



MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARIA
SUSTENTACIÓN DEL PROYECTO DE GRADUACIÓN

En Guayaquil, a los 27 días del mes de Octubre del 2005, en el auditorium de la Escuela de Postgrado en Administración de Empresas ESPAE-ESPOL, sustentaron la Tesis de Grado: ***"Propuesta de implementación de un Punto Médico Familiar de SALUDSA"***, los señores:

- **Ramírez Mieles Myriam Esther**
- **Banda Maya Christian Fabián**
- **Jara Saona Sara María**

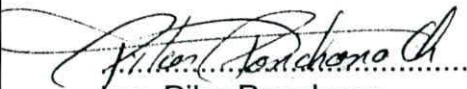
Actuaron como miembros del jurado las siguientes personas:

- **Ing. Ximena Carrillo**
- **Ing. Rafael Valdéz**
- **Ing. Pilar Panchana**

Para constancia de lo actuado firman abajo los presentes:

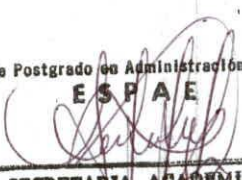

.....
Ing. Ximena Carrillo


.....
Ing. Rafael Valdéz


.....
Ing. Pilar Panchana

Se adjunta Acta de Calificaciones.

kam

Escuela de Postgrado en Administración de Empresas
ESPAE

.....
SECRETARIA ACADEMICA

Malecón 100 y Loja Telf.: 2530057-2530383
Fax: (593-4) 2530057-2530383 Ext. 109 Casilla 09-01-5863

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL
Escuela de Postgrado en Administración de Empresas
MAESTRIA EN GERENCIA HOSPITALARIA Y DE SERVICIOS DE SALUD
PRIMERA PROMOCIÓN

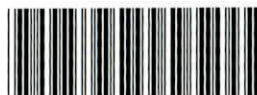


BIBLIOTECA
ESPAL-ESPOL

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAGISTER EN GERENCIA
HOSPITALARIA

TEMA:

Propuesta de Implementación de un nuevo Punto Médico Familiar
(PMF) - SALUDSA. Análisis de su rentabilidad financiera.



DP-08072

DIRECCIÓN:

Ing. Pilar Panchana Chalén, MBA

AUTORES:

CPA. Christian Banda Maya.

Dra. Sara Jara Saona.

Dra. Myriam Ramírez Mieles

2004 - 2005

AGRADECIMIENTOS

*"A Dios por darme las fuerzas para realizar mis metas,
a mis hijos por el tiempo sacrificado, a mi tía por la compu,
a Saludsa por el apoyo brindado, a las doctoras de mi grupo por su ayuda,
a todos quienes de una u otra forma me ayudaron
en la obtención de este logro".*

Christian Banda Maya

*"A Dios por darme luces en mi vida cada día, a mis compañeros inseparables por su
apoyo en este nuevo logro, a mis profesores por todos sus conocimientos y
experiencias".*

Sara María Jara Saona

*"Una nueva meta, siempre es fruto de esfuerzo, sacrificio, pero ante todo del gran
apoyo de esos seres invisibles que hicieron posible que llegue a ser realidad. A nuestra
apreciada Pili que supo estar presente en cada uno de los momentos necesarios.*

Gracias una vez más".

Myriam Ramírez Miele

DEDICATORIA

"A Dios y la Mater por su guía espiritual, a Ari y Chris mis bebitos bellos por ser quienes me impulsan a ser un mejor hombre cada día, a mi papá en el cielo para poder recompensar todo su esfuerzo por mí, a mi madre por su fé, a mis hermanos y a todos los que siempre me apoyaron."

Christian.

Dedico este nuevo esfuerzo a mis hijos, mi esposo, mis padres, mi familia y mis amigos, que siempre han sabido confiar en mí, han decidido apoyar cada nueva idea, cada nueva locura. A todos y cada uno de ustedes les dedico éste y todos mis esfuerzos.

Con todo mi amor... ..Myriam

Dedico este trabajo a mis padres, a quienes tanto les debo y cuya tranquilidad admiro... gracias por esos pequeños pero muy grandes momentos y por todo el silencioso y oportuno apoyo...

