



Exportación de servicios de salud a los Estados Unidos

Dirección de Inteligencia Comercial
Michael Chacón Valverde
Analista Económico
Enero, 2017

Resumen ejecutivo

Costa Rica puede competir en la exportación de servicios globales de salud a nivel internacional y en particular en el mercado de los Estados Unidos por contar con ventajas como: 1) reconocida estabilidad política y social del país, que crean un entorno adecuado como destino de turistas; 2) competitividad de los costos en los servicios médicos en comparación con los de los Estados Unidos; 3) alta calidad de los profesionales en ciencias de la salud; 4) variada oferta que va desde tratamientos preventivos hasta procedimientos cosméticos y de bienestar; 5) proximidad con Norteamérica y alta afinidad cultural con esta región; 6) fuerte tradición e inversión en el sistema de salud; entre otros.

En los Estados Unidos se identificaron distintos modelos de negocio potenciales a definir según los principales canales de acceso: 1) uno a uno con los ciudadanos, sea porque optan por asegurarse directamente o para otras formas de seguro; 2) aseguradoras; 3) administrador tercerizado o TPA; 4) empresas auto-aseguradas (definir el tamaño de empresa de interés, muy asociado varios sectores industriales, comercio y servicios de comercio y transporte); 5) gobierno (Medicare-CCSS); 6) presencia física directa y 7) facilitadores médicos (opción menos recomendada).



Resumen ejecutivo

Para aprovechar de una mejor manera las oportunidades comerciales que se presentan en este mercado y para cualquier modelo de negocio que se adopte, se recomienda fuertemente:

1. Fortalecer en los oferentes de servicios médicos, sus habilidades para definir y mantener una estrategia digital, pues así podrán alcanzar de forma directa y con mayor éxito a sus potenciales clientes, asegurados o no asegurados, pues sus necesidades van desde minimizar costos en los padecimientos cubiertos por los seguros o tener acceso a soluciones para “padecimientos” no cubierto.
2. Lograr la acreditación de la calidad de los servicios brindados por los oferentes nacionales, mediante certificaciones de reconocimiento internacional.
3. Fortalecer la asociatividad dentro del sector
4. Promover un mayor encadenamientos entre los diferentes actores de esta industria a nivel nacional (médicos, clínicas y hospitales, transportistas, hoteles, otros)



Resumen ejecutivo

Es claro que otros países están también interesados en atraer turistas de salud en ese país, como es el caso de Colombia, México, República Dominicana, esto hace más apremiante, que en Costa Rica, los oferentes de servicio interesados y con capacidad, individualmente, definan su Plan Estratégico de Internacionalización y se aumenten y activen herramientas de apoyo como:

1. Resolución de la duda sobre si la imagen del país es, en la mayoría de los casos, de aventura asociada a “selva” sin dejar la oportunidad de que igual se aprecie el desarrollo, la salud, los servicios básicos entre otros asociados a un país como el de procedencia de los turista. Tema igual asociado a la definición de una estrategia de comunicación país que beneficie al turismo de ocio, de salud, otros como en general a otros sectores (marca país – PROCOMER facilitador inter-institucional);
2. Apoyo con una estrategia de mercadeo digital general a cargo de PROCOMER y otras entidades sin ligamen a un solo tipo de oferente;
3. Fomentar la creación de encadenamientos entre agentes del ecosistema de los servicios de salud (PROCOMER); entre otros.



Metodología

Entre el 26 de noviembre y el 2 de diciembre del 2016 se visitó en la Florida: facilitadores médicos, empresas aseguradoras, universidades y representantes de la Asociación de Turismo Médico con sede en ese Estados para la recolección de información primaria sobre los servicios de salud en los Estados Unidos.

Consulta a fuentes secundarias: informes y datos esta discos del *US Census Boreu* y organizaciones que estudian el mercado de seguros en los Estados Unidos así como publicaciones especializadas de la Asociación de Turismo Médico con sede en la Florida



Objetivos

Determinar las oportunidades existentes para impulsar las exportaciones de servicios de salud en los Estados Unidos

- Caracterizar el mercado de seguros en los Estados Unidos
- Identificar los potenciales clientes en el mercado
- Analizar estrategias de penetración para este mercado
- Identificar potenciales alianzas que permitan impulsar la exportación de servicios de salud en los Estados Unidos
- Evaluar el sector en función de la demanda del turista de salud estadounidense



Principales hallazgos

- La gran mayoría (91%) de las personas en los Estados Unidos, al año 2016, cuenta con una póliza de salud, de estos el 67% obtuvo su seguro por medio de empresas aseguradoras y un 37% mediante diferentes programas públicos. Además, la mayor parte de estos (56%) obtuvo su póliza mediante las empresas en las que laboran.
- Las compañías que ofrecen pólizas de seguro a sus empleados los hacen mediante la compra de estas a empresas aseguradoras, quienes asumen el riesgo y la responsabilidad de cubrir los gastos de salud en los que incurran los empleados; o asumiendo ellas mismas, de sus propios recursos, el pago de los gastos de salud de los empleados, llegando así a ser lo que se conoce como una empresa autoasegurada.



Principales hallazgos

- Las empresas se convierten en autoaseguradas o *self-funded* principalmente para tener un mayor control sobre los fondos que invierten para brindar beneficios de salud a sus empleados, disminuir sus costos en este rubro y hasta incluso pagar menos impuestos.
- Debido a que en este modelo la empresa debe contar con la liquidez necesaria para cubrir los gastos de salud de sus empleados, son principalmente las empresas grandes (mayores a 200 empleados) las que tiene esta modalidad de seguros.
- Las empresas autoaseguradas tiene más flexibilidad para seleccionar a los proveedores de salud que cuando se contrata a una empresa aseguradora, esto aunado al interés de estas por disminuir sus costos, hace que la contratación de servicios de salud fuera de los Estados Unidos sea una opción atractiva para estas empresas.



