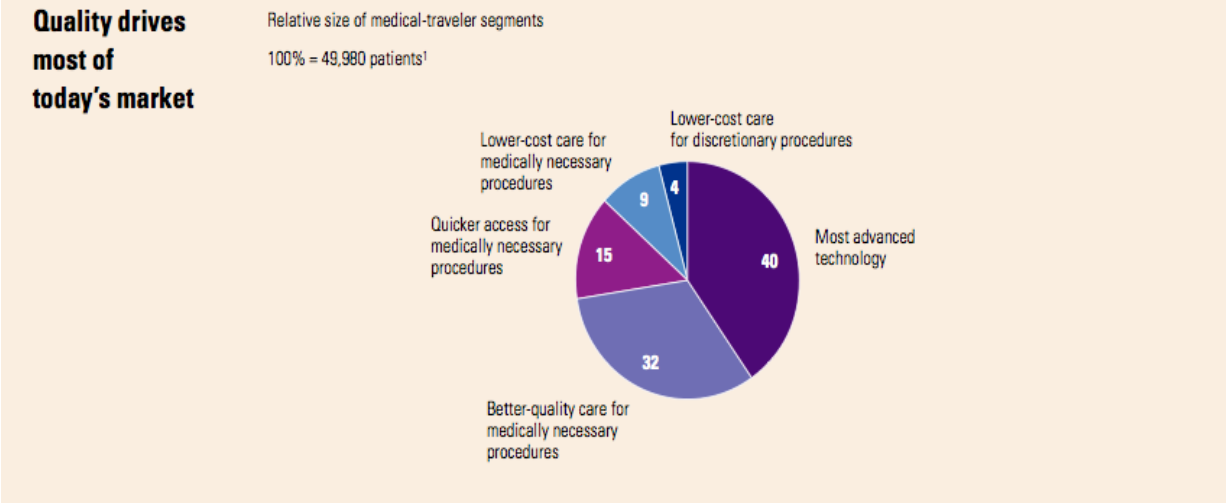
Sin embargo, en las últimas dos décadas una forma de "globalización inversa" ha ocurrido con pacientes de los países más desarrollados, que viajan para recibir atención médica a países menos desarrollados, por una combinación de razones que implican costos, acceso, servicios y calidad (Jenner, 2008).

A continuación, se presenta un mapa que ilustra los turistas de salud que viajan desde y hacia diferentes continentes buscando servicios médicos.



Fuente: Mckinsey & Company. Mapping the market for medical travel, 2008

Sin embargo, pese a lo señalado anteriormente, un estudio realizado por Mckinsey & Company sugiere que la mayoría de pacientes en condición de turistas médicos, buscan alta calidad y servicios más rápidos en lugar de costos bajos en la prestación de servicios de salud. (Ehrbeck, Guevara, Mango. 2008). Por ello, más pacientes de América Latina (38%), Medio Oeste (35%), Europa (16%), y Canadá (7%) viajan a los Estados Unidos buscando este tipo de servicios.



Fuente: Mckinsey & Company. Mapping the market for medical travel, 2008

Teniendo en cuenta las cuatro categorías definidas por ellos, como necesidades de los turistas de salud –medicina curativa, medicina preventiva, medicina estética y de bienestar– (McKinsey & Company, 2008), han surgido estudios, que ponen de manifiesto, que a través de una amplia muestra de pacientes viajando para una variedad de condiciones de tratamiento dental, estética y cirugía bariátrica, a través de la atención especializada, el papel de las redes es fundamental para entender la elección del tratamiento, el proveedor y destino. Si bien la distancia, los costos, la experiencia y disponibilidad de tratamiento, todos fueron factores que influyeron en la decisión de los pacientes para viajar, la elección de destino y proveedor fue en gran parte el resultado de las redes informales, incluyendo foros web, recomendaciones personales y grupos de apoyo (Hanefeld, Lunt, Smith, Horsfall, 2015).

En conclusión, es importante señalar que, la investigación del TM a través del enfoque de las redes a las que acceden los pacientes y los proveedores, abre una nueva concepción del turismo médico, la profundización de la comprensión de los comportamientos de los viajes, mediante la combinación de investigación de la industria con la motivación del paciente (Hanefeld, Lunt, Smith, Horsfall, 2015).

Para explicar lo anterior, a continuación, se ilustran los destinos de los turistas de salud de acuerdo a sus preferencias.



**Table 1** Commonly conducted procedures/treatments for medical tourism and their countries

<i>Common medical tourism procedures</i>	<i>Countries</i>
Dental tourism	Mexico, Bulgaria, Croatia, Argentina, Thailand, Hungary, and Poland
Transplant tourism (kidney, heart, lung, and liver transplant)	Thailand, India, and China
Reproduction tourism (includes <i>in vitro</i> fertilization, gestational surrogacy, and intracytoplasmic sperm injection)	India, Barbados, and UK
Cardiac procedures (coronary artery bypass graft and bypass surgery with heart valve replacement)	India, Thailand, Costa Rica, Singapore, Malaysia, and South Korea
Knee surgery	India, Thailand, Singapore, and Malaysia
Hip replacement	India, Thailand, Singapore, Malaysia, and Turkey
Ophthalmic surgery (cataract surgery, cornea alteration procedures, and glaucoma treatments)	Mexico, Bulgaria, Croatia, Argentina, India, Thailand, Singapore, Malaysia, and Turkey

Fuente: Understanding Medical Tourism. Boston University 2014.

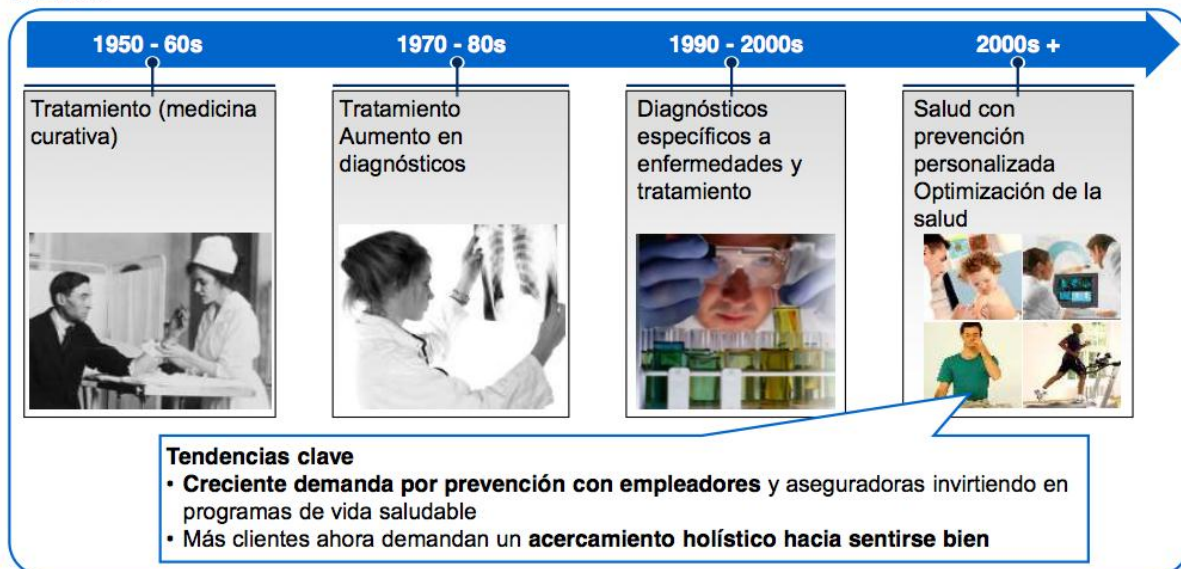
La tabla muestra cómo en el traslado de pacientes internacionales se ponen de manifiesto las preferencias de los pacientes, las diversas redes de comunicación, entre otros, las cuales han influenciado este mercado a la hora de definir el lugar de destino para recibir una atención médica o de bienestar.

Sin embargo, para Connell se hace necesario realizar más análisis de la justificación de los viajes, el comportamiento de los turistas médicos, el impacto económico y social del turismo médico, el papel de los intermediarios, el lugar de turismo médico en el turismo (vínculos con hoteles, líneas aéreas, agencias de viajes), las preocupaciones éticas y la reestructuración de la salud mundial (Connell, 2013).

Ahora bien, según el estudio realizado por Mckinsey & Company, la siguiente figura muestra las que, según ellos, son las principales tendencias del sector turismo de salud en el mundo:

## Los servicios de salud están migrando en dos grandes avenidas bajo el concepto de bienestar y el de medicina curativa pura

### Bienestar



Fuente: The Economist "Helping consumers to lead healthy lifestyles is becoming a big business" Resumen Ejecutivo 2007; "The Wellness Revolution", Paul Zane Pilser; páginas web; Análisis equipo de trabajo.

### 1.2.6.1 Los principales destinos de los turistas

Para Mckinsey & Company, Asia y Norteamérica son los territorios que atraen el mayor flujo de turistas de salud en busca de servicios en las categorías de medicina. En el caso de la categoría de Bienestar (Inspired Wellness), el Medio Oriente y América Latina, son los destinos más atractivos para los turistas internacionales (Mckinsey & Company, 2009).

### 1.2.6.2 Tratamientos más buscados

Para el 2015, se estima que los tratamientos que ofrecerán mayor rentabilidad y atractivo estarán asociados con la categoría de medicina preventiva y de bienestar (manejo de peso, salud masculina y manejo de estrés). En la actualidad, las especialidades más demandadas en las categorías de medicina son: cardiología, cirugía general y ortopedia; en la categoría de bienestar son: levantamiento espiritual, talleres de nutrición y tratamientos de spa (Mckinsey & Company, 2009).

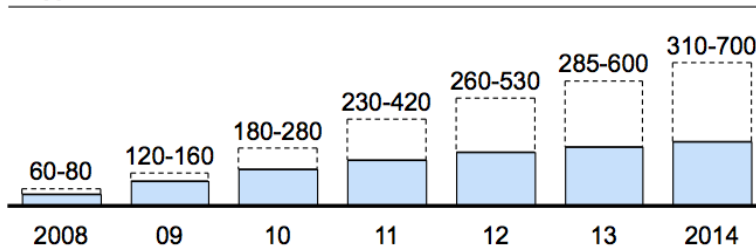
### 1.2.6.3 Oferta de Servicios de Salud

En la categoría de medicina, en América Latina la especialidad con mayor oferta es la de cirugía estética, en Europa es la rehabilitación, en Asia la cardiología y en Medio Oriente la oncología. En bienestar, la oferta de spas está concentrada en Europa, Norte América y Asia, tanto en número de spas como en ingresos (Mckinsey & Company, 2009).

Además, otro importante hallazgo del estudio de Mckinsey & Company, revela que el turismo de salud de medicina curativa, es una categoría de ~\$1,000 millones de dólares y se espera que continúe creciendo de manera acelerada. A continuación, la gráfica expone la tendencia del crecimiento económico, gracias al aumento del número de turistas de salud (Mckinsey & Company, 2009).

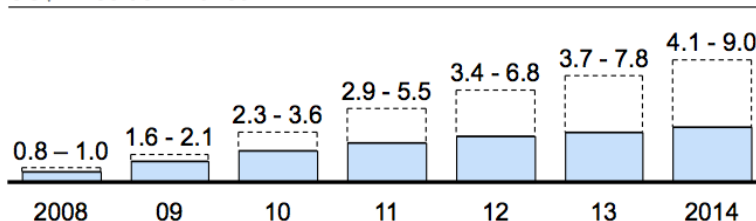
#### Número de turistas de salud

Miles



#### Ingresos<sup>(1)</sup>

US\$ Miles de Millones



- Factores como ahorro en costos, calidad comparable o mejor en los servicios médicos y menores tiempos de espera para acceder a procedimientos continuarán impulsando el crecimiento del sector

- Se espera que el número de pacientes crezca a una TACC<sup>(2)</sup> entre 20% y 30% en los próximos 5 años

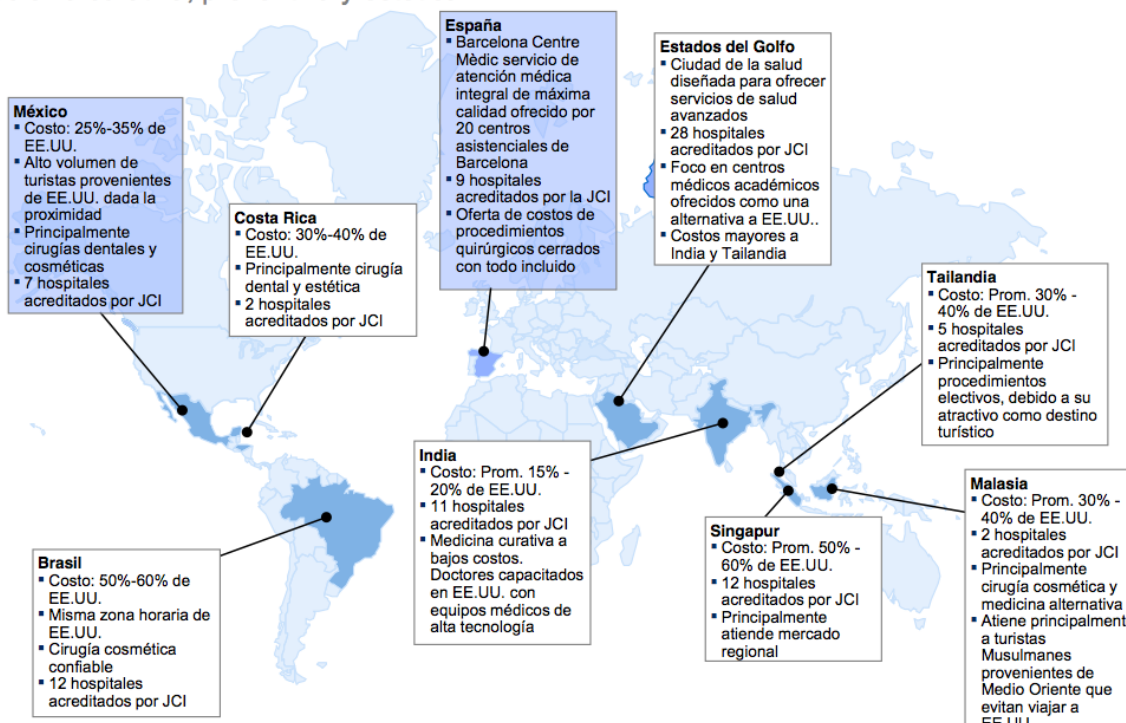
<sup>(1)</sup> Suponiendo ingreso promedio por paciente de USD \$13,000

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

Fuente: Estudio de McKinsey: Mapping the market for medical travel, Mayo 2008; CII (Confederation of Indian Industry) - McKinsey Healthcare in India: The Road Ahead, Octubre 2002; Entrevistas; Análisis equipo de trabajo.

Dado lo anterior, para capturar una porción de este mercado, los proveedores de servicios de salud ofrecen propuestas de valor diferentes, las cuales son presentadas en el siguiente mapa.

### Medicina curativa, preventiva y estética



FUENTE: Estudio de McKinsey: Mapping the market for medical travel, Mayo 2008; página web Joint Commission International; Entrevistas; Análisis equipo de trabajo.

## 1.2.7 Experiencias del turismo médico en el mundo

Teniendo en cuenta, que, con un posicionamiento de bajo costo, India se ha convertido en el país con mayor crecimiento en el turismo de salud en el mundo, a continuación se considera importante presentar la estrategia utilizada por la India, la cual se ha enfocado en 4 aspectos :

**1. La unión de esfuerzos entre el sector público y el privado:** La voluntad gubernamental junto a la iniciativa privada ayudaron a crear un proyecto viable y exitoso para el sector de turismo de salud. Se asignó un presupuesto por parte del gobierno acompañado de inversiones privadas con el fin de posicionar a india

internacionalmente como un destino atractivo para turistas de salud. El gobierno de India, colaboró con la implementación de políticas tecnológicas y de infraestructura que impulsaron el desarrollo y la calidad del sector internacionalmente.

**2. Fuerte Inversión tecnológica y de infraestructura:** India, enfocó sus esfuerzos en alcanzar reconocimiento por su excelente infraestructura y tecnología de punta.

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

**4. Talento humano disponible y capacitado.** La mayoría de los profesionales han estudiado en universidades de EE.UU., Reino Unido, y Australia, pero retornan a India a ejercer su profesión. Los profesionales y las instituciones prestadoras de servicios están acreditadas con estándares de EE.UU. (Mckinsey & Company, 2009). Hay un alto nivel de bilingüismo no solo para los servicios médicos, sino para los turísticos (Mckinsey & Company, 2009 en: Conferencia Challenges Ahead, 15-17 May 2008, IIMK; Oportunidades y retos en el turismo de salud en India; Dindayal Swain and Suprava Sahu. 2008.; Análisis Equipo de Trabajo).

En segundo lugar, Filipinas, es el país más importante después de India en servicios tercerizados a distancia, en el caso de salud se ha enfocado especialmente en lectura de radiografías y telemedicina, su estrategia se ha enfocado en 3 aspectos:

**1. Clúster:** El clúster de turismo de salud en Filipinas es un grupo emergente, que cuenta con el apoyo de agrupaciones y la colaboración de diferentes instituciones, como: proveedores de salud, hoteles, restaurantes, consultores de viajes, spas, institutos de enseñanza, instituciones gubernamentales, empresas privadas y asociaciones.

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

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

**3. Portafolio de servicios integrado:** El portafolio de servicios, integra servicios de categorías de medicina con servicios de bienestar:

\*Cluster de turismo de salud, compuesto por hospitales y centros médicos modernos de alta tecnología que cuentan con personal médico altamente cualificado.

\*Cluster de jubilación, que incluye villas de retiro, hogares de ancianos y hospitales. Este cluster trabaja: una actitud más positiva frente a la edad; un rompimiento en la estructura de cuidado tradicional de personas de la tercera edad; y, la falta de preparación en muchos países para la atención de una población cada vez mayor.

\*Cluster de bienestar, que incluye spas, terapias holísticas, masaje tradicional filipino y medicina complementaria.

Dado lo anterior, Filipinas es el único país que abarca a través de clusters las 4 categorías del turismo de salud (Mckinsey & Company, 2009).

Finalmente, como tercera experiencia, vale la pena mencionar el modelo utilizado por Tailandia, que se ha posicionado como uno de los principales destinos para turistas de salud, como destino turístico preferido. Este modelo aborda los siguientes componentes:

**1. Infraestructura:** Tailandia en los últimos 12 años ha invertido en el desarrollo de su infraestructura y el turismo de salud, estableciendo más de treinta hospitales bilingües, clínicas de odontología y centros de curación alternativa. Cinco de ellos acreditados ante la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations y la International Organization for Standardization. Los servicios, aspecto y ambiente de hospitales de Tailandia comparables a los de hoteles cinco estrellas.

**2. Calidad del servicio y RR.HH:** La atención recibida por parte de los médicos, enfermeras, administradores y servicios generales tiene altos estándares de calidad. La relación médico paciente es de 1 médico por cada 4 turistas de salud.

**3. Relación calidad- precio:** Procedimientos de alta complejidad, realizados bajo altos estándares de calidad y a precios entre el 10% al 50% del costo en el país de origen. Los ahorros en gastos médicos, pueden ser utilizados para disfrutar de vacaciones.

**4. Innovación en tratamientos:** Muchos hospitales ofrecen tratamientos que son prácticamente desconocidos en otras partes. Ofrecen tratamientos diseñados con base en conocimientos tradicionales de la cultura (p.ej. masaje thai, masaje esalen, farmacéuticos con base en vegetación autóctona, tratamientos con base en “*thai herbs*”). Realizan además apalancamiento en reconocimiento como destino turístico para atraer pacientes en busca de tratamientos de bienestar, Inspired Wellness (Mckinsey & Company, 2009).

### **1.2.8 Experiencias del turismo médico en América Latina**

Algunos países, regiones y ciudades en América Latina han estado desarrollando, fortaleciendo y promoviendo una serie de iniciativas, tanto públicas como privadas, que les permiten participar activa y exitosamente en el turismo médico. Entre estos se destacan al menos 10 países: Costa Rica, Colombia, México, Argentina, Guatemala, Brasil, Nicaragua, Panamá, El Salvador y Chile (Bezara, 2012).

Según el periódico, El País de Uruguay, Latinoamérica gana terreno en el mercado mundial del turismo médico. Las tasas de cambio, los climas tropicales y la presencia de profesionales bilingües han permitido un crecimiento del 20% en América Latina. Brasil, México y Colombia lideran este tipo de turismo Mundial debido a su proximidad a EE.UU., los bajos costos y la acreditación internacional de sus profesionales (El País, 2013).

Colombia, por su parte, ha registrado en los últimos cinco años un "crecimiento importante" del turismo de salud, pasando del 0,4 % al 0,8 %, "traducido en ganancias cercanas a 140 millones de dólares", según cifras de la Agencia para Promoción y Exportaciones (Proexport). En comparación con Norteamérica, Colombia ofrece ahorros del 60 % al 70 % en los precios de los tratamientos médicos (El País, 2013).

Según el estudio de costos, sectores Programa de Transformación Productiva para Bancoldex, los principales referentes y los competidores para Colombia relacionados con turismo médico son:

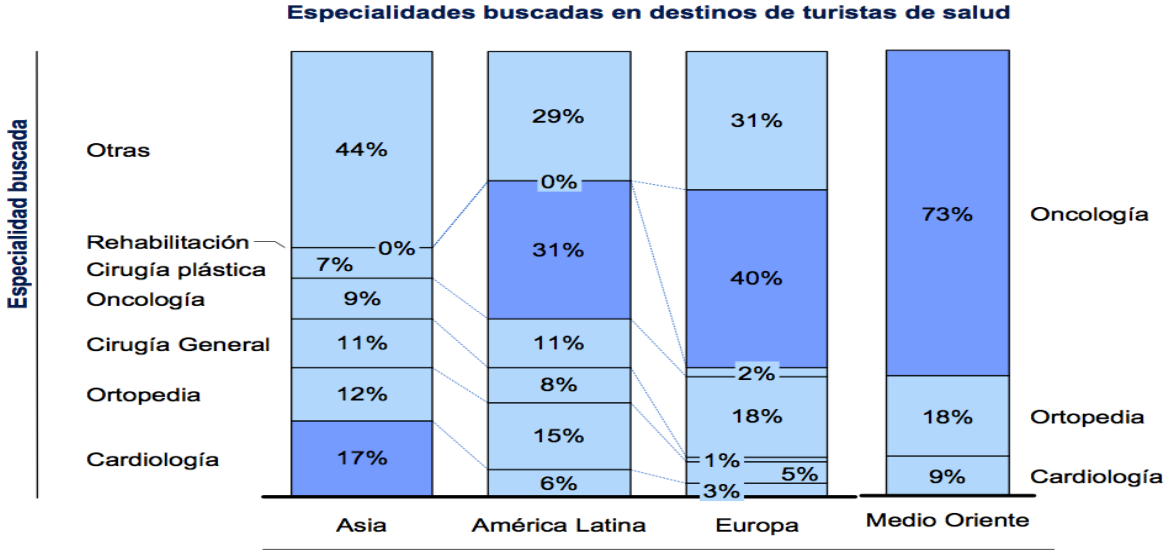
<b>Principales competidores</b>	México Brasil Costa Rica
<b>Referentes para Colombia</b>	México
<b>Referente mundial</b>	India

Fuente: Martínez, Minatta, Gómez, Cajiao, Manrique. 2014.



Por su parte y de acuerdo con el estudio de McKinsey & Company, el comportamiento de América Latina en relación a las diferentes especialidades que buscan los turistas de salud, es presentado en el siguiente gráfico:

### Destino del turista de salud

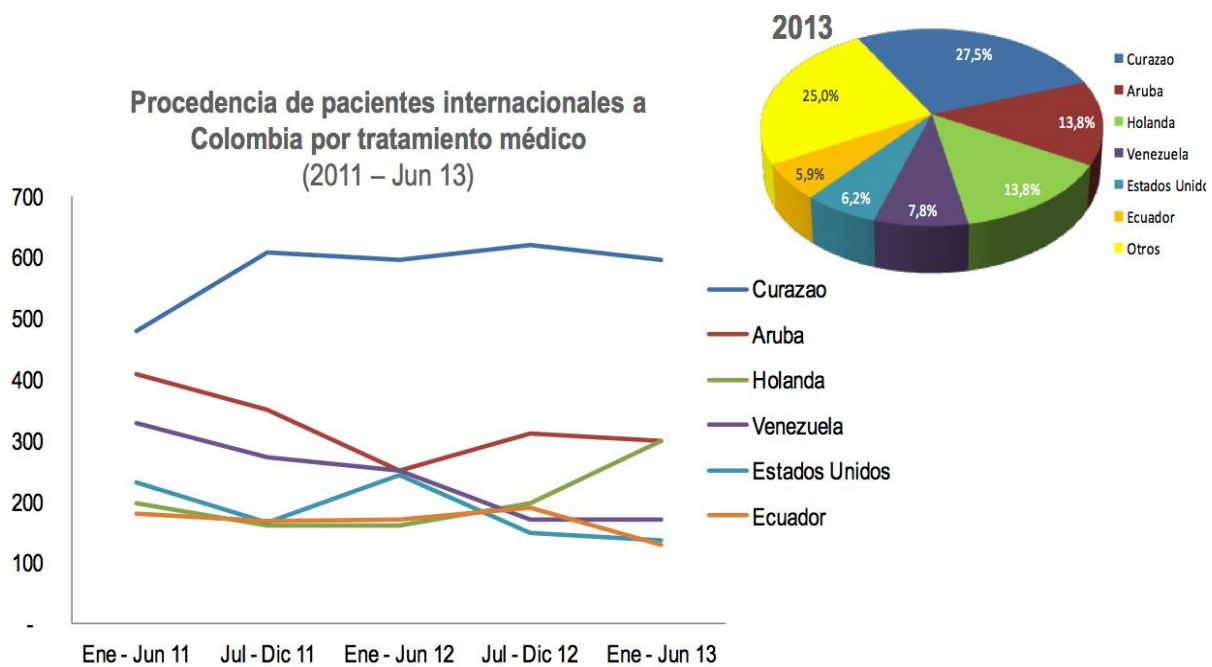


Fuente: Estudio de McKinsey, en: Mapping the market for medical travel, Mayo 2008; Análisis equipo de trabajo.

### 1.2.9 Experiencias del turismo médico en Colombia

Según el estudio de FEDESARROLLO, el sector de servicios sociales y de salud de mercado, participa con el 2,2% del PIB de acuerdo con las cuentas nacionales trimestrales del DANE. En el 2012 el PIB del sector servicios sociales y de salud de mercado, alcanzó \$ 14,4 billones de pesos, y en el primer trimestre de 2013 \$ 3,8 billones de pesos con un crecimiento del primer trimestre de 2013: 9,2% (Martínez, Minatta, Gómez, Cajiao, Manrique, 2014).

Con base en la información anterior, es importante presentar la procedencia de los pacientes internacionales que llegan a Colombia para recibir tratamientos médicos, según Proexport:



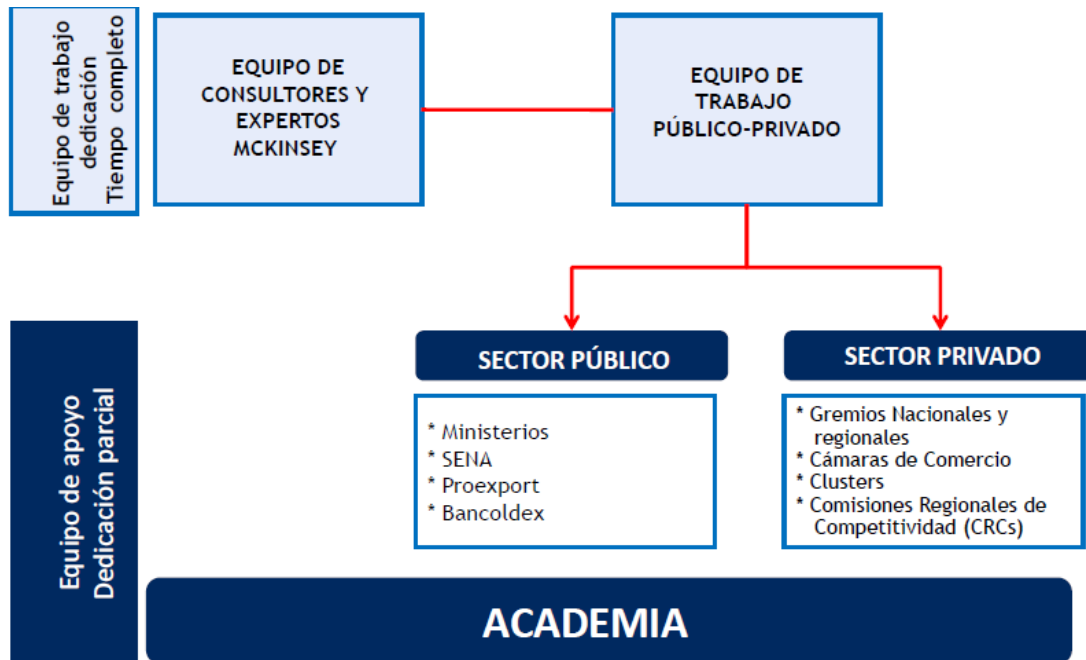
Fuente: Migración Colombia, Elaboración: Proexport

Teniendo en cuenta lo anterior, Colombia puede capturar una oportunidad significativa en el sector Turismo de Salud, a través de la definición de una postura estratégica clara y la creación de un modelo de negocio institucional para el país. (Mckinsey & Company, 2009). Pues, el sector de turismo de salud está compuesto por 4 categorías básicas (medicina curativa, preventiva, estética y bienestar (*Inspired Wellness*)), en las que Colombia podría competir con una propuesta estratégica clara, capturando al menos 2,8 millones de turistas de salud y generando ingresos por al menos 6,3 mil millones de dólares en el año 2032 (Mckinsey & Company, 2009).

Sin embargo, el sector en Colombia es aún incipiente con una oferta de valor concentrada en la medicina curativa y estética, con un flujo de entre 4,100 y 7,000 pacientes de las categorías de medicina y 44,800 en busca de procedimientos de bienestar (*inspired wellness*), cifras para el 2008 (Mckinsey & Company, 2009).

Por lo anterior, el trabajo conjunto del sector privado, público y la academia es indispensable para hacer la estrategia sectorial de TM una realidad, como lo muestra

el siguiente gráfico de la formulación de planes de negocios sectoriales, presentado en el año 2009 por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo de Colombia:



Fuente: Ministerio de Comercio Industria y Turismo, República de Colombia. Formulación de planes de negocios sectoriales, 2009).

Para ello, vale la pena mencionar cuáles son los retos del sector del turismo médico en nuestro país. Los cuales se resumen en:

- Contar con recurso humano suficiente y bilingüe.
- Mejorar los niveles de calidad percibida
- Desarrollar infraestructura suficiente y de clase mundial
- Investigar para innovar en procedimientos que permita mantener ventaja competitiva en costos.
- Facilitar el ingreso de turistas de salud al país
- Crear Zonas Francas especializadas.
- Fortalecer el Sub- Sector de Turismo de Bienestar.
- La coordinación entre las autoridades de migración, las autoridades aeroportuarias, las clínicas y hospitales, los hoteles y las agencias de viajes es crítica para atraer pacientes extranjeros (Martínez, Minatta, Gómez, Cajiao, Manrique, 2014).

El cumplimiento de lo anterior, ha permitido que se hayan alcanzado importantes logros para el posicionamiento de nuestro país, un ejemplo de ello, son las acreditaciones nacionales e internacionales que se han logrado:



Fuente: Proexport, 2013.

Además, de las anteriores, otro logro importante para el país, son las 11 zonas francas del sector salud que se han generado en Colombia, con un predominio de las localizadas en el Departamento de Santander - cuatro en total- frente a los departamentos de Atlántico, Nariño, Cundinamarca, Antioquia, Hila, Risaralda y Bolivar que solo cuentan con una institución cada uno. El siguiente esquema muestra la información detallada:

EMPRESA	GENERACIÓN DE EMPLEO DIRECTO	LOCALIZACIÓN
Clínica Portoazul S.A.	150	Puerto Colombia - Atlántico
Clínica Hispanoamerica S.A.S.	159	San Juan de Pasto –Nariño
Clínica los Nogales S.A.S.	191	Bogotá – Cundinamarca
Hospital San Vicente de Paul	304	Rionegro – Antioquia
Sociedad Clínica Cardiovascular Corazón Joven S.A.	175	Neiva –Huila
Fundación FOSUNAB	198	Floridablanca – Santander
Fundación Cardiovascular de Colombia S.A.S	167	Pedecuesta – Santander
Medical Duarte ZF S.A.S.	86	Cúcuta - Norte de Santander
Fresenius Medical Care Servicio Renal S.A.S.	50	Cúcuta - Norte de Santander
Clínica Megacentro Pinares	202	Pereira – Risaralda
Centro Hospitalario Serena del Mar S.A.	75	Cartagena – Bolívar
<b>TOTAL</b>	<b>1.757</b>	

Fuente: Proexport, 2013.

Finalmente, es importante resaltar otras acciones que han sido llevadas a cabo:

- La generación de metodologías para obtener cifras estimadas de las exportaciones del Turismo de Salud en Colombia (Migración Colombia, DANE, Banco de la República, COTELCO y Clúster de Salud de Medellín).
- Establecimiento de 90 días como tiempo inicial de permanencia en el país para pacientes internacionales.
- Creación del código PTP. Protocolo que permitió reducir el tiempo de trámites de las ambulancias aéreas de 3 horas a 1 hora y 15 minutos en promedio.
- Inclusión como sub – segmento el Turismo de Bienestar; Lanzamiento de Plan de Negocios.
- Creación de Alianzas con Universidades para la promoción de programas específicos (Martínez, Minatta, Gómez, Cajiao, Manrique, 2014)

### 1.3 ESTADO DEL ARTE

Al realizar una revisión exhaustiva de la literatura, no es fácil encontrar referentes en cuanto a modelos de atención para pacientes extranjeros. Sin embargo, en el artículo de Mukherjee A, Natarajan V, Gunashekara C. Medical Tourism en Medical Tourism: A Stakeholder Model, Se discute el enfoque de los principales actores involucrados en el turismo médico; planteando así un marco de cómo proporcionar cobertura de las principales necesidades sobre la base de una revisión de literatura (Mukherjee, A., Natarajan, V. S., & Gunashekara, C. K, 2010).

Los principales factores que impulsan el turismo médico según el artículo son:

1. La globalización y los avances tecnológicos que han facilitado la comodidad de los viajes.
2. La diferencia entre los servicios de salud y los costos entre países desarrollados y países en vías de desarrollo, el cual lleva a significativos ahorros en costos de los servicios de salud (Mukherjee, A., Natarajan, V. S., & Gunashekara, C. K, 2010).