.Sara María.

RESUMEN EJECUTIVO

Como tesis para la obtención de título de Magíster en Gerencia de Hospitales, de la Primera Maestría en Gerencia Hospitalaria de la ESPAE-ESPOL, nos hemos propuesto dos doctoras y un contador publico, proponer la implementación de un nuevo PMF (Punto Médico Familiar) evaluando su factibilidad financiera, considerando su potencial de mercado y analizando su impacto social.

Esto como respuesta a una investigación de mercado realizada por Banda C., Jara S., Rugel S., investigación realizada para obtener la especialidad de Gerencia en Servicios de Salud. En dicha investigación de mercado, se concluye que SALUDSA debe crear un nuevo PMF, por el incremento acelerado de la demanda de sus dos PMF actuales.

En la actualidad es necesario optimizar la calidad y efectividad de los servicios de salud, es decir de la oferta, dado que esos son los parámetros con los que se compete, para lograr acaparar el mercado, tanto en los ofertantes de la salud pública como en la privada y, entre ellos, las empresas aseguradoras de salud como financiadoras y actualmente prestadoras del servicio.

El punto de partida es la investigación de mercado "Ampliación vs. Creación de un nuevo PMF"; apoyada por revisión de documentos de la empresa SALUDSA y la observación directa del quehacer diario de un PMF.

El enfoque principal recayó en la empresarialidad orientada al mejoramiento de un proyecto y su posterior implantación, siempre que sea financieramente factible y que permita la obtención de una rentabilidad aceptable a futuro.

Desde la apertura de los Puntos Médicos Familiares (PMF), en el año 2000, se ha tenido un incremento constante en la demanda de la consulta externa (PMF Norte: 37% en 11 meses: entre mayo 2004 – marzo 2005, y, 19% en el PMF Sur en el mismo período) - Ver Trabajo de especialización -, así como también en las continuas quejas de los afiliados por el servicio (27% de insatisfacción de acuerdo a la encuesta que consta en el trabajo de especialización), disminución de su capacidad de respuesta y escasez de turnos para consultas en varias especialidades (largas listas de espera) ; todos estos han sido los factores que motivaron la realización de este estudio.

Se debe tener presente que este proyecto a más de generar utilidades para la unidad (nuevas plazas de trabajo), también podría incrementar potencialmente las ventas dado que la imagen que proyectaría la empresa sería la de crecimiento, con una estructura sólida y con servicios de calidad.

El análisis del VAN arroja USD 182,715.99 por encima de la tasa de descuento de este proyecto, la cual es del 17%, tasa que SALUDSA utiliza en el análisis de cualquier proyecto, este VAN si se considera un financiamiento de USD 400,000.00, en caso de no tener dicho financiamiento se obtendría un VAN de USD 86,645.93. Lo anterior se debe a que la tasa de interés del préstamo aún esta por debajo de la tasa de interés en la que daría lo mismo prestar o invertir que es del 34.16%.

La TIR que arroja el proyecto financiado es del 29.67% muy por encima de la tasa de descuento. Por lo que se recomienda invertir en este proyecto basado en que la rentabilidad esta por encima del mercado.

El análisis financiero exhaustivo realizado, que incluye la elaboración de estados financieros, como el Estado de Resultado, Flujo de Caja y Balance General así como el cálculo de las razones más utilizadas, a más del análisis del riesgo del proyecto, el cual dio un alto grado de confiabilidad de inversión en el mismo, permite deducir que el proyecto es rentable y viable.

Debemos recordar además, lo importante que es para una empresa como SALUDSA y sus PMF's el posicionamiento de la marca, de la imagen, lo cual se consolidaría aún más con la creación de un nuevo punto médico familiar. Para todos, SALUDSA es y será una empresa exitosa en expansión, la número uno en el mercado de las prepagas.

Por lo antes expuesto, se puede concluir que dada la alta factibilidad financiera y administrativa del proyecto se recomienda la implementación del mismo siguiendo las sugerencias pautadas en este trabajo, tanto en lo financiero como en lo administrativo.