Principales hallazgos

- Al año 2016 el 39% de las empresas utilizan la figura del *self-funded* lo que abarca al 61% de los empleados en Estados Unidos (107 millones de personas)
- Es usual que las empresas *self-funded* utilicen a un tercero (Third Party Administrator, TPA), para que administre todo el programa de cobertura de seguros que le ofrecerá a los empleados. Algunas empresas aseguradoras actúan como esta figura.
- Se han identificado dos clientes en los Estados Unidos, el individuo, interesado en realizarse un tratamiento médico a menores costos por lo que recurre a proveedores en otros países, ya sea por medio de un facilitador médico o directamente, principalmente por medios digitales. Y el cliente corporativo, conformado en este caso por las empresas *self-funded*.



Contenido

1. Mercado de seguros de salud

2. El cliente en los Estados Unidos

4. Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible

5. FODA del sector de servicios de salud

3. Estrategia de Comercialización

6. Conclusiones



1. Mercado de seguros de salud



Mercado de seguros de salud

90,9 %

Con cobertura con un
plan de seguros

289 millones de personas

9,1 %

Sin cobertura de un
plan de seguros en 1 año

29 millones de personas

1,3% menos que en 2014



46%

**Dijo en 2015, que la principal razón
por la que no tenía seguro era el
costo**

En 2013, el gasto en servicios de salud en promedio anual fue

Con seguro



4.876 USD

Sin seguro



2.443 USD

Mercado de seguros salud



Mercado de seguros

55,7%
Empresa
177 millones
de personas

19,6%
Medicaid
67 millones
de personas

16,3%
Medicare
52 millones
de personas

16,3%
**Compra
directa**
52 millones
de personas

4,7%
Militar
15 millones
de personas

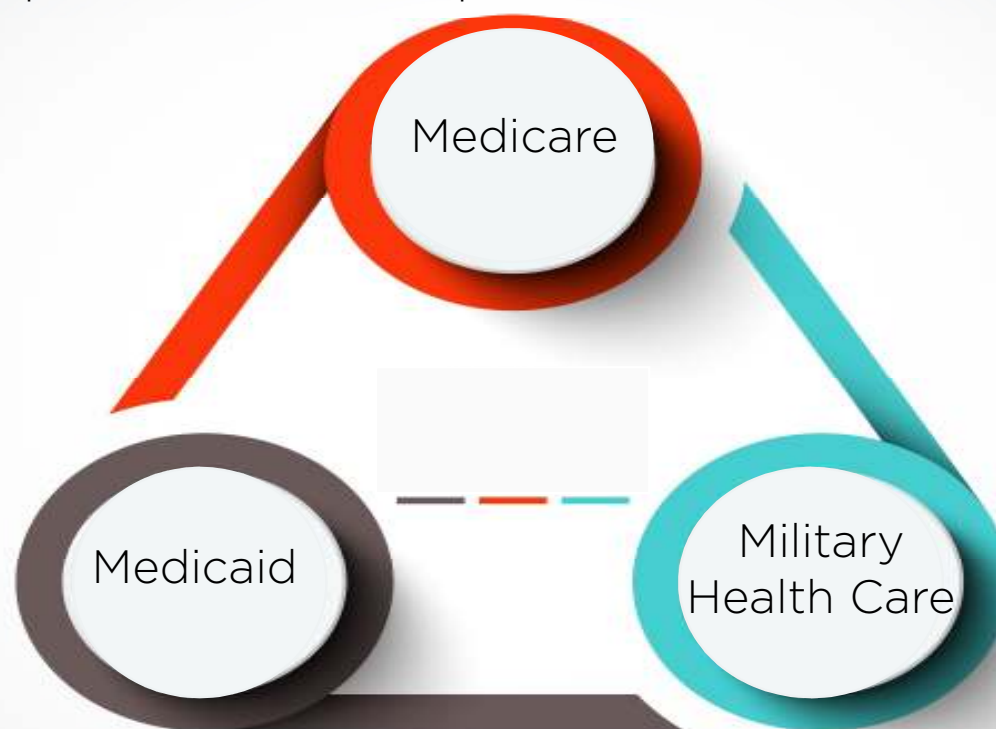
Privado

Privado



Seguros de salud Públicos

Programa federal para personas de al menos 65 años de edad, ciertas personas más jóvenes con incapacidades y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal crónica que requiere diálisis o trasplante, a veces denominada ESRD).



Programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados.

Programa especial para militares

Mercado de seguros obtenidos mediante empresas



Fully-Insured health plan (Empresa aseguradoras)