Teniendo en cuenta lo anterior, los autores señalan los principales actores involucrados en el turismo médico son:

1. Los pacientes
2. Los médicos (Extranjeros y de su país de origen)
3. Los Hospitales (Extranjeros y de su país de origen)
4. Las Compañías aseguradoras
5. Las Asociaciones comerciales
- 6 Las empresas turísticas
7. Las Aerolíneas
8. Los Hoteles
- 9 El transporte local
10. Los organismos reguladores (Extranjeros y de su país de origen)

11. El Gobierno
12. Los Ministerios de Comercio (repercusiones comerciales)
13. Los Ministerios de Relaciones Exteriores (implicaciones de visado) (Mukherjee, A., Natarajan, V. S., & Gunashekara, C. K, 2010)

Adicionalmente en el artículo identifican los principales problemas en el turismo médico:

1. Los asuntos médicos
2. Negligencia y responsabilidad civil
3. Acreditación
4. La concordancia entre el hogar y el extranjero
5. Normas y Procedimientos
6. Problemas de Viaje
7. Visas
8. Las leyes y reglamentos del país destino
9. Cultura y costumbres
10. Clima y Medio Ambiente
11. Adecuado equipamiento suministrado
12. Transporte local y alojamiento local (Mukherjee, A., Natarajan, V. S., & Gunashekara, C. K, 2010).

A manera de conclusión, las contribuciones de esta investigación pretenden ayudar a desarrollar un entendimiento del papel de los diferentes actores en el contexto del turismo médico. Además, ayudará en el desarrollo de modelos que se pueden validar empíricamente. Esta área, es un fenómeno emergente (MT) y el estudio tendrá relevancia para los gestores sanitarios y los responsables políticos, mientras que avanzan simultáneamente la base de conocimientos en esa área (Mukherjee, A., Natarajan, V. S., & Gunashekara, C. K, 2010).

De otro lado, en el artículo de Wernz, C., Wernz, P. T., & Phusavat, K., relacionado con servicios de convergencia y servicios de integración en el turismo médico, los autores analizan el modelo de negocio y los factores de éxito del Hospital Internacional de Bumrungrad (BIH) de Tailandia –por ser éste el hospital privado más grande del sureste asiático–; considerado por la Asociación Médica Americana (2007) como el destino de turismo médico más famoso del mundo. BIH, atrae más de 1 millón de pacientes anualmente, de los cuales 400.000 son clientes internacionales procedentes de 200 países (Wernz, C., Wernz, P. T., & Phusavat, K., 2014).

A partir de un estudio de caso de BIH, utilizan fuentes de información primarias y secundarias, aplican entrevistas semi-estructuradas a ejecutivos de la alta gerencia de BIH y utilizan bases de datos (período 2009 - 2012); los investigadores identificaron **9 iniciativas claves**, que permite analizar el modelo de negocio de esta empresa, que incluye la integración de los servicios - médicos y de hospitalidad- , dando como resultado un nuevo producto innovador que permite brindar servicios más completos a sus clientes (Wernz, C., Wernz, P. T., & Phusavat, K., 2014).

El BIH, fue fundado en 1980, en el 2002, llegó a ser la primera institución en salud acreditada en Asia; tiene una capacidad autorizada de 538 camas (en hospitalización), 4.500 pacientes ambulatorios por día, con 484 camas en funcionamiento al 31 de diciembre, 2011. Cuenta además, con 1200 médicos y 900 enfermeras (Wernz, C., Wernz, P. T., & Phusavat, K., 2014).

Las entrevistas se centraron en el modelo de negocio general BIH y el enfoque que llevó al éxito al hospital en la industria del turismo médico; todas las entrevistas fueron en inglés y duraron en promedio 2 horas (Wernz, C., Wernz, P. T., & Phusavat, K., 2014).



El BIH, adoptó un modelo de negocio doble, combinando servicios médicos a bajo costo y de alta calidad, con servicios no médicos de hospitalidad de primera clase, lo cual le permitió diferenciarse de su competencia. A continuación las 9 iniciativas de BIH (Wernz, C., Wernz, P. T., & Phusavat, K., 2014).

### **1. Excelencia de servicio:**

- ✓ El objetivo declarado de BIH es proporcionar el más alto nivel de servicio a sus clientes (en tratamientos médicos y no médicos).
- ✓ Anticiparse a las necesidades de los clientes
- ✓ Prestar servicios internacionales a sus clientes que incluyen (asistencia de viajes y embajadas, disponibilidad de farmacias, librerías, tiendas de regalos, floristerías, peluquerías, bancos, servicios de alimentación 24/7, servicio de alojamiento, transporte hotel-aeropuerto-hotel).
- ✓ Más de 100 intérpretes disponibles (todos los miembros del staff hablan inglés).
- ✓ Realización de visitas domiciliarias.
- ✓ Consultas externas por satélite en centros comerciales (están bajo consideración para futuras expansiones de servicios) (Wernz, C., Wernz, P. T., & Phusavat, K., 2014).

Para el BIH, “un cliente encantado tiene mayor probabilidad de contarle a otras personas acerca de su experiencia positiva, por ende los mejores vendedores son sus clientes” (Wernz, C., Wernz, P. T., & Phusavat, K., 2014).

### **2. Extender las perspectivas del cliente:**

BIH, está comprometido en tiempo y esfuerzo en identificar quiénes son sus clientes, que servicios necesitan y cómo desean que estos servicios sean entregados. El paciente es obviamente el cliente; sin embargo, BIH ha reconocido que su cliente de base es más amplio (los acompañantes, familiares y amigos también lo son) (Wernz, C., Wernz, P. T., & Phusavat, K., 2014).

Los pacientes procedentes de Asia y del medio Oriente frecuentemente viajan en grandes grupos y no es inusual que el paciente este acompañado de 10 o 20 personas. Ante lo cual, BIH tiene su propio hotel conectado al hospital, facilitando la cercanía del paciente a sus acompañantes (Wernz, C., Wernz, P. T., & Phusavat, K., 2014).

### **3. Precios transparentes y competitivos:**

- ✓ Los pacientes pueden actuar como sus propios revisores en cuanto a la necesidad de un tratamiento y costo.
- ✓ Para BIH es importante escuchar las peticiones de los clientes quienes realizan los pagos por ellos mismos (Wernz, C., Wernz, P. T., & Phusavat, K., 2014).

### **4. Procesos de apoyo y optimización:**

- ✓ BIH, mantiene bajos costos con procesos que están bien definidos y racionalizados, ayudando de esta manera a sus clientes a ahorrar dinero (buscando mantener con sus clientes una relación a largo plazo).
- ✓ Eliminan los servicios que no brindan valor adicional y rediseñar procesos para ahorrar dinero y tiempo a sus clientes. (inversión en un sistema de dispensación robótica de medicamentos en todo el hospital) (Wernz, C., Wernz, P. T., & Phusavat, K., 2014).

### **5. Mejoramiento continuo y auditorías constantes:**

- ✓ El BIH, se esfuerza por el continuo mejoramiento de sus servicios médicos y no médicos a través del monitoreo y evaluaciones realizadas regularmente.
- ✓ Involucran a todos los stakeholders
- ✓ Evaluadores externos son contratados para direccionar problemas específicos
- ✓ BIH, reconoce los beneficios de la acreditación (Join Commission International)
- ✓ Importante, aprender de los expertos externos, quienes retroalimentan y ayudan al mejoramiento de procesos y planificación de la calidad (Wernz, C., Wernz, P. T., & Phusavat, K., 2014).

## **6. Enfoque multidisciplinario en los diseños para resolver problemas:**

- ✓ Enfoque multidisciplinario en la implementación y mejoramiento de nuevos sistemas. Por ejemplo, para el diseño de los parqueaderos se tuvieron en cuenta principios de ingeniería y psicología (ayudas visuales, luces brillantes, principios de ergonomía) (Wernz, C., Wernz, P. T., & Phusavat, K., 2014).

## **7. Mezcla de pacientes locales e internacionales:**

- ✓ Los servicios médicos para pacientes locales e internacionales se apoyan el uno al otro. Son cruciales para la planeación y la implementación de estrategias de la organización.
- ✓ Los pacientes locales proporcionan una base de clientes estable y confiable, apoyando las especialidades médicas y sub especialidades que son necesarias para atraer a los turistas médicos.
- ✓ La demanda de pacientes extranjeros puede fluctuar drásticamente. BIH, tiene pericia en las especialidades de oncología y cardiología (Wernz, C., Wernz, P. T., & Phusavat, K., 2014).

## **8. Las inversiones tecnológicas:**

- ✓ El BIH, ha realizado inversiones extensas en tecnologías de la información, creando operaciones más eficientes en todas las áreas del hospital.
- ✓ Creación de planes de tratamiento antes que los pacientes lleguen.
- ✓ Creación de una plataforma de Microsoft, la cual centraliza la base de datos para manejar todos los procedimientos de los servicios.
- ✓ La vinculación de las tecnologías de la información con los proveedores de seguros ha reducido el tiempo para la aprobación de coberturas de atención y ha aumentado la exactitud en los procesos de facturación.
- ✓ La confirmación de citas a través de mensajes de texto ha disminuido las inasistencias de los clientes.
- ✓ Han disminuido los errores de prescripciones, mejorando la seguridad de los pacientes.

- ✓ Se instaló recientemente un sistema dispensador de medicamentos automático, el cual ha tenido como consecuencia la disminución de los inventarios de los medicamentos en bodegas, impactando en menores pérdidas por expiración.
- ✓ Las inversiones en las tecnologías médicas son esenciales para BIH para estar a la vanguardia de los tratamientos críticos, atrayendo pacientes internacionales y a su vez médicos de primera clase (Wernz, C., Wernz, P. T., & Phusavat, K., 2014).

### **9. Los competidores y el mercado global:**

- ✓ Los ejecutivos de BIH gastan considerable cantidad de tiempo, analizando y entendiendo el curso de los eventos internacionales y el impacto de las estrategias y operaciones. Esto es esencial para la planificación de los negocios y la defensa del posicionamiento como líder global.
- ✓ BIH ha establecido representantes en 13 países para ayudar a clientes potenciales a planificar visitas médicas y coordinar con las compañías de seguros locales.
- ✓ BIH, realizan estudios de benchmarking para asegurarse que BIH está a la par o por encima de sus competidores nacionales e internacionales (Wernz, C., Wernz, P. T., & Phusavat, K., 2014).

El BIH, desarrollo su modelo de negocios sin aplicar explícitamente un marco de integración de servicios. La innovación ocurrió orgánicamente y fue conducida por las necesidades de los clientes, oportunidades de negocio y las fuerzas del mercado. Los adoptantes de esta innovación, pueden usar el marco de la integración de servicios para replicar el modelo de negocio exitoso de BIH en donde integra servicios médicos y de hospitalidad (Wernz, C., Wernz, P. T., & Phusavat, K., 2014).

Además, el BIH ha adoptado con éxito un modelo de negocio doble –de bajo costo y diferenciación–; su enfoque en la eficiencia operativa permitió bajar los costos al tiempo que ofrece una amplia gama de servicios médicos de alta calidad. El segundo aspecto, es la diferenciación, que fue exitosa mediante la adopción de un modelo

centrado en el paciente, en la calidad del servicio, que se logró a través de la integración de servicios (Wernz, C., Wernz, P. T., & Phusavat, K., 2014).

Este documento proporciona directrices de gestión para directivos de otros hospitales y otras industrias de servicios, ya que demuestra cómo combinar con éxito el núcleo de un servicio; en el caso de los hospitales –la atención de salud con servicios complementarios–. Firmas que prestan servicios de atención en salud, turismo y otras industrias pueden innovar y alcanzar una ventaja competitiva mediante la integración de los servicios de las industrias relacionadas a su principal servicio o producto (Wernz, C., Wernz, P. T., & Phusavat, K., 2014).

Finalmente, es importante señalar que a pesar de haber realizado una revisión exhaustiva de las experiencias de modelos de atención para pacientes extranjeros en Colombia, no se encontró ningún estudio ni investigaciones al respecto.

#### **1.4 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

La Organización para la Excelencia de la Salud –OES– es una entidad sin ánimo de lucro, promovida por el Departamento Nacional de Planeación como un centro de innovación para el sector salud en los temas de gestión y calidad, desde 1992, año en que inició sus actividades, ha contribuido a la generación de conocimiento mediante investigación, desarrollo o apropiación de metodologías útiles para resolver problemas críticos que enfrentan las organizaciones del sector. Es importante resaltar el hecho que, el año 2012 cambió su nombre de Centro de Gestión Hospitalaria a OES (Kerguelén, 2003).

A lo largo de los años, paralelamente al trabajo de promoción del mejoramiento de la gestión, la OES ha desarrollado un marco teórico propio de calidad en salud, soportado en los conceptos de tratadistas ampliamente reconocidos en el tema, entre otros y de manera muy especial los del profesor Avedis Donabedian (Kerguelén, 2003).

Asimismo, la OES al ser un centro de conocimiento, fomenta y lidera el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, mediante propuestas y acciones que contribuyen a la formulación e implantación de políticas para el sector, e intervenciones que promueven la articulación adecuada de las organizaciones y su gestión efectiva, para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población e impulsar su desarrollo. Como logro del trabajo de la OES, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGC) para Colombia, producto de un proyecto prioritario para el país y para el sector, fue ejecutado por un Consorcio Internacional conformado por la OES, el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud y Qualimed, como resultado del concurso internacional de méritos, llevado a cabo por el Ministerio de Salud con cofinanciación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en el año 1999.

La OES desde su creación ha procurado el mejoramiento institucional de organizaciones de salud dentro y fuera del país, para instituciones como hospitales, prestadores ambulatorios, aseguradoras, gobierno, etc. Fue así, como una aseguradora internacional, se enteró del trabajo de la OES y, en el año 2008, se contactó con ella para desarrollar propuestas de fortalecimiento institucional, en aspectos diferentes a su remisión de pacientes a Colombia. A finales del año 2009, ésta aseguradora internacional cambió su junta directiva y cuerpo directivo y, con ellos sus estrategias como asegurador; nuevamente contactó a la OES para estudiar el fortalecimiento de su función de asegurador, pero ahora en lo relativo a la remisión de pacientes a Colombia.

La OES propuso a la aseguradora internacional el fortalecimiento de su capacidad de selección, contratación y auditoría de la prestación de servicios a sus afiliados en Colombia; fue así como la aseguradora internacional decidió explorar la alternativa de la selección y contratación directa de la prestación de servicios a sus afiliados en Colombia y propuso a la OES que le brindara asesoría al respecto.

Para ello, la aseguradora internacional invitó a 13 hospitales colombianos a presentar propuestas, para una posterior selección y contratación; para lo cual, les solicitó presentaran la propuesta tarifaria siguiendo el formato del Manual ISS 2001. Posteriormente la aseguradora internacional envió un equipo de 6 personas a Colombia y visitó los 8 hospitales que presentaron propuestas. La OES realizó acompañamiento en este proceso y posteriormente se comprometió a acompañar a la aseguradora internacional durante 17 meses y realizar la coordinación de la atención de los afiliados remitidos a Colombia, además del fortalecimiento de sus procesos de asegurador. Al cabo de los 17 meses la aseguradora debería asumir todas las funciones de aseguramiento de sus pacientes remitidos a Colombia; sin embargo hasta la fecha, la OES continúa realizando la coordinación de pacientes de la aseguradora internacional, así como también el proceso de auditoría de cuentas.

Por ello, desde abril del año 2012, la OES, en compañía de la aseguradora internacional, han unido esfuerzos para brindar atención médica de alta complejidad a los pacientes procedentes de Aruba, afiliados a la aseguradora internacional, enviados a Colombia, además de garantizar que todos los pacientes remitidos de Aruba a Colombia reciban los mejores estándares de calidad y seguridad desde el momento de salida de la isla hasta su retorno; para este fin ha sido necesario integrar la aseguradora internacional, la OES y las IPS vinculadas en la atención de dichos pacientes.

Pero, este proceso de acompañamiento, para la atención médica de pacientes arubianos en Colombia, ha requerido el desarrollo de un modelo de atención que se ha ido construyendo desde el año 2010; sin embargo, esta experiencia de construcción y desarrollo no ha sido documentada, ni se tienen antecedentes claros de su proceso de construcción, ni cómo es el modelo que se está aplicando para la atención de los pacientes arubianos. Lo único claro hasta el momento es que la aseguradora internacional, la OES y los prestadores de servicios de salud en Colombia, han unido esfuerzos para unificar integralmente todo el ciclo de atención de los paciente arubianos que reciben atención médica en Colombia.

## **1.5 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

Hasta el momento, la aseguradora internacional como la OES y las IPS colombianas, que tienen contrato con esta aseguradora internacional, no tienen un modelo de atención documentado que pueda servir de línea de base para futuras investigaciones o que pueda dar pautas a las IPS colombianas en cuanto a la implementación de un modelo integral a pacientes internacionales. Además, se desconocen los hitos que han influido en la construcción y perfeccionamiento de modelos de atención a pacientes internacionales en Colombia.

Por lo anterior, para el desarrollo de este proyecto se plantea la siguiente pregunta:

¿Cómo es el modelo que está aplicando una aseguradora internacional, la OES y las IPS vinculadas, para prestar atención a pacientes internacionales provenientes de Aruba y, cuáles son los hitos más destacados que han formado parte en el curso de la construcción y desarrollo de este modelo?.

## **1.6 JUSTIFICACIÓN**

Este estudio se hace pertinente puesto que, hasta el momento no se cuenta con un documento guía que recopile los conocimientos, procesos, dificultades y logros alcanzados en el desarrollo de modelos de atención a pacientes internacionales en Colombia, en donde se han involucrado una aseguradora internacional, la OES y cuatro IPS colombianas. La información disponible en relación con modelos de atención de pacientes internacionales es limitada, además nuestro sistema de salud colombiano no ha desarrollado un proceso estandarizado que pueda dar guía a las instituciones prestadoras de servicios de salud en nuestro país para brindar atención a turistas médicos. Es por ello que, se hace preciso realizar este estudio y así poder generar parte de ese conocimiento que hasta el momento sigue sin ser explorado.



## **1.7 PROPÓSITO**

Esta investigación pretende documentar el modelo de atención para pacientes internacionales, de manera que pueda servir como línea de base a las IPS colombianas que estén interesadas en ofertar servicios de salud de alta complejidad a aseguradoras internacionales. Además, busca generar información relevante que pueda servir como herramienta para la toma de decisiones para la aseguradora internacional, la OES y las IPS que prestan atención a pacientes internacionales en Colombia.

## **1.8 OBJETIVO GENERAL**

Describir el modelo de atención que está siendo aplicado para la atención de pacientes internacionales, a través de una aseguradora internacional, la OES y las IPS vinculadas en Colombia.

## **1.9 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar los aspectos sociodemográficos de los pacientes internacionales, que son enviados a Colombia a través de una aseguradora internacional de Aruba.
- Determinar las características de los componentes del modelo de atención que está siendo aplicados para la atención de pacientes internacionales, a través de una aseguradora internacional, la OES y las IPS vinculadas.
- Realizar un flujograma de procesos del modelo para la atención a pacientes procedentes de Aruba en donde se establezca la ruta del ciclo de atención de los pacientes durante su estadía en Colombia.
- Identificar los hitos que han formado parte en el curso de la construcción y desarrollo de este modelo.

## **1.10 FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD DEL ESTUDIO**

Este estudio es factible y viable porque se puede hacer, dado que cuenta con el apoyo político y social necesarios por parte de la aseguradora internacional y la OES. Además, se tiene la disponibilidad de las herramientas necesarias para llevar a cabo este estudio de manera gratuita.

## 2. CAPITULO II: METODOLOGÍA

### 2.1. TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es de tipo descriptivo de caso, dado que, solamente busca describir el modelo de atención de pacientes extranjeros enviados a Colombia a través de una aseguradora internacional; sin entrar a comprobar determinadas hipótesis, ni en hacer predicciones. (Tamayo, 1995).

### 2.2. POBLACIÓN

La población del estudio estuvo constituida por los pacientes afiliados a la aseguradora internacional, remitidos desde Aruba a Colombia en el período 2013-2014, exceptuando los niños que hayan nacido en Colombia.

### 2.3. FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información para el presente estudio fueron de dos tipos:

- Fuentes primarias, constituidas por los participantes en el diseño, estructuración e implementación del modelo de atención:

Dra. Teresa Tono, Directora del Proyecto en la OES

Sr. Merrel Curie, Gerente de Cuentas de la aseguradora arubiana.

Sra. Sandra Guerrero, encargada del proyecto en el área administrativa y financiera.

Sra. Diana Ramírez, auditora médico del proyecto.

Sr. Wilmar Cortés, encargado del diseño y desarrollo de la herramienta de información.

\*Es importante aclarar que, solo serán incluidos en las entrevistas los participantes que hayan acompañado el proyecto por un período mínimo de 2 años.

- Fuentes secundarias: se consultaron, revisaron y analizaron las bases de datos de la aseguradora internacional. Además se realizó una revisión de archivos de la OES.

\* Se debe aclarar que, los registros no congruentes, incompletos o doblemente digitados fueron excluidos de esta investigación.

## **2.4. INSTRUMENTOS**

Se diseñaron y aplicaron los siguientes instrumentos:

- Entrevistas estructuradas con preguntas abiertas, las cuales fueron aplicadas a los cinco funcionarios señalados como fuentes de información primaria. Es importante aclarar, que éstas fueron grabadas para conservar la fidelidad de la información, con el previo consentimiento informado de los participantes. (ANEXO 1.) Los formatos de entrevistas fueron validados a través de consulta con expertos, ya que no había posibilidad de aplicar una prueba piloto, pues se tendría que aplicar a las mismas personas que fueron entrevistadas.
- Formato de inspección, el cual fue aplicado en la revisión de las bases de datos de la aseguradora internacional. (ANEXO 2.)
- Formato de inspección de información cualitativa, resultante del proceso de aplicación de las entrevistas, el cual fue estructurado una vez se realizaron las entrevistas.

## **2.5. VARIABLES, CARACTERÍSTICAS E HITOS RELACIONADOS CON EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO**

La información se presenta en el siguiente cuadro.

### MATRIZ DE VARIABLES

Objetivo: Caracterizar los aspectos sociodemográficos y epidemiológicos de los pacientes internacionales, que son enviados a Colombia a través de una aseguradora internacional de Aruba.




VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS	DEFINICIÓN OPERACIONAL	OPERACIONALIZACIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN	INSTRUMENTO
Edad	Edad del usuario al momento de la atención en salud	Días, meses, años cumplidos	Secundarias	Formato de inspección de base de datos
Género	Identificación del género de cada paciente	M= Masculino F= Femenino I=Indeterminado	Secundarias	Formato de inspección de base de datos
Procedimiento solicitado por la Aseguradora	Identificación del procedimiento solicitado desde Aruba, según especialidad clínica	1=Ortopedia 2=Cirugía General 3=Cardiología 4=Hemato-Oncología 5=Oftalmología 6=Exámenes diagnósticos 7=Ginecología	Secundarias	Formato de inspección de base de datos

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS	DEFINICIÓN OPERACIONAL	OPERACIONALIZACIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN	INSTRUMENTO
		8=Obstetricia 9=Medicina Interna 10=Urología 11=Nefrología 12=Gastroenterología 13=Pediatria 14=Neonatología 15=Neumología 16=Neurocirugía 17=Neurología 18=Psiquiatría		
Institución a la que se remite el paciente	Determinación de la institución de salud, en Colombia, a la que se remite al paciente desde Aruba a Colombia	1= Institución de Salud 1 2= Institución de Salud 2 3= Institución de Salud 3 4= Institución de Salud 4	Secundarias	Formato de inspección de base de datos

<b>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>OPERACIONALIZACIÓN</b>	<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
Estancia	Duración total en días de la atención médica en Colombia	Estancia= Día de finalización de la atención médica menos día de llegada a Colombia.  E= Día Finalización de atención – Día de llegada	Secundarias	Formato de inspección de base de datos
Mortalidad	Fallecimiento del paciente durante su estancia en Colombia	1= SI 2= NO	Secundarias	Formato de inspección de base de datos
Causa de Mortalidad	Determinación de la causa del fallecimiento del paciente durante su estancia en Colombia	Según el reporte enviado por la institución de salud donde falleció el paciente	Secundarias	Formato de inspección de base de datos

### CRITERIOS SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DEL MODELO

- Objetivo: Determinar las características de los componentes del modelo de atención que está siendo aplicados para la atención de pacientes internacionales, a través de una aseguradora internacional, la OES y las IPS vinculadas.

CRITERIO SOBRE CARACTERÍSTICAS	FUENTE DE INFORMACIÓN	INSTRUMENTO
Tipo de Modelo	Funcionarios de la Aseguradora Internacional, Funcionarios de la OES	Entrevista estructurada con preguntas abiertas
Tipo de Seguro	Funcionarios de la Aseguradora Internacional, Funcionarios de la OES	Entrevista estructurada con preguntas abiertas
Procesos Operativos  Aseguradora internacional  OES  Prestadores colombianos (Ruta del ciclo de atención)	Funcionarios de la Aseguradora Internacional, Funcionarios de la OES  Bases de datos de la aseguradora internacional	Entrevista estructurada con preguntas abiertas  Formato de inspección de base de datos.



CRITERIO SOBRE CARACTERÍSTICAS	FUENTE DE INFORMACIÓN	INSTRUMENTO
Procesos Administrativos: <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Selección de proveedores</li> <li>✚ Acuerdos Tarifarios (tipo de contratación, coberturas, no coberturas).</li> <li>✚ Acuerdos de procesos</li> <li>✚ Sistema de facturación</li> </ul>	Funcionarios de la Aseguradora Internacional, Funcionarios de la OES  Bases de datos de la aseguradora internacional	Entrevista estructurada con preguntas abiertas  Formato de inspección de base de datos
Auditoría y seguimiento	Funcionarios de la Aseguradora Internacional, Funcionarios de la OES  Bases de datos de la aseguradora internacional	Entrevista estructurada con preguntas abiertas  Formato de inspección de base de datos
Sistemas de Información y Comunicación	Funcionarios de la Aseguradora Internacional,	Entrevista estructurada con

CRITERIO SOBRE CARACTERÍSTICAS	FUENTE DE INFORMACIÓN	INSTRUMENTO
	Funcionarios de la OES Bases de datos de la aseguradora internacional	preguntas abiertas Formato de inspección de base de datos

### HITOS

Objetivo: Identificar los hitos que han formado parte en el curso de la construcción y desarrollo de este modelo

CRITERIO SOBRE CARACTERÍSTICAS	FUENTE DE INFORMACIÓN	INSTRUMENTO
Identificación de los principales acontecimientos que han marcado un momento importante en la construcción y desarrollo del modelo de atención.	Funcionarios de la Aseguradora Internacional, Funcionarios de la OES	Entrevista estructurada con preguntas abiertas

## 2.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Objetivo: Caracterizar los aspectos sociodemográficos de los pacientes internacionales, que son enviados a Colombia a través de una aseguradora internacional de Aruba.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS	PROCESAMIENTO	PRESENTACIÓN	TÍTULOS
Edad	Edad <1 año, 1-4, 5-14, 15-44, 45-59, 60 o más años.	<p>Distribución poblacional por institución distribuida por grupos etarios; la información se presentará en tabla en el programa Excel.</p> <p>Distribución poblacional en general distribuida por grupos etarios; la información se presentará en tabla en el programa Excel.</p>	<p>Gráfica. Pirámide poblacional de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional distribuida por institución y edad, 2013-2014.</p> <p>Gráfica. Pirámide poblacional de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional distribuida por edad, 2013-2014.</p>
Género	Tabulación según categorización del género	Distribución poblacional por institución distribuida por género; la información se presentará en tabla en el programa Excel	Cuadro. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional distribuida por institución y según género,

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS	PROCESAMIENTO	PRESENTACIÓN	TÍTULOS
		Distribución poblacional en general distribuida por género; la información se presentará en tabla en el programa Excel	2013-2014. Cuadro. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional distribuida por género, 2013-2014.
Procedimiento solicitado por la Aseguradora	Tabulación según categorización de la especialidad	*Distribución poblacional por institución distribuida según especialidad; la información se presentará en tabla en el programa Excel *Distribución poblacional en general distribuida según especialidad; la información se presentará en tabla en el programa Excel	*Gráfica. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional distribuida por institución y según especialidad, 2013-2014. *Gráfica. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional distribuida según especialidad, 2013-2014.
Institución a la que se remite el paciente	Tabulación según categorización de las instituciones	Porcentaje de distribución poblacional según institución a la que se remite; la información se presentará en barras en el	Gráfica. Porcentaje de distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS	PROCESAMIENTO	PRESENTACIÓN	TÍTULOS
		<p>programa Excel.</p> <p>*Porcentaje de distribución poblacional en general distribuida según institución a la que se remite; la información se presentará en barras en el programa Excel</p>	<p>internacional distribuida según institución a la que se remite, 2013-2014.</p> <p>Gráfica. Porcentaje de distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional distribuida según institución a la que se remite, 2013-2014.</p>
Estancia	<p>Tabulación según promedio de días de estancia de los pacientes</p>	<p>*Distribución poblacional por institución distribuida según promedio días de estancia; la información se presentará en barras en el programa Excel</p> <p>*Distribución poblacional en general distribuida según promedio de días de estancia; la información se presentará en barras en el programa Excel</p>	<p>*Gráfica. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional distribuida por institución y según el promedio de días de estancia, 2013-2014.</p> <p>*Gráfica. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional distribuida según</p>

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS	PROCESAMIENTO	PRESENTACIÓN	TÍTULOS
			promedio de días de estancia, 2013-2014.
Mortalidad	Tabulación de ocurrencia de muertes por institución	<p>*Porcentaje de distribución poblacional por institución distribuida según ocurrencia de muertes; la información se presentará en barras en el programa Excel</p> <p>*Porcentaje de distribución poblacional en general distribuida según ocurrencia de muertes; la información se presentará en barras en el programa Excel</p>	<p>*Gráfica. Porcentaje de distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional distribuida por institución y según ocurrencia de muertes, 2013-2014.</p> <p>*Gráfica. Porcentaje de distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional distribuida según ocurrencia de muertes, 2013-2014.</p>
Causa de Mortalidad	Tabulación causas de muerte ocurridas por institución.	Porcentaje de distribución poblacional por institución distribuida según causa de muerte; la información se presentará en tabla en el	Gráfica. Porcentaje de distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional distribuida por

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS	PROCESAMIENTO	PRESENTACIÓN	TÍTULOS
		<p>programa Excel.</p> <p>Porcentaje de distribución poblacional en general distribuida según causa de muerte; la información se presentará en tabla en el programa Excel</p> <p>Porcentaje de distribución poblacional en general distribuida según causa de muerte y especialidad; la información se presentará en barras en el programa Excel</p>	<p>institución y según causa de muerte, 2013-2014.</p> <p>Gráfica. Porcentaje de distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional distribuida según causa de muerte, 2013-2014.</p> <p>Gráfica. Porcentaje de distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional distribuida según causa de muerte y especialidad, 2013-2014.</p>

## **2.7. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

La recolección de la información para la presente investigación se realizó en dos etapas, las cuales se describen a continuación:

ETAPA 1: Realización de las entrevistas a los funcionarios de la aseguradora internacional y la OES.

Se contactó a los funcionarios de la aseguradora internacional y de la OES, previamente mencionados; posteriormente, se les explicó de manera general el propósito del presente estudio con el objetivo de acceder a su consentimiento informado para proseguir con las entrevistas, las cuales fueron grabadas.

ETAPA 2: Revisión de las bases de datos de la aseguradora internacional.

- ✓ Se obtuvo el acceso a la base de datos de la aseguradora internacional
- ✓ Se construyó una base de datos en Excel para los fines del estudio.
- ✓ Se tabularon los datos de cada variable
- ✓ Se organizó la información con base en las variables descritas en la matriz de variables.

## **2.8. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:**

El procesamiento de la información recolectada para la presente investigación se realizó en dos etapas, las cuales consistieron en:

### **ETAPA 1: Para el caso de las entrevistas**

- Transcripción manual de las entrevistas realizadas.
- Organización de la información para su posterior análisis



## **ETAPA 2: Base de datos de la aseguradora internacional**

El procesamiento de la información de la base de datos se presenta en la matriz presentada en el numeral 2.6

### **2.9. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

El análisis de la información para la presente investigación se realizó en dos etapas, las cuales se describen a continuación:

#### **ETAPA 1: Entrevistas**

La información se analizó a través de la técnica de análisis de contenido, la cual, para Berelson, es una técnica de investigación que pretende ser objetiva, sistemática y cuantitativa en el estudio del contenido manifiesto de la comunicación (Berelson, B. 1952); Noguero, sin embargo, la considera como una forma particular de análisis de documentos. Con esta técnica no es el estilo del texto lo que se pretende analizar, sino las ideas expresadas en él, siendo el significado de las palabras, temas o frases lo que intenta cuantificarse (Noguero, F. L. 2002).

Esta técnica comprende los siguientes pasos:

- Selección de las unidades de análisis dentro de las respuestas
- Codificación de las tendencias de respuestas de los participantes.
- Elección de las respuestas con patrones generales y asignación de los códigos respectivos.
- Análisis de contenido semántico de cada una de las unidades de análisis, a través de la identificación de relaciones entre las respuestas
- Análisis descriptivo de la información cualitativa con base en la información resultante de las entrevistas (Ryan, G.W. y Bernard, H.R. 2003).

## **ETAPA 2: Base de datos de la aseguradora internacional**

Se realizó un análisis descriptivo de las asociaciones entre las variables de interés.

### **2.10. CONFLICTO DE INTERÉS Y ASPECTOS ÉTICOS**

La investigadora participante de esta investigación no tenía ningún conflicto de interés. Este estudio se ajusta a las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, establecidas en la Resolución No. 008430 de 1993. El presente estudio, hace parte de la investigación en seres humanos y se clasifica como una investigación sin riesgo. Se solicitó consentimiento informado a los funcionarios de la aseguradora internacional y de la OES que fueron entrevistados y se garantizó que se éste fuese firmado previamente. (VER ANEXO 3).