“Propuesta de Implementación de un nuevo Punto Médico Familiar (PMF)
- SALUDSA” Análisis de su rentabilidad financiera.

CONTENIDO:	Pàgs.
1. Introducción	3
2. Definición del Problema	12
3. Justificación del Estudio	12
4. Objetivos	12
4.1 General	12
4.2 Específicos	13
5. Diseño Metodológico	13
5.1 Tipo de Estudio	14
5.2 Universo	14
5.3 Definición del Universo	14
5.4 Métodos, instrumentos y procedimientos de recolección	14
6. Marco Teórico	14
6.1 El Mercado de la Salud. Generalidades sobre Oferta y Demanda.	14
6.2 Seguros Privados de Salud. Medicina Prepagada. Enfoque general.	15
6.3 Seguros Médicos Públicos y Privados en Latinoamérica.	19
6.4 Medicinas Prepagas en Ecuador. Análisis Situacional Actual.	26
6.5 La oferta de servicios médicos desde el punto de vista de la productividad	31
7. Plan de negocio	33
7.1 Lineamientos para la planeación estratégica: Misión, Visión, FODA	33
7.2 Medidas administrativas y Organización.	38
7.2.1 Organigrama	38
7.2.2 Perfiles y funciones del recurso humano	40
7.3 Capacitación en servicio al cliente	44
7.4. Análisis técnico	44
7.4.1 Producto	44
7.4.2 Proyección de demanda esperada	44
7.4.3 Apertura de otros servicios	47
7.5 Análisis económico (Presentación de resultados y análisis)	48

7.5.1	Presupuesto proyectado de ingresos	48
7.5.2	Presupuesto proyectado x otros ingresos	49
7.5.3	Presupuesto proyectado de gastos	51
7.5.4	Presupuesto proyectado de costos	52
7.5.5	Activos Fijos	54
7.5.6	Depreciación y depreciación acumulada.	55
7.6	Análisis financiero:	56
7.6.1	Estado de resultados y su análisis vertical	56
7.6.2	Flujo de efectivo	58
7.6.3	Balance general	59
7.6.4	Indicadores de liquidez	60
7.6.5	Indicadores de rentabilidad	61
7.6.6	Indicadores de endeudamiento	62
7.6.7	Indicadores de utilización de activos	63
7.6.8	Análisis de riesgo del proyecto	64
7.6.9	Evaluación general del proyecto	65
8	Conclusiones y Recomendaciones	67
9	Bibliografía	69
10	Anexos	71

1. INTRODUCCIÓN

Como tesis para la obtención de título de Magíster en Gerencia de Hospitales, de la I Maestría en Gerencia Hospitalaria ESPAE-ESPOL, con la tutoría de la MBA Pilar Panchana, nos hemos propuesto dos doctoras y un contador publico, realizar una investigación de la rentabilidad financiera de la creación de un nuevo PMF (Punto Médico Familiar) en la empresa de medicina prepagada SALUDSA, como respuesta a una investigación de mercado realizada como trabajo para obtener la especialidad de Gerencia en Servicios de Salud. En dicha investigación de mercado, se concluye que SALUDSA debe crear un nuevo PMF, por el incremento acelerado de la demanda de sus dos PMF actuales.



Los programas de salud pública dependen de datos e información para orientar estrategias de salud, y crear mejores sistemas para que las estadísticas sean realistas y valederas. Esperamos lograr, con el trabajo constante del día a día, que estos sistemas mejoren en todos los niveles, locales, nacionales y continentales. Por eso hoy en día hay que proponer sistemas, que intenten unificar criterios e información, y, en base a ello, y al sentido común que siempre es imperativo, lograr mejoras en los sistemas de Salud Latinoamericanos, que adolecen de los mismos problemas. La información requerida deberá responder a las características demográficas, socioeconómicas de la población, a los riesgos de la salud más importantes, a la infraestructura en general de servicios, a las características de los establecimientos de salud y de sus organismos de dirección de los Recursos Humanos, físicos y financieros y a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y el Sistema General de Seguridad Social, en el caso específico de nuestro país.