Fully-Insured health plan

177

millones de personas obtuvieron su seguro por medio de sus empleadores

18%

De la **prima** es cubierta por los trabajadores en seguros únicos

30%

De la **prima** es cubierta por los trabajadores en seguros familiares



Fully-Insured health plan

Prima promedio anual

6.435 USD

Seguro único

1.129 USD trabajador,
5.306 USD empleador

18.142 USD

Seguro Familiar

5.277 trabajador,
12.865 empleador



2006

2011

**Crecimiento de la
contribución de
los empleados a
las primas al 2016**

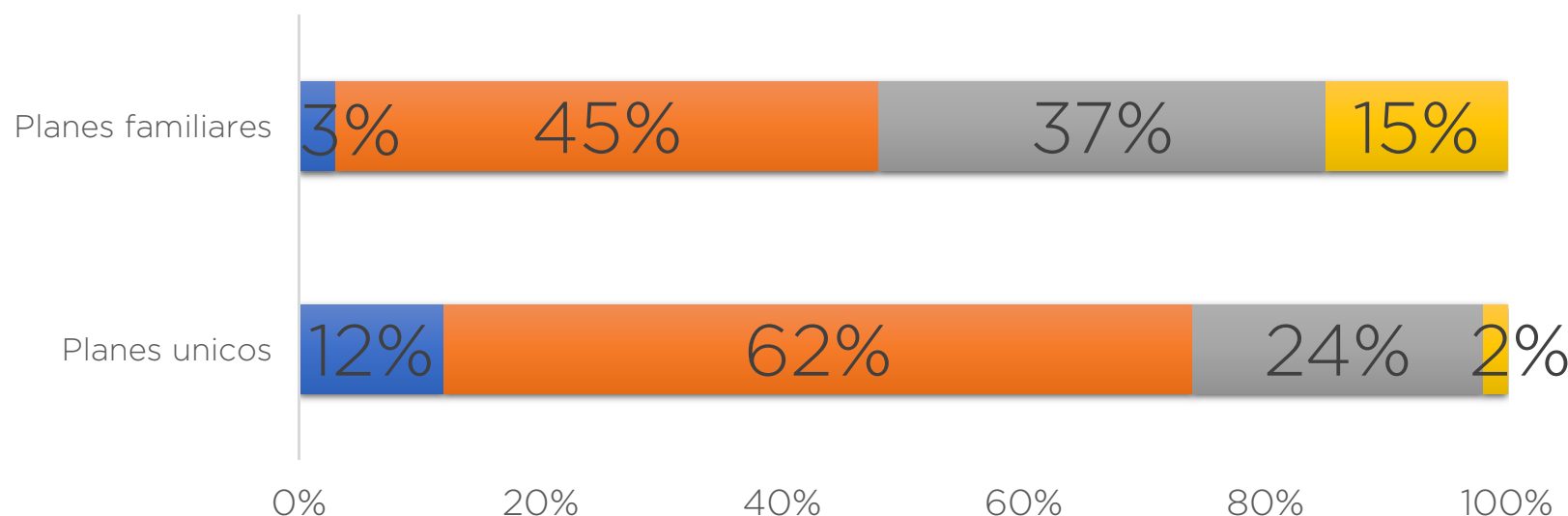
78%

28%

Las primas varían considerablemente con respecto al promedio, lo que refleja las diferencias en los costos de los servicios de salud y compensaciones a los empleados entre las regiones e industrias.



Contribución de los trabajadores en las primas de los seguros



En las empresas pequeñas es más probable que los empleados tengan planes en los que deben aportar el 50% o más

- No requieren ninguna contribución
- Igual o menor al 25%
- Entre el 25% y menos del 50%
- 50% o más

Fully-Insured health plan



39%

Contribución promedio a las primas de los trabajadores de empresas pequeñas* en el caso de seguros familiares.



26%

Contribución promedio a las primas de los trabajadores de empresas grandes** en el caso de seguros familiares.

* Empresa pequeña: de 3 a 199 trabajadores

** Empresa grande: 200 o más trabajadores

Otros gastos

Deducibles

Copagos

(cantidades fijas en
USD)

Coaseguros

(porcentaje del costo
de los servicios)



Otros gastos

83%

Debe pagar un deducible, en promedio **1.478 USD** por un seguro único

92%

Debe hacer un copago al recibir atención primaria ya sea en un **monto en dólares o como un porcentaje de la cobertura**

78%

Debe hacer un pago por admisión en un hospital o cirugías ambulatorias **(en promedio 19% o 282 USD)**



Self-Insured health plan



Self-insured health plan


- Cuando el empleador asume el riesgo financiero de proporcionar los beneficios de salud a sus empleados.
- En términos prácticos las empresas pagan directamente los gastos en salud de sus empleados en lugar de pagar una prima a una compañía de seguros por un plan de seguro completo (*fully-insured plan*) por medio de la cual se financiarían estos gastos
- Usualmente las empresas establecen un fondo especial en las que se harán contribuciones tanto del empleador como de los empleados para cubrir los gastos que se generen por servicios de salud



Self-insured health plan

Autorizados por una ley federal

Employee Retirement Income Security Act (ERISA).

- 
- Lo que significa los *Self - Insured* no deben adaptarse a las leyes estatales sobre seguros, por ejemplo en cuanto reservas, beneficios, primas, reclamos y otros requerimientos.
 - Lo que resulta en facilidades de administración y menores gastos
 - Los *fully- insurance* deben cumplir con todos los beneficios establecidos por las leyes estatales así como las primas definidas en cada una de esta