### **3. CAPÍTULO III RESULTADOS ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

El presente capítulo mostrará los resultados del proceso de este proyecto de investigación en cuatro apartes diferentes: en primer lugar se presentará la caracterización de los aspectos socio-demográficos de los pacientes internacionales que son enviados a Colombia a través de la aseguradora internacional arubiana, esta caracterización será presentada de manera general y posteriormente para cada una de las instituciones que prestan los servicios de salud a la aseguradora internacional<sup>2</sup>; a continuación se realizará la caracterización de los componentes del modelo de atención que está siendo aplicado para la atención de estos pacientes internacionales, a través del contrato celebrado entre la aseguradora internacional, la OES y las IPS vinculadas; en el tercer aparte se describirán los procesos que son llevados a cabo para la aplicación del modelo de atención para los pacientes procedentes de Aruba, teniendo en cuenta la ruta del ciclo de atención de estos pacientes durante su estadía en Colombia; y, finalmente se presentará el análisis de los hitos que han tenido lugar en el curso de la construcción y desarrollo del modelo.

#### **3.1. CARACTERIZACIÓN DE LOS ASPECTOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES INTERNACIONALES ENVIADOS A COLOMBIA A TRAVÉS DE UNA ASEGURADORA INTERNACIONAL EN ARUBA**

La presentación de los resultados de esta caracterización se hará teniendo en cuenta las variables definidas y estructuradas durante la fase del diseño del proyecto.

##### **3.1.1. Edad**

Con relación a la variable edad de los pacientes internacionales enviados a Colombia, la información recolectada mostró que la mayoría (36%) de los pacientes corresponden a pacientes mayores de 60 años, seguido por el grupo etario

---

<sup>2</sup> A petición de la aseguradora internacional, las instituciones serán denominadas como institución 1, 2, 3 y 4 para mantener el anonimato de las mismas.

comprendido en el rango entre 45 a 59 años (29%) y el grupo de 15 a 44 años (27%) respectivamente; este comportamiento se presentó de igual manera para los dos años estudiados. Ver cuadro 1

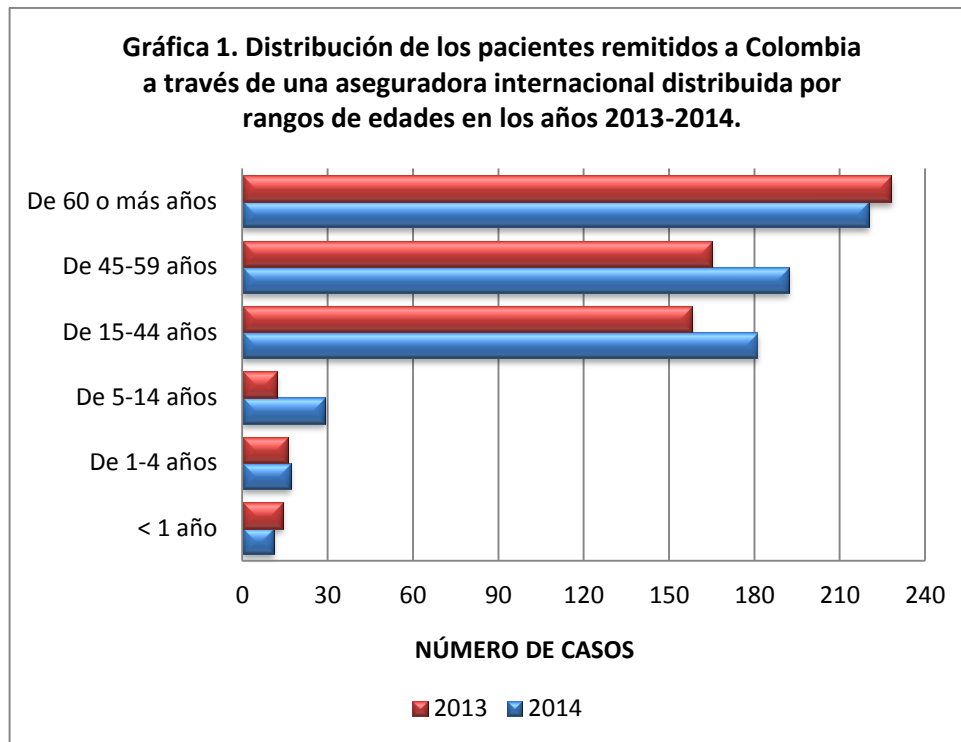
**Cuadro 1. Distribución del número de pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional, distribuidos por rangos de edades. 2013-2014**

RANGO DE EDADES	2013	2014	TOTAL	PORCENTAJE	FRECUENCIA ACUMULADA
De 60 o más años	228	220	448	36%	448
De 45-59 años	165	192	357	29%	805
De 15-44 años	158	181	339	27%	1144
De 5-14 años	12	29	41	3%	1185
De 1-4 años	16	17	33	3%	1218
< 1 año	14	11	25	2%	1243
TOTAL	593	650	1243	100%	

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

Asimismo, el gráfico 1 muestra el comportamiento de los pacientes enviados a Colombia, para los años 2013 y 2014, donde se observa claramente, como en los grupos de pacientes de 45 a 59 años hay un incremento del 16% en el año 2014 con respecto al año 2013, de igual manera se evidencia un incremento en el grupo de pacientes de 15 a 44 años del 14.5% en el año 2014 con respecto al año 2013.

Los resultados mostraron que el 92% de los pacientes remitidos a Colombia por la aseguradora internacional, en los años 2013-2014, corresponden a personas mayores de 15 años, lo que podría estar relacionado con el tipo de procedimiento solicitado por la misma. Este comportamiento se ve claramente afectado por los resultados en el grupo de pacientes de 60 años y más, pues como se observa en el cuadro 1, es el grupo con el mayor número de personas correspondiendo a un 36%.



Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

### 3.1.2. Género

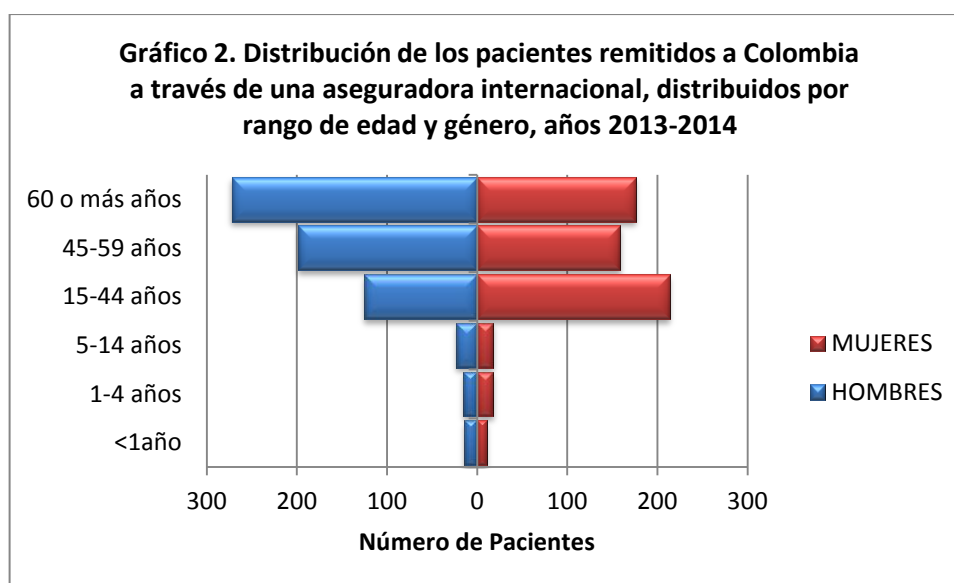
El comportamiento de la variable género mostró un predominio de pacientes hombres (52%) sobre las mujeres (48%). Cuando se analiza el comportamiento de esta variable, teniendo en cuenta los grupos de edad de los pacientes, se observa que en los grupos de 1 a 4 años y de 15 a 44 años el comportamiento de la variable género es contrario al comportamiento general, pues el número de pacientes mujeres es mayor en ambos grupos, 18 y 214 respectivamente. Cuando observamos los resultados en porcentajes el grupo de 15 a 44 años muestra un comportamiento mayor de mujeres (36%) que de hombres (19%), a diferencia del grupo de 60 años y más donde el porcentaje de hombres (42%) es mayor que el de mujeres (30%); estas variaciones podrían estar relacionadas con el tipo de procedimiento solicitado por la aseguradora. Cuadro 2

**Cuadro 2. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional distribuida por rango de edad y género, en los años 2013-2014**

EDAD	HOMBRES		MUJERES	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
60 o más años	272	42%	176	30%
45-59 años	198	31%	159	27%
15-44 años	125	19%	214	36%
5-14 años	23	4%	18	3%
1-4 años	15	2%	18	3%
<1año	14	2%	11	2%
TOTAL	647	100%	596	100%

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

El gráfico 2 muestra la distribución de los pacientes remitidos a Colombia, distribuidos por rango de edad y género a manera de pirámide poblacional, en él se observa claramente el predominio de los hombres sobre las mujeres en los grupos de 60 años o más y de 45 a 59 años, caso contrario en el grupo de 15 a 44 años donde es mayor el número de mujeres que de hombres.



Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

### 3.1.3. Procedimiento Solicitado por la Aseguradora

El análisis de esta variable debe realizarse simultáneamente con los resultados de la variable tipo de especialidad a la que son remitidos los pacientes, al respecto el comportamiento de esta variable, teniendo en cuenta el número de pacientes enviados a Colombia, mostró cómo las especialidades de oftalmología y exámenes diagnósticos tienen un incremento de 59 a 117 y de 63 a 121, respectivamente.; caso contrario al que se presenta en el comportamiento de las especialidades de cardiología y hemato-oncología, donde el número de pacientes disminuyó de 172 a 86 y de 76 a 74, respectivamente. Cuadro 3

**Cuadro 3. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional distribuida según especialidad, 2013-2014**

SOLICITUD REALIZADA POR LA ASEGURADORA	2013		2014		TOTAL CASOS	TOTAL PORCENTAJE	FRECUENCIA ACUMULADA
	Número	%	Número	%			
Cardiología	172	29,0	86	13,2	258	20,8	258
Exámenes Dx	63	10,6	121	18,6	184	14,8	442
Oftalmología	59	9,9	117	18,0	176	14,2	618
Hemato-Oncología	76	12,8	74	11,4	150	12,1	768
Gastroenterología	31	5,2	34	5,2	65	5,2	833
Urología y Nefrología	31	5,2	29	4,5	60	4,8	893
Cirugía General	25	4,2	33	5,1	58	4,7	951
Neurocirugía	25	4,2	33	5,1	58	4,7	1009
Ortopedia	18	3,0	36	5,5	54	4,3	1063
Maxilo Facial	35	5,9	14	2,2	49	3,9	1112
MI y Otras Terapias	13	2,2	17	2,6	30	2,4	1142
Obstetricia	15	2,5	14	2,2	29	2,3	1171
Cuidados UCI (Ped-Adul) y U.Quem.	11	1,9	15	2,3	26	2,1	1197
Segunda Opinión	5	0,8	8	1,2	13	1,0	1210
Neurología	5	0,8	7	1,1	12	1,0	1222
Neumología	3	0,5	7	1,1	10	0,8	1232
Control Post Qco	2	0,3	3	0,5	5	0,4	1237
Otorrinolaringología	3	0,5	1	0,2	4	0,3	1241
Ginecología		0,0	1	0,2	1	0,1	1242
Pediatría y Neonatología	1	0,2		0,0	1	0,1	1243

Psiquiatría		0,0		0,0	0	0,0	1243
TOTAL	593	100	650	100	1243	100	

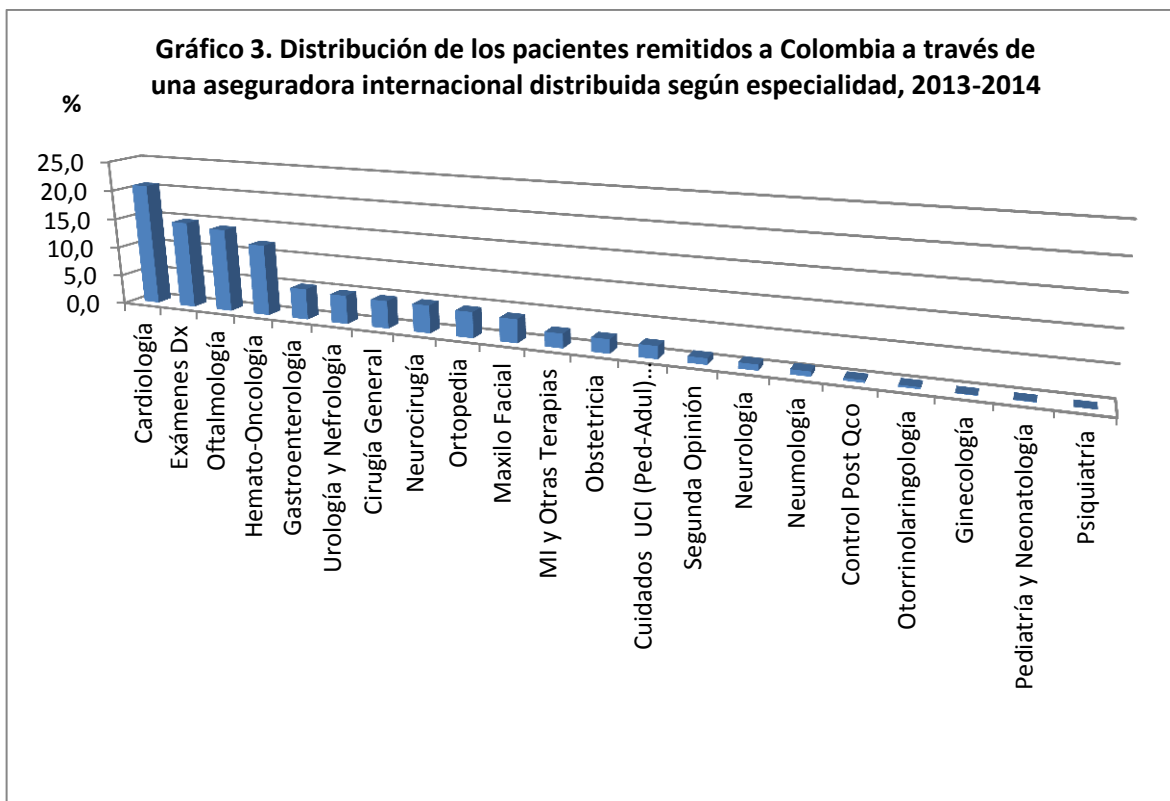
Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

Ahora bien, con respecto a la variable procedimiento solicitado por la aseguradora internacional, la información recolectada mostró que dentro de las especialidades clínicas más solicitadas por la aseguradora internacional en los años 2013-2014 se encuentran: Cardiología en un (20.8%), oftalmología (14,2%), y hemato-oncología (12,1%). Se evidenció además, que el comportamiento de los exámenes diagnósticos tuvo una participación del (14,8%), que incluyeron la realización de: Polisomnografías, pet-scan, bone scan, octreo scan, vq scan, leukocytes scan, total body I-131-scan, dat scan, resonancias y gammagrafías.

Se observa en contraste, el comportamiento de medicina interna (MI) y otras terapias (2,4%) que incluyó: Evaluación de miositis de origen desconocido, escleroterapia, evaluación y tratamiento de absceso subfrénico persistente, tratamiento de I-131, I131-ablación, tratamiento radiactivo con I-131, radionuclide therapy with radium 223 or Samarium, evaluación clínica y tratamiento de picazón crónica y administración de botox en glándulas salivales.

Asimismo, el gráfico 3 muestra la distribución de los pacientes remitidos a Colombia, según especialidad para los años 2013-2014, donde se evidencia el predominio de la especialidad de cardiología (20,8%) sobre el resto de las especialidades; a pesar, como lo muestra la tabla 3, que la variación de esta especialidad ha sido amplia, pasando de (29,0%) en el 2013 a (13,2%) en el 2014.





Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

Es importante señalar que, llama la atención que en los dos años, 2013 y 2014, se referencia como motivo de envío de pacientes internacionales a Colombia, la no disponibilidad de unidades de quemados en Aruba, así como la falta de camas en la UCI pediátrica y adultos, la solicitud de segundas opiniones médicas y los controles post quirúrgicos.

### 3.1.4. Institución a la que se remite el paciente

El comportamiento de esta variable evidenció un incremento del envío de pacientes internacionales procedentes de Aruba a Colombia en el año 2014 (650) con respecto al año 2013 (593). Asimismo, la información recolectada evidenció que la institución 1 concentra el mayor número de pacientes (60,9%), seguido por la institución 2 (26,2%), la 3 (10,0%) y la 4 (2,9%) respectivamente; este comportamiento se presentó de igual manera para los dos años estudiados. Se debe resaltar el hecho que las instituciones 2, 3 y 4 tuvieron un drástico descenso en el número de

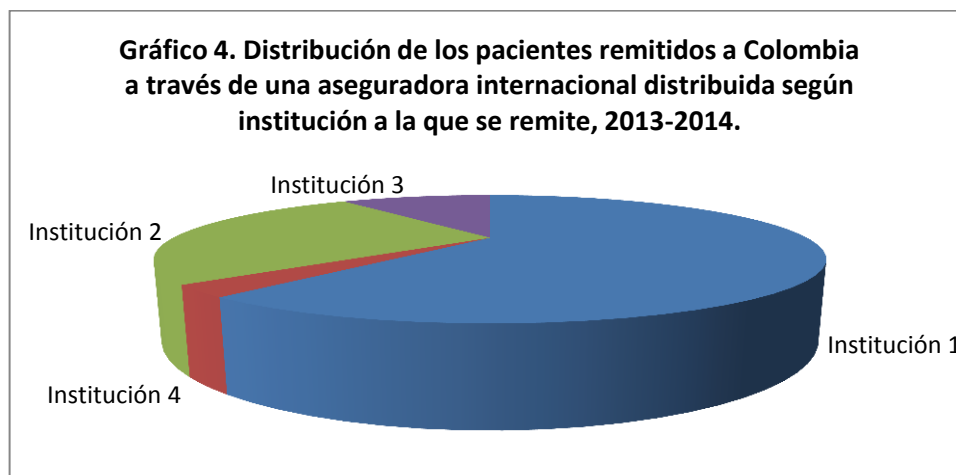
pacientes internacionales procedentes de Aruba del año 2013 al año 2014, las razones para este comportamiento no están claramente establecidas, la información recibida solo da cuenta del descenso sin entrar a juzgar los motivos del mismo. Ver cuadro 4

**Cuadro 4. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional distribuida según institución a la que se remite, 2013-2014.**

INSTITUCIÓN	2013		2014		TOTAL	PORCENTAJE
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE		
Institución 1	282	47,6%	475	73,1%	757	60,9%
Institución 2	194	32,7%	132	20,3%	326	26,2%
Institución 3	94	15,9%	30	4,6%	124	10,0%
Institución 4	23	3,9%	13	2,0%	36	2,9%
TOTAL	593	100%	650	100%	1243	100%

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

El gráfico número 4 muestra la distribución de los pacientes remitidos a Colombia, distribuidos según institución a la que se remite, en él se observa el predominio de la institución 1, seguida por la institución 2, con respecto al resto de las instituciones.



Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

### 3.1.5. Estancia

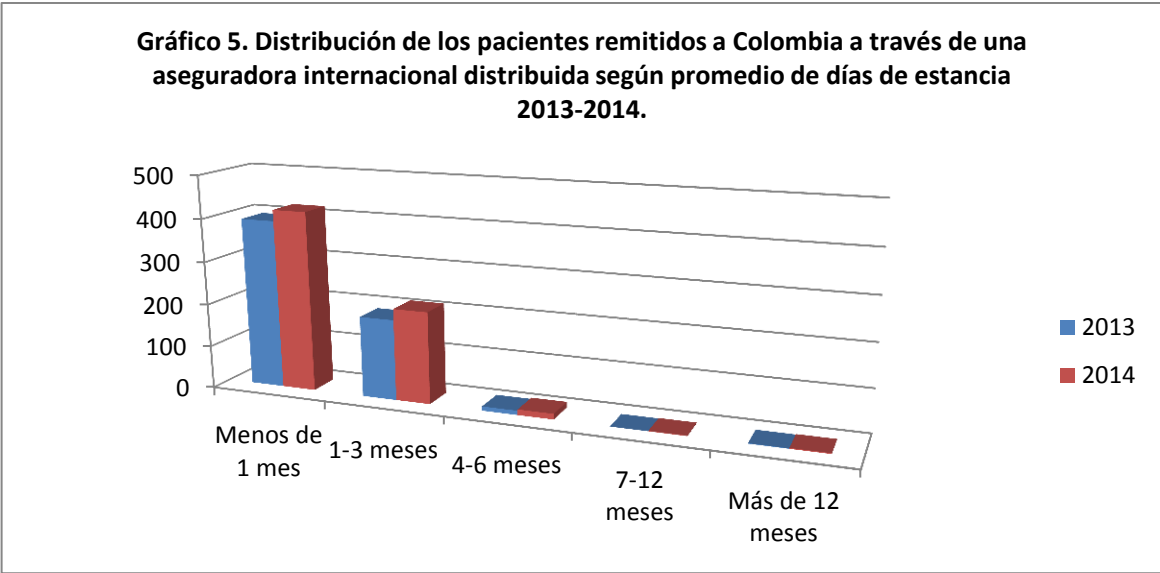
Sobre la variable estancia, los resultados mostraron que en el período 2013-2014 el 97,8% de los pacientes enviados a Colombia, tuvieron una estancia inferior o igual a 90 días, esto podría estar relacionado con el tipo de procedimiento solicitado por la aseguradora internacional. Este comportamiento, se ve claramente afectado por los resultados en el rango menos de 1 mes, pues como se observa en el cuadro 5, es el rango con el mayor número de personas correspondiendo a 814 pacientes en ambos años (65.5%). Además, es importante resaltar que tres (3) pacientes permanecieron por espacio de más de 12 meses, esta permanencia podría ser atribuida a diferentes aspectos que quizás hayan intervenido en que ocurriese, pero que la información aportada, no da elementos claros para atribuirlos, pero podríamos hablar de tres aspectos de suma importancia que podrían estar relacionados con este comportamiento, como lo son el tipo de procedimiento realizado o a la presencia de dificultades logísticas o migratorias para el retorno de los pacientes a su país de origen.

**Cuadro 5. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional distribuida según promedio de días de estancia 2013-2014.**

ESTANCIA	2013		2014		TOTAL	PORCENTAJE	FRECUENCIA ACUMULADA
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE			
Menos de 1 mes	394	66,4%	420	64,6%	814	65,5%	814
1-3 meses	188	31,7%	214	32,9%	402	32,3%	1216
4-6 meses	10	1,7%	13	2,0%	23	1,9%	1239
7-12 meses	0	0,0%	1	0,2%	1	0,1%	1240
Más de 12 meses	1	0,2%	2	0,3%	3	0,2%	1243
TOTAL	593	100%	650	100%	1243	100%	

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

El siguiente gráfico, muestra el comportamiento de la estancia de los pacientes enviados a Colombia, en él se observa claramente, al analizar el comportamiento de esta variable teniendo en cuenta el número de pacientes, el aumento de las estancias de menos de 1 mes y de 1 a 3 meses en el año 2014. Como se mencionaba anteriormente, llama la atención además, la presencia de pacientes con estancias mayores a 12 meses, lo que podría corresponder a la presencia de dificultades en los aspectos señalados anteriormente.



Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

**3.1.6. Mortalidad**

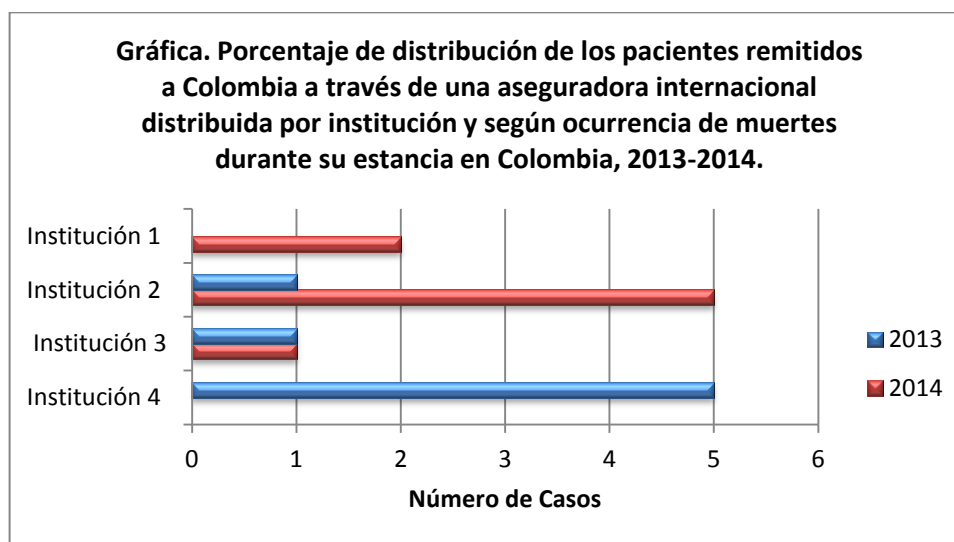
Con relación a la variable mortalidad de los pacientes internacionales enviados a Colombia en los períodos estudiados, la información recolectada mostró que en la institución 2 se presentaron 6 fallecimientos, seguido por la institución 4 (5 fallecimientos); al analizar este comportamiento en los años estudiados, se observa que éste se presentó de diferente manera para las dos instituciones, la institución 2 presentó la mayor cantidad de pacientes fallecidos (5) en el año 2014, mientras que, la institución 4 tuvo una mayor cantidad de pacientes fallecidos (5) en el año 2013. Ver cuadro 6

**Cuadro 6. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional distribuida por institución y según número de ingresos y ocurrencia de muertes durante su estancia en Colombia, años 2013-2014.**

INSTITUCIÓN	2013			2014			TOTAL NÚM. INGRESOS	TOTAL PTES FALLECIDOS	%
	NÚM. INGRESOS	NÚM. FALLECIDOS	%	NÚM. INGRESOS	NÚM. FALLECIDOS	%			
Institución 2	194	1	0,5%	132	5	3,8%	326	6	40,0%
Institución 4	23	5	21,7%	13	0	0,0%	36	5	33,3%
Institución 3	94	1	1,1%	30	1	3,3%	124	2	13,3%
Institución 1	282	0	0,0%	475	2	0,4%	757	2	13,3%
TOTAL	593	7		650	8		1243	15	100%

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

En el gráfico 6 se muestra el comportamiento de la mortalidad de los pacientes enviados a Colombia, en él se puede observar, al analizar el comportamiento, teniendo en cuenta el número de pacientes fallecidos, que la institución 1 junto con la institución 3, presentaron la menor cantidad de pacientes fallecidos en relación con el resto de las instituciones. Llama la atención, que la institución 1, a pesar de concentrar el mayor número de remisión de pacientes, cuenta con uno de los menores porcentajes de mortalidad (13,3%), como se puede apreciar en el cuadro 6.



Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

Es importante señalar que, la información aportada no permite explicar las razones relacionadas con la ocurrencia de las muertes de los pacientes remitidos, ni explicar la diferencia en el comportamiento según las instituciones a las que se remiten los pacientes, solamente permite presentar la distribución de las muertes ocurridas en los dos años estudiados y según la institución en la que éstas ocurrieron.

### 3.1.7. Causa de Mortalidad

Con relación a la causa de mortalidad de los pacientes internacionales enviados a Colombia en el año 2013, la información obtenida mostró que la institución 4 -donde más se presentaron fallecimientos (- cinco en total)- evidenció que la causa principal de muertes fueron paros cardio-respiratorios y asistolias; lo que podría estar relacionado con complicaciones presentes en el procedimiento realizado, teniendo en cuenta los diagnósticos principales de estos pacientes. Ver cuadro 7

**Cuadro 7. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional distribuida por institución y según causa de muerte, año 2013.**

INSTITUCIÓN	TOTAL CASOS 2013	PTES FALLECIDOS 2013	DETERMINACIÓN CAUSA DEL FALLECIMIENTO	DX PRINCIPAL
			Asistolia	Sepsis de origen pulmonar
Institución 4	23	5	Asistolia	Quemaduras 60% superficie corporal
			Paro Cardio respiratorio	Carcinoma de esófago
			Paro Cardio respiratorio	Cáncer de pulmón
			Paro Cardio respiratorio	Prematuridad, multi complicaciones
Institución 3	94	1	Muerte Cerebral	Hemorragia Subaracnoidea
Institución 2	194	1	Paro Cardio respiratorio	Cardiopatía
Institución 1	282	0		
TOTAL	593	7		

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

Por otro lado, llama la atención que el número de pacientes remitidos a la institución 4 es la menor en comparación con el resto de instituciones, sin embargo, presenta el mayor número de pacientes fallecidos.

Asimismo, al analizar el comportamiento de la variable de causa de mortalidad en el año 2014, la información obtenida mostró que la institución 2 -donde más se presentaron fallecimientos- cinco en total, evidenció que la causa principal de muertes fueron paros cardio respiratorios, que podrían estar relacionados de igual manera que en el año 2013, con complicaciones presentes en el procedimiento realizado, teniendo en cuenta los diagnósticos de estos pacientes. Ver cuadro 8

**Cuadro 8. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional distribuida por institución y según causa de muerte, año 2014.**

INSTITUCIÓN	TOTAL CASOS 2014	PTES FALLECIDOS 2014	DETERMINACIÓN CAUSA DEL FALLECIMIENTO	DX PRINCIPAL
Institución 2	132	5	Paro Cardio Respiratorio	Shock séptico, origen pulmonar
			Paro Cardio Respiratorio	Falla Multi Orgánica, Shock, Sangrado GI
			Paro Cardio Respiratorio	Falla Multi Orgánica, Shock Septico
			Asistolia	Falla Multi Orgánica
			Paro Cardio Respiratorio	Endocarditis
Institución 1	475	2	Asistolia	Retinoblastoma Ojo Izq
			Asistolia	Tumor Cerebral
Institución 3	30	1	Paro Cardio Respiratorio	Hemorragia Sub Arac,Falla Multi Orgánica
Institución 4	13	0		
<b>TOTAL</b>	<b>650</b>	<b>8</b>		

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

Al comparar el comportamiento de la variable en ambos años estudiados se observa cómo la institución 1 que en el año 2013 no había tenido ningún fallecimiento de

pacientes, para el año 2014 presenta dos (2) casos, lo cual puede estar relacionado con el número de pacientes remitidos, pues para el año 2013 fueron remitidos 282 pacientes en comparación con los 475 pacientes remitidos en el año 2014. En el caso de la institución 2, a pesar de haberse remitido un menor número de pacientes entre el año 2013 y 2014, 194 y 132 respectivamente, el número de pacientes fallecidos en ambos años muestra un comportamiento ascendente de 1 a 5. Caso contrario de lo sucedido en la institución 4, donde en el año 2013 fueron remitidos 23 pacientes, de los cuales fallecieron 5 que corresponde al 21.73%; para el año 2014 fueron remitidos 13 pacientes y no hubo ninguna muerte reportada. Las razones de estos comportamientos no se pueden deducir con base en la información aportada por la aseguradora internacional.

### **3.2. CARACTERIZACIÓN DE LOS ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES INTERNACIONALES ENVIADOS A COLOMBIA A TRAVÉS DE UNA ASEGURADORA INTERNACIONAL EN ARUBA DISTRIBUIDOS POR INSTITUCIÓN COLOMBIANA QUE BRINDA LA ATENCIÓN.**

#### **3.2.1. INSTITUCIÓN 1**

##### **3.2.1.1. Edad**

Con relación a la variable edad de los pacientes internacionales enviados a Colombia a la institución 1 a través de una aseguradora arubiana, la información recolectada mostró que la mayoría de los pacientes corresponden a los rango entre 15-44 años, seguido por el grupo etario comprendido entre 60 o más años y el grupo de 45 a 59 años respectivamente; este comportamiento se presentó de diferente manera para los dos años estudiados, en donde se evidenció claramente un mayor volumen de pacientes en el año 2014 con respecto al año inmediatamente anterior. Ver cuadro 9



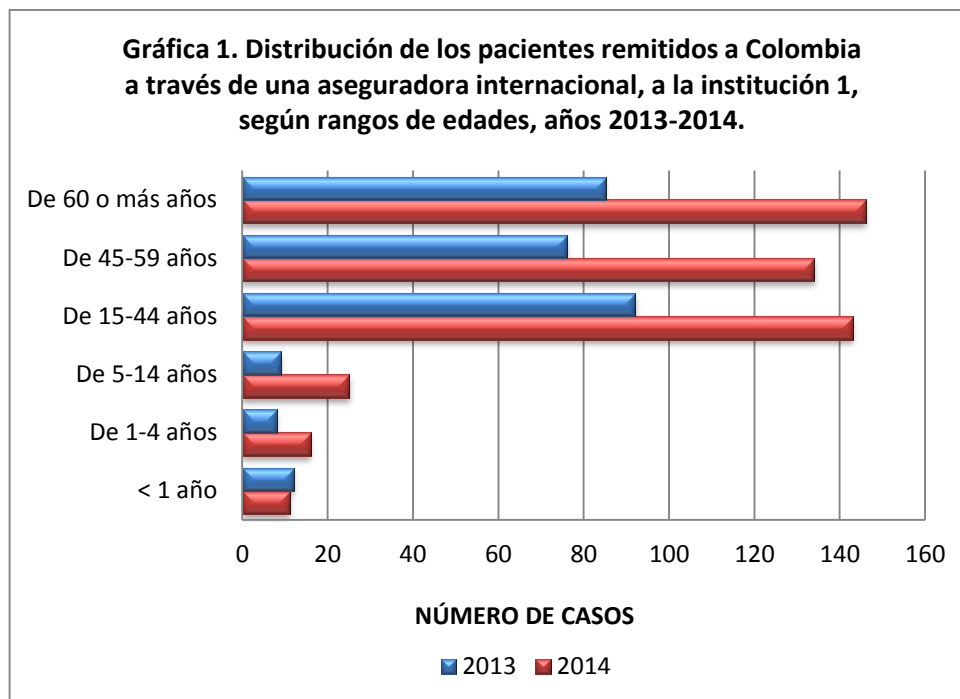
**Cuadro 9. Distribución del número de pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional, a la institución 1, según rangos de edades, 2013-2014**

RANGO DE EDADES	2013	2014	TOTAL	PORCENTAJE	FRECUENCIA ACUMULADA
De 60 o más años	85	146	231	31%	231
De 15-44 años	92	143	235	31%	466
De 45-59 años	76	134	210	28%	676
De 5-14 años	9	25	34	4%	710
De 1-4 años	8	16	24	3%	734
< 1 año	12	11	23	3%	757
TOTAL	282	475	757	100%	

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

Asimismo, el gráfico 7 muestra el comportamiento, según edad, de los pacientes enviados a Colombia a la institución 1, para los años 2013 y 2014, donde se observa claramente como en los grupos de pacientes de 60 o más años, de 45 a 59 años y de 15 a 44 años, el número de pacientes tiene un incremento importante pasando de 85 a 146, de 76 a 134 y de 92 a 143 en los dos años, respectivamente.