Este trabajo lo hemos realizado, utilizando para ello, información ya existente o datos históricos del comportamiento de la oferta-demanda de la empresa, y recabando además datos primarios.

Historia de la Compañía SALUD S.A.

SALUD S.A. nace de una doble iniciativa: Seguros Equinoccial, empresa líder en seguros del Ecuador, cuyos iniciadores pensaron en crear un producto especializado y moderno, que esté más cerca de los proveedores de salud y a la que toda la comunidad pueda acceder, y el Hospital Metropolitano cuyos ejecutivos analizaron la posibilidad de participar en el financiamiento a los pacientes de sus programas de salud.

Se buscó asesoría en el extranjero, en Chile se inició conversaciones con Inversiones Navarra, compañía experta en medicina pre-pagada. Las tres partes aportan toda su experiencia en el proyecto.

En diciembre de 1.992 se logró el acuerdo de participación de las tres compañías y, el 14 de septiembre de 1.993, nació SALUD S. A. como una Sociedad Anónima legalmente constituida, conformada por Juan Sevilla, Oscar Brahm y Juan Carlos Echazarreta, empezó a funcionar en una sala de reuniones en el edificio de Seguros Equinoccial, al poco tiempo y durante nueve años sus oficinas estuvieron ubicadas en la Italia y Vancouver, hasta marzo del 2.003, en que las oficinas administrativas se trasladaron a la dirección actual, República de El Salvador y Suecia.

SALUD S. A. se convirtió en corto tiempo en la compañía más importante de medicina prepagada del país, ofreciendo al mercado ecuatoriano una propuesta en asistencia médica que realmente satisfaga la necesidad primordial de protección.

Las oficinas de Guayaquil, Cuenca, Ambato, Ibarra, Loja, Santo Domingo de los Colorados, Manta y Machala iniciaron sus actividades a pocos meses de la apertura de Quito, pues el desafío era servir a todos los ecuatorianos. Actualmente Salud cuenta con cerca de 400 empleados a nivel nacional.

MISIÓN: *"Nos ocupamos de su salud"*

VISIÓN: *"Ser el facilitador más reconocido y utilizado en el cuidado de la salud del país"*

ANÁLISIS FODA DE SALUDSA

Fortalezas

- Es una empresa que ofrece servicios de medicina prepagada , con servicios de salud ambulatorios propios a más de que son los pioneros en el país. Tiene escasa competencia, ya que sólo Ecuasanitas tiene centros de atención ambulatorios.
- Posee dos Puntos Médicos Familiares, que son centros ambulatorios que prestan atención médica y complementaria, característica que ha definido su diferenciación frente a otras empresas prepagas. Además cuenta con 50 clínicas privadas con las que tiene convenios y un centenar de médicos privados hacia quienes se direccionan pacientes de determinados planes.
- Es una empresa prepaga abierta, es decir, el paciente puede atenderse con quien desee.
- El reembolso económico es inmediato gracias al sistema de información gerencial que poseen, característica para planes individuales o familiares, siendo para los corporativos optativo. Como sistema de información, posee uno

considerado “amigable”, ya que sin tenerse demasiados conocimientos informáticos, a través de ventanas, permite conocer, ingresar y analizar mucha información detallada y específica.

- Posicionamiento adecuado en la clase media y alta.

Oportunidades

- Como empresa tienen la posibilidad de seguir creando centros médicos ambulatorios regentados por ellos mismos, y, en un futuro mediano la construcción de un Hospital. Por supuesto, siendo esto último, su más grande oportunidad de expansión y ampliación de coberturas.
- Segmento del mercado al que está dirigido es a una clase media y alta. Sólo a través de los planes corporativos pueden acceder clase económica con menor capacidad adquisitiva. Esto se constituye en una oportunidad de crecimiento.

Debilidades

- Los planes corporativos direccionan a los clientes a profesionales con los que se realizan ciertos contratos, pero, debemos recordar que son pagados por producto y en libertad de acción completa. Esto implica a nuestro parecer, no tener el control completo del accionar profesional. Debido a esto se dan muchas quejas por la atención inadecuada, por no decir de baja calidad, que a momentos recibe el cliente.
- La selección del recurso humano para trabajar en dicha empresa no siempre es el más idóneo, por lo que es un RRHH que se resiste a cambios del conocimiento.
- Los contratos del personal limitan mucho.