Porcentaje de empresas privadas que ofrecen al menos un *self - funded*

1996

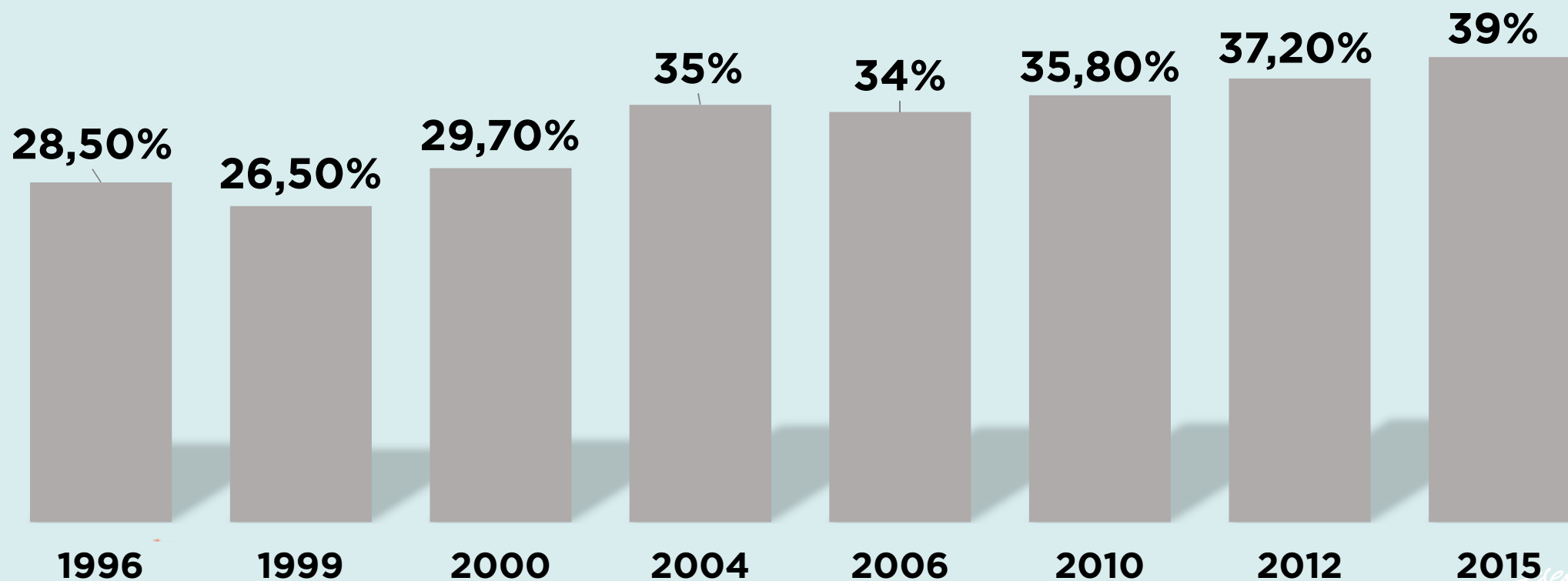
28,5%

2015

39%



Porcentaje de empresas privadas que ofrecen al menos un *self - funded*



Porcentaje de empresas privadas que ofrecen al menos un *self - funded*, según tamaño de empresa, 2013 y 2015

Mediana

13,3% - 14,2%

Pequeña

25,3% - 30,1%

Grande

83,9% - 80,4%



61%

Trabajadores

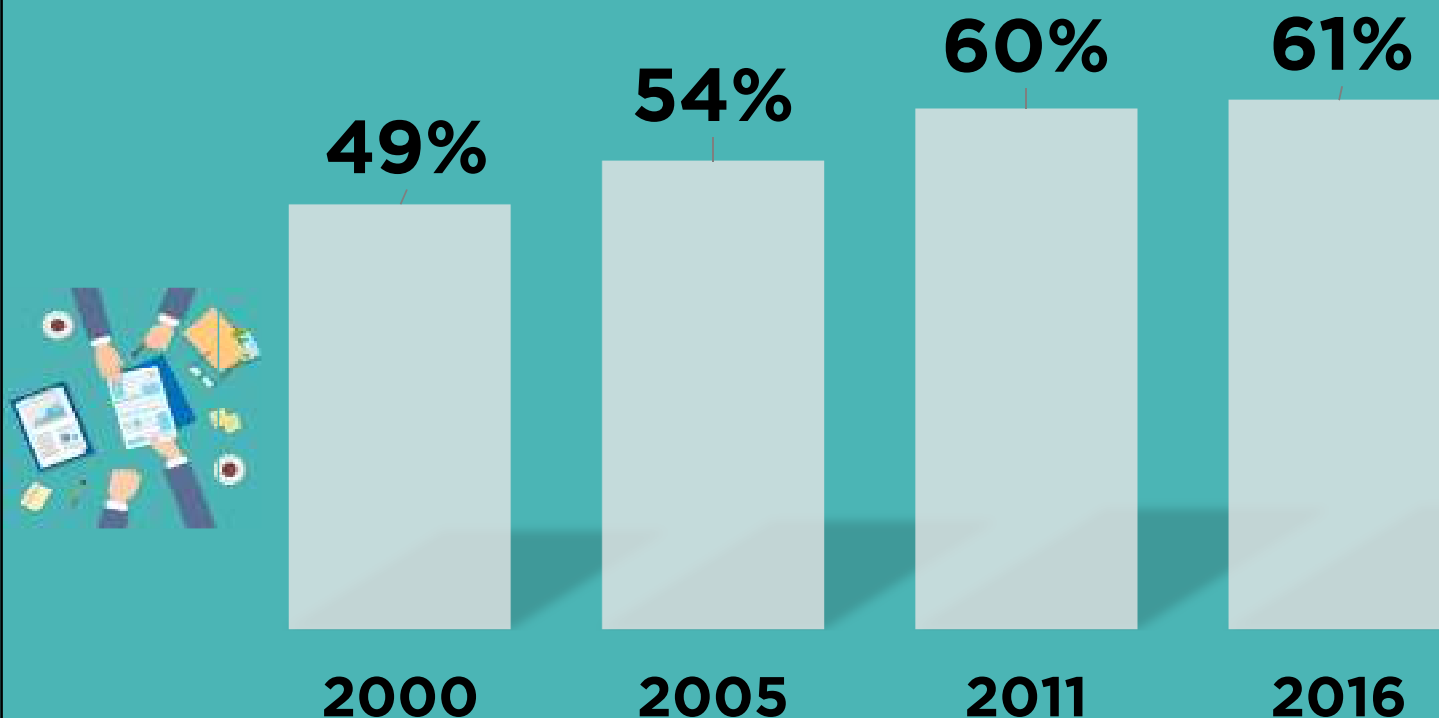
Cubiertos:
Self funded
en 2016

46%

1996



Self-Insured Plans






En 2016, 107 millones de trabajadores estaban cubierto por este tipo de plan

En promedio anual en el 2016, las primas en el *Self - Funded* para un plan de seguro familiar alcanzo los 18.290