Los resultados mostraron que el 90% de los pacientes remitidos a Colombia por la aseguradora internacional a la institución 1, en los años 2013-2014, corresponden a personas mayores de 15 años, lo que podría estar relacionado con el tipo de procedimiento solicitado por la misma. Este comportamiento se ve claramente afectado por los resultados en el grupo de pacientes de 60 años o más y de 15 a 44 años, pues como se observa en el cuadro 1, son los grupos con el mayor número de personas correspondiendo a un 31% para cada uno.



Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

### 3.2.1.2. Género

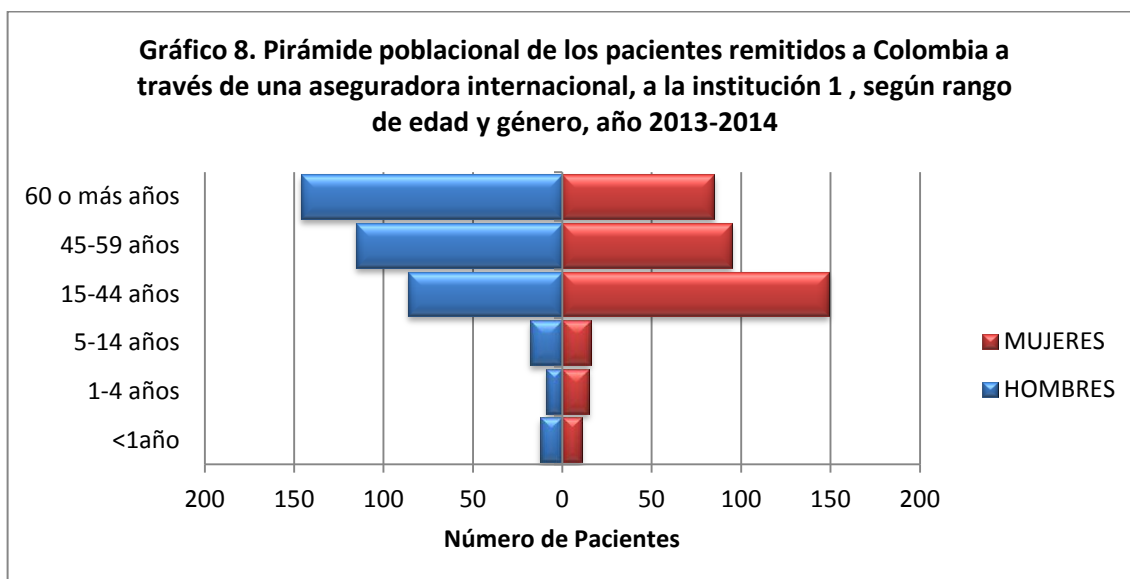
El comportamiento de la variable género mostró un predominio de pacientes hombres (386) sobre las mujeres (371). Cuando se analiza el comportamiento de esta variable, teniendo en cuenta los grupos de edad de los pacientes, se observa que en los grupos de 1 a 4 años y de 15 a 44 años el comportamiento de la variable género es contrario al comportamiento general, pues el número de pacientes mujeres es mayor en ambos grupos, 15 y 149 respectivamente. Cuando observamos los resultados en porcentajes el grupo de 15 a 44 años muestra un comportamiento mayor de mujeres (40%) que de hombres (22%), a diferencia del grupo de 60 años y más donde el porcentaje de hombres (38%) es mayor que el de mujeres (23%); estas variaciones podrían estar relacionadas con el tipo de procedimiento solicitado por la aseguradora. Cuadro 10

**Cuadro 10. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional, a la institución 1, según rango de edad y género, en los años 2013-2014**

EDAD	HOMBRES	PORCENTAJE	MUJERES	PORCENTAJE	TOTAL	FCIA ACUMULADA
15-44 años	86	22%	149	40%	235	235
60 o más años	146	38%	85	23%	231	466
45-59 años	115	30%	95	26%	210	676
5-14 años	18	5%	16	4%	34	710
1-4 años	9	2%	15	4%	24	734
<1año	12	3%	11	3%	23	757
TOTAL	386	100%	371	100%	757	

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

El gráfico 8 muestra la distribución de los pacientes remitidos a Colombia a la institución 1, distribuidos por rango de edad y género a manera de pirámide poblacional, en él se observa claramente el predominio de los hombres sobre las mujeres en los grupos de 60 años o más y de 45 a 59 años, caso contrario en el grupo de 15 a 44 años donde es mayor el número de mujeres que de hombres.



Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

### 3.2.1.3. Procedimiento Solicitado por la Aseguradora

Con respecto a la variable procedimiento solicitado por la aseguradora internacional, la información recolectada mostró que dentro de las especialidades clínicas más solicitadas por la aseguradora internacional en los años 2013-2014 para la institución 1 se encuentran: Oftalmología (21.7%), exámenes diagnósticos (17,4%) y hemato-oncología en un (15.9%). Cuadro 11

**Cuadro 11. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional, a la institución 1, según especialidad, 2013-2014**

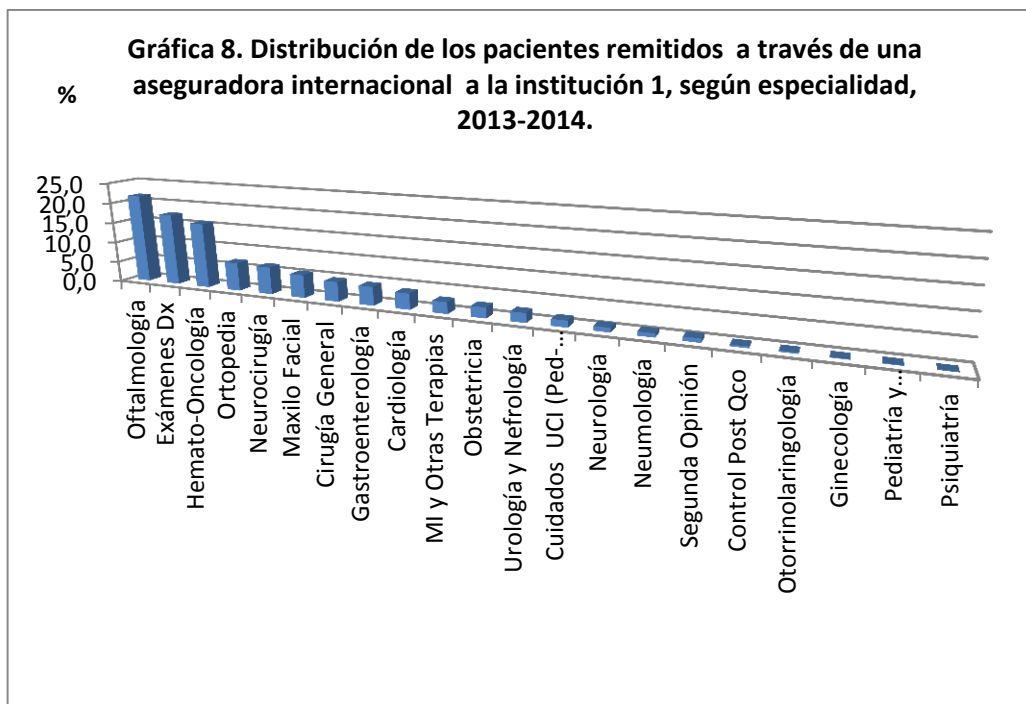
SOLICITUD REALIZADA POR LA ASEGURADORA	2013		2014		TOTAL CASOS	TOTAL PORCENTAJE	FRECUENCIA ACUMULADA
	Número	%	Número	%			
Oftalmología	52	18,4	112	23,6	164	21,7	164
Exámenes Dx	39	13,8	93	19,6	132	17,4	296
Hemato-Oncología	52	18,4	68	14,3	120	15,9	416
Ortopedia	18	6,4	34	7,2	52	6,9	468
Neurocirugía	19	6,7	31	6,5	50	6,6	518
Maxilo Facial	29	10,3	13	2,7	42	5,5	560
Cirugía General	16	5,7	20	4,2	36	4,8	596
Gastroenterología	8	2,8	26	5,5	34	4,5	630
Cardiología	17	6,0	12	2,5	29	3,8	659
MI y Otras Terapias	8	2,8	13	2,7	21	2,8	680
Obstetricia	7	2,5	12	2,5	19	2,5	699
Urología y Nefrología	7	2,5	10	2,1	17	2,2	716
Cuidados UCI (Ped-Adul) y U.Quem.	1	0,4	11	2,3	12	1,6	728
Neurología	1	0,4	7	1,5	8	1,1	736
Neumología	2	0,7	5	1,1	7	0,9	743
Segunda Opinión	2	0,7	5	1,1	7	0,9	750
Control Post Qco	1	0,4	2	0,4	3	0,4	753
Otorrinolaringología	2	0,7	0	0,0	2	0,3	755
Ginecología	0	0,0	1	0,2	1	0,1	756
Pediatría y Neonatología	1	0,4	0	0,0	1	0,1	757
Psiquiatría	0	0,0	0	0,0	0	0,0	757
TOTAL	282	100	475	100	757	100	

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

Cuando se analiza el comportamiento de esta variable, teniendo en cuenta el número de pacientes enviados a la institución 1, se observa como las especialidades de oftalmología, exámenes diagnósticos y hemato-oncología tienen un incremento de 52 a 112, de 39 a 93 y de 52 a 68 respectivamente; caso contrario al que se presenta en el comportamiento de las especialidades de cardiología y maxilofacial, donde el número de pacientes disminuyó de 17 a 12 y de 29 a 13, respectivamente.

El comportamiento de los exámenes diagnósticos, incluyeron la realización de: Polisomnografías, pet-scan, bone scan, octreo scan, vq scan, leukocytes scan, total body I-131-scan, dat scan, resonancias y gammagrafías. Se observa en contraste, el comportamiento de medicina interna (MI) y otras terapias (2,8%) que incluyó: Evaluación de miositis de origen desconocido, escleroterapia, evaluación y tratamiento de absceso subfrénico persistente, tratamiento de I-131, I131-ablación, tratamiento radiactivo con I-131, radionuclide therapy with radium 223 or Samarium, evaluación clínica y tratamiento de picazón crónica y administración de botox en glándulas salivales.

El gráfico 8 muestra la distribución de los pacientes remitidos a Colombia a la institución 1, según especialidad para los años 2013-2014, donde se evidencia el predominio de la especialidad de oftalmología (21,7%) sobre el resto de las especialidades; es importante resaltar como lo muestra la tabla 3 la variación de ésta especialidad, pasando de (18,4%) en el 2013 a (23,6%) en el 2014.



Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

### 3.2.1.4. Estancia

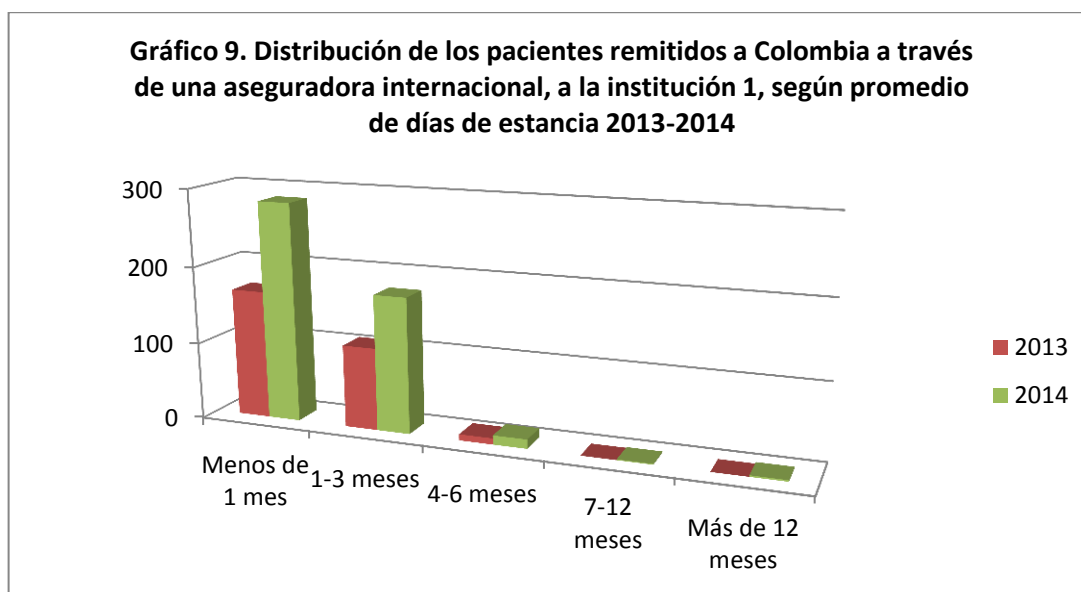
Sobre la variable estancia, los resultados mostraron que en el período 2013-2014 el 97% de los pacientes enviados a Colombia a la institución 1, tuvieron una estancia inferior o igual a 90 días, esto podría estar relacionado con el tipo de procedimiento solicitado por la aseguradora internacional. Este comportamiento, se ve claramente afectado por los resultados en el rango menos de 1 mes, pues como se observa en el cuadro 5, es el rango con el mayor número de personas correspondiendo a 451 pacientes en ambos años (59.6%). Además, es importante resaltar que dos (2) pacientes permanecieron por espacio de más de 12 meses, quizás debido al tipo de procedimiento realizado, a la presencia de dificultades logísticas o migratorias para retornar a su país de origen.

**Cuadro 12. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional, a la institución 1, según promedio de días de estancia 2013-2014.**

ESTANCIA	2013		2014		TOTAL	PORCENTAJE	FRECUENCIA ACUMULADA
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE			
Menos de 1 mes	167	59,2	284	59,8	451	59,6	451
1-3 meses	107	37,9	176	37,1	283	37,4	734
4-6 meses	8	2,8	12	2,5	20	2,6	754
7-12 meses	0	0,0	1	0,2	1	0,1	755
Más de 12 meses	0	0,0	2	0,4	2	0,3	757
TOTAL	282	100	475	100	757	100	

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

El siguiente gráfico, muestra el comportamiento de la estancia de los pacientes enviados a Colombia a la institución 1, en él se observa claramente, al analizar el comportamiento de esta variable teniendo en cuenta el número de pacientes, el aumento de las estancias de menos de 1 mes y de 1 a 3 meses en el año 2014.



Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

### 3.2.1.5. Mortalidad

Con relación a la variable mortalidad de los pacientes internacionales enviados a Colombia a la institución 1 en los períodos estudiados, la información recolectada mostró que en el año 2013 no se presentaron casos de muertes; contrario al año 2014 en donde se presentaron 2 muertes. Se podría creer, que las muertes presentadas están relacionadas con el diagnóstico de los pacientes, el tipo de tratamiento realizado o el evidente incremento de los pacientes en el año 2014 en esta institución. Ver cuadro 13

**Cuadro 13. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional, a la institución 1, según número de ingresos y ocurrencia de muertes durante su estancia en Colombia, años 2013-2014.**

INSTITUCIÓN	2013			2014		
	NÚM. INGRESOS	NÚM. FALLECIDOS	%	NÚM. INGRESOS	NÚM. FALLECIDOS	%
1	282	0	0,0	475	2	0,4

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

### 3.2.1.6. Causa de Mortalidad

Con relación a la causa de mortalidad de los pacientes internacionales enviados a Colombia a la institución 1 en los años 2013 - 2014, la información obtenida mostró que en el año 2014 se evidenció que la causa principal de muertes fueron asistolias que podrían haber sido causadas por complicaciones en los procedimientos realizados, teniendo en cuenta los diagnósticos de estos pacientes. Ver cuadro 14



**Cuadro 14. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional, a la institución 1, según causa de muerte, años 2013 - 2014.**

INSTITUCIÓN 1	TOTAL CASOS	PTES FALLECIDOS	DETERMINACIÓN CAUSA DEL FALLECIMIENTO	DX PRINCIPAL
2014	475	2	Asistolia	Retinoblastoma Ojo Izquierdo
			Asistolia	Tumor Cerebral
2013	282	0	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>757</b>	<b>2</b>		

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

### 3.2.2. INSTITUCIÓN 2

#### 3.2.2.1. Edad

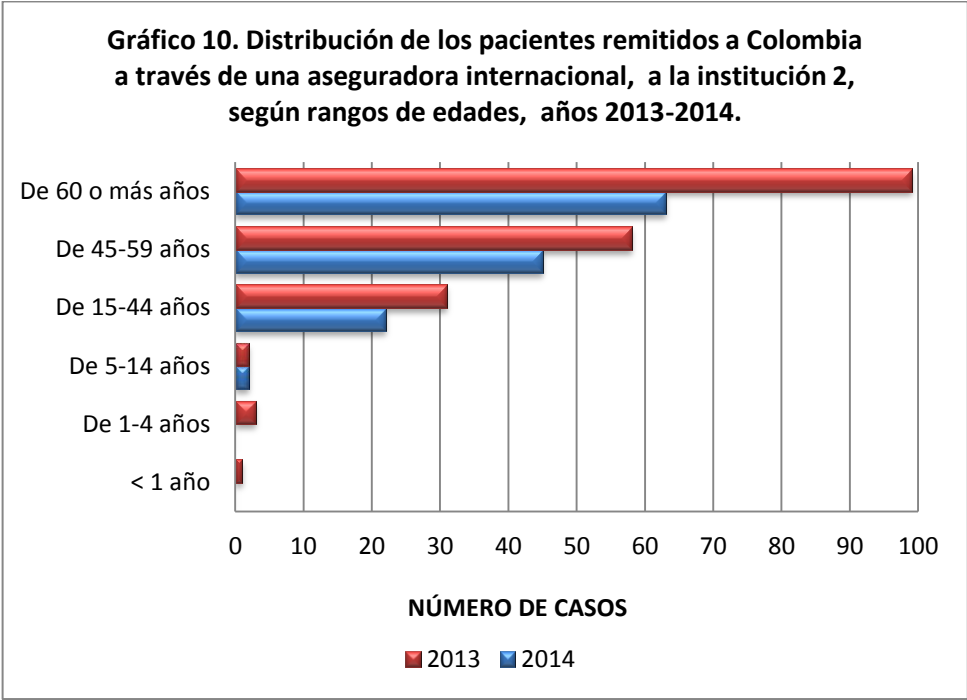
Con relación a la variable edad de los pacientes internacionales enviados a Colombia a la institución 2 a través de una aseguradora arubiana, la información recolectada mostró que la mayoría de los pacientes corresponden a pacientes mayores de 60 años o más, seguido por el grupo etario comprendido entre 45 a 59 años y el grupo de 15 a 44 años respectivamente; este comportamiento se presentó de diferente manera para los dos años estudiados, en donde fue evidente un mayor volumen de pacientes en el año 2013 relacionado con el año 2014. Ver cuadro 15

**Cuadro 15. Distribución del número de pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional, a la institución 2, según rangos de edades, 2013-2014**

RANGO DE EDADES	2013	2014	TOTAL	PORCENTAJE	FRECUENCIA ACUMULADA
De 60 o más años	99	63	162	50%	162
De 45-59 años	58	45	103	32%	265
De 15-44 años	31	22	53	16%	318
De 5-14 años	2	2	4	1%	322
De 1-4 años	3	0	3	1%	325
< 1 año	1	0	1	0%	326
<b>TOTAL</b>	<b>194</b>	<b>132</b>	<b>326</b>	<b>100%</b>	

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

Asimismo, el gráfico 10 muestra el comportamiento de los pacientes enviados a Colombia a la institución 2, para los años 2013 y 2014, donde se observa claramente como en los grupos de pacientes de 60 o más años, de 45 a 59 años y de 15 a 44 años, el número de pacientes tiene un decremento considerable pasando de 99 a 63, de 58 a 45 y de 31 a 22 respectivamente.



Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

Los resultados mostraron que el 98% de los pacientes remitidos a Colombia por la aseguradora internacional a la institución 2, en los años 2013-2014, corresponden a personas mayores de 15 años, lo que podría estar relacionado con el tipo de procedimiento solicitado por la misma. Este comportamiento se ve claramente afectado por los resultados en el grupo de pacientes de 60 años y más, pues como se observa en el cuadro 15, es el grupo con el mayor número de personas correspondiendo a un 50%.

### 3.2.2.2. Género

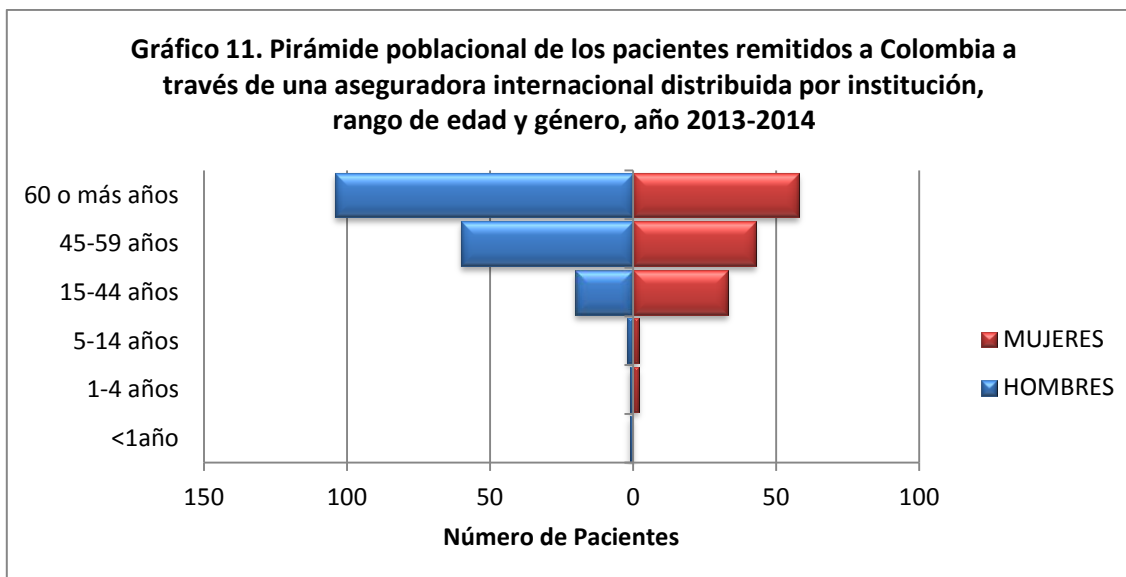
El comportamiento de la variable género mostró un predominio de pacientes hombres (188) sobre las mujeres (138). Cuando se analiza el comportamiento de esta variable, teniendo en cuenta los grupos de edad de los pacientes, se observa que en los grupos de 1 a 4 años y de 15 a 44 años el comportamiento de la variable género es contrario al comportamiento general, pues el número de pacientes mujeres es mayor en ambos grupos, 2 y 33 respectivamente. Cuando observamos los resultados en porcentajes el grupo de 60 o más años muestra un comportamiento menor de mujeres (42%) que de hombres (55%), a diferencia del grupo de 45 a 59 años donde el porcentaje de hombres (32%) es mayor que el de mujeres (31%); estas variaciones podrían estar relacionadas con el tipo de procedimiento solicitado por la aseguradora. Cuadro 16

**Cuadro 16. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional, a la institución 2, según rango de edad y género, en los años 2013-2014**

EDAD	HOMBRES	PORCENTAJE	MUJERES	PORCENTAJE	TOTAL	FRECUENCIA ACUMULADA
60 o más años	104	55%	58	42%	162	162
45-59 años	60	32%	43	31%	103	265
15-44 años	20	11%	33	24%	53	318
5-14 años	2	1%	2	1%	4	322
1-4 años	1	1%	2	1%	3	325
<1año	1	1%	0	0%	1	326
TOTAL	188	100%	138	100%	326	

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

El gráfico 11 muestra la distribución de los pacientes remitidos a Colombia a la institución 2, distribuidos por rango de edad y género a manera de pirámide poblacional, en él se observa claramente el predominio de los hombres sobre las mujeres en los grupos de 60 años o más y de 45 a 59 años, caso contrario en el grupo de 15 a 44 años donde es mayor el número de mujeres que de hombres.



Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

### 3.2.2.3. Procedimiento Solicitado por la Aseguradora

Con respecto a la variable procedimiento solicitado por la aseguradora internacional, la información recolectada mostró que dentro de las especialidades clínicas más solicitadas por la aseguradora internacional en los años 2013-2014 para la institución 2 se encuentran: Cardiología (67.8%) y urología y nefrología (11,7%).

El comportamiento de los exámenes diagnósticos, incluyeron la realización de: Polisomnografías, pet-scan, bone scan, octreo scan, vq scan, leukocytes scan, total body I-131-scan, dat scan, resonancias y gammagrafías.

Asimismo, el comportamiento de medicina interna (MI) y otras terapias (1,2%) incluyó: Evaluación de miositis de origen desconocido, escleroterapia, evaluación y tratamiento de absceso subfrénico persistente, tratamiento de I-131, I131-ablación, tratamiento radiactivo con I-131, radionuclide therapy with radium 223 or Samarium, evaluación clínica y tratamiento de picazón crónica y administración de botox en glándulas salivales. Cuadro 17

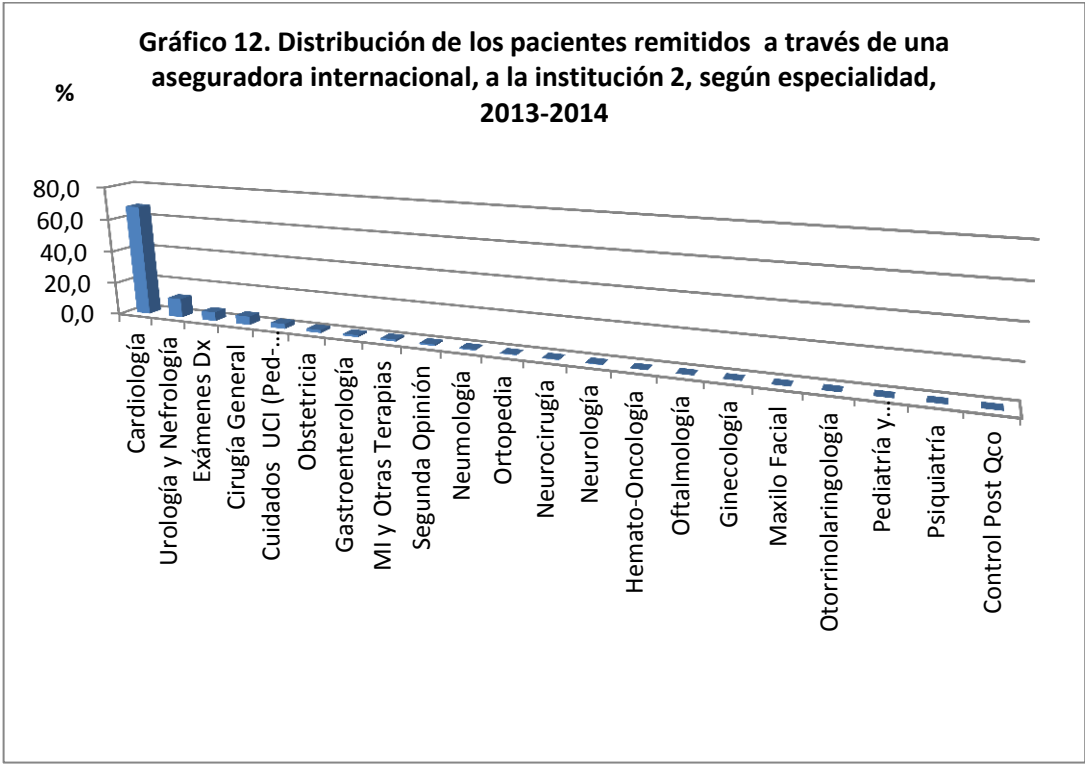
**Cuadro 17. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional, a la institución 2, según especialidad, 2013-2014**

SOLICITUD REALIZADA POR LA ASEGURADORA	2013		2014		TOTAL CASOS	TOTAL PORCENTAJE	FRECUENCIA ACUMULADA
	Número	%	Número	%			
Cardiología	147	75,8	74	56,1	221	67,8	221
Urología y Nefrología	21	10,8	17	12,9	38	11,7	259
Exámenes Dx	1	0,5	17	12,9	18	5,5	277
Cirugía General	8	4,1	9	6,8	17	5,2	294
Cuidados UCI (Ped-Adul) y U.Quem.	7	3,6	3	2,3	10	3,1	304
Obstetricia	4	2,1	2	1,5	6	1,8	310
Gastroenterología	2	1,0	2	1,5	4	1,2	314
MI y Otras Terapias	1	0,5	3	2,3	4	1,2	318
Segunda Opinión	1	0,5	2	1,5	3	0,9	321
Neumología	1	0,5	1	0,8	2	0,6	323
Ortopedia	0	0,0	1	0,8	1	0,3	324
Neurocirugía	0	0,0	1	0,8	1	0,3	325
Neurología	1	0,5	0	0,0	1	0,3	326
Hemato-Oncología	0	0,0	0	0,0	0	0,0	326
Oftalmología	0	0,0	0	0,0	0	0,0	326
Ginecología	0	0,0	0	0,0	0	0,0	326
Maxilo Facial	0	0,0	0	0,0	0	0,0	326
Otorrinolaringología	0	0,0	0	0,0	0	0,0	326
Pediatría y Neonatología	0	0,0	0	0,0	0	0,0	326
Psiquiatría	0	0,0	0	0,0	0	0,0	326
Control Post Qco	0	0,0	0	0,0	0	0,0	326
<b>TOTAL</b>	<b>194</b>	<b>100</b>	<b>132</b>	<b>100</b>	<b>326</b>	<b>100</b>	

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

Quando se analiza el comportamiento de esta variable, teniendo en cuenta el número de pacientes enviados a la institución 2, se observa como los exámenes diagnósticos tuvieron un incremento de 1 a 17; caso contrario al que se presenta en el comportamiento de las especialidades de cardiología, urología y nefrología y envío de pacientes a cuidados intensivos UCI (Ped-Adul) y unidad de quemados, donde el número de pacientes disminuyó de 147 a 74, 21 a 17 y de 7 a 3, respectivamente.

El gráfico 12 muestra la distribución de los pacientes remitidos a Colombia a la institución 2, según especialidad para los años 2013-2014, donde se evidencia el predominio de la especialidad de cardiología (67,8%) sobre el resto de las especialidades; a pesar, como lo muestra la tabla 3, que la variación de esta especialidad ha sido amplia, pasando de (75,8%) en el 2013 a (56,1%) en el 2014.



Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

**3.2.2.4. Estancia**

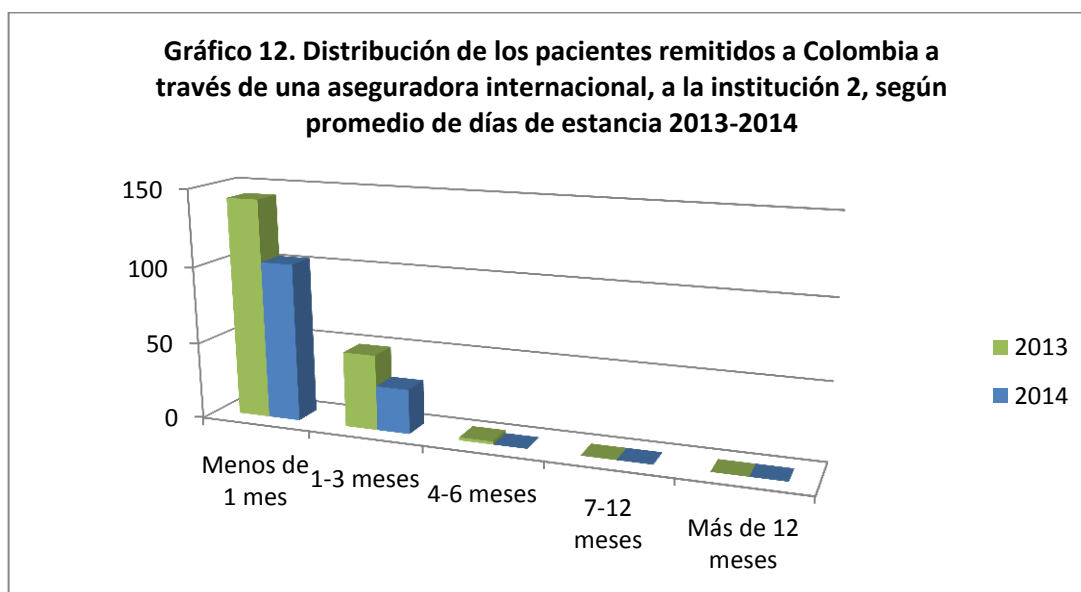
Sobre la variable estancia, los resultados mostraron que en el período 2013-2014 el 99% de los pacientes enviados a Colombia a la institución 2, tuvieron una estancia inferior o igual a 90 días, esto podría estar relacionado con el tipo de procedimiento solicitado por la aseguradora internacional. Este comportamiento, se ve claramente afectado por los resultados en el rango menos de 1 mes, pues como se observa en el cuadro 5, es el rango con el mayor número de personas correspondiendo a 246 pacientes en ambos años (75.5%).

**Cuadro 18. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional, a la institución 2, según promedio de días de estancia 2013-2014.**

ESTANCIA	2013		2014		TOTAL	PORCENTAJE	FRECUENCIA ACUMULADA
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE			
Menos de 1 mes	143	73,7	103	78,0	246	75,5	246
1-3 meses	49	25,3	29	22,0	78	23,9	324
4-6 meses	2	1,0	0	0,0	2	0,6	326
7-12 meses	0	0,0	0	0,0	0	0,0	326
Más de 12 meses	0	0,0	0	0,0	0	0,0	326
TOTAL	194	100	132	100	326	100	

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

El siguiente gráfico, muestra el comportamiento de la estancia de los pacientes enviados a Colombia a la institución 2, en él se observa claramente, al analizar el comportamiento de esta variable teniendo en cuenta el número de pacientes, una disminución de las estancias de menos de 1 mes y de 1 a 3 meses en el año 2014, esto podría estar relacionado con la disminución de los casos en el año 2014.



Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

### 3.2.2.5. Mortalidad

Con relación a la variable mortalidad de los pacientes internacionales enviados a Colombia a la institución 2 en los períodos estudiados, la información recolectada mostró que en el año 2013 se presentó 1 caso de muerte; contrario al año 2014 en donde se presentaron 5 muertes. Es importante señalar que, a pesar de presentarse menos ingresos en el año 2014 (132) en comparación con el año 2013 (194), se evidencia mayor cantidad de muertes en el año 2014. Se podría creer, que las muertes presentadas están relacionadas con el diagnóstico de los pacientes o el tipo de tratamiento realizado en dicha institución. Ver cuadro 19

**Cuadro 19. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional, a la institución 2, según número de ingresos y ocurrencia de muertes durante su estancia en Colombia, años 2013-2014**

INSTITUCIÓN	2013			2014		
	NÚM. INGRESOS	NÚM. FALLECIDOS	%	NÚM. INGRESOS	NÚM. FALLECIDOS	%
2	194	1	0,5	132	5	3,8

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

### 3.2.2.6. Causa de Mortalidad

Con relación a la causa de mortalidad de los pacientes internacionales enviados a Colombia a la institución 2 en los años 2013-2014, la información obtenida mostró que tanto en el año 2013 como 2014 la causa principal de muerte fue paro cardio respiratorio; que podrían haber sido causadas por complicaciones en los procedimientos realizados, teniendo en cuenta los diagnósticos de estos pacientes. Ver cuadro 20



**Cuadro 20. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional, a la institución 2, según causa de muerte, años 2013 - 2014.**

INSTITUCIÓN 2	TOTAL CASOS	PTES FALLECIDOS	DETERMINACIÓN CAUSA DEL FALLECIMIENTO	DX PRINCIPAL
2014	132	5	Paro Cardio Respiratorio	Shock séptico, origen pulmonar
			Paro Cardio Respiratorio	Falla Multi Orgánica, Shock Séptico
			Asistolia	Falla Multi Orgánica
			Paro Cardio Respiratorio	Endocarditis
			Paro Cardio Respiratorio	Falla Multi Orgánica, Shock, Sangrado GI
2013	194	1	Paro Cardio respiratorio	Cardiopatía
<b>TOTAL</b>	<b>326</b>	<b>6</b>		

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

### 3.2.3. INSTITUCIÓN 3

#### 3.2.3.1. Edad

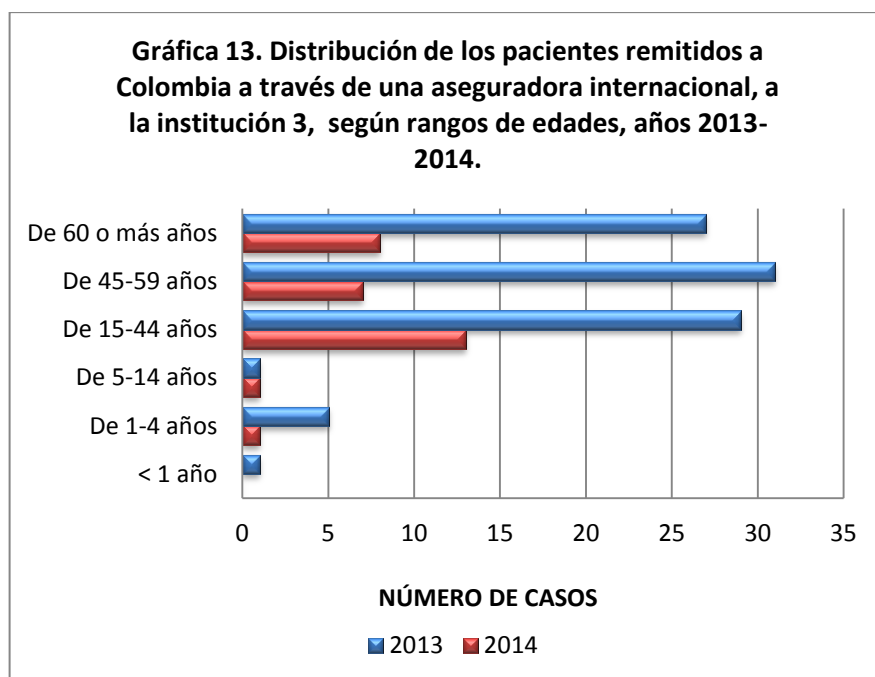
Con relación a la variable edad de los pacientes internacionales enviados a Colombia a la institución 3 a través de una aseguradora arubiana, la información recolectada mostró que la mayoría de los pacientes corresponden a pacientes en el rango de 15 a 44 años, seguido por el grupo etario comprendido entre 45 a 59 años y el grupo de 60 o más años respectivamente; este comportamiento se presentó de diferente manera para los dos años estudiados, en donde fue evidente un mayor volumen de pacientes en el año 2013 relacionado con el año 2014. Ver cuadro 21

**Cuadro 21. Distribución del número de pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional, a la institución 3, según rangos de edades, 2013-2014**

RANGO DE EDADES	2013	2014	TOTAL	PORCENTAJE	FRECUENCIA ACUMULADA
De 15-44 años	29	13	42	34%	42
De 45-59 años	31	7	38	31%	80
De 60 o más años	27	8	35	28%	115
De 1-4 años	5	1	6	5%	121
De 5-14 años	1	1	2	2%	123
< 1 año	1	0	1	1%	124
TOTAL	94	30	124	100%	

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

Asimismo, el gráfico 13 muestra el comportamiento de los pacientes enviados a Colombia a la institución 3, para los años 2013 y 2014, donde se observa claramente como en los grupos de pacientes de 60 o más años, de 45 a 59 años y de 15 a 44 años, el número de pacientes tiene un decrecimiento considerable pasando de 27 a 8, de 31 a 7 y de 29 a 13 respectivamente.



Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

Los resultados mostraron que el 93% de los pacientes remitidos a Colombia por la aseguradora internacional a la institución 3, en los años 2013-2014, corresponden a personas mayores de 15 años, lo que podría estar relacionado con el tipo de procedimiento solicitado por la misma. Este comportamiento se ve claramente afectado por los resultados en el grupo de pacientes de 15 a 44 años, pues como se observa en el cuadro 21, es el grupo con el mayor número de personas correspondiendo a un 34%.

### 3.2.3.2. Género

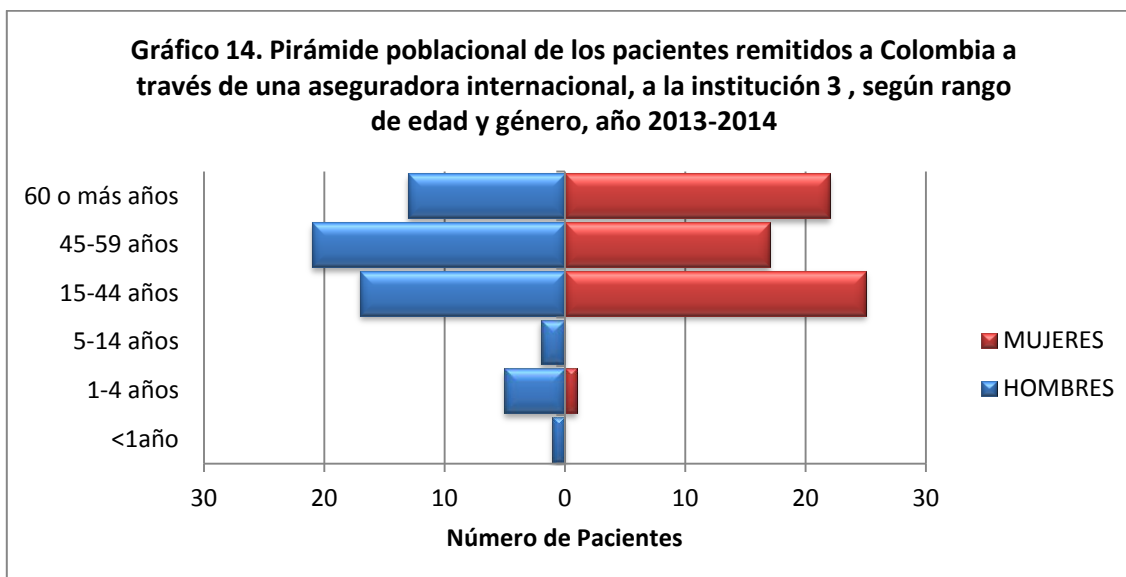
El comportamiento de la variable género mostró un predominio de pacientes mujeres (65) sobre los hombres (59). Cuando se analiza el comportamiento de esta variable, teniendo en cuenta los grupos de edad de los pacientes, se observa que en los grupos <1año, de 1 a 4 años, de 5 a 14 años y de 45 a 59 años el comportamiento de la variable género es contrario al comportamiento general, pues el número de pacientes hombres es mayor en estos grupos 1, 5, 2 y 21 respectivamente. Cuando observamos los resultados en porcentajes el grupo de 15 a 44 años muestra un comportamiento mayor de mujeres (38%) que de hombres (29%), a diferencia del grupo de 45 a 59 años donde el porcentaje de hombres (36%) es mayor que el de mujeres (26%); estas variaciones podrían estar relacionadas con el tipo de procedimiento solicitado por la aseguradora. Cuadro 22

**Cuadro 22. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional, a la institución 3, según rango de edad y género, en los años 2013-2014**

EDAD	HOMBRES	PORCENTAJE	MUJERES	PORCENTAJE	TOTAL	FRECUENCIA ACUMULADA
15-44 años	17	29%	25	38%	42	42
45-59 años	21	36%	17	26%	38	80
60 o más años	13	22%	22	34%	35	115
1-4 años	5	8%	1	2%	6	121
5-14 años	2	3%	0	0%	2	123
<1año	1	2%	0	0%	1	124
TOTAL	59	100%	65	100%	124	

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

El gráfico 14 muestra la distribución de los pacientes remitidos a Colombia a la institución 3, distribuidos por rango de edad y género a manera de pirámide poblacional, en él se observa claramente el predominio de las mujeres sobre los hombres en los grupos de 60 años o más y de 15 a 44 años, caso contrario en el grupo de 45 a 59 años y de 1 a 4 años donde es mayor el número de hombres que de mujeres.



Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

### 3.2.3.3. Procedimiento Solicitado por la Aseguradora

Con respecto a la variable procedimiento solicitado por la aseguradora internacional, la información recolectada mostró que dentro de las especialidades clínicas más solicitadas por la aseguradora internacional en los años 2013-2014 para la institución 3 se encuentran: Exámenes Diagnósticos (26.6%), gastroenterología (18,5%) y hemato-oncología en un (11.3%). El comportamiento de los exámenes diagnósticos, incluyeron la realización de: Polisomnografías, pet-scan, bone scan, octreo scan, vq scan, leukocytes scan, total body I-131-scan, dat scan, resonancias y gammagrafías.

Asimismo, el comportamiento de medicina interna (MI) y otras terapias (4,0%) incluyó: Evaluación de miositis de origen desconocido, escleroterapia, evaluación y tratamiento de absceso subfrénico persistente, tratamiento de I-131, I131-ablación, tratamiento radiactivo con I-131, radionuclide therapy with radium 223 or Samarium, evaluación clínica y tratamiento de picazón crónica y administración de botox en glándulas salivales. Cuadro 23

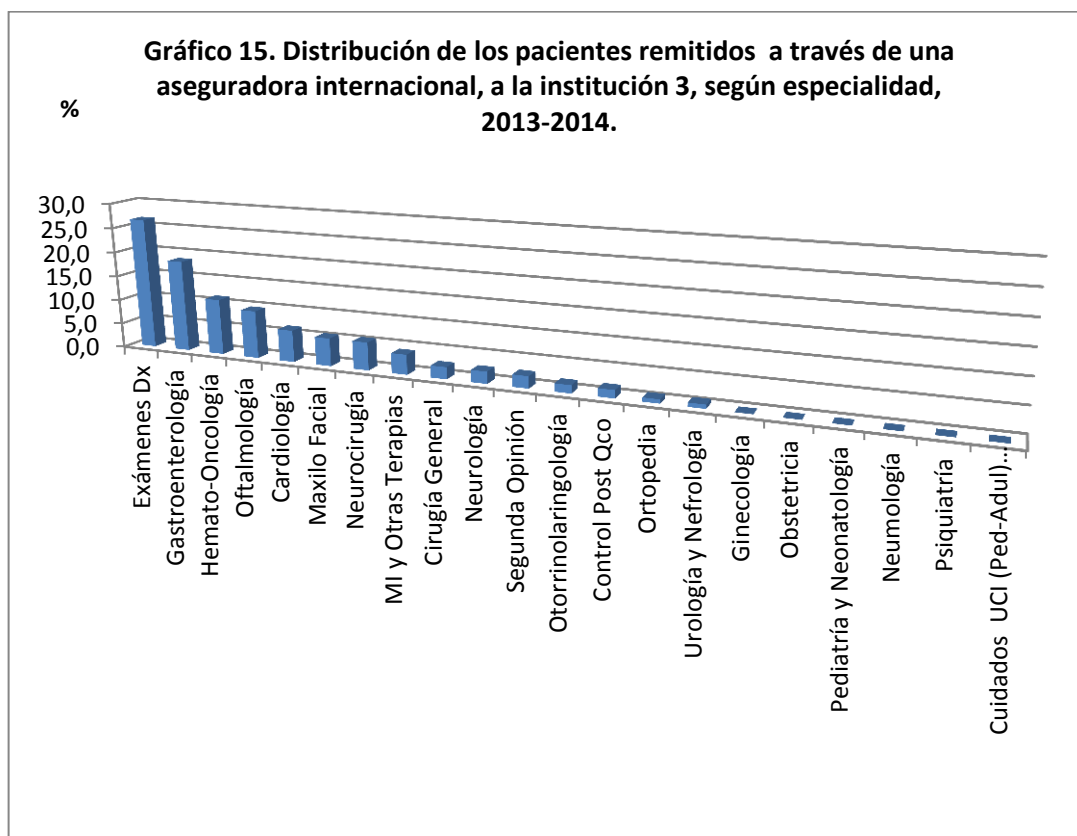
**Cuadro 23. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional, a la institución 3, según especialidad, 2013-2014**

SOLICITUD REALIZADA POR LA ASEGURADORA	2013		2014		TOTAL CASOS	TOTAL PORCENTAJE	Frecuencia Acumulada
	Número	%	Número	%			
Exámenes Dx	22	23,4	11	36,7	33	26,6	33
Gastroenterología	20	21,3	3	10,0	23	18,5	56
Hemato-Oncología	12	12,8	2	6,7	14	11,3	70
Oftalmología	7	7,4	5	16,7	12	9,7	82
Cardiología	8	8,5	0	0,0	8	6,5	90
Maxilo Facial	6	6,4	1	3,3	7	5,6	97
Neurocirugía	6	6,4	1	3,3	7	5,6	104
MI y Otras Terapias	4	4,3	1	3,3	5	4,0	109
Cirugía General	1	1,1	2	6,7	3	2,4	112
Neurología	3	3,2	0	0,0	3	2,4	115
Segunda Opinión	2	2,1	1	3,3	3	2,4	118
Otorrinolaringología	1	1,1	1	3,3	2	1,6	120
Control Post Qco	1	1,1	1	3,3	2	1,6	122
Ortopedia	0	0,0	1	3,3	1	0,8	123
Urología y Nefrología	1	1,1	0	0,0	1	0,8	124
Ginecología	0	0,0	0	0,0	0	0,0	124
Obstetricia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	124
Pediatría y Neonatología	0	0,0	0	0,0	0	0,0	124
Neumología	0	0,0	0	0,0	0	0,0	124
Psiquiatría	0	0,0	0	0,0	0	0,0	124
Cuidados UCI (Ped-Adul) y U.Quem.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	124
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>124</b>	<b>100</b>	

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

Cuando se analiza el comportamiento de esta variable, teniendo en cuenta el número de pacientes enviados a Colombia a la institución 3, se observa como las especialidades de ortopedia y cirugía general tienen un leve incremento de 0 a 1 y de 1 a 2, respectivamente; caso contrario al que se presenta en el comportamiento de las especialidades de cardiología, hemato-oncología, exámenes diagnósticos y gastroenterología, donde el número de pacientes disminuyó de 8 a 0, de 12 a 2, de 22 a 11 y de 20 a 3, respectivamente.

El gráfico 15 muestra la distribución de los pacientes remitidos a Colombia a la institución 3, según especialidad para los años 2013-2014, donde se evidencia el predominio de los exámenes diagnósticos (26,6%) sobre el resto de las especialidades; como lo muestra la tabla 3, la variación de esta especialidad ha sido ascendente, pasando de (23,4%) en el 2013 a (36,7%) en el 2014.



Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

### 3.2.3.4. Estancia

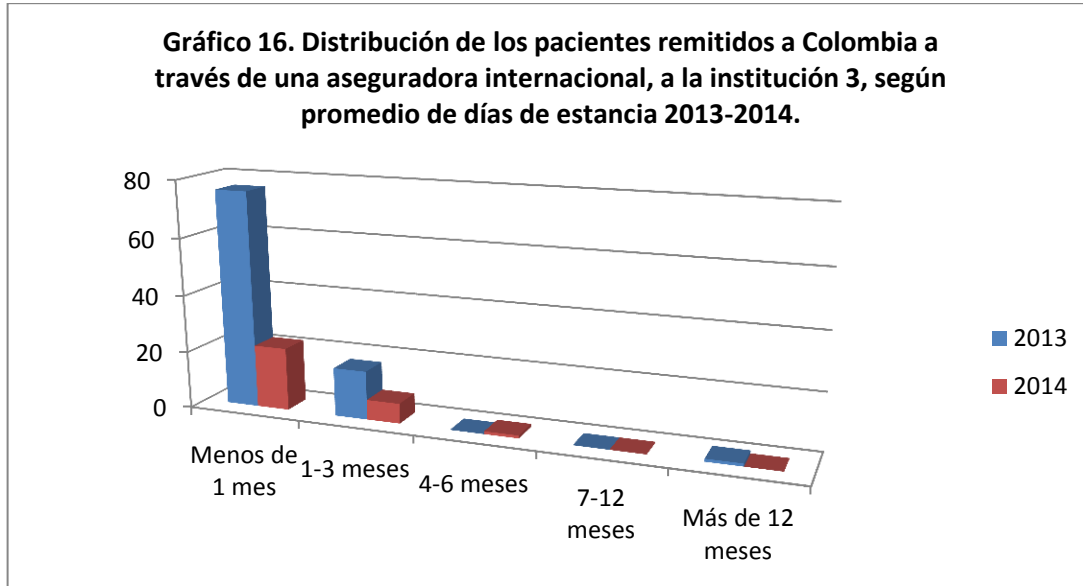
Sobre la variable estancia, los resultados mostraron que en el período 2013-2014 el 98% de los pacientes enviados a Colombia a la institución 3, tuvieron una estancia inferior o igual a 90 días, esto podría estar relacionado con el tipo de procedimiento solicitado por la aseguradora internacional. Este comportamiento, se ve claramente afectado por los resultados en el rango menos de 1 mes, pues como se observa en el cuadro 23, es el rango con el mayor número de personas correspondiendo a 98 pacientes en ambos años (79%). Además, es importante resaltar que un (1) paciente permaneció por espacio de más de 12 meses, quizás debido al tipo de procedimiento realizado, a la presencia de dificultades logísticas o migratorias para retornar a su país de origen.

**Cuadro 23. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional, a la institución 3, según promedio de días de estancia 2013-2014.**

ESTANCIA	2013		2014		TOTAL	PORCENTAJE	FRECUENCIA ACUMULADA
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE			
Menos de 1 mes	76	80,9	22	73,3	98	79,0	98
1-3 meses	17	18,1	7	23,3	24	19,4	122
4-6 meses	0	0,0	1	3,3	1	0,8	123
Más de 12 meses	1	1,1	0	0,0	1	0,8	124
7-12 meses	0	0,0	0	0,0	0	0,0	124
TOTAL	94	100	30	100	124	100	

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

El siguiente gráfico, muestra el comportamiento de la estancia de los pacientes enviados a Colombia a la institución 3, en él se observa claramente, al analizar el comportamiento de esta variable teniendo en cuenta el número de pacientes, la disminución de las estancias de menos de 1 mes y de 1 a 3 meses en el año 2014. Llama la atención además, la presencia de pacientes con estancias mayores a 12 meses, lo que podría corresponder a la presencia de dificultades logísticas o migratorias para retornar a su país de origen.



Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

### 3.2.3.5. Mortalidad

Con relación a la variable mortalidad de los pacientes internacionales enviados a Colombia a la institución 3 en los períodos estudiados, la información recolectada mostró que en el año 2013 y 2014 se presentó un caso de muerte (1) en ambos años. Es importante señalar que, a pesar de presentarse menos ingresos en el año 2014 (30) en comparación con el año 2013 (94), se evidencia igual cantidad de muertes. Se podría creer, que las muertes presentadas están relacionadas con el diagnóstico de los pacientes o el tipo de tratamiento realizado en dicha institución. Ver cuadro 24



**Cuadro 24. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional, a la institución 3, según número de ingresos y ocurrencia de muertes durante su estancia en Colombia, años 2013-2014**

INSTITUCIÓN	2013			2014		
	NÚM. INGRESOS	NÚM. FALLECIDOS	%	NÚM. INGRESOS	NÚM. FALLECIDOS	%
Institución 3	94	1	1,1	30	1	3,3

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

### 3.2.3.6. Causa de Mortalidad

Con relación a la causa de mortalidad de los pacientes internacionales enviados a Colombia a la institución 3 en los años 2013-2014, la información obtenida mostró que en el año 2013 la causa de muerte del único caso presentado, fue por muerte cerebral; en cambio en el año 2014 la causa principal de muerte también para el único caso presentado, fue por paro cardio respiratorio; que podrían haber sido causadas por complicaciones en los procedimientos realizados, teniendo en cuenta los diagnósticos de estos pacientes. Ver cuadro 25

**Cuadro 25. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional, a la institución 3, según causa de muerte, años 2013 - 2014.**

INSTITUCIÓN 3	TOTAL CASOS	PTES FALLECIDOS	DETERMINACIÓN CAUSA DEL FALLECIMIENTO	DX PRINCIPAL
2013	94	1	Muerte Cerebral	Hemorragia Subaracnoidea
2014	30	1	Paro Cardio Respiratorio	Hemorragia Sub Arac,Falla Multi Orgánica
<b>TOTAL</b>	<b>124</b>	<b>2</b>		

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

### 3.2.4. INSTITUCIÓN 4

#### 3.2.4.1. Edad

Con relación a la variable edad de los pacientes internacionales enviados a Colombia a la institución 4 a través de una aseguradora arubiana, la información recolectada mostró que la mayoría de los pacientes corresponden al rango de 60 o más años, seguido por el grupo etario comprendido entre 15 a 44 años y el grupo de 45 a 59 años respectivamente; este comportamiento se presentó de diferente manera para los dos años estudiados, en donde fue evidente un mayor volumen de pacientes en el año 2013 relacionado con el año 2014, especialmente en el rango de 60 o más años. Ver cuadro 26

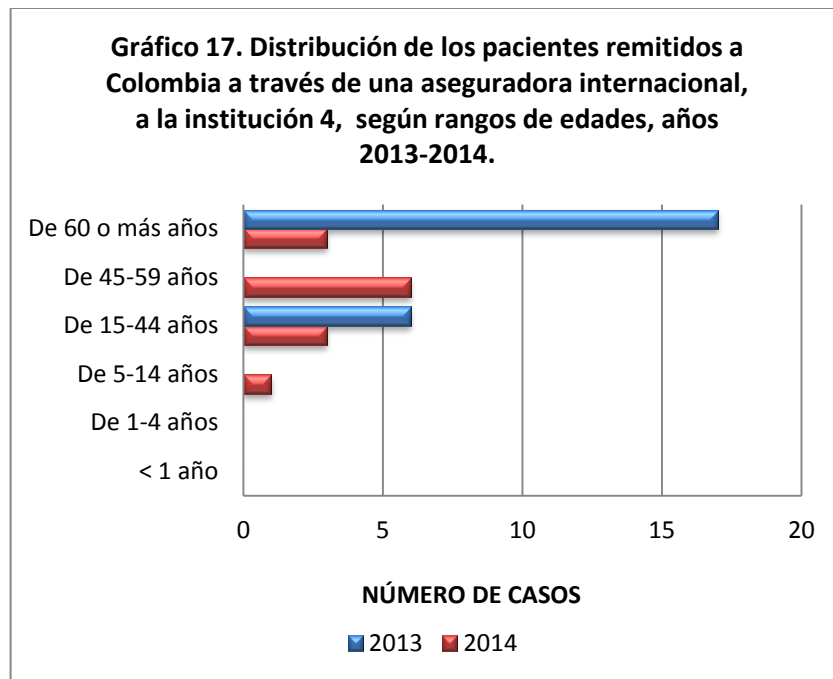
**Cuadro 26. Distribución del número de pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional, a la institución 4, según rangos de edades, 2013-2014**

RANGO DE EDADES	2013	2014	TOTAL	PORCENTAJE	FRECUENCIA ACUMULADA
De 60 o más años	17	3	20	56%	20
De 15-44 años	6	3	9	25%	29
De 45-59 años	0	6	6	17%	35
De 5-14 años	0	1	1	3%	36
< 1 año	0	0	0	0%	36
De 1-4 años	0	0	0	0%	36
TOTAL	23	13	36	100%	

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

Asimismo, el gráfico 17 muestra el comportamiento de los pacientes enviados a Colombia a la institución 4, para los años 2013 y 2014, donde se observa claramente como en los grupos de pacientes de 60 o más años y de 15 a 44 años, el número de

pacientes tiene un decrecimiento considerable pasando de 17 a 3, y de 6 a 3 respectivamente.



Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

### 3.2.4.2. Género

El comportamiento de la variable género mostró un predominio de pacientes mujeres (22) sobre los hombres (14). Cuando se analiza el comportamiento de esta variable, teniendo en cuenta los grupos de edad de los pacientes, se observa que en el grupo de 5 a 14 años el comportamiento de la variable género es contrario al comportamiento general, pues el número de pacientes hombres es mayor en este grupo. Cuando observamos los resultados en porcentajes el grupo de 60 o más años muestra un comportamiento mayor de mujeres (2%) que de hombres (1%); lo que podría estar relacionado con el tipo de procedimiento solicitado por la aseguradora.

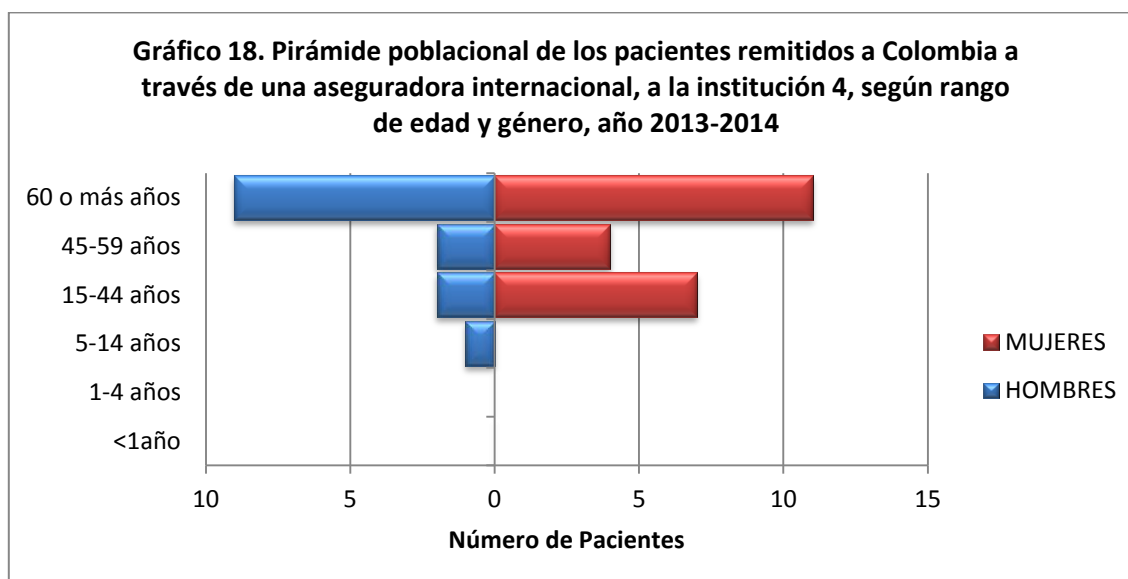
Cuadro 27

**Cuadro 27. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional, a la institución 4, según rango de edad y género, en los años 2013-2014**

EDAD	HOMBRES	PORCENTAJE	MUJERES	PORCENTAJE
<1año	0	0%	0	0%
1-4 años	0	0%	0	0%
5-14 años	1	0%	0	0%
15-44 años	2	0%	7	1%
45-59 años	2	0%	4	1%
60 o más años	9	1%	11	2%
TOTAL	14	1%	22	4%

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

El gráfico 18 muestra la distribución de los pacientes remitidos a Colombia a la institución 4, distribuidos por rango de edad y género a manera de pirámide poblacional, en él se observa claramente el predominio de las mujeres sobre los hombres en los grupos de 60 años o más, de 45 a 59 años y de 15 a 44 años, caso contrario en el grupo de 5 a 14 años donde se evidenció solo envío de hombres.



Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

### **3.2.4.3. Procedimiento Solicitado por la Aseguradora**

Con respecto a la variable procedimiento solicitado por la aseguradora internacional, la información recolectada mostró que dentro de las especialidades clínicas más solicitadas por la aseguradora internacional en los años 2013-2014 para la institución 4 se encuentra: Hemato-oncología en un (44.4%), Obstetricia (11%), Urología y Nefrología (11%), Gastroenterología (11%) y Cuidados en UCI (Ped-Adul) y U.Quem. (11%).

El comportamiento de los exámenes diagnósticos, incluyeron la realización de: Polisomnografías, pet-scan, bone scan, octreo scan, vq scan, leukocytes scan, total body I-131-scan, dat scan, resonancias y gammagrafías.

Asimismo, el comportamiento de medicina interna (MI) y otras terapias (0%) incluyó: Evaluación de miositis de origen desconocido, escleroterapia, evaluación y tratamiento de absceso subfrénico persistente, tratamiento de I-131, I131-ablación, tratamiento radiactivo con I-131, radionuclide therapy with radium 223 or Samarium, evaluación clínica y tratamiento de picazón crónica y administración de botox en glándulas salivales. Cuadro 28

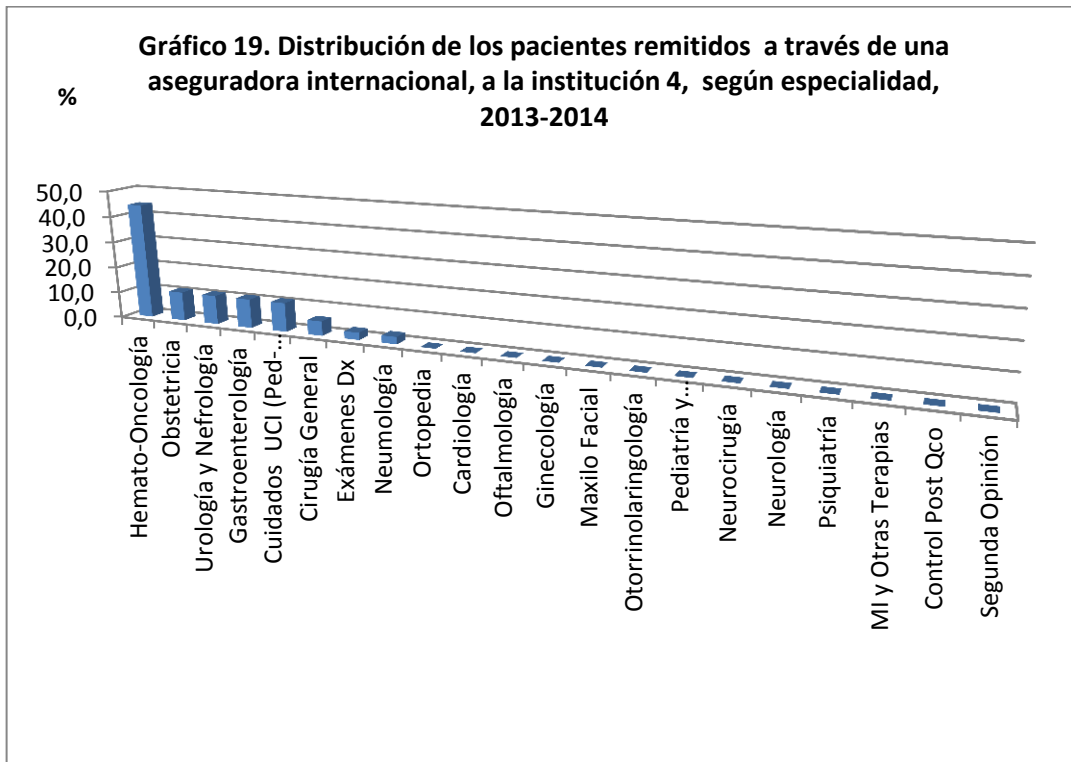
**Cuadro 28. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional, a la institución 4, según especialidad, 2013-2014**

SOLICITUD REALIZADA POR LA ASEGURADORA	2013		2014		TOTAL CASOS	TOTAL PORCENTAJE	Frecuencia Acumulada
	Número	%	Número	%			
Hemato-Oncología	12	52,2	4	30,8	16	44,4	16
Obstetricia	4	17,4	0	0,0	4	11,1	20
Urología y Nefrología	2	8,7	2	15,4	4	11,1	24
Gastroenterología	1	4,3	3	23,1	4	11,1	28
Cuidados UCI (Ped-Adul) y U.Quem.	3	13,0	1	7,7	4	11,1	32
Cirugía General	0	0,0	2	15,4	2	5,6	34
Exámenes Dx	1	4,3	0	0,0	1	2,8	35
Neumología	0	0,0	1	7,7	1	2,8	36
Ortopedia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36
Cardiología	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36
Oftalmología	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36
Ginecología	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36
Maxilo Facial	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36
Otorrinolaringología	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36
Pediatría y Neonatología	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36
Neurocirugía	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36
Neurología	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36
Psiquiatría	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36
MI y Otras Terapias	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36
Control Post Qco	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36
Segunda Opinión	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

Cuando se analiza el comportamiento de esta variable, teniendo en cuenta el número de pacientes enviados a la institución 4, se observa como la especialidad de gastroenterología, tuvo un leve incremento de 1 a 3; caso contrario al que se presenta en el comportamiento de las especialidades de hemato-oncología, obstetricia y pacientes enviados a cuidados intensivos UCI (Ped-Adul) y unidad de quemados, donde el número de pacientes disminuyó de 12 a 4 y de 4 a 0 y de 3 a 1, respectivamente.

El gráfico 19 muestra la distribución de los pacientes remitidos a Colombia a la institución 4, según especialidad para los años 2013-2014, donde se evidencia el predominio de la especialidad de hemato-oncología (44,4%) sobre el resto de las especialidades; a pesar, como lo muestra la tabla 3, que la variación de esta especialidad ha sido amplia, pasando de (52,2%) en el 2013 a (30,8%) en el 2014.



Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

#### 3.2.4.4. Estancia

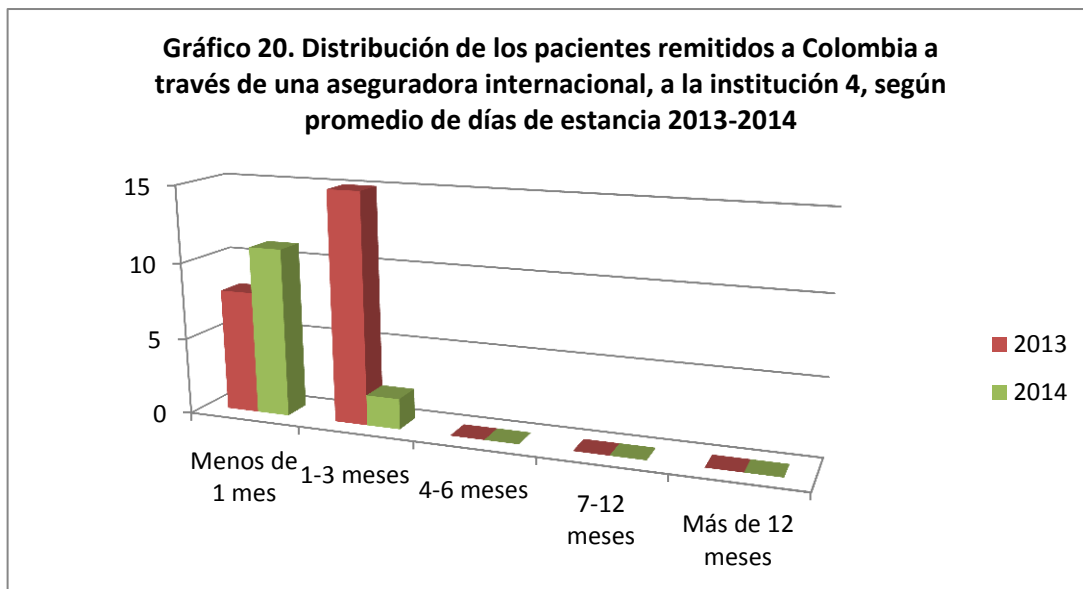
Sobre la variable estancia, los resultados mostraron que en el período 2013-2014 el 100% de los pacientes enviados a Colombia a la institución 4, tuvieron una estancia inferior o igual a 90 días, esto podría estar relacionado con el tipo de procedimiento solicitado por la aseguradora internacional. Este comportamiento, se ve claramente afectado por los resultados en el rango menos de 1 mes, pues como se observa en el cuadro 29, es el rango con el mayor número de personas correspondiendo a 19 pacientes en ambos años (52.8%).

**Cuadro 29. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional, a la institución 4, según promedio de días de estancia 2013-2014.**

ESTANCIA	2013		2014		TOTAL	PORCENTAJE	FRECUENCIAS ACUMULADA
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE			
Menos de 1 mes	8	34,8	11	84,6	19	52,8	19
1-3 meses	15	65,2	2	15,4	17	47,2	36
4-6 meses	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36
7-12 meses	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36
Más de 12 meses	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36
TOTAL	23	100	13	100	36	100	

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

El siguiente gráfico, muestra el comportamiento de la estancia de los pacientes enviados a Colombia a la institución 4, en él se observa claramente, al analizar el comportamiento de esta variable teniendo en cuenta el número de pacientes, el aumento de las estancias de menos de 1 mes (de 8 a 11); caso contrario en el rango de 1 a 3 (de 15 a 2).



Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.



### 3.2.4.5. Mortalidad

Con relación a la variable mortalidad de los pacientes internacionales enviados a Colombia a la institución 4 en los períodos estudiados, la información recolectada mostró que en el año 2013 se presentaron 5 muertes; contrario al año 2014 en donde no se presentaron muertes. Se podría creer, que las muertes presentadas podrían estar relacionadas con el diagnóstico de los pacientes, con el tipo de tratamiento realizado, o simplemente corresponden al aumento en el volumen de ingreso de pacientes en el año 2013 a esta institución. Ver cuadro 30

**Cuadro 30. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional, a la institución 4, según número de ingresos y ocurrencia de muertes durante su estancia en Colombia, años 2013-2014**

INSTITUCIÓN	2013			2014		
	NÚM. INGRESOS	NÚM. FALLECIDOS	%	NÚM. INGRESOS	NÚM. FALLECIDOS	%
Institución 4	23	5	21,7	13	0	0,0

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

### 3.2.4.6. Causa de Mortalidad

Con relación a la causa de mortalidad de los pacientes internacionales enviados a Colombia a la institución 4 en los años 2013 - 2014, la información obtenida mostró que en el año 2013 se evidenció que la causa principal de muertes fueron paros cardio respiratorios seguido de las asistolias; que podrían haber sido causadas por complicaciones en los procedimientos realizados, teniendo en cuenta los diagnósticos de estos pacientes. Ver cuadro 31

**Cuadro 31. Distribución de los pacientes remitidos a Colombia a través de una aseguradora internacional, a la institución 4, según causa de muerte, años 2013 - 2014.**

INSTITUCIÓN 4	TOTAL CASOS	PTES FALLECIDOS	DETERMINACIÓN CAUSA DEL FALLECIMIENTO	DX PRINCIPAL
2013	23	5	Asistolia	Quemaduras 60% superficie corporal
			Asistolia	Sepsis de origen pulmonar
			Paro Cardio respiratorio	Prematuridad, multi complicaciones
			Paro Cardio Respiratorio	Carcinoma de esófago
			Paro Cardio Respiratorio	Cáncer de pulmón
2014	13	0		
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>5</b>		

Fuente: Construcción propia de la autora con base en la información de la base de datos suministrada por la aseguradora internacional.

### **3.3. CARACTERÍSTICAS DE LOS COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES INTERNACIONALES, A TRAVÉS DE UNA ASEGURADORA INTERNACIONAL, LA OES Y LAS IPS VINCULADAS**

Luego de haber realizado las entrevistas a las personas de la aseguradora internacional y de la OES, previamente seleccionadas y previo consentimiento informado, se procedió a realizar la transcripción manual de las mismas, para conservar la fidelidad de la información, luego se organizó la información para dar lugar al posterior análisis mediante la técnica de análisis de contenido. A continuación, se presenta la información obtenida del análisis del contenido de las respuestas de los participantes a cada una de las preguntas realizadas en la entrevista; a través de ellas, se obtendrán las características de los componentes de este modelo de atención.

#### **3.3.1. Tiempo de trabajo en el proyecto**

Los resultados mostraron que, tanto la directora del proyecto, la Dra Teresa Tono, como la gerente de cuentas, la Sra. Merrel Curie y el encargado del diseño y desarrollo de la herramienta de información, Sr. Wilmar Cortes, llevan trabajando en el proyecto de pacientes internacionales por espacio de 5 años.

De otra parte, la encargada del proyecto en el área administrativa y financiera, Sra. Sandra Guerrero y la auditora médico del proyecto, Sra. Diana Ramírez, llevan trabajando en el proyecto 2 años y 2 años y medio respectivamente.

Con la información anterior se asegura que los participantes tienen el conocimiento suficiente en tiempo y experiencia en el proyecto, lo que les permite dar aportes sólidos y que sean consecutivos en el tiempo sobre el desarrollo del modelo de atención utilizado para este estudio.

### **3.3.2. Cargos desempeñados dentro de la Organización**

Además del tiempo que llevan laborando en el proyecto los entrevistados, es importante saber los cargos desempeñados y el cargo que están desempeñando actualmente dentro de la institución, al respecto los entrevistados señalaron lo siguiente:

La Dra. Teresa Tono, es Directora Ejecutiva de la OES y Directora del Proyecto de Pacientes Internacionales de la Organización.

La Sra. Merrel Curie, es Gerente de Cuentas, además se desempeña como Directora de Servicios Paramédicos y Dentales en Aruba; es importante aclarar que ella es la única representante de la aseguradora internacional quién tuvo disponibilidad para ser entrevistada.

La Sra. Sandra Guerrero, es Coordinadora de la Unidad de Investigación en la OES; además, ha participado en la supervisión y control del proceso de auditoría de cuentas en el proyecto de pacientes internacionales.

La Sra. Diana Ramírez, es Coordinadora del Proyecto de OES de una firma auditora externa.

Finalmente, el Sr. Wilmar Cortés, es Coordinador de Desarrollos Tecnológicos en la OES.

### **3.3.3. Envío del perfil epidemiológico de la población arubiana por parte de la Aseguradora Internacional.**

Al respecto, el Sr. Wilmar Cortés, la Sra. Diana Ramírez y la Sra. Sandra Guerrero, manifiestan no tener conocimiento al respecto; sin embargo, la Dra. Teresa Tono expresó que en las facetas iniciales del proyecto si se recibieron los perfiles epidemiológicos de los pacientes arubianos que fueron enviados a Colombia.

Al respecto, la Sra. Merrel Curie, aclara:

*“Regularmente no, pero si en períodos, al inicio del proyecto mandamos la información que tenemos en nuestro sistema de facturación directamente a los hospitales. Eso fue mandado al inicio del proyecto y también anualmente hay una revisión, pero no directamente con la OES; esto es importante para la estrategia de contratación con el hospital”.*

### **3.3.4. Oportunidad en el envío de esta información**

La Dra. Teresa Tono, menciona que *“Esta información fue enviada anterior al inicio del programa”*; por su parte, la Sra. Merrel Curie, considera que el envío de la información ha sido oportuna en todas las etapas del proyecto.

### **3.3.5. Criterios para escoger los hospitales en Colombia**

La Dra. Teresa Tono, la Sra. Merrel Curie y el Sr. Wilmar Cortés afirmaron conocer los criterios; por su parte, la Sra. Diana Ramírez manifestó no conocerlos. Al respecto, la Sra. Sandra Guerrero expresa:

*“No conozco los criterios, pero sé que la OES y la aseguradora internacional, colaboraron para el diseño de esos criterios y definieron la convocatoria de los hospitales y se invitaron a los hospitales que de manera plural, por supuesto alguno de esos sugeridos por la OES, como conocimiento anterior a la prestación de servicios de salud en forma; finalmente se sugirió que se convocaran hospitales que se conocen en Colombia que prestan calidad en la prestación de servicios”*

En ese mismo sentido, la Dra. Teresa Tono, señaló la existencia de un cuadro y un documento que fue entregado a las organizaciones, en donde se calificaba a las IPS. Adicionalmente, se hicieron tres visitas por parte de equipos de evaluadores de la aseguradora y del gobierno arubiano.

Finalmente, la Sra. Merrel Curie, enuncia los siguientes criterios que se tuvieron en cuenta para escoger los hospitales para la atención de los pacientes arubianos en Colombia:

*“La primera sería una ACREDITACIÓN NACIONAL O INTERNACIONAL; la segunda, LA LOCALIZACIÓN Y DESARROLLO DE LA CIUDAD Y LA SEGURIDAD PARA LOS PACIENTES; la tercera sería la EXPERIENCIA PREVIA, experiencia que uno pueda reproducir con pacientes internacionales, el tipo de servicio que sea adecuado con el perfil de nuestros pacientes, porque mandamos a nuestro pacientes y el perfil es bastante complicado; entonces, debe de ajustarse a nuestra población de pacientes”...*

*...“Lo que vimos también eran INDICADORES DE CALIDAD, experiencia, volúmenes, volúmenes de procedimientos, volúmenes de ingresos y egresos; cantidad de camas; relación enfermera paciente, médico paciente; que tipo de contratación hay en el hospital, si los médicos son empleados del hospital o no; en realidad, esos son los criterios que usamos”... “..esos criterios es una combinación, un par de nosotros y también de la OES”.*

*.. “ Price, quality, how to process the bills also the the way that the hospitals deliver the information”...*

Al respecto, la Sra. Sandra Guerrero, señala que, el diseño de los criterios que se tuvieron en cuenta para escoger los hospitales en Colombia, fueron elaborados en conjunto por la aseguradora internacional y la OES.

Por su parte, el Sr. Wilmar Cortés, agregó otros criterios que no habían sido mencionados:

*“..era muy importante que las organizaciones lo primero y lo primordial tuviesen una HISTORIA CLÍNICA DIGITAL; lo segundo que tuviesen EQUIPOS Y TECNOLOGÍA EN LA ATENCIÓN EN SALUD DE LA MEJOR CALIDAD POSIBLE; que tuviesen UN DEPARTAMENTO DE SISTEMAS, que fuera capaz de hacer desarrollos para poder hacer la conectividad entre su sistema de información y el sistema de información que tiene la aseguradora en Aruba, para el intercambio de la parte de facturas y demás”.*

*Señala que, “..para la aseguradora en Aruba era muy importante que para una condición específica de salud, a la cual el hospital quería atender, tuviese esos requerimientos, no necesitaban que el hospital tenga o tuviese todas las posibilidades de atender todas las condiciones de salud, cuando ellos van a remitir un paciente a otro país o a otra institución lo hacen es dependiendo de la condición de salud; entonces, para ellos era muy importante que cumpliera los estándares que estaban solicitando de una condición específica, no necesariamente de todas las que van o estaban planeadas traer a Colombia.”*

*Además, “...al principio si fue un poco la demora en la implementación del modelo de atención por ese proceso, porque algunos hospitales no tenían una persona que hablase inglés y pudiesen hacer una comunicación mucho más fluida.”*

La Sra. Diana Ramírez, a pesar que manifestó no conocer los criterios que tuvo en cuenta la Aseguradora Arubiana para escoger los hospitales en Colombia, agregó:

*“...tengo entendido que la aseguradora, uno de los criterios que tuvo para elegir a los prestadores era que supieran hablar INGLÉS para que se pudieran comunicar con los pacientes”.*

### **3.3.6. Implicación en el diseño y desarrollo del modelo de atención**

La Dra. Teresa Tono y la Sra. Merrel Curie contestaron que efectivamente han estado implicadas en el diseño y desarrollo del modelo; la Dra. Teresa Tono, manifiesta que ha estado totalmente implicada en el desarrollo e implementación del modelo de atención que inicia cuando un especialista toma la decisión de remitir una

solicitud al asegurador para la remisión de pacientes a Colombia, hasta el regreso de los pacientes a Aruba. Sin embargo, aclara:

*“He participado marginalmente en el modelo que se aplica dentro del hospital, o sea, el modelo médico clínico, pero ha sido muy marginal y solamente en apoyo de conversaciones que se dan entre un hospital y un equipo clínico y los especialistas en Aruba, con el asegurador arubiano; pero en las decisiones de qué tratamiento, cuándo, cómo y por parte de quién, en lo clínico no participo ni he participado.”*

Al respecto, el Sr. Wilmar Cortés, realiza otra aclaración:

*“...en el momento en que la OES contacto a la aseguradora internacional o viceversa, desde ese mismo momento estuvimos apoyándolos en general en el proceso de atención de pacientes, aunque ellos ya estaban enviando pacientes a Colombia para ser atendidos. Se notó, cuando hicimos el levantamiento de la información, que no tenían un proceso establecido, y que no tenían unos parámetros de esos procesos completamente claros al momento de hacer la atención. Entonces, debimos apoyarlos, o eso fue uno de los objetivos del contrato, apoyarlos en el proceso de generación de ese modelo.”*

Por su parte, la Sra. Sandra Guerrero y la Sra. Diana Ramírez, manifestaron, que estuvieron implicadas en el desarrollo del mismo.

### **3.3.7. Características del modelo de atención**

Este aspecto es de suma importancia para los resultados del proyecto de investigación y para el logro de los objetivos establecidos en el mismo; al respecto:

La Dra. Teresa Tono, como directora del proyecto, menciona como elementos centrales del modelo de atención:

*“Primero, NO HAY INTERMEDIACIÓN, anteriormente si la había. En la intermediación, una entidad colombiana hacía toda la contratación de la red de atención clínica en Colombia, remitía los pacientes a su criterio, a su criterio negociaba tarifas, hacía auditoría y posteriormente rendía un informe a Aruba; pero*

*todo esto se hacía con tarifas del intermediario colombiano, en él. En la actualidad y este es el gran cambio, éste es el más importante, la decisión de a quién contratar, en qué condiciones contratarlo o sea, que tipo de pacientes, con que patología se remiten, en que volúmenes se remiten, en qué condiciones se remiten, las tarifas, la contratación, la facturación, lo hace directamente la aseguradora arubiana, y esa es una gigantesca diferencia, porque lo que sucede es que el asegurador arubiano, se empodera y toma control de lo que está recibiendo su paciente, por quienes ellos responden ante su país y ante su gobierno, y al tener control lo que hace también es que mejora la calidad en la atención.”*

*“...este modelo tiene un elemento adicional que es absolutamente fundamental y es que EXISTE UNA COMUNICACIÓN ENTRE EL HOSPITAL EN COLOMBIA Y LA ASEGURADORA EN ARUBA, que se hace por medio de un portal web con un programa estandarizado que recoge información estandarizada y este es el servicio que brindamos nosotros, por medio de éste servicio los aseguradores en Aruba le hacen seguimiento, prácticamente en el día a día, lo que está pasando con sus pacientes y además de hacerles seguimiento, participan en la toma de las decisiones clínicas. Esa actividad de coordinación, adicionalmente, permite que haya una especie, llamémoslo así, de traducción entre la cultura arubiana y las solicitudes de los arubianos y la cultura reinante en los hospitales colombianos y los modelos de atención colombiana; esa coordinación creo que es el otro elemento central de este modelo de manejo de los pacientes y tiene un instrumento que ha probado ser muy valioso y es el de tener en esa coordinación a un profesional de la salud que le puede hacer seguimiento de manera neutra a las necesidades y al tratamiento que está recibiendo el paciente y es una tercera instancia, desde la cual se está pendiente exactamente de lo que le está pasando al paciente, a su familia, a sus necesidades y ese elemento ha sido valiosísimo.”*

La Sra. Merrel Curie, converge con la Dra Teresa Tono, en lo que respecta a la importancia de la coordinación de los pacientes, que ha ayudado para que el proceso de remisión sea más eficiente. Además, menciona la importancia del



intercambio de información a través del portal web en tiempo real, lo que ha acelerado y permitido tener un mejor control en los procesos de remisión. Añade:

*“..este, es un modelo más simplificado, en donde se concentra el flujo de pacientes en pequeñas cantidades de hospitales.”*

La Sra. Sandra Guerrero, por su parte, considera que las principales características del modelo, son: LA PREDETERMINACIÓN DE LAS PRESTACIONES CON SU RESPECTIVA TARIFA; LA NEGOCIACIÓN PREVIA, antes de iniciar el envío de los pacientes; UNA CONSTRUCCIÓN PREVIA COMPLETA DEL MODELO, antes de iniciar el envío de pacientes desde Aruba a Colombia y finalmente precisa:

*“...solo se pueden atender pacientes que estén autorizados por la aseguradora internacional y que tengan todas las formalidades administrativas para ser atendidos, en cuyo caso si hubiese algún paciente, algún ciudadano arubiano en Colombia que se enfermera en alguna de las ciudades, que hay hospitales vinculados, pues no podrían ser atendidos a menos de qué la aseguradora confirme que son afiliados y autorice su atención”.*

La Sra. Diana Ramírez, considera que es un modelo que brinda UNA ATENCIÓN INTEGRAL, al respecto señala:

*“integral, me refiero no solamente de su estado de salud, sino también atención referente a unos viáticos o sea, a unos gastos por su estancia aquí en Colombia”.*

*“... es un modelo totalmente integral de salud del paciente, para él y su acompañante cuando están acá en Colombia”.*

Asimismo, añade otras características a tener en cuenta: LA OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN, en cuanto a los servicios de ambulancia aéreas; LA CALIDAD DE LAS IPS, porque cuentan con un desarrollo tecnológico importante.

De otra parte, el Sr. Wilmar Cortés, señala:

*“...EL ESPECIALISTA EN ARUBA ES QUIEN SOLICITA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO que no lo tienen ellos, para ser*

*generado, ya en el hospital porque es un hospital de primer nivel y no tienen mayor equipo de alta tecnología y procedimientos muy avanzados”.*

### **3.3.8. Procesos operacionales del proyecto**

La Dra. Teresa Tono, manifiesta que los procesos operacionales fueron definidos conjuntamente entre la aseguradora arubiana y la OES, a partir de las necesidades específicas de los arubianos y del conocimiento, que la OES tiene, de la manera cómo funcionan los hospitales colombianos, los aeropuertos colombianos y los sistemas de transporte de pacientes en Colombia. Al respecto, la Sra. Merrel Curie, expresa:

*“..nosotros definimos los requisitos y los procesos fueron elaborados en la OES porque conocen la cultura, tiene más contacto también con los hospitales y así funciona mejor.”*

Asimismo, la Sra. Sandra Guerrero, se unió a los conceptos de la Dra. Teresa Tono y la Sra. Merrel Curie, pero expresa una observación que no había sido mencionada:

*“En el diseño predefinición y determinación de los procesos no participaron los hospitales; por ejemplo, el diseño estuvo a cargo del asegurador con OES y OES apoyando, digamos, desde su experiencia en el tema de gestión de procesos, así fue que se diseñaron”.*

Finalmente, la Sra. Diana Ramírez, manifestó no tener conocimiento al respecto y el Sr. Wilmar Cortés, se centró en las necesidades que tuvo, inicialmente, la aseguradora internacional.

### **3.3.9. Procesos administrativos del proyecto**

La Dra. Teresa Tono, la Sra. Sandra Guerrero y el Sr. Wilmar Cortés, compartieron el mismo punto de vista y concluyeron que los procesos administrativos se definieron también conjuntamente; sin embargo, la Sra. Sandra Guerrero agregó:

*“...todo el proceso de atención desde la perspectiva del asegurador y el asegurado, garantizando unos procesos y unas actividades y unas acciones requeridas, digamos para hacer cumplimiento de toda la misión de la aseguradora que es prestar servicios de salud a sus afiliados”.*

Asimismo, el Sr. Wilmar Cortés señaló:

*“...fue una construcción compartida y concertada entre las dos partes, las IPS u hospitales no participaron, porque una de las condiciones era que ellas se debían acoger al modelo de atención que se estaba diseñando”.*

Por su parte, la Sra. Merrel Curie, describió de manera general el proceso de facturación:

*“..Es en el momento final, cuando el paciente ha retornado, cuando el hospital genera la factura, pasa por la auditoría y luego la factura llega a Aruba”.*

### **3.3.10. Ciclo de atención**

Todos los participantes manifestaron conocer el ciclo de atención de los pacientes enviados por la aseguradora desde Aruba hacia Colombia.

El ciclo de atención se encuentra sintetizado en el flujograma de procesos del modelo de atención de pacientes enviados a Colombia a través de una aseguradora internacional, ver numeral 3.4. Este ciclo de atención se puede resumir en 4 etapas, las cuales se mencionan a continuación.

- **Primera Etapa:** Procesos establecidos en Aruba por la aseguradora internacional para el envío de pacientes procedentes de Aruba a Colombia. Inicia con la atención de un paciente en una IPS en Aruba hasta el envío de una solicitud, por parte de la aseguradora internacional, vía web a la OES, para que este paciente sea atendido en Colombia.
- **Segunda Etapa:** Proceso que inicia desde el momento que la OES recibe una solicitud, por parte de la aseguradora, vía web/ telefónica, para la hospitalización, realización de procedimiento o examen en Colombia, de un paciente procedente

de Aruba, hasta el momento que el paciente y acompañante están listos para viajar a Colombia.

- **Tercera Etapa:** Proceso que inicia, de acuerdo a la condición médica del paciente para ser transportado a Colombia, hasta el retorno del mismo con su acompañante a Aruba.
- **Cuarta Etapa:** Proceso que inicia con la generación de la factura, por parte de la IPS en Colombia, contratada por la aseguradora internacional, hasta el pago correspondiente a la IPS en Colombia.

### 3.3.11. Aspectos que han ayudado a la construcción del modelo

La Dra. Teresa Tono, considera que son varios:

*“...el primero la confianza de la aseguradora estatal arubiana en la calidad de la prestación de servicios en Colombia, particularmente en los hospitales que ellos seleccionaron y que están convencidos, además, tienen registros de que eso es así, de que sus pacientes están siendo tratados a nivel que podrían ser tratados en su país de origen que es Holanda<sup>3</sup>”*

*“El segundo elemento central de esta relación, es la labor de coordinación que hace la OES con profesionales de la salud, con una buena herramienta de informática en la cual se le hace seguimiento y se le presta un apoyo permanente a las necesidades del paciente y a las inquietudes que puedan tener tanto los médicos o el prestador en Aruba, como los médicos o el prestador en Colombia”.*

*“Tercero, el elemento central de la relación directa que existe entre los prestadores y la aseguradora, ellos negocian sus tarifas, ellos hacen los acuerdos de las formas de pago, ellos hacen todos los acuerdos de las condiciones en las cuales se prestan estos servicios y genera una relación especial entre ellos”.*

---

<sup>3</sup> Como Aruba es una Colonia Holandesa, la entrevistada se refirió a los pacientes como originarios de Holanda.

Finalmente, la Dra. Tono añade:

*“Resultado de todo esto, es que Aruba está en control de sus pacientes y Colombia da lo mejor que tiene para dar. En mi opinión es un excelente modelo”.*

Al respecto, la Sra. Merrel Curie y la Sra. Diana Ramírez coinciden con la Dr. Tono, en cuanto a la importancia de la comunicación a través una buena herramienta de informática, como elemento fundamental en la construcción del modelo de atención. Sin embargo, la Sra. Merrel Curie, agrega otros aspectos: la simplificación del proceso, tener un intermediario y cuatro hospitales; e incluye un último elemento:

*“..y para nosotros lo más importante también es el control, ahora por primera vez tenemos una buena indicación de donde nuestros pacientes están, en que momento tenemos mejor información de los gastos y mejor claridad, naturalmente en la calidad de servicios que los pacientes en este momento reciben en Colombia”.*

Asimismo, la Sra. Sandra Guerrero, considera otros aspectos, como: el interés del asegurador de dar unas prestaciones o una atención en salud, dicho en sus propias palabras:

*“...porque tienen que garantizar la atención, pero también tiene que hacerse cargo de la mejor utilización de los recursos”.*

La Sra. Guerrero, refiere que el modelo de atención está diseñado desde la perspectiva del asegurador, fue construido todo desde el principio, no durante la prestación de los servicios. Añade además, la importancia de los acuerdos o reglas de prestación realizadas desde el principio. Al considerar el tema administrativo y financiero, menciona el manual tarifario como uno de los elementos principales en la construcción del modelo.

El Sr. Wilmar Cortés por otra parte, contempla la experiencia previa de la aseguradora en el manejo de sus pacientes: *“.. todos los errores y dificultades a los que se habían enfrentado..”*, y añade, la experiencia de la OES en temas de calidad y procesos de atención en salud, como una conveniente combinación para la construcción de un mejor modelo de atención.

### **3.3.12. Aspectos que han ayudado al desarrollo del modelo**

La Dra. Teresa Tono, considera como parte fundamental en el desarrollo del modelo de atención, al profesional de la salud encargado de la coordinación del proyecto en la OES.

Por su parte, la Sra. Sandra Guerrero, reitera la importancia de la predeterminación de los procesos; tener claro que es lo que hay que hacer desde el principio, unos cómo y unas reglas establecidas, una capacitación previa al personal, asegurar las herramientas de comunicación entre el asegurador y los prestadores, además del establecimiento de las líneas decisorias.

Ahora bien, la Sra. Diana Ramírez, toma en cuenta otros aspectos: la cobertura por parte de la aseguradora es muy amplia y esto ha sido uno de los aspectos que ha influido en el desarrollo del modelo de atención. Menciona además, las bondades de las herramientas tecnológicas en los procesos de comunicación y de auditoría. En sus propias palabras expresa:

*“..el sistema de información, le permite ver a las tres partes toda la información, entonces para epidemiología yo puedo verla desde allí, para facturación costo yo puedo verla desde allí, para saber adónde me están remitiendo más pacientes, donde me vale más una factura, todo lo puedo ver desde el sistema, o sea una fortaleza muy importante del modelo”.*

El Sr. Wilmar Cortés, coincide con la Sra. Diana Ramírez y agrega otro aspectos a tener en cuenta:

*“yo creo que lo que más ha ayudado para el éxito de este modelo de atención en ese desarrollo es evidentemente el aval que ha sido el manejo de la información para la toma de decisiones, lo fácil que ha sido poder hacerle seguimiento a los pacientes y obviamente el aprendizaje que se ha ido generando a medida que vamos avanzando”.*

### **3.3.13. Éxito del modelo**

Todos los participantes consideran que el modelo de atención ha sido exitoso. La Dra. Teresa Tono logra abarcar en su respuesta las respuestas del resto de los participantes:

*“Totalmente, y existen números que así lo prueban, que tenemos registrados, tanto nosotros como la aseguradora de Aruba, que prueban que ese es el caso, tanto en la calidad como en la satisfacción del paciente, como en los resultados financieros. Entonces, lo que le estoy diciendo es, los pacientes están más satisfechos, regresan a Aruba en mejores condiciones de salud y les cuesta menos”.*

Por su parte, el Sr. Wilmar Cortés, hace mención de un aspecto adicional:

*“Si, te confirmo el modelo creo ha sido muy exitoso y ellos mismos lo han plasmado al momento que han tomado la decisión de ampliarlo a otros países como Holanda, por ejemplo, que es un país desarrollado y que en este momento sé que están verificando y revisando las opciones para ampliarlo a países como Curazao, Bonaire, San Martín, Venezuela y Estados Unidos; que esos son los países a los cuales remiten también pacientes”.*

### **3.3.14. Factores que han influido en el éxito del modelo**

La Sra. Merrel Curie, menciona como factores de éxito: *“el conocimiento del mercado por un intermediario como la OES; la simplificación del sistema; un mejor tipo de contratación, que centre su atención en la calidad; volúmenes de pacientes; transparencia y comunicación”.*

Por su parte, la Sra. Sandra Guerrero, comparte el mismo punto de vista de la Sra. Merrel Curie, en cuanto que la aseguradora haya considerado la asesoría de una institución experta en gestión de procesos como la OES, donde se haya garantizado una selección dentro de los mejores hospitales. Sin embargo, agrega otros aspectos:

*“...la decisión de la aseguradora de plantear un proceso o un modelo estructurado completo desde el principio hasta el fin”...*

*“...la segunda cosa que creo que ha contribuido, y nuevamente insisto que desde el punto de vista administrativo financiero un aspecto muy importante para el éxito de este modelo es la predefinición del manual tarifario, porque ya sabemos qué, y cómo y cuánto vale y dentro de ese marco se mueve toda los pacientes de Aruba, y las excepciones que son muy pocas, son tratadas ya desde una línea jerárquica de decisión por fuera del modelo; pero casi todos los pacientes están, sino el 99% de los pacientes que son referidos a Colombia, entran dentro de este modelo, bogan los precios que sean predeterminados y finalmente cuando se termina su intervención y regresan a Aruba, tanto el paciente como el asegurador han logrado digamos los propósitos que tenían previstos”.*

Asimismo, la Sra. Diana Ramírez, coincide con el punto de vista de la Sra. Sandra Guerrero, con respecto al manual tarifario, añadiendo además, la importancia de los sistemas de información y comunicación, el conocimiento de las IPS del modelo a seguir para que fluyan mejor sus procesos.

El Sr. Wilmar Cortés por su parte, señala que el éxito del modelo es la persona que está en la OES haciendo el enlace y coordinación de los pacientes que viajan desde Aruba hacia Colombia. Además señala otros aspectos:

*“...la agilidad de la información para la toma de decisiones, la veracidad de esa información, la prontitud para poder hacer seguimiento a los pacientes”.*

*“...el manejo de las alertas cuando son cosas urgentes, como por ejemplo la generación de la logística y las modificaciones de las atenciones, los regresos de los pacientes, el envío de los pacientes de Aruba hacia Colombia, ese tipo de cosas que son urgentes que se manejan alertas por correo electrónico y pues ellos ya reciben es una alerta en el correo electrónico y no toda la información que pueden llegar 20, 40, 50 correos electrónicos en menos de 10 minutos con la información de todo un*



*montón de pacientes, entonces es mucho más fácil para ellos hacer un seguimiento más pausado y más concreto sobre cada uno de los pacientes específicos”.*

### **3.3.15. Otros aspectos importantes con relación al diseño y desarrollo del modelo.**

La Dra. Teresa Tono, considera que un elemento muy importante, es la necesidad de desarrollar una relación de confianza entre las organizaciones; para lo que expresa:

*“...tomó un tiempo hacer la traducción cultural entre, el modus operandi de una organización arubiana al modus operandi de un hospital colombiano, pero durante esos años de múltiples conversaciones, múltiples viajes de ellos a Colombia, nuestros a Aruba; finalmente se fue dando un conocimiento de ambas organizaciones y posteriormente con los hospitales, pero ciertamente mucho más con la OES que permite que nosotros confiemos en ellos y ellos confíen en nosotros, en cuanto a lo que ambos queremos asegurar para sus pacientes y en esa medida es una relación muy fácil, muy buena, es porque parte de la confianza, es una excelente relación y eso ha sido central y no fue fácil. Los arubianos son personas de una cultura diferente a la nuestra, son antillanos, son también holandeses, tienen unas culturas de trabajo, unas culturas de vida, viven en una isla rechirritica donde no llueve, donde hace un calor extremo, nuestro país es muy diferente en ciertamente en donde están los hospitales que ellos contratan; todo eso hubo que hacerle una traducción cultural, y eso se logra es a través de esa clase de relaciones de confianza”.*

Al respecto, la Sra. Merrel Curie, también menciona en su respuesta la importancia de entender la cultura, el tipo de población; al respecto señala:

*“...sólo tiene que asegurarse de que se tiene en cuenta, aquellos aspectos culturales y de la población dentro del modelo también...”.*

La Sra. Sandra Guerrero, por su parte coincide con la Dr. Teresa Tono y aporta además otros aspectos a tener en cuenta:

*“...la relación de confianza si ha sido fundamental, entonces la relación de confianza de la aseguradora con OES, de OES con la aseguradora, de los hospitales con el asegurador, eso ha sido fundamental; entonces, teniendo eso con esas claridades o esas reglas predeterminadas con anticipación, las relaciones de confianza fluyen por si solas y eso garantiza el éxito de los modelos o garantiza el desarrollo de los procesos”...*

*“... la predeterminación específica de cómo se desarrolla cada proceso ha de alguna manera saldado lo que más puede, y ha de alguna manera, sorteado el tema cultural”.*

Agrega también:

*“...hemos tenido la oportunidad de hacer mejoramientos, la herramienta de comunicación, ha sido sometida a mejoramiento y con esa iniciativa se han hecho versiones mejores que han incluido de alguna manera otros aspectos que se han venido considerando importantes dentro de la atención de los pacientes, tanto desde el punto de vista administrativo como desde el punto de vista clínico”.*

*“..los pacientes cuando están aquí, se enfrentan a la prestación de servicios diseñada por cada hospital. Sin embargo, las definiciones y predefiniciones o predeterminaciones que se han hecho dentro del modelo, han permitido que los pacientes, de alguna manera, aboguen exactamente como se ha previsto su atención en Colombia, a pesar de lo cultural que si hace un ruido, pero que finalmente termina siendo resuelto por la misma dinámica de las personas que hacen parte del proceso y ellos van o van aprendiendo de la cultura de la idiosincrasia de los arubianos, de sus propias condiciones epidemiológicas, de sus condiciones de salud y de los hospitales que han venido de alguna manera adaptándose también a eso, e introduciendo cosas dentro del proceso de atención, que por supuesto, está por fuera del manejo del modelo. Aruba pone a su paciente en el hospital, pero es el hospital el que hace toda la prestación de acuerdo como la*

*tiene diseñada; si, digamos la predeterminación del modelo está como en el tránsito en la logística, en lo administrativo, en lo clínico específicamente, el diagnóstico y las intervenciones autorizadas, pero la forma en que se le da la prestación de servicios, toda está digamos ha sido prevista por el hospital; como lo tiene previsto el hospital, como lo hace el hospital aquí en Colombia y digamos, la intervención en eso del asegurador ha sido ninguna, o sea los hospitales atienden al paciente dentro de la dinámica, diseño e idiosincrasia colombiana de la prestación en salud”.*

La Sra. Diana Ramírez agrega que, algunas IPS presentan dificultades y no han podido enviar sus facturas a través del programa Activa que utiliza la firma auditora.