- Como organización siguen centralizados desde la capital del país, en todas las fases del proceso. Esto hace que muchas decisiones deban esperar para ser tomadas en Quito.
- No hay área de estadísticas, por lo que no se reporta con frecuencia determinada incidencias, prevalencias, etc. Aunque el SIG si tiene como obtenerlas, algunas de ellas son erróneas, porque muchos datos se ingresan de forma manual (en papel) por personal no idóneo en los centros ambulatorios. Básicamente esto se da porque no hay una definición clara del objetivo final de los PMFs.
- Todavía ser parte de la administración empresarial, en la que la toma de decisiones no es en base a información producida, sino tan sólo a síntomas, “apagando incendios”.
- El escaso involucramiento del personal médico y paramédico en el sistema de información gerencial. No les interesa complicarse aprendiendo un poco más. Implica diferencia con otras prepagas que exigen eso en el perfil, antes de seleccionar al recurso humano.

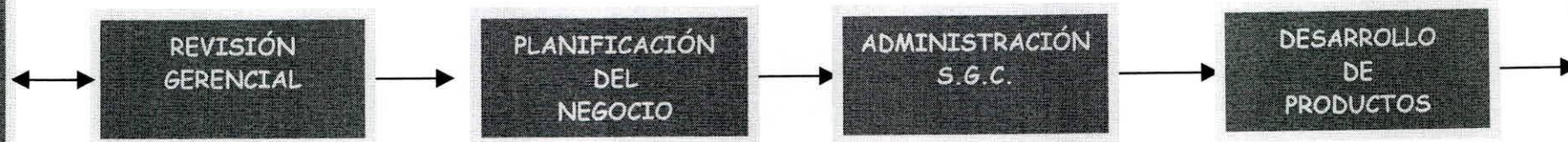


Amenazas

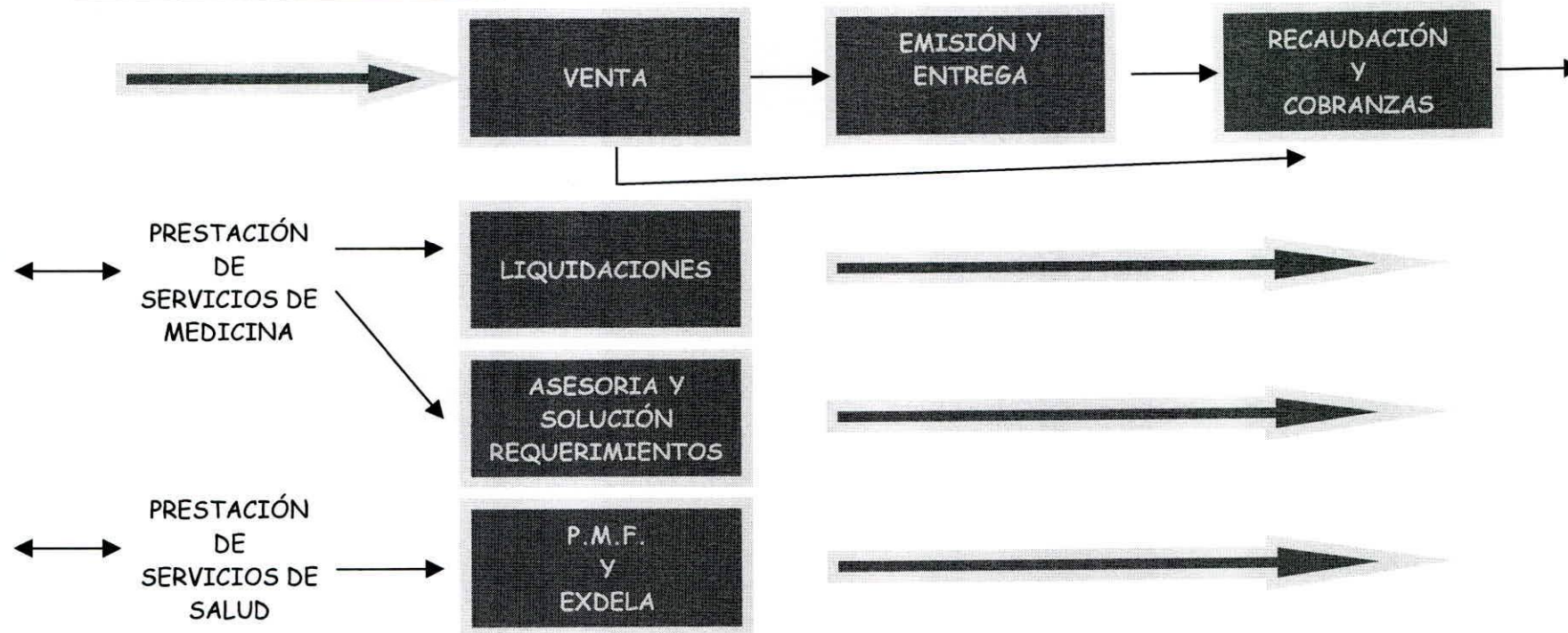
- Expansión geográfica lenta por la centralización en la que todavía están envueltos como empresa, y que crea una gran diferenciación con otras empresas de medicina prepagada.
- Quejas frecuentes de sus clientes externos, por la no cobertura de medicamentos, vacunas, tratamientos, que como empresa no consideran básicos. Lo que hace que exista alta rotación de clientes, con cambios de planes frecuentes. Aunque al momento trabajan para elevar el nivel de sus asociados, sacrificando la apertura