Entre el 2013 y el 2015 la cantidad de empresas que ofrecieron al menos un plan de salud auto asegurado, se comportó de la siguiente manera:



		2013	2015	
Grande		83,9 %	80,9 %	4%
Mediana		25,3 %	30,1%	19%
Pequeña		13,3 %	14,2, %	7%

Porcentaje de empleados asegurados mediante un *Self-funded*, según tamaño de empresa:



Cantidad de empleados

2016

3 - 199



13 %

200 - 999



50%

1000 - 4999



83 %

Más de 5000



94 %

Beneficios para los empleadores



Posibilidad de diseñar sus planes de salud de una manera más específica para las necesidades de sus empleados, en comparación con los otros planes de salud



La empresa puede controlar las reservas que se generan por el fondo y obtener intereses por estos, que de otro manera sería una empresa aseguradora que lo haría



Las empresa se evitan pagos por adelantado por la cobertura

Beneficios para los empleadores



Los planes de salud auto asegurados están regulados por la ley federal por lo que las empresas no se ven afectados por las regulaciones estatales en estos temas. Por ejemplo: seguros estatales a las primas que rondan el 2% al 3%.



Las empresas pueden contratar los servicios de salud con los proveedores que deseen

Self-Insured Plans

Como en el *self - Insured*, la compañía asume el riesgo de cubrir los costos de servicios de salud de sus empleados, **es importante que esta tenga suficiente recursos financieros para cumplir con esta obligación.**

Por lo que para **muchas empresas pequeñas no es la opción más viable**

Sin embargo hay empresa con menos de 25 empleados que lo utilizan

Stop-loss (excess) insurance

Es un tipo de **reaseguro**, que puede tomar una **empresa auto asegurada** para **prevenir incurrir en altos costos que puedan afectar su estabilidad financiera**, como por ejemplo que una gran cantidad de empleados tengan problemas de salud en un mismo periodo o que en algunos casos los montos de los procedimientos médicos sean muy altos.

Por ejemplo, la empresa pueden establecer un monto máximo de cobertura por empleado y de ahí en adelante lo puede cubrir un seguro de este tipo.

Third party administrator (TPA).



Las empresas pueden **administrar** los fondos internamente o contratar a un **tercero que les brinde este servicio.**

Estos también pueden colaborar con las empresas en la definición de sus planes de salud, contratación de un “stop – loss insurance” y contratación de proveedores de servicios, entre otros.

Empresa aseguradoras pueden fungir como TPA

Self-Insured Plans

Porcentaje de trabajadores cubiertos
por *Self-Funded*, según región



Self-Insured Plans

Porcentaje de trabajadores cubiertos por *Self- Funded*, según industria



Self-Insured Plans

Caso de estudio: Asociación de Turismo Médico



Fabricante de componentes
de muebles, transporte y
camas

Empresa: *Self - Funded*

2.500 empleados

North Carolina



Self-Insured Plans

Caso de estudio: Asociación de Turismo Médico



- Joy Guion: empleado de la compañía, fue enviado a Costa Rica a realizarse una cirugía bariátrica
- No estaba acostumbrado a viajar, mucho menos por razones de salud
- No tuvo que pagar nada por la cirugía, gastos de viaje y recuperación

**Estados Unidos:
30.000 USD**

**Costa Rica: 17.386
USD**

Self-Insured Plans

Caso de estudio: Asociación de Turismo Médico



Gay Harwell: exgerentes de la empresa, fue enviado a Costa Rica a realizarse una cirugía de rodilla

No tuvo que pagar nada por la cirugía, gastos de viaje y recuperación

**Estados Unidos:
59.000 USD**

**Costa Rica:
23.500 USD**

Self-Insured Plans

Caso de estudio: Asociación de Turismo Médico



- La empresa no solicitó copagos, deducibles
- Un bono del 20% de lo que la empresa ahorro

Self-Insured Plans

Caso de estudio: Asociación de Turismo Médico



- En los últimos 5 años la empresa ha ahorrado 10 millones de USD
- 250 empleados han viajado a realizarse tratamiento médicos a diferentes países



OBAMACARE



Obamacare

Es la mayor reforma de salud en los Estados Unidos

Fue convertida en ley
en el 2010

Las mayores reformas
comenzaron hasta el
2014.



Obamacare

El principal objetivo es dar acceso a más personas a cuidados de salud, mejorando la calidad de los mismos y regulando la industria de los seguros médicos y reduciendo así el gasto en cuidados de la salud en Estados Unidos