Por su parte, el Sr. Wilmar Cortés, menciona otros aspectos:

*“...súper importante, es la parte de la auditoría, tanto médica como de facturación, eso le da una tranquilidad gigantesca a la aseguradora en Aruba, porque cuando les llegan a ellos las facturas, ellos ya saben que son las facturas reales y no tienen que desgastar tiempo en revisar si realmente el paciente si se le hizo lo que se les había aprobado, si eran los procedimientos adecuados, si eran los costos adecuados o nada por el estilo. Eso disminuye los tiempos, tanto en revisión de esa información y en los de generación de los pagos para las instituciones aquí en Colombia, entonces ha aumentado la productividad al interior de la aseguradora”.*

### **3.4. COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN**

A partir del análisis realizado en la sección anterior, se logró identificar los componentes del modelo de atención que está siendo aplicado para la atención de pacientes internacionales, a través de una aseguradora internacional de Aruba, la OES y las IPS vinculadas en Colombia. A continuación, los seis componentes identificados con su respectiva caracterización.

### **3.4.1. Aseguramiento**

La aseguradora internacional, brinda cubrimiento universal de salud a toda la población Arubiana y a todo aquel que se identifique como residente legal en la isla. Sin embargo, deben estar registrados por la autoridades competentes para hacer uso de los servicios de salud.

Otro aspecto importante de señalar, es que la aseguradora de Aruba se apoya en IPS locales, no solo para brindar atención médica a sus afiliados en primera instancia, sino que además, para identificar aquellos usuarios que requieran atención médica en el exterior. Al respecto, de acuerdo con las entrevistas realizadas, los especialistas de estas IPS locales, son los que definen el diagnóstico, el tratamiento, procedimiento o exámenes que requiera el paciente antes de ser enviado a Colombia.

Por otra parte, la decisión de donde debe ser remitido la/él afiliado, el país, la ciudad, a quién contratar como prestador, en qué condiciones contratarlo, que tipo de pacientes se envían, con que patología se remiten, en que volúmenes se remiten, en qué condiciones se remiten, en que medios de transporte se envían e identifican el paciente y su acompañante, las tarifas, los procedimientos administrativos y financieros, los procedimientos para autorizaciones, las líneas de comunicación, lo hace directamente la aseguradora arubiana; por ende, se dice que es un modelo sin intermediación.

Otro punto interesante a tener en cuenta, es que el modelo de atención para el envío de pacientes procedentes de Aruba a Colombia, no se construyó en la medida que se traían los pacientes, sino que hubo una construcción previa completa a todo nivel por parte de la aseguradora internacional, con el apoyo de la OES. Es por ello, que las negociaciones y arreglos con los prestadores colombianos, fueron realizadas previas al envío de los pacientes a Colombia.

Es importante señalar como última característica de este componente, que la aseguradora internacional cuenta con un departamento en Aruba, encargado de organizar los procesos operativos y logísticos y de los pacientes y sus acompañantes para ser trasladados en Colombia. Al respecto, es interesante resaltar el hecho que los afiliados a esta aseguradora internacional, no solo reciben el cubrimiento de la atención médica en Colombia, sino que además, tienen derecho al cubrimiento de sus tiquetes aéreos, servicio de recogida en el aeropuerto, servicio de hotelería, así como también el cubrimiento de unos viáticos, destinados a cubrir la alimentación durante su estadía en Colombia, tanto para el paciente como para su acompañante.

### **3.4.2. Contextualización Social**

La intervención de una institución colombiana experta en gestión de procesos –OES–, con conocimientos de la manera cómo funcionan los hospitales colombianos, los aeropuertos colombianos y los sistemas de transporte de pacientes en Colombia, ha influido según las entrevistas realizadas, al desarrollo de relaciones de confianza entre las organizaciones colombianas y la aseguradora internacional, teniendo en cuenta que existen diferencias entre el modus operandi de la cultura arubiana y el modus operandi de la cultura colombiana.

Por otra parte se debe resaltar el hecho que, la combinación del conocimiento y experiencia de la OES y de la aseguradora internacional, permitió la creación de las herramientas necesarias para que la aseguradora escogiera sus propios prestadores colombianos.

Asimismo, la OES teniendo en cuenta las necesidades de la aseguradora internacional, fue la encargada de desarrollar la herramienta de informática, por medio de la cual, se le hace seguimiento, en tiempo real, a todos los pacientes que son remitidos a Colombia. Al respecto, es importante señalar que esta herramienta de informática, es uno de los medios de comunicación más importantes que tiene el asegurador, la OES y los prestadores en Colombia.

Otra de las características que tiene este componente, es la existencia de una coordinación por parte de un profesional de la salud, que trabaja desde la OES. Realizando seguimiento de manera neutra, desde el momento en que el paciente sale de Aruba con su acompañante, recibe su atención médica en Colombia, hasta su posterior retorno a Aruba. Al respecto, es importante resaltar el hecho que a lo largo de este ciclo de atención, este profesional de la salud brinda apoyo permanente, no solo a las necesidades del paciente y su familia, sino además a las necesidades de la aseguradora internacional y de los prestadores en Colombia.

Finalmente, vale la pena mencionar que la OES también está encargada de asegurar que se haga un proceso de auditoría a las facturas y a sus respectivos soportes en Colombia, antes del envío de los mismos a la aseguradora internacional.

### **3.4.3. Prestación de Servicios**

Los prestadores colombianos deben seguir el modelo de atención definido por la aseguradora internacional, con el fin de hacer parte de la red de prestadores colombianos de la aseguradora internacional en Colombia. Sin embargo, es importante señalar que el énfasis de este modelo va más dirigido al tránsito de la logística, a los aspectos administrativos y procesos para generar autorizaciones. Es por esta razón, que la forma en que se le da la prestación de los servicios de salud en Colombia a los pacientes procedentes de Aruba, al igual que los sistemas de facturación, está prevista por cada prestador dentro de la idiosincrasia colombiana, más no por la del asegurador.

Ahora bien, los prestados colombianos además de brindar los servicios de salud a los afiliados de la aseguradora internacional -previamente definidos por el asegurador-, están a cargo de los pacientes y sus acompañantes en términos de hotelería y viáticos; incluso en la gestión de visas y la orientación de los mismos dentro de las ciudades. Para este fin, es importante la existencia de una oficina

internacional dentro las instituciones y de un equipo humano con habilidades en el idioma inglés.

Finalmente, es importante señalar que los prestadores colombianos, solo atienden a los afiliados de la aseguradora internacional que tengan todas las formalidades administrativas para ser atendidos. Al respecto, los prestadores conocen con antelación como identificar los pacientes y acompañantes que son enviados a través de esta aseguradora internacional.

#### **3.4.4. Procesos Operacionales y Administrativos**

Los procesos operacionales y administrativos, fueron definidos conjuntamente entre la OES y la aseguradora arubiana, a partir de las necesidades específicas de este último. Al respecto, es importante señalar que los prestadores colombianos no participaron en la construcción de dichos procesos.

#### **3.4.5. Sistemas de Información y Comunicación**

Para garantizar una efectiva comunicación entre los prestadores colombianos y la aseguradora internacional, la OES desarrolló una herramienta de comunicación, que involucra a la aseguradora, a la OES y a los prestadores colombianos. Esta herramienta, genera alarmas ante situaciones urgentes, permite recibir información en tiempo real de cada uno de los pacientes y su vez puede ser vista por cada uno de los actores involucrados; facilitando de esta manera una mayor rapidez a la hora de tomar decisiones, tanto clínicas como administrativas.

Por otro lado, tanto la aseguradora internacional, como la OES, los prestadores colombianos y las empresas de aviones ambulancias, cuentan con líneas telefónicas permanentemente disponibles, para apoyar ante diferentes necesidades que se puedan generar a lo largo del ciclo de atención de los pacientes que son enviados a Colombia.

### **3.4.6. Auditoría de Cuentas**

La base de la auditoría de cuentas, es el manual tarifario. Al respecto, es importante señalar que éste es acordado entre la aseguradora internacional y los prestadores colombianos, previo al envío de los pacientes a Colombia. Sin embargo, este manual tarifario puede estar sujeto a modificaciones negociadas entre la aseguradora y el prestador a lo largo del tiempo.

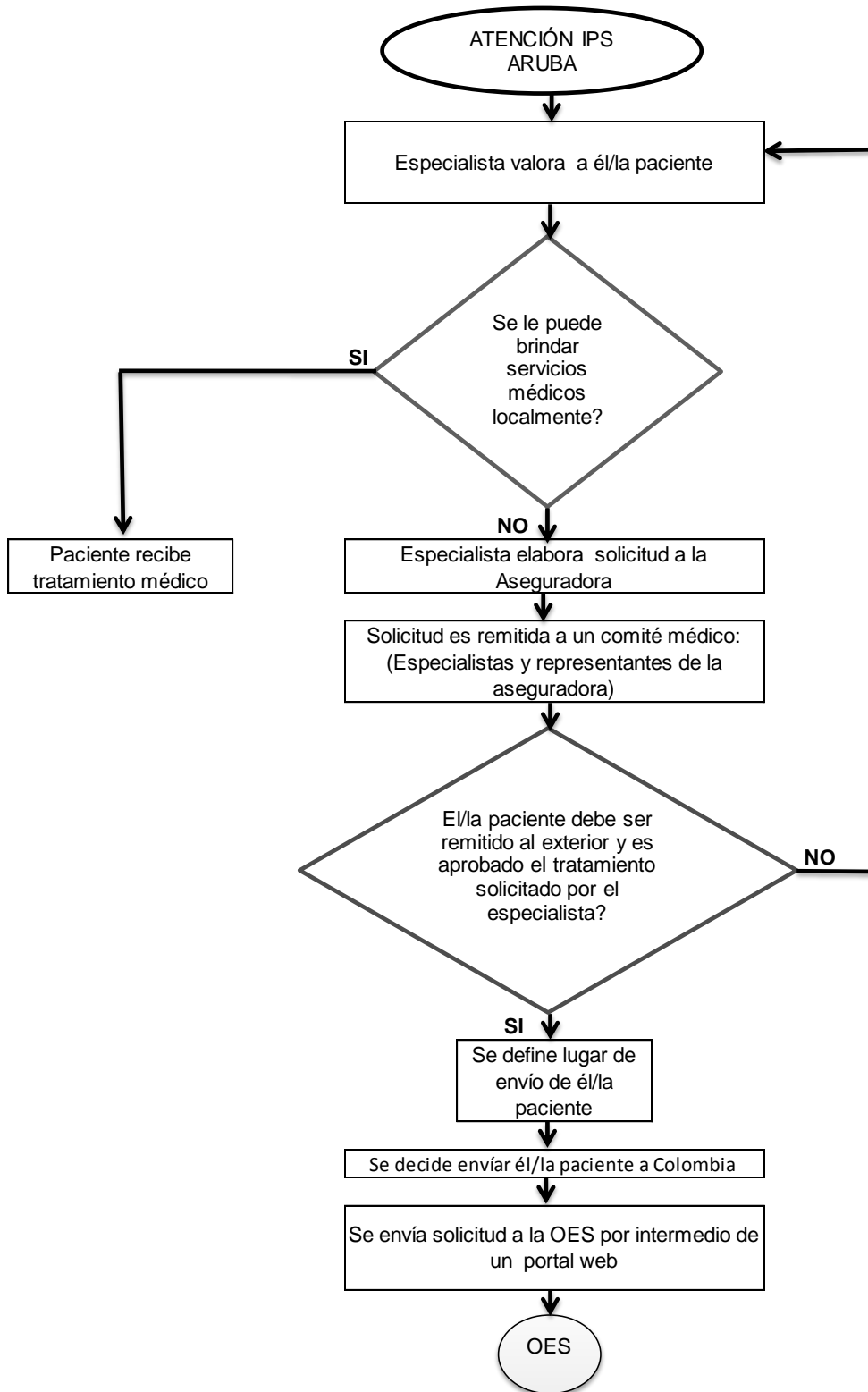
Finalmente, otro aspecto a tener en cuenta es que la OES contrató a un proveedor para la realización de la auditoría de cuentas en Colombia, el cual cuenta con una herramienta de informática que facilita a los prestadores la radicación de cuentas y el envío de soportes de manera digital, adicionalmente funciona como una malla validadora de tarifas, lo que podría garantizar mayor agilidad en el proceso de auditoría.

Todos estos componentes del modelo de atención que está siendo aplicado para la atención de pacientes internacionales, a través de una aseguradora internacional de Aruba, la OES y las IPS vinculadas en Colombia, son los que han hecho posible que estos servicios sean prestados de la mejor manera posible y con la calidad que el desarrollo del modelo requiere.

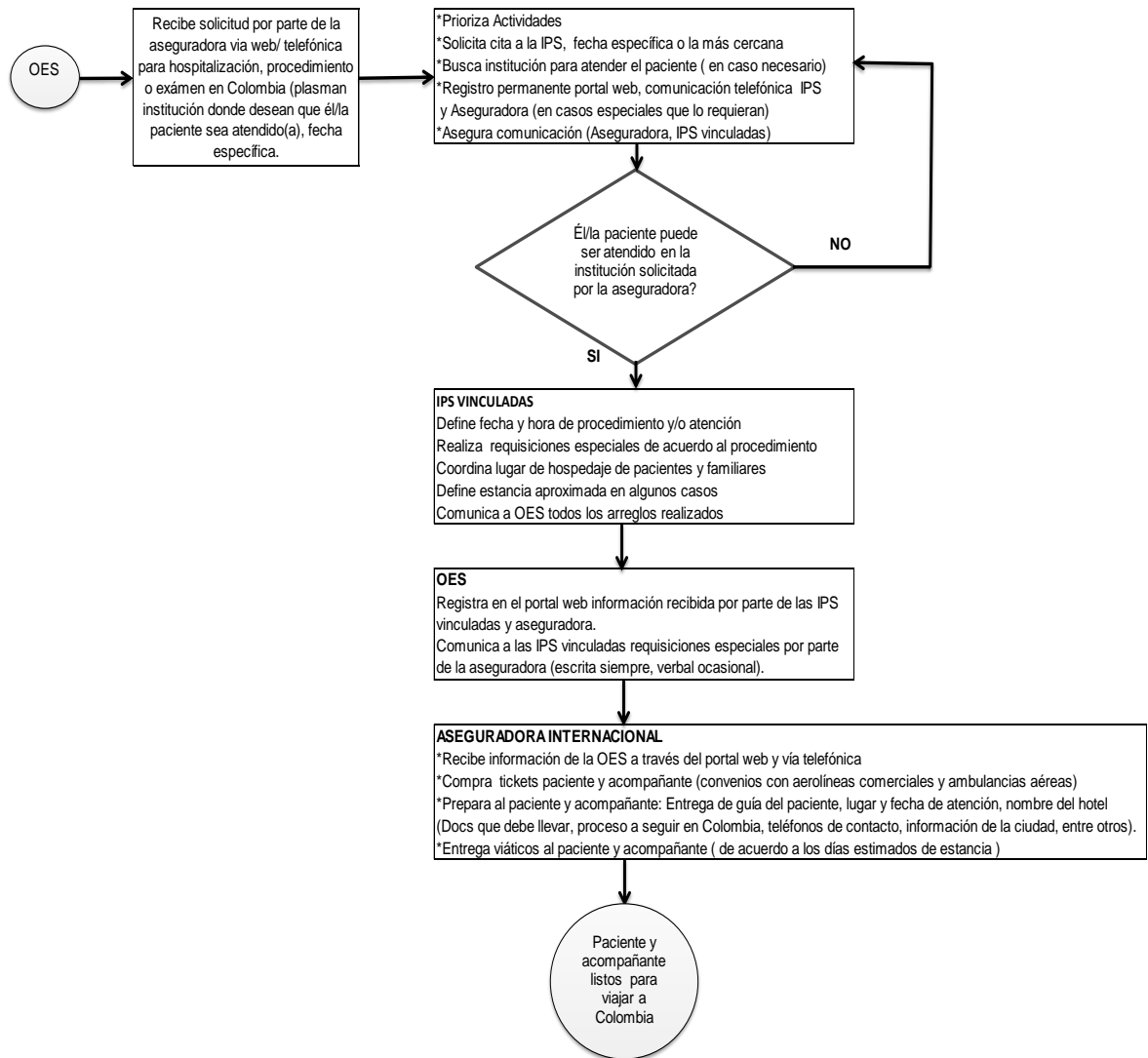
### **3.5. FLUJOGRAMA DE PROCESOS DEL MODELO PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES PROCEDENTES DE ARUBA Y RUTA DEL CICLO DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DURANTE SU ESTADÍA EN COLOMBIA**



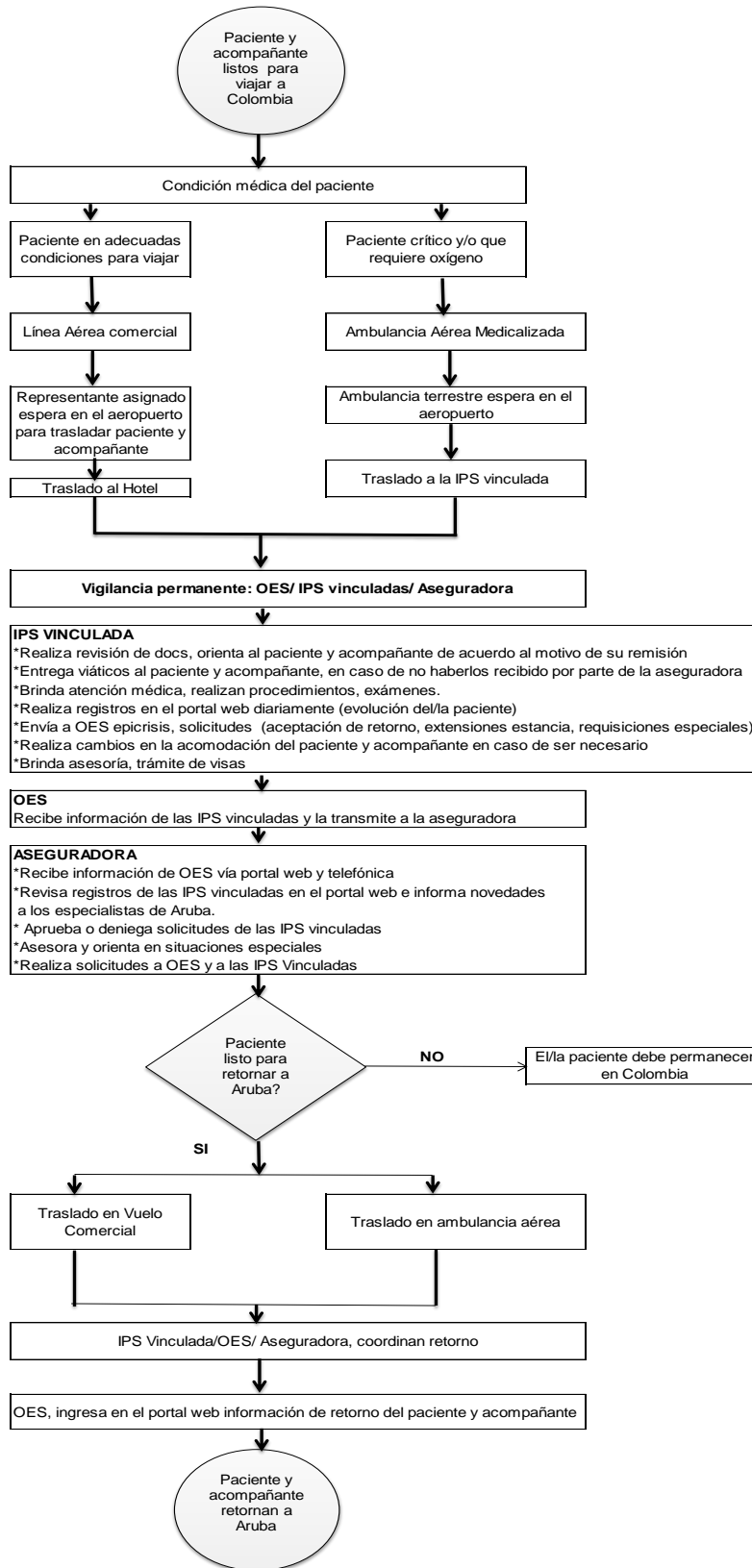
# ETAPA 1



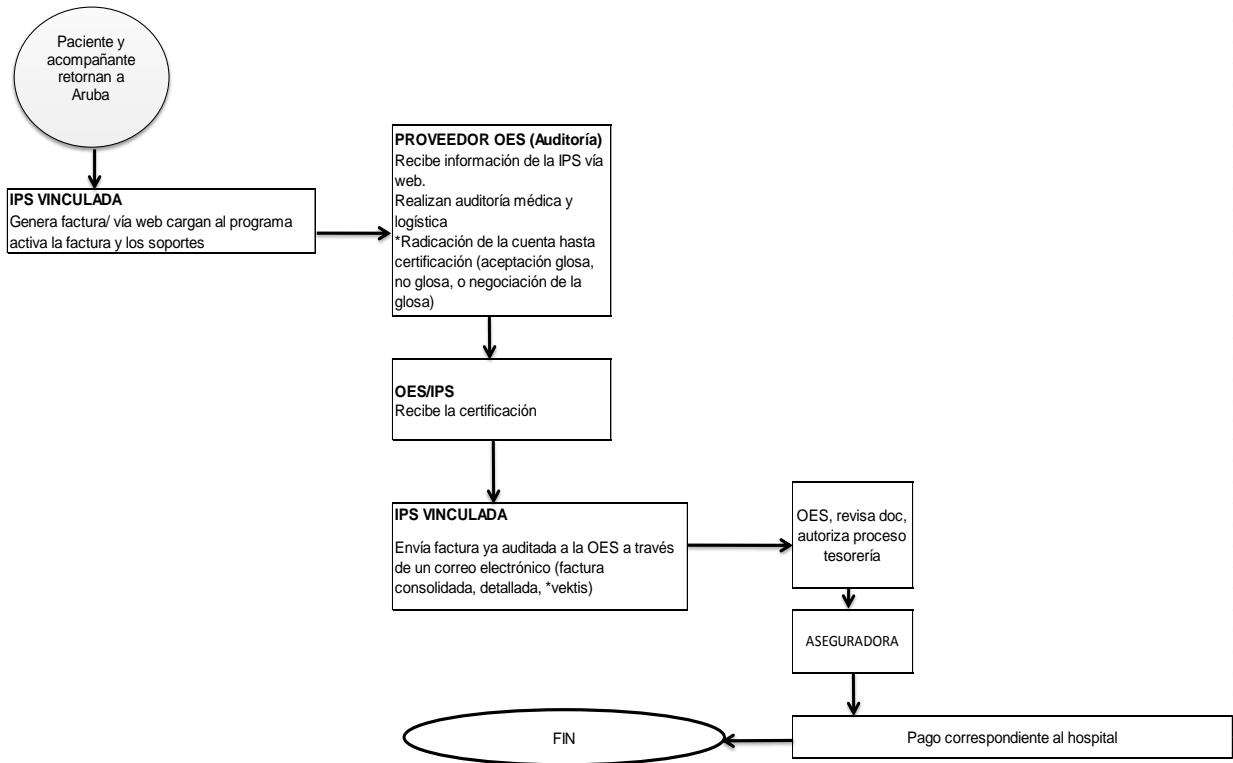
## ETAPA 2



### Etapa 3.



## Etapa 4.



\* Básicamente el vektis es un programa que asegura y facilita al asegurador la lectura completa de las factura que se envían digitales desde Colombia

### **3.6. HITOS EN LA CONSTRUCCIÓN Y DESARROLLO DEL MODELO DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES INTERNACIONALES QUE SON ENVIADOS A COLOMBIA, A TRAVÉS DE UNA ASEGURADORA INTERNACIONAL, LA OES Y LAS IPS VINCULADAS**

Este modelo de atención como ya se había descrito anteriormente, fue construido en su totalidad, previo al envío de estos pacientes a Colombia; esto significa, que los acontecimientos puntuales y/o significativos que han marcado un momento importante en la construcción y desarrollo de este modelo de atención, solo han sido visibles hasta el momento, en los procesos de diseño y construcción del mismo.

Al respecto, es importante señalar que la aseguradora internacional ya había tenido una experiencia previa, utilizando otro modelo de atención para la remisión de sus pacientes a Colombia. Sin embargo, la información obtenida solo da cuenta del interés de la aseguradora arubiana por cambiar sus procesos y a su vez la necesidad de cambiar el modelo de atención que venían siguiendo, para tener mayor control de lo que estaban recibiendo sus pacientes y por supuesto, de los gastos generados.

Por consiguiente, se puede decir que los hitos de este modelo de atención nacieron a partir de todos los ajustes realizados desde su concepción, estos son:

#### **3.6.1. La combinación de la experiencia de la OES con la experiencia de la aseguradora internacional**

La experiencia de una organización experta en gestión de procesos y en mejoramiento continuo, como lo es la OES y el funcionamiento del sistema de salud colombiano, más la experiencia previa de un asegurador internacional que estaba enviando sus pacientes a Colombia, pero que no estaba en control de sus pacientes dentro de sus procesos, fue la mezcla perfecta para trabajar conjuntamente en la creación de un modelo de atención que fuera diseñado desde la perspectiva del asegurador, que incluyera no solo las perspectivas médicas, sino que incluyera

además todos los aspectos relacionados a la prestación médica, como lo son los aspectos administrativos y financieros.

### **3.6.2. El empoderamiento como asegurador**

Tener una relación directa con los prestadores colombianos y tener además la oportunidad de escoger los que más se ajustan a las necesidades de su población, poder decidir a quién contratar, qué tipo de pacientes enviar, con que patologías se remiten, en que volúmenes, en qué condiciones se remiten, cómo se remiten, negociar sus tarifas y definir un manual tarifario, hacer los acuerdos de las formas de pago, de las condiciones en las cuales se prestan estos servicios, definir sus propios procesos logísticos y administrativos; ha hecho, que la aseguradora tenga control sobre sus pacientes, por quienes deben responder ante su país.

### **3.6.3. Creación de mejores herramientas de comunicación**

Como fue mencionado con anterioridad, la OES fue la encargada del desarrollo de un portal web, el cual ha permitido un mejor flujo de información entre el asegurador y sus prestadores en Colombia, no solo para la toma de decisiones, sino además, para hacer seguimiento en tiempo real a cada uno de los pacientes que son enviados a Colombia. Es importante señalar que éste, ha sido un gran logro para la aseguradora arubiana, pues en el pasado habían tenido muchas dificultades en este tema. Como punto de referencia, al respecto, el Sr. Wilmar Cortés, señaló:

*“...en el momento en que empezamos a hacer el acompañamiento a la aseguradora arubiana en el desarrollo del modelo, para ellos era muy importante que la información fuera lo más rápida y ágil posible porque aunque ellos ya estaban enviando pacientes, para ellos era terriblemente dispendioso recibir facturas 3, 4, 5 meses posteriores a la atención de un paciente, inclusive ellos no sabían si un paciente había regresado o no a Aruba sino hasta 2 o 3 meses posteriores cuando*

*llegaba la factura o algo así, o que el paciente solicitaba una nueva cita pero allá en Aruba. Otra de las cosas es que por ejemplo, ellos no sabían cómo le estaba yendo al paciente en su tratamiento y no sabían si necesitaban aprobar o no nuevas modificaciones o aprobar nuevas cosas para poder hacerle al paciente que necesitaba de manera vital o de urgencias. Nos contaron que había casos en donde los pacientes regresaban fallecidos y que ellos no se enteraban sino 4 meses, 5 meses 6 meses después de lo que había sucedido”.*

Asimismo, la existencia de un profesional de la salud en la OES, como coordinador de pacientes internacionales, ha sido de igual forma una pieza clave para el correcto desarrollo de este modelo de atención.

Los hitos o puntos claves para el desarrollo del modelo de atención que está siendo aplicado para la atención de pacientes internacionales, a través de una aseguradora internacional de Aruba, la OES y las IPS vinculadas en Colombia, son los que permitieron que, tanto el modelo como los servicios prestados hayan logrado el éxito alcanzado y que éstos sean prestados de la mejor manera posible y con la calidad que el desarrollo del modelo requiere.

### **3.7. DISCUSIÓN**

El estudio de caso realizado en el hospital internacional de Bumrungrad (BIH) en Tailandia, sobre el modelo de negocio y los factores de éxito de dicho hospital como destino de turismo médico más famoso del mundo, según la Asociación Médica Americana en el año 2007 (Wernz, C., Wernz, P. T., & Phusavat, K., 2014), nos acerca, al entendimiento de los procesos en el que interactúan los diferentes componentes y/o iniciativas claves para el desarrollo de modelos de atención para pacientes extranjeros. Al respecto, es importante considerar el hecho que, el desarrollo del modelo de negocio en (BIH) fue concebido desde el punto de vista de un prestador. Ahora bien, la presente investigación del modelo de atención de pacientes extranjeros enviados a Colombia a través de una aseguradora

internacional, la OES y las IPS vinculadas, tiene una connotación desde el punto de vista de un asegurador.

Razón por la cual, las iniciativas claves del modelo de negocio de (BIH), no son del todo compatibles con los componentes del modelo de atención de pacientes extranjeros enviados a Colombia a través de una aseguradora internacional. Sin embargo, existen convergencias entre estos dos modelos que vale la pena mencionar, en el marco de la prestación de servicios médicos a pacientes internacionales.

En lo relacionado con la prestación de servicios a turistas médicos, hacen énfasis en:

- Asegurar tratamientos médicos con el más alto nivel, instituciones acreditadas
- Disponibilidad de intérpretes, por parte de los prestadores
- Anticiparse a las necesidades de los clientes, tener en cuenta la cultura
- Incluir la prestación de servicios no médicos, como lo son: asistencia de viajes y embajadas, servicios de alojamiento y alimentación, transporte hotel-aeropuerto-hotel.

Con relación a Inversiones tecnológicas:

- Creación de plataformas virtuales que vayan encaminadas a una mejor comunicación y a su vez a la optimización de procesos y tiempo.
- Las tecnologías médicas por parte de los prestadores, son esenciales para estar a la vanguardia de los tratamientos críticos, atrayendo de esta manera pacientes internacionales.



En cuanto al mejoramiento continuo y auditoría:

- Aprender de expertos externos, quienes retroalimentan y ayudan al mejoramiento de procesos y planificación de la calidad.
- Se hace evidente la importancia del monitoreo permanente y las evaluaciones regulares a los procesos, involucrando a todos los stakeholders.

Teniendo en cuenta lo anterior, el enfoque de éxito del BIH en la industria del turismo médico ha sido la combinación de servicios médicos a bajo costo y de calidad, con servicios no médicos de hospitalidad de primera clase, lo que le ha permitido diferenciarse de su competencia. Sin embargo, en el modelo de atención de pacientes extranjeros enviados a Colombia a través de una aseguradora internacional, la OES y las IPS vinculadas, el factor de éxito ha sido el empoderamiento y control que ha logrado el asegurador internacional, para tomar decisiones en cuanto a los servicios que recibe su población afiliada, a través del apoyo de una institución experta en gestión de procesos y calidad en Colombia, como lo es la OES.

Por consiguiente, a pesar que el modelo de negocio del BIH y el modelo de atención de pacientes extranjeros enviados a Colombia a través de una aseguradora internacional, han sido diseñados bajo diferentes perspectivas, los dos van en la misma dirección, que es la de proporcionar los mejores resultados en salud a sus clientes y/o afiliados, mejorando la satisfacción de los mismos y a un menor costo.

### **3.8. CONCLUSIONES**

El modelo de atención que está siendo aplicado para la atención de pacientes extranjeros enviados a Colombia a través de una aseguradora internacional, la OES y las IPS vinculadas en el período 2013-2014, se ajusta a las definiciones y características encontradas en el marco conceptual así como también a su forma particular de estructurarse.

Este modelo tiene como particularidad que no tiene intermediación, posee un portal web propio que conecta los prestadores, la OES y la aseguradora; fue construido en su totalidad previo al envío de los pacientes a Colombia; ofrece una atención integral a sus afiliados; realiza cubrimiento de otras necesidades, tanto para el paciente como para su acompañante; brinda traslados a sus pacientes en ambulancias aéreas –en caso de ser necesario–, a las IPS colombianas.

La población enviada a Colombia por la aseguradora internacional en su gran mayoría corresponde a pacientes hombres mayores de 60 años; con un comportamiento en aumento para los años 2013-2014, donde la institución 1 concentra el mayor número de pacientes, seguido por la institución 2, 3 y 4 respectivamente. Las especialidades clínicas más solicitadas por la aseguradora internacional arubiana son: Cardiología, Exámenes Diagnósticos y Oftalmología, respectivamente. La especialidad de oftalmología mostró un incremento del 33% en el año 2014. El 98% de los pacientes enviados a Colombia, tuvieron una estancia inferior o igual a 90 días. Se presentaron 23 fallecimientos de los 1.243 pacientes remitidos a Colombia en los años 2013-2014 y en su mayoría debido a paros cardio respiratorios.