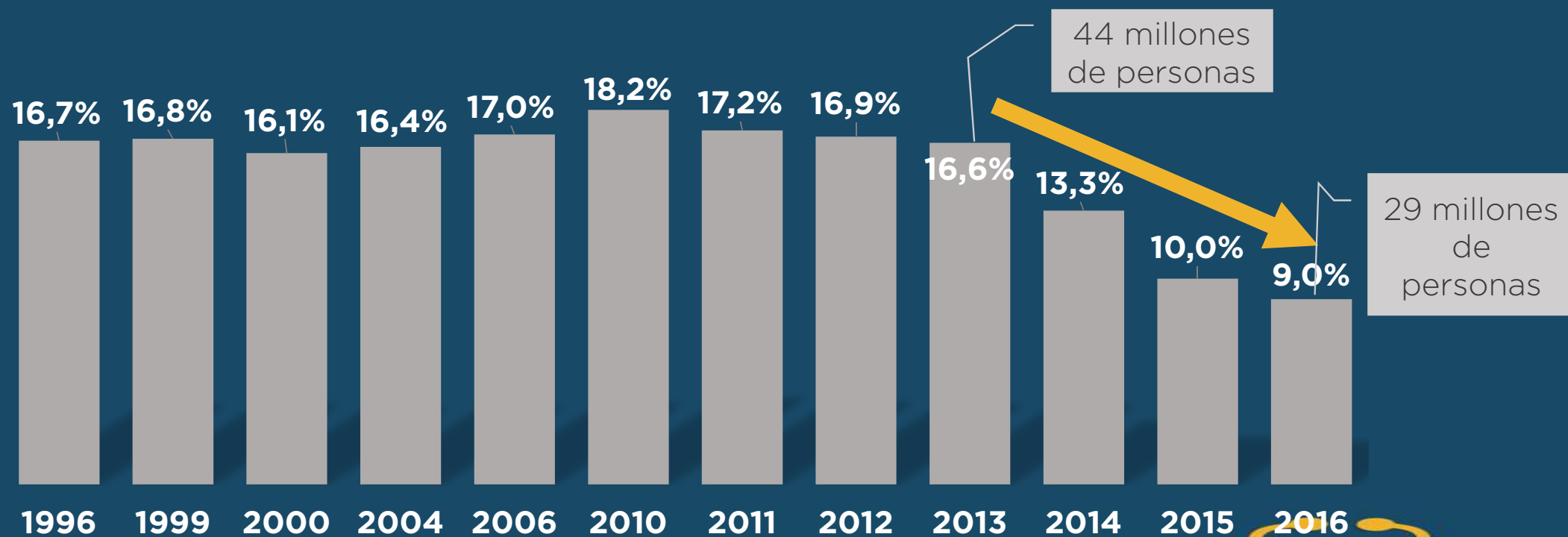
Las mayores reformas afectaron principalmente a los no asegurados

En 2014 alrededor del 85% de las personas con seguro médico ya tenían gran parte de los beneficios que el programa ofrece



Obamacare

Porcentaje de personas sin seguro en los Estados Unidos



Obamacare

Toda persona que deba pagar impuesto tendrá que tener una cobertura de seguro (y su familia, si tiene) o obtener una excepción anualmente. Si no deberá pagar una cuota al final de año en impuestos sobre sus ingresos por cada mes que hayan estado sin cobertura.

695 USD anual por adulto

347,50 USD anual por niño

Hasta 2.085 USD por familia



Elimina las condiciones pre-existentes y la discriminación de género.

.

A nadie se le puede cobrar más o cancelarle su seguro médico por motivos relacionados con su salud o su género



Establece un Mercado de Seguro Médicos (HealthCare.Gov) donde se pueden comprar seguros médicos federalmente regulados y subsidiados

Individuos con ingresos menores a 46.000 USD anualmente y 93.500 USD para las familias podrán recibir apoyo financiero para obtener un crédito fiscal para reducir el costo de la prima o subsidios para los costos adicionales).



Extiende el Medicaid en 26 Estados (cada Estado pudo aprobar o no esta expansión)

Personas con ingresos anuales menores a 16.394 USD, o 33.465 USD a nivel familiar están cubiertas por el Medicare



Adultos jóvenes hasta los 26 años, pueden ser cubiertos por el seguro de sus padres

Se amplió el alcance del Medicare, amplió la cobertura de este, otorgó mayor descuentos para la compra de medicamentos



Programa de Opciones de Salud de Pequeños Empresas (SHOP)

El Mercado SHOP está disponible para los empleadores con 50 o menos empleados a tiempo completo (FTEs) incluyendo las organizaciones sin fines de lucro.

Facilita que las pequeñas empresas puedan ofrecer cobertura a sus empleados y obtener exepciones fiscales



Las grandes y medianas empresas deben enfrentar **multas** sino ofrecen planes de seguro asequibles a sus empleados (tiempo completo)

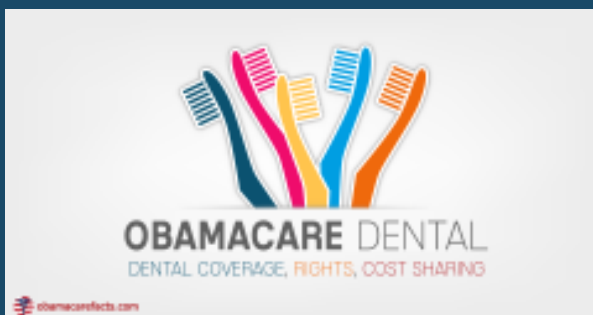
Para evitar las multas, los planes de seguros que cubran como mínimo el 60% de los gastos de salud y el aporte de los trabajadores no puede exceder el 9,5% del ingreso familiar



Se cubre algunos servicios
dentales

Máximo **700 USD** por niño o **1.400** por familia

Cirugías solo en casos muy específicos y
medicamento necesarias

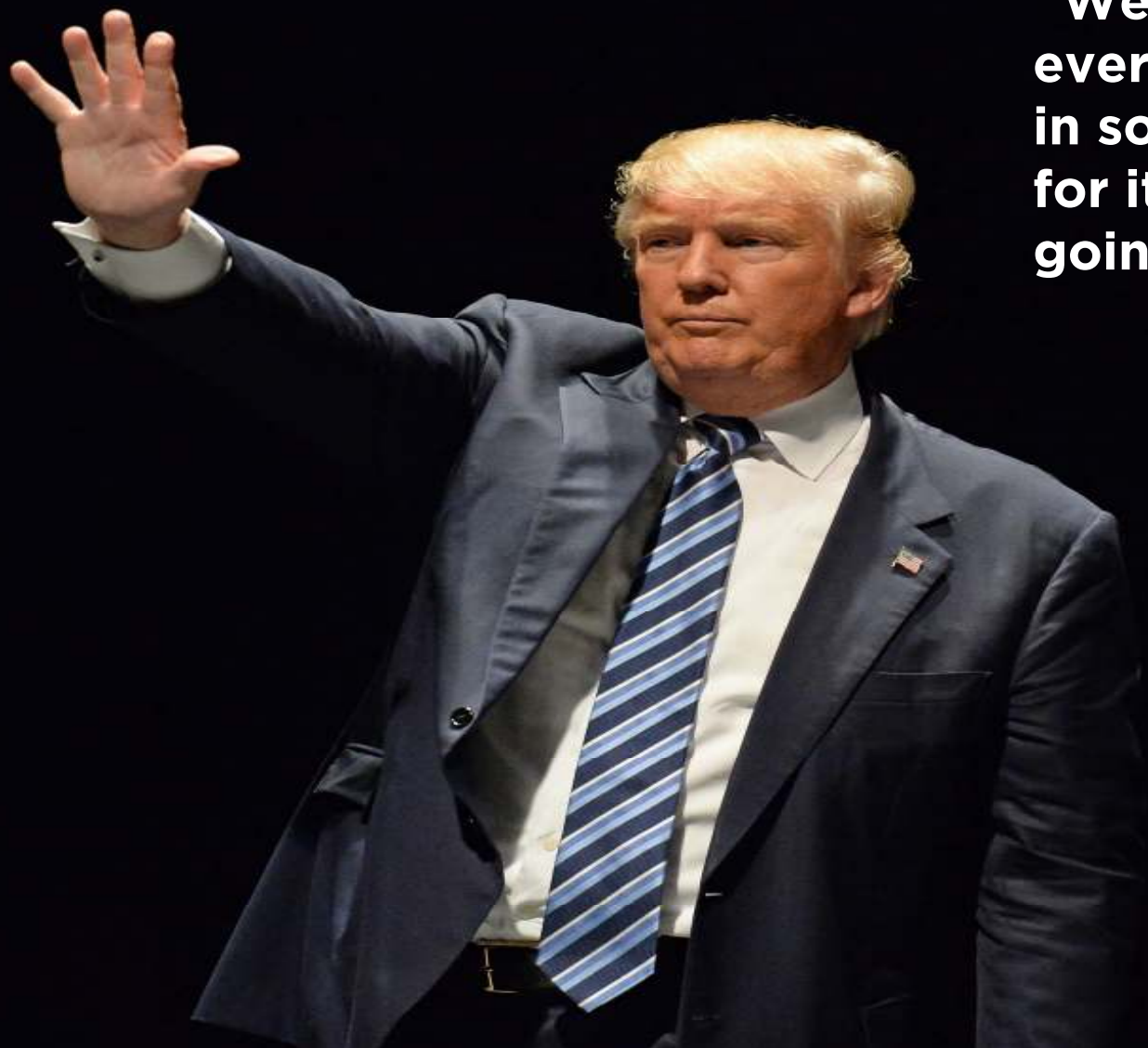


“Obamacare is a complete and total disaster, It’s imploding as we sit”.

11 de enero del 2017

Fuente: [cnbc.com](https://www.cnbc.com)





“We’re going to have insurance for everybody, There was a philosophy in some circles that if you can’t pay for it, you don’t get it. That’s not going to happen with us.”

The Washington Post. 15 de enero del 2017

Trump declinó dar detalles del plan que remplazará al OBAMACARE

On First Day, Trump Signs Health Care Executive Order

abcnews, 20 de enero del 2017



“Se ordenó a los departamentos y agencias aliviar la carga de Obamacare a medida que avanzamos para revocarlo y reemplazarlo” Sean Spicerel, Secretario de Prensa de la Casa Blanca,

El cliente en los Estados Unidos



1. El cliente en los Estados Unidos

Individuos

Se ha estimado que en el 2016 entre 1.4 y 1.5 millones de personas en los Estados Unidos viajaron a otros países para someterse a un tratamiento médico

Corporaciones

Se ha estimado que en los Estados Unidos 107 millones de personas, de 6.000 empresas están cubiertas por “Self – Funded”



1. El cliente en los Estados Unidos

Individuos

Sin seguro

Pacientes que no tienen ningún plan de seguro

“Self -Pay”

Pacientes que cubren procedimientos electivos que usualmente no son cubiertos en los planes de seguro o para los que deben pagar altos deducibles



1. El cliente en los Estados Unidos

Corporaciones

Self-Insured Plans



Las empresas desarrollan planes de seguros similares a los de la compañías aseguradoras, para cubrir las necesidades de servicios de salud de sus empleados

Personas que tiene acceso a servicios de salud por medio de sus empleadores (estos cubren los gastos por este tipo de servicios de cada empleado)

1. El cliente en los Estados Unidos

Corporaciones

Self-Insured Plans

Interés por tener menores costos hacen que los empleadores evalúen la compra de servicios de salud tanto dentro como fuera de los Estados Unidos



3. Estrategias de comercialización



Canales de comercialización



3. Estrategias de comercialización

Mercadeo Digital

Empresas

- Construcción o mejora de webs
- Posicionamiento web (SEO & SEM)
- *Email marketing*
- *Social media*
- Publicidad digital
- Estrategia de internacionalización

PROCOMER

Fortalecimiento de las capacidades de las empresas en mercadeo digital e internacionalización por medio de:

- Capacitación en mercadeo digital exclusivo para las empresas de servicios de salud
- Creando Exportadores para el sector de servicios de salud

3. Estrategias de comercialización

Facilitación de contactos comerciales

Contactos de interés

- Empresas *Self Funded*
- Facilitadores médicos
- Asociaciones empresariales del sector
- Aseguradoras

esencial
COSTA RICA

PROCOMER

- Organización de misiones comerciales, participación en ferias y otros eventos (ej: desayunos empresariales)
- Nueva marketplace de PROCOMER podrá ser utilizada por empresas del sector
- 3 publicaciones en la *Medical Tourism Magazine* de la Asociación de Turismo Médico



Análisis FODA



Fortalezas

1. Estabilidad política, macroeconómica y social y hospitalidad, amabilidad y cordialidad de los costarricenses.

2. Costos competitivos

3. Profesionales altamente calificados

4. Buen servicio al cliente

5. Oferta variada curativa, preventiva, estética, bienestar /reconocida *expertise* en odontología, procedimientos estéticos, cardiología y cirugía bariátrica.