Los seis componentes de este modelo de atención incluyen: el aseguramiento, la contextualización social, la prestación de servicios, los procesos operacionales y administrativos, los sistemas de información y comunicación y la auditoría de cuentas. El aseguramiento se caracteriza porque es la aseguradora arubiana quién realiza el cubrimiento de su población y se apoya en IPS locales para identificar aquellos afiliados que requieren tratamiento en el exterior. La contextualización social, se distingue por el soporte que le ha brindado la OES a la aseguradora internacional para tomar control de sus pacientes y al mismo tiempo cultivar relaciones de confianza con sus proveedores en Colombia. La Prestación de Servicios se destaca, porque las IPS poseen facultad discrecional en cuanto a cómo prestar los servicios médicos, sin embargo deben seguir el modelo de atención definido por la aseguradora internacional. Los Procesos Operacionales y Administrativos, se caracterizan por haber sido definidos conjuntamente entre la

OES y la aseguradora arubiana. Los Sistemas de Información y Comunicación, se distinguen por el desarrollo de diferentes vías de comunicación y apoyo entre el asegurador, la OES y las IPS vinculadas. Finalmente, la Auditoría de Cuentas, se destaca por la preexistencia de un manual tarifario y unos acuerdos definidos con antelación.

Los hitos de este modelo de atención surgieron durante el proceso de construcción del mismo y no durante su desarrollo. Al respecto estos son: La combinación de la experiencia de la OES con la experiencia de la aseguradora internacional, el empoderamiento como asegurador y la creación de mejores herramientas de comunicación. Es así, como la unión de todos estos acontecimientos significativos, han logrado una nueva dinámica en el envío de pacientes procedentes de Aruba a Colombia, en donde el alcance de los mejores resultados con los recursos disponibles es ahora una realidad para la aseguradora internacional.

Este modelo de atención a pacientes extranjeros, es un ejemplo de un modelo de atención integral en salud, en donde no solo el bienestar físico de sus afiliados está reflejado sino además la humanización en cada uno de sus procesos.

## **REFLEXIÓN**

¿Puede este modelo de atención ser replicado a otros países que están interesados en recibir servicios de salud en Colombia?

## BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta, V. (2012). Sector turismo salud en Colombia. Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá D.C.
2. Alcaldía Mayor de Bogotá, S. D. (2012-2016). Modelo humano de Atención en Salud en Bogotá. Recuperado de: [http://saludpublicabogota.org/wiki/images/1/1e/MODELO\\_ATENCION\\_EN\\_SALUD\\_BOGOTA\\_HUMANA.pdf](http://saludpublicabogota.org/wiki/images/1/1e/MODELO_ATENCION_EN_SALUD_BOGOTA_HUMANA.pdf). Consultado: 05-08-2015.
3. Alcaldía Mayor de Bogotá, S. D. (2012-2016). Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital. Recuperado de: <http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Plan%20Territorial%20de%20Salud%202013.pdf> . Consultado: 06-08-2015.
4. Andi, (2010). Turismo de Salud, Sector de Clase Mundial. Recuperado de: <http://www.andi.com.co/cssa/Documents/Mayo%2024%20Semana%20de%20Centroam%C3%A9rica%20.pdf> . Consultado el 07-04-2015. Colombia
5. Arango, J. (2003). La Explicación teórica de las migraciones: Luz y sombra. Migración y Desarrollo, núm. 1, página 3, 27. En: Red Internacional de Migración y Desarrollo México. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Sistema de Información Científica. México
6. Berelson, B. (1952). Content Analysis in Communication Researches. Glencoe III, Free Press. NY, US.
7. Bezara, A. (2012). Turismo Médico en América Latina. Recuperado de: <http://turismomedico.org/>. Consultado: 7-04-2015. San José, Costa Rica.
8. Bohmer. R. (2009). Designing Care. Harvard Business Press. Boston, Massachusetts P: 2-7.
9. Booch, G., Rumbaugh, J., Jacobson, I., & Molina, J. J. G. (1999). El lenguaje unificado de modelado (Vol. 1). Addison-Wesley. Argentina.
10. Boston University. (2014). Understanding Medical Tourism. Boston, MA, USA A Panjamapirom, The Advisory Board Company, Washington, DC, USA. 404-410.

11. Castaño. R. (2012). Modelos de Atención para Diabetes, Experiencias Ideales Reales Posibles. Recuperado de <http://www.odc.org.co/odc.html>. Consultado el 30-03-2015. Colombia
12. Castaño. R. (2003). Modelos de Atención: ¿Más salud por el mismo o menos dinero?. *Vía Salud*. 24:6-7. Colombia
13. Castaño. R. (2006). El riesgo primario frente al riesgo técnico: elemento para la negociación en contratos de capitación. *Vía Salud*. 35:2. Colombia
14. Castaño. R. (2008) ¿Es posible segmentar a un paciente por niveles? Reflexiones acerca de los modelos de atención en Colombia. *Vía Salud*. 43:16-20. Colombia
15. Castaño. R. (2011). El sector prestador: pieza fundamental para resolver los problemas del Sistema de Salud. *Vía Salud*. 58:6-12. Colombia
16. Chirinos, N. M., & González, S. R. (2011). Consideraciones teórico-epistémicas acerca del concepto de modelo. (Spanish). *Revista Telos*, 13(1), 51. Maracaibo, Venezuela
17. Colombia medical tours. (2011). Turismo Médico. Recuperado de <http://www.colombiamedicaltours.com/index.php/turismo-medico>. Consultado el 14-02-2015.
18. Concari, S. B. (2001). Las teorías y modelos en la explicación científica: implicancias para la enseñanza de las ciencias. *Ciência & Educação*, 7(1), 85-94. Bauru, Brasil
19. Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: conceptualization, culture and commodification, *Tourism Management* P 1-13. School of Geosciences, University of Sydney, NSW 2006, Australia.
20. Ehrbeck, T. Guevara, C. Mango, P. (2008). McKinsey & Company. Mapping the market for medical travel, P 1-11. Nueva York, Estados Unidos
21. El país, (2013). Latinoamérica gana terreno en el mercado mundial del turismo médico. Recuperado de <http://www.elpais.com.uy/economia/empresas/latinoamerica-gana-terreno-mercado-mundial.html>. Uruguay, Consultado: 08-04-2015. España
22. Ferrater M. J. (2001). *Diccionario de Filosofía*. Tomo III. K-P. Nueva Edición

- Actualizada. Ariel Referencia. Editorial Ariel. 2da reimpression. España. P.2432-2433.
23. Forestieri, K. (2012). Turismo médico como opción de desarrollo económico del sector salud en Colombia. Universidad EAN, Bogotá D.C. P 1-54.
  24. Gallego, B., R. (2004). Un concepto epistemológico de modelo para la didáctica de las ciencias experimentales. Revista electrónica de enseñanza de las ciencias, 3(3), P301-319. Colombia
  25. Grosso Sandoval, G., Gómez Rivadeneira, A., & Betancourt Urrutia, V. F. (2006). Modelo de Salud, Administración de Planes de Beneficios desde la Perspectiva de la Gestión del Riesgo. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina : Unidad de Servicios de Salud (UNISALUD).
  26. Hanefeld, J. Lunt , N. Smith, R. Horsfall, D. (2015). Social Science & Medicine, Why do medical tourists travel to where they do? The role of networks in determining medical travel, 124 (2015) 356-363. Faculty of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 15-17 Tavistock Place, London WC1H 9SH, UK, Department of Social Policy and Social Work, University of York, USA.
  27. Jenner, E. (2008). Unsettled borders of care: medical tourism as a new dimension in america's health care crisis. UK
  28. Kerguelén, C. (2003). Calidad en Salud ¿Qué es..? y sus implicaciones en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad Colombiano. Páginas 1- 224, Centro de Gestión Hospitalaria. Bogotá – Colombia.
  29. Martínez, A. Minatta, A. Gómez, D. Cajiao, S. Manrique, D. (2014). Estudio de costos sectores PTP para Bancoldex: Turismo de Salud. Fedesarrollo , Página 43. Colombia
  30. Mckinsey & Company. (2009). Desarrollando sectores de clase mundial en Colombia en: Conferencia Challenges Ahead, 15-17 May 2008, IIMK; Oportunidades y retos en el turismo de salud en India; Dindayal Swain and Suprava Sahu. 2008.; Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the U.S: 2007, *US Census Bureau Agosto 2008*; Análisis Equipo de Trabajo, señala el posicionamiento en la India en el turismo de salud en el mundo.

Colombia.

31. Mckinsey & Company. (2009). Desarrollando sectores de clase mundial en Colombia en: The Global Spa Economy, Global Spa Summit 2009; Proexport; Entrevistas; Análisis equipo de trabajo, señala que Colombia es un sector aún incipiente en turismo de salud. Colombia
32. Mckinsey & Company. (2009). Desarrollando sectores de clase mundial en Colombia, Informe Final Sector Turismo de Salud. Recuperado de: <http://www.andi.com.co/cssa/Documents/Documento%20Final%20Turismo%20de%20Salud%20.pdf>. Consultado el 10-03-2015 P 1-291. Colombia
33. Ministerio de Comercio Industria y Turismo. (2015). Formulación de planes de negocios sectoriales, (2009). El primer paso hacia la transformación productiva de seis sectores de la economía colombiana. República de Colombia. Recuperado de: [www.mincit.gov.co/minindustria/descargar.php?id=23170](http://www.mincit.gov.co/minindustria/descargar.php?id=23170). Consultado: 5-04-2015 P: 5. Colombia
34. Ministerio de Comercio Industria y Turismo. (2012). Programa de Transformación Productiva. Recuperado de <https://www.ptp.com.co/contenido/contenido.aspx?catID=1&conID=155> Consultado el 8 -03-2015.
35. Ministerio de Comercio Industria y Turismo. (2010). Programa de Transformación productiva. Turismo de Salud, comité sectorial Q1. República de Colombia. P 18.
36. Ministerio de Salud, S. d. (2005). Modelo de Atención Integral en salud. Chile: Serie cuadernos modelo de atención N° 1. Recuperado de: [http://www.bibliotecaminsal.cl/lildbi/docsonline/4/1/014-Serie de Cuadernos de Redes N° 1 Modelo de Atención Integral en Salud.pdf](http://www.bibliotecaminsal.cl/lildbi/docsonline/4/1/014-Serie%20de%20Cuadernos%20de%20Redes%20N%C2%BA%201%20Modelo%20de%20Atenci%C3%B3n%20Integral%20en%20Salud.pdf). Consultado: 05-08-2015.
37. Mukherjee, A., Natarajan, V. S., & Gunashekara, C. K. (2010). Medical Tourism: A Stakeholder Model. Proceedings of the Northeast Business & Economics Association, 443-444.

38. Noguero, F. L. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. XXI. Revista de Educación, (4), 167-180. España
39. Novella, A. C. (2010). Flujos Migratorios: Metodologías Implementadas en Europa y América para el análisis de las políticas públicas migratorias. Recuperado de : <http://arcus-ufpe.com/files/semep10/semep1001.pdf> . Consultado el 15-05-2016.
40. Oliveros, H. (2007). Manual de investigación biomédica clínica. Bogotá D.C: Hospital Militar Central.
41. Organización Internacional para las Migraciones. (2007). Los Migrantes, sus Derechos y la Legislación Aplicable, Guía Práctica. Recuperado de [https://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/microsites/IDM/workshops/migrant\\_human\\_rights\\_032509/oim\\_colombia\\_guia\\_practica.pdf](https://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/microsites/IDM/workshops/migrant_human_rights_032509/oim_colombia_guia_practica.pdf) Consultado el 1-04-2015 P: 13-17
42. Organización Internacional para las Migraciones. (2007). Recuperado de [http://www.crmsv.org/documentos/IOM\\_EMM\\_Es/v2/V2S07\\_CM.pdf](http://www.crmsv.org/documentos/IOM_EMM_Es/v2/V2S07_CM.pdf). Consultado el 31-03-2015 P: 1-30
43. Proexport, (2013). Oportunidades del Sector Salud en Colombia. Recuperado de: [http://www.procolombia.co/sites/default/files/sector\\_salud\\_en\\_colombia\\_2013-10-08.pdf](http://www.procolombia.co/sites/default/files/sector_salud_en_colombia_2013-10-08.pdf). Consultado: 1-04-2015
44. Real Academia Española. (2012). Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Edición 22. Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=modelo>. Consultado: el 01-08-2015.
45. Revista Dinero. (2010). Turismo de Salud. Recuperado de [http://www.dinero.com/edición-impresión/caratula/turismo-salud\\_72445.aspx](http://www.dinero.com/edición-impresión/caratula/turismo-salud_72445.aspx). Consultado el 9 -03-2015 ).
46. Ryan, G.W. y Bernard, H.R. (2003) Data management and analysis methods. En N.K. Denzin y Y.S. Lincoln (eds.) Collecting and interpreting qualitative materials. (2a ed.). (pp. 259-309). Thousand Oaks, CA: Sage.
47. Sautu, R. Boniolo, P. Dalle, P. Elbert, R. (2005) Capítulo I: La construcción del marco teórico en la investigación social, en: Manual de metodología CLACSO.



- P 29-47. Buenos Aires, Argentina.
48. Tamayo, M. (1995). Módulo 5: El proyecto de investigación, en: Serie Aprender a Investigar. P 42-72 - 74-80. Colombia
  49. Tamayo, M. (1995) Módulo 2: La investigación, en: Serie Aprender a Investigar. P 42-63. Colombia
  50. Tamayo, M. (1997). El proceso de la investigación científica. Capítulo 3: El proyecto de investigación científica. P 75-96. México
  51. Trimiño, D. (2009). Presentación: el derecho a la salud de las personas migrantes, Organización Internacional para las Migraciones oficina regional para Centro América y México. P 3-5.
  52. Wernz, C., Wernz, P. T., & Phusavat, K. (2014). Service convergence and service integration in medical tourism. *Industrial Management & Data Systems*, 114(7), 1094-1106. Doi:10.1108/IMDS-04-2014-0115. USA

# **ANEXOS**



## **ANEXO 1 FORMATOS DE ENTREVISTAS**



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD  
ENTREVISTA  
2015**

**Nombre:** Merrel Curie

**Cargo:** Directora Servicios Internacionales

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Objeto del Estudio:**

Describir el modelo de atención que está siendo aplicado para la atención de pacientes internacionales, a través de una aseguradora internacional, la OES y las IPS vinculadas en Colombia.

**Indicaciones:**

Deseo explicarle que esta entrevista será grabada y posteriormente transcrita para lograr mantener la fidelidad y originalidad de la información aportada por usted; por ello, usted debe firmar el presente consentimiento informado, el cual nos permitirá la utilización de la información, únicamente, con fines de la presente investigación. Por ello, una vez haya sido transcrita se la haremos llegar para que usted pueda comprobar que es una fiel copia de lo que usted ha manifestado.

Le pido el favor de responder a todas y cada una de las preguntas que a continuación le haré y en caso de considerar que la información solicitada no es de su responsabilidad o conocimiento hacérmelo saber e indicarme quién sería la persona indicada para responder la pregunta.

De antemano, quiero expresarle mis agradecimientos por la valiosa colaboración que nos brinda y por el tiempo que ha dedicado para el desarrollo del presente ejercicio.

1. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la Aseguradora Arubiana con el proyecto de envío de pacientes a Colombia?
2. Actualmente, qué cargo está desempeñando?
3. Desde los inicios de la Aseguradora ha desempeñado otros cargos aparte del actual?
4. ¿Sabe usted si la Aseguradora ha enviado con regularidad a la OES o a los prestadores de servicios de salud en Colombia el perfil epidemiológico de la población arubiana?
5. Considera usted que el envío de esta información fue oportuno o más bien se realizó con posterioridad al inicio del programa?
6. ¿Conoce los criterios que tuvo en cuenta la Aseguradora Arubiana para escoger los hospitales en Colombia?
7. Podría indicarme cuáles fueron esos criterios?
8. Usted ha estado implicada en el diseño y desarrollo del modelo de atención que está siendo aplicado para la atención de pacientes internacionales procedentes de Aruba?
9. ¿Nos puede explicar cuáles son las características del modelo de atención que está siendo aplicado para la atención de pacientes internacionales procedentes de Aruba?
10. ¿Sabe usted, cómo se definieron los procesos operacionales del proyecto?
11. ¿Sabe usted, cómo se definieron los procesos administrativos del proyecto?
12. ¿Conoce usted el ciclo de atención de un paciente remitido por la Aseguradora desde Aruba hacia Colombia?
13. ¿Podría describirnos brevemente como es el ciclo de atención de un paciente remitido por la Aseguradora desde Aruba hacia Colombia?

14. ¿Cuáles considera usted han sido los aspectos más importantes que han ayudado a la construcción de este modelo de atención a pacientes internacionales?

15. ¿Cuáles considera usted han sido los aspectos más importantes que han ayudado al desarrollo de este modelo de atención a pacientes internacionales?

16. ¿Cree usted que ha sido un modelo exitoso?

17. ¿Cuáles considera que han sido los factores que han influido para que el modelo haya sido exitoso?.

18. Qué otros aspectos considera usted son importantes de mencionar en el desarrollo e implementación del modelo de atención?

Gracias!



1. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la OES con el proyecto de pacientes internacionales?
2. Actualmente, qué cargo está desempeñando?
3. Desde los inicios de la OES ha desempeñado otros cargos aparte del actual?
4. ¿Sabe usted si la Aseguradora ha enviado con regularidad a la OES o a los prestadores de servicios de salud en Colombia el perfil epidemiológico de la población arubiana?
5. Considera usted que el envío de esta información fue oportuno o más bien se realizó con posterioridad al inicio del programa?
6. ¿Conoce los criterios que tuvo en cuenta la Aseguradora Arubiana para escoger los hospitales en Colombia?
7. Podría indicarme cuáles fueron esos criterios?
8. Usted ha estado implicada en el diseño y desarrollo del modelo de atención que está siendo aplicado para la atención de pacientes internacionales procedentes de Aruba?
9. ¿Nos puede explicar cuáles son las características del modelo de atención que está siendo aplicado para la atención de pacientes internacionales procedentes de Aruba?
10. ¿Sabe usted, cómo se definieron los procesos operacionales del proyecto?
11. ¿Sabe usted, cómo se definieron los procesos administrativos del proyecto?
12. ¿Conoce usted el ciclo de atención de un paciente remitido por la Aseguradora desde Aruba hacia Colombia?
13. ¿Podría describirnos brevemente como es el ciclo de atención de un paciente remitido por la Aseguradora desde Aruba hacia Colombia?

14. ¿Cuáles considera usted han sido los aspectos más importantes que han ayudado a la construcción de este modelo de atención a pacientes internacionales?

15. ¿Cuáles considera usted han sido los aspectos más importantes que han ayudado al desarrollo de este modelo de atención a pacientes internacionales?

16. ¿Cree usted que ha sido un modelo exitoso?

17. ¿Cuáles considera que han sido los factores que han influido para que el modelo haya sido exitoso?.

18. Qué otros aspectos considera usted son importantes de mencionar en el desarrollo e implementación del modelo de atención?

Gracias!

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD  
ENTREVISTA  
2015**

**Nombre:** Sandra Guerrero

**Cargo:** Encargada del proyecto en el área administrativa y financiera.

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Objeto del Estudio:**

Describir el modelo de atención que está siendo aplicado para la atención de pacientes internacionales, a través de una aseguradora internacional, la OES y las IPS vinculadas en Colombia.

**Indicaciones:**

Deseo explicarle que esta entrevista será grabada y posteriormente transcrita para lograr mantener la fidelidad y originalidad de la información aportada por usted; por ello, usted debe firmar el presente consentimiento informado, el cual nos permitirá la utilización de la información, únicamente, con fines de la presente investigación. Por ello, una vez haya sido transcrita se la haremos llegar para que usted pueda comprobar que es una fiel copia de lo que usted ha manifestado.

Le pido el favor de responder a todas y cada una de las preguntas que a continuación le haré y en caso de considerar que la información solicitada no es de su responsabilidad o conocimiento hacérmelo saber e indicarme quién sería la persona indicada para responder la pregunta.

De antemano, quiero expresarle mis agradecimientos por la valiosa colaboración que nos brinda y por el tiempo que ha dedicado para el desarrollo del presente ejercicio.

1. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la OES con el proyecto de pacientes internacionales?
2. Actualmente, qué cargo está desempeñando?
3. Desde los inicios de la OES ha desempeñado otros cargos aparte del actual?
4. ¿Sabe usted si la Aseguradora ha enviado con regularidad a la OES o a los prestadores de servicios de salud en Colombia el perfil epidemiológico de la población arubiana?
5. Considera usted que el envío de esta información fue oportuno o más bien se realizó con posterioridad al inicio del programa?
6. ¿Conoce los criterios que tuvo en cuenta la Aseguradora Arubiana para escoger los hospitales en Colombia?
7. Podría indicarme cuáles fueron esos criterios?
8. Usted ha estado implicada en el diseño y desarrollo del modelo de atención que está siendo aplicado para la atención de pacientes internacionales procedentes de Aruba?
9. ¿Nos puede explicar cuáles son las características del modelo de atención que está siendo aplicado para la atención de pacientes internacionales procedentes de Aruba desde el punto de vista administrativo y financiero?
10. ¿Sabe usted, cómo se definieron los procesos operacionales del proyecto?
11. ¿Sabe usted, cómo se definieron los procesos administrativos del proyecto?
12. ¿Conoce usted el ciclo de atención de un paciente remitido por la Aseguradora desde Aruba hacia Colombia desde el punto de vista administrativo?
13. ¿Podría describirnos brevemente como es el ciclo de atención de un paciente remitido por la Aseguradora desde Aruba hacia Colombia, desde el punto de vista administrativo?

14. ¿Cuáles considera usted han sido los aspectos más importantes que han ayudado a la construcción de este modelo de atención a pacientes internacionales, desde el punto de vista administrativo y financiero?

15. ¿Cuáles considera usted han sido los aspectos más importantes que han ayudado al desarrollo de este modelo de atención a pacientes internacionales, desde el punto de vista administrativo y financiero?

16. ¿Cree usted que ha sido un modelo exitoso, desde el punto de vista administrativo y financiero?

17. ¿Cuáles considera que han sido los factores que han influido para que el modelo haya sido exitoso, desde el punto de vista administrativo y financiero?.

18. Qué otros aspectos considera usted son importantes de mencionar en el desarrollo e implementación del modelo de atención?

Gracias!



1. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en RGC con el proyecto de pacientes internacionales?
2. Actualmente, qué cargo está desempeñando?
3. Desde los inicios de RGC ha desempeñado otros cargos aparte del actual?
4. ¿Sabe usted si la Aseguradora ha enviado con regularidad a la OES o a los prestadores de servicios de salud en Colombia el perfil epidemiológico de la población arubiana?
5. Considera usted que el envío de esta información fue oportuno o más bien se realizó con posterioridad al inicio del programa?
6. ¿Conoce los criterios que tuvo en cuenta la Aseguradora Arubiana para escoger los hospitales en Colombia?
7. Podría indicarme cuáles fueron esos criterios?
8. Usted ha estado implicada en el diseño y desarrollo del modelo de atención que está siendo aplicado para la atención de pacientes internacionales procedentes de Aruba?
9. ¿Nos puede explicar cuáles son las características del modelo de atención que está siendo aplicado para la atención de pacientes internacionales procedentes de Aruba, desde el punto de vista de auditoría médica?
10. ¿Sabe usted, cómo se definieron los procesos operacionales del proyecto, desde el punto de vista de auditoría médica?
11. ¿Sabe usted, cómo se definieron los procesos administrativos del proyecto, desde el punto de vista de auditoría médica?
12. ¿Conoce usted el ciclo de atención de un paciente remitido por la Aseguradora desde Aruba hacia Colombia, desde el punto de vista de auditoría médica?
13. ¿Podría describirnos brevemente como es el ciclo de atención de un paciente remitido por la Aseguradora desde Aruba hacia Colombia, desde el punto de vista de auditoría médica?

14. ¿Cuáles considera usted han sido los aspectos más importantes que han ayudado a la construcción de este modelo de atención a pacientes internacionales, desde el punto de vista de auditoría médica?

15. ¿Cuáles considera usted han sido los aspectos más importantes que han ayudado al desarrollo de este modelo de atención a pacientes internacionales, desde el punto de vista de auditoría médica?

16. ¿Cree usted que ha sido un modelo exitoso, desde el punto de vista de auditoría médica?

17. ¿Cuáles considera que han sido los factores que han influido para que el modelo haya sido exitoso, desde el punto de vista de auditoría médica?.

18. Qué otros aspectos considera usted son importantes de mencionar en el desarrollo e implementación del modelo de atención?

Gracias!



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD  
ENTREVISTA  
2015**

**Nombre:** Wilmar Cortés

**Cargo:** Encargado del diseño y desarrollo de la herramienta de información.

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Objeto del Estudio:**

Describir el modelo de atención que está siendo aplicado para la atención de pacientes internacionales, a través de una aseguradora internacional, la OES y las IPS vinculadas en Colombia.

**Indicaciones:**

Deseo explicarle que esta entrevista será grabada y posteriormente transcrita para lograr mantener la fidelidad y originalidad de la información aportada por usted; por ello, usted debe firmar el presente consentimiento informado, el cual nos permitirá la utilización de la información, únicamente, con fines de la presente investigación. Por ello, una vez haya sido transcrita se la haremos llegar para que usted pueda comprobar que es una fiel copia de lo que usted ha manifestado.

Le pido el favor de responder a todas y cada una de las preguntas que a continuación le haré y en caso de considerar que la información solicitada no es de su responsabilidad o conocimiento hacérmelo saber e indicarme quién sería la persona indicada para responder la pregunta.

De antemano, quiero expresarle mis agradecimientos por la valiosa colaboración que nos brinda y por el tiempo que ha dedicado para el desarrollo del presente ejercicio.

1. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la OES con el proyecto de pacientes internacionales?
2. Actualmente, qué cargo está desempeñando?
3. Desde los inicios de la OES ha desempeñado otros cargos aparte del actual?
4. ¿Sabe usted si la Aseguradora ha enviado con regularidad a la OES o a los prestadores de servicios de salud en Colombia el perfil epidemiológico de la población arubiana?
5. Considera usted que el envío de esta información fue oportuno o más bien se realizó con posterioridad al inicio del programa?
6. ¿Conoce los criterios que tuvo en cuenta la Aseguradora Arubiana para escoger los hospitales en Colombia, desde el punto de vista de las tecnologías de la información y comunicación (TIC)?
7. Podría indicarme cuáles fueron esos criterios?
8. Usted ha estado implicado en el diseño y desarrollo del modelo de atención que está siendo aplicado para la atención de pacientes internacionales procedentes de Aruba?
9. ¿Nos puede explicar cuáles son las características del modelo de atención que está siendo aplicado para la atención de pacientes internacionales procedentes de Aruba desde el punto de vista de las tecnologías de la información y comunicación (TIC)?
10. ¿Sabe usted, cómo se definieron los procesos operacionales del proyecto, desde el punto de vista de las tecnologías de la información y comunicación (TIC)?
11. ¿Sabe usted, cómo se definieron los procesos administrativos del proyecto, desde el punto de vista de las tecnologías de la información y comunicación (TIC)?
12. ¿Conoce usted el ciclo de atención de un paciente remitido por la Aseguradora desde Aruba hacia Colombia desde el punto de vista de las tecnologías de la información y comunicación (TIC)?

13. ¿Podría describirnos brevemente como es el ciclo de atención de un paciente remitido por la Aseguradora desde Aruba hacia Colombia, desde el punto de vista de las tecnologías de la información y comunicación (TIC)?

14. ¿Cuáles considera usted han sido los aspectos más importantes que han ayudado a la construcción de este modelo de atención a pacientes internacionales, desde el punto de vista de las tecnologías de la información y comunicación (TIC)?

15. ¿Cuáles considera usted han sido los aspectos más importantes que han ayudado al desarrollo de este modelo de atención a pacientes internacionales, desde el punto de vista de las tecnologías de la información y comunicación (TIC)?

16. ¿Cree usted que ha sido un modelo exitoso, desde el punto de vista de las tecnologías de la información y comunicación (TIC)?

17. ¿Cuáles considera que han sido los factores que han influido para que el modelo haya sido exitoso, desde el punto de vista de las tecnologías de la información y comunicación (TIC)?

18. Qué otros aspectos considera usted son importantes de mencionar en el desarrollo e implementación del modelo de atención?

Gracias!



## **ANEXO 2 FORMATO DE INSPECCIÓN DE LA BASE DE DATOS**



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD  
FORMATO DE INSPECCIÓN DE BASES DE DATOS -ACTIVA**

VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN		RESULTADO					
			2013		2014		TOTAL	
			NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%
EDAD	AÑOS/MESES/DÍAS	<1 año						
		De 1-4 años						
		De 5-14 años						
		De 15-44 años						
		De 45-59 años						
		De 60 o más años						
GÉNERO	HOMBRE/MUJER/INDETERMINADO							
		Masculino						
		Femenino						
		Indeterminado						
PROCEDIMIENTO SOLICITADO POR LA ASEGURADORA	SEGÚN ESPECIALIDAD CLÍNICA							
		1=Ortopedia						
		2=Cirugía General						
		3=Cardiología						
		4=Hemato-Oncología						
		5=Oftalmología						
		6=Exámenes diagnósticos						
		7=Ginecología						
		8=Obstetricia						
		9=Medicina Interna						

VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN		RESULTADO						
			2013		2014		TOTAL		
			NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%	
		10=Urología							
		11=Nefrología							
		12=Gastroenterología							
		13=Pediatría							
		14=Neonatología							
		15=Neumología							
		16=Neurocirugía							
		17=Neurología							
		18=Psiquiatría							
INSTITUCION A LA QUE SE REMITE EL PACIENTE	INSTITUCION DE SALUD EN COLOMBIA A LA QUE SE REMITE AL PACIENTE DESDE ARUBA A COLOMBIA	1= Institución de Salud 1 (FVdL)							
		2= Institución de Salud 2 (CGdN)							
		3= Institución de Salud 3 (FCV)							
		4= Institución de Salud 4 (HPTU)							
ESTANCIA	DURACIÓN TOTAL EN DÍAS DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN COLOMBIA	Menos de un mes							
		De 1 a 3 meses							
		De 3 a 6 meses							
		De 6 a 12 meses							
		Más de 12 meses							



VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN		RESULTADO						
			2013		2014		TOTAL		
			NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%	
MORTALIDAD	FALLECIMIENTO DEL PACIENTE DURANTE SU ESTANCIA EN COLOMBIA								
		1= SI							
		2= NO							
CAUSA DE MORTALIDAD	DETERMINACION DE LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO DEL PACIENTE DURANTE SU ESTANCIA EN COLOMBIA	Según el reporte enviado por la institución de salud donde falleció en paciente							



## **ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO**



## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

A usted se le está invitando a participar en la investigación sobre el modelo de atención de pacientes extranjeros enviados a Colombia a través de una aseguradora internacional, 2013-2014. Un estudio de caso.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

### **JUSTIFICACIÓN**

Este estudio se hace pertinente dado que, hasta el momento no se cuenta con un documento guía que recopile los conocimientos, procesos, dificultades y logros alcanzados en el proceso de atención a pacientes internacionales en Colombia, en donde se han involucrado una aseguradora internacional, la OES y cuatro IPS colombianas. La información con que se cuenta en relación con modelos de atención de pacientes internacionales es limitada, además nuestro sistema de salud colombiano no ha desarrollado un proceso estandarizado que pueda dar guía a las instituciones prestadoras de servicios de salud en nuestro país. Es por ello que se hace preciso realizar este estudio y así poder generar parte de ese conocimiento que hasta el momento sigue sin ser explorado en profundidad.

### **OBJETIVO GENERAL**

Describir el modelo de atención que está siendo aplicado para la atención de pacientes internacionales, a través de una aseguradora internacional, la OES y las IPS vinculadas en Colombia.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar los aspectos sociodemográficos de los pacientes internacionales, que son enviados a Colombia a través de una aseguradora internacional de Aruba.

- Determinar las características de los componentes del modelo de atención que está siendo aplicados para la atención de pacientes internacionales, a través de una aseguradora internacional, la OES y las IPS vinculadas.
- Realizar un mapa de procesos del modelo para la atención a pacientes procedentes de Aruba en donde se establezca la ruta del ciclo de atención de los pacientes durante su estadía en Colombia.
- Identificar los hitos que han formado parte en el curso de la construcción y desarrollo de este modelo.

## **PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO**

Si acepta participar en este estudio seguirá los siguientes procedimientos:

1. Se le solicitará que responda una entrevista estructurada con preguntas abiertas.
2. Las respuestas de las entrevistas serán grabadas para conservar la fidelidad de la información.

## **PROPÓSITO**

Esta investigación pretende documentar el modelo de atención para pacientes internacionales, de manera que pueda servir como línea de base a las IPS colombianas que estén interesadas en ofertar servicios de salud de alta complejidad a aseguradoras internacionales. Además, busca generar información relevante que pueda servir como herramienta para la toma de decisiones para la aseguradora internacional, la OES y las IPS que prestan atención a pacientes internacionales en Colombia.

## **MOLESTIAS Y RIESGOS ESPERADOS**

Este estudio no implica ningún riesgo físico o psicológico para usted. Sus respuestas no le ocasionarán ningún riesgo ni tendrán consecuencias para su empleo o su reputación.

## **BENEFICIOS AL PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO**

El principal beneficio que usted recibirá por la participación en este estudio será la satisfacción personal de haber aportado en la construcción de nuevo conocimiento.

Se le garantizará además, recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los beneficios de esta investigación. Además, es importante aclarar que no recibirá ninguna remuneración económica por su participación.

## **CONFIDENCIALIDAD DEL PARTICIPANTE**

Las únicas personas que sabrán que usted participó en el estudio serán la investigadora, Luz Adriana Serna y el Dr. Nelson Ardón (tutor del presente trabajo de grado). Nosotros no divulgaremos ninguna información sobre usted, o proporcionada por usted durante la investigación. Cuando los resultados de la investigación se publiquen o se discutan en conferencias, no se incluirá información que pueda revelar su identidad. Si es su voluntad, su nombre no será registrado en la entrevista ni en ninguna otra parte. Nadie fuera del equipo de investigación tendrá acceso a su información sin su autorización escrita. Si durante la entrevista o posterior a ella usted tiene alguna duda, puede contactarse con la investigadora que conduce este proyecto: Luz Adriana Serna Gómez, teléfono: 3102307387.

Su participación en esta investigación es voluntaria. Su decisión de participar o no en este proyecto no afectará sus relaciones actuales o futuras con nosotros ni causará ningún perjuicio.

En el momento que solicite información relacionada con el proyecto la investigadora Luz Adriana se la proporcionará.

## **CONSENTIMIENTO DEL SUJETO DE ESTUDIO**

He leído y escuchado satisfactoriamente las explicaciones sobre este estudio y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy enterado de los riesgos y beneficios potenciales de participar en este estudio y sé que puedo retirarme de él en cualquier

momento.

Autorizo el uso de la información para los propósitos de la investigación.

Yo estoy de acuerdo en participar en este estudio.

**Nombre del participante:** \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_

**Nombre del investigador:** \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_