Fortalezas

6. Proximidad con USA y Canadá

7. Afinidad cultural y buen inglés

8. Fuerte marca país

9. Fuerte tradición e inversión en el sistema de salud: 1er puesto en gasto público en salud de acuerdo al reporte World Health Statistics 2015 elaborado por Organización Mundial de la Salud.

Fortalezas

10. Reconocimiento a nivel internacional:

5to puesto en el ranking mundial de los destinos más atractivos para la compra de servicios de salud entre 30 países publicado por *International Healthcare Research Center* en 2015.

Uno de los cinco países latinoamericanos a la vanguardia de los mejores sistemas de salud del mundo de acuerdo al reporte anual *Global Retirement Index 2014* del portal *InternationalLiving.com*.

Top 5 entre los mejores países como lugar de retiro (*International Living, 2015*).

Uno de los tres principales países de América Latina en calidad del sistema de salud de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en 2000.

Debilidades

1. Falta Estrategia país coordinada a nivel público-privada (ICT, M de Salud-CCSS, PROCOMER – hospitales, clínicas, particulares / bajo costo vs valor por dinero)
2. Duda si la imagen país es de país desarrollado, no jungla.
3. Alto costo de vida: alimentación, hospedaje, otros.
4. Escasos recursos humanos especializados en el sector de servicios de salud en institutos de captación de inversiones y promoción de exportaciones.



Debilidades

5. Baja cantidad de hospitales/clínicas acreditadas y conscientes de su necesidad



6. Falta acreditación nacional para normar servicio y disponibilidad de tecnología de vanguardia por ejemplo.

7. Falta de medición sistemática del aporte del sector al PIB,

8. Se debe mejorar las habilidades blandas para mejor servicio al cliente

Debilidades

9. Debe mejorarse las habilidades duras en gestión y mercadeo internacional en los actores (médicos, administrativos, otros); ejemplo: inglés, servicio al cliente, limitados conocimientos sobre cómo promocionar el sector.



10. Inadecuada infraestructura de transporte, telecomunicaciones y apoyo al emprendedurismo – inversión- para el crecimiento sostenible del sector.

Oportunidades

1. Envejecimiento de la población mundial e incremento de enfermedades crónicas y cardiovasculares. Incluido problemas de peso, celíacos, etc.
2. Creciente interés por estilo de vida saludable.
3. Creciente importancia de la interacción con el paciente.
4. Falta de seguro médico y de ciertas coberturas en USA, máxime si disminuye el Obamacare
5. Expatriados de multinacionales en Costa Rica y Panamá

Oportunidades

6. Altos tiempos de espera en Canadá
7. Desarrollo de las TIC y facilidad de acceso del paciente a las distintas herramientas que brinda información sobre opciones de tratamientos en el extranjero
8. Interés de las aseguradoras norteamericanas por reducir costos y ofrecer pólizas internacionales.



Amenazas

1. Fortalecimiento de la propuesta de valor de Colombia, República Dominicana y otros países latinoamericanos
2. Apoyo en otros países con congresos, conferencias e infraestructura para éstos



Amenazas

3. Mayores alianzas y presencia de hospitales, clínicas y universidades norteamericanas



(**Bogotá:** Fundación Cardioinfantil, Hospital San Ignacio de Bogotá / Association of Academic Health Center, The Advisory Board Company, Cleveland Clinic, McGill University. **Cali:** Fundación Valle de Lili / Boston Children's Hospital, The International Pediatric Transplant. **Bucaramanga:** Fundación Cardiovascular de Colombia / Harvard Medical School Children's Hospital of Pittsburgh. **Medellin:** Clínica Las Américas Jackson Memorial Hospital Miami Hospital MD Anderson Cáncer Center. **Caracas:** Policlinica Metropolitana / Columbia University Medical Center – St. Jude Research Hospital Memphis. **Lima** Clínica Ricardo Palma Baptist Health Systemas of South Florida Blue Cross and Blue Shield Association. **Costa Rica:** Hospital Clínica Bíblica Jackson Memorial Hospital American Heart Association Fuente: Revista América Economía (2014))

Conclusiones

- Hay 2 grandes clientes, el individuo que ya ha venido siendo alcanzado por las empresas nacionales por medio de estrategias de mercadeo digital, recomendaciones y facilitadores médicos. Y el cliente corporativo, representado por las empresas autoaseguradas, que emplean a 107 millones de personas, y que son un mercado meta menos explorado.
- Los TPA, empresas aseguradoras, facilitadores médicos son fundamentales para alcanzar a los clientes finales buscados en este mercado



Conclusiones

El brindar soluciones eficientes e integrales para ambos tipos de clientes, es fundamental para logra un mayor aprovechamiento de las oportunidades que se presenta, no basta con solo precios competitivos.





esencial
COSTA
RICA

CACEX
Centro de Asesoría al Exportador
800 – PROCOMER
info@procomer.com