de sus médicos externos a la empresa, direccionando al usuario a sus PMFS estrictamente.

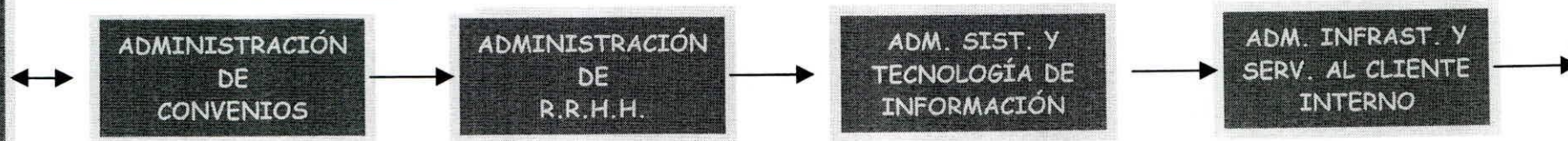
PROCESOS GERENCIALES

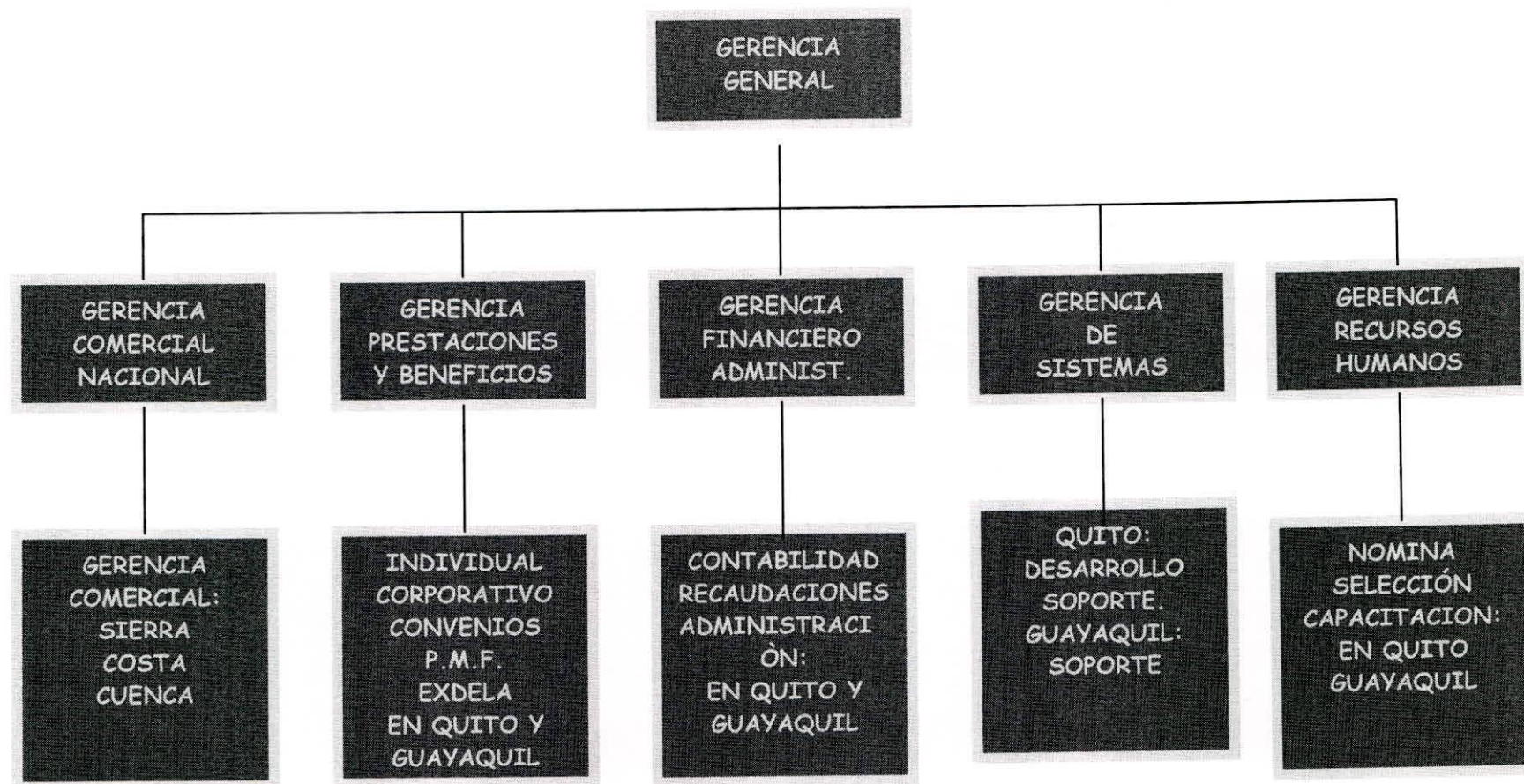


PROCESOS DE REALIZACIÓN



PROCESOS DE SOPORTE





Organigrama de SALUDSA



2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Desde la apertura de los Puntos Médicos Familiares (PMF) en el año 2000 se ha tenido un incremento constante en la demanda de la consulta externa (PMF Norte: 37% en 11 meses: desde mayo 2004 – marzo 2005, y 19% en el PMF Sur en el mismo período) - Ver Trabajo de especialización -, así como también las continuas quejas de los afiliados por el servicio (27% de insatisfacción de acuerdo a la encuesta que consta en el trabajo de especialización), y la capacidad de respuesta de estos, la falta de disponibilidad oportuna de turnos para consultas en varias especialidades (largas listas de espera) siendo este un servicio privado; todos estos han sido los factores que motivaron la realización de este estudio.

3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Como parte de un requerimiento específico de la Maestría I en Gerencia de Hospitales de la ESPAE – ESPOL, hemos decidido realizar este proyecto, como una respuesta bien direccionada a un problema latente, (analizado en base al Estudio de Mercado presentado como Trabajo de Especialidad), en dicho trabajo se sugiere la creación de un nuevo PMF, SALUDSA.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Elaborar una propuesta de implementación de **un nuevo PMF** (Punto Médico Familiar) de la empresa SALUDSA de Medicina Prepagada, en la zona norte de la

ciudad de Guayaquil, Garzota – Alborada, en la que se demuestre la rentabilidad del proyecto

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar un análisis de la organización, técnico, y financiero del nuevo PMF.
- Proyectar la demanda de este nuevo PMF, en base a los datos históricos de los promedios mensuales obtenidos durante el último año en el PMF Kennedy.
- Analizar la factibilidad financiera de la creación de un nuevo PMF, teniendo como herramientas la proyección de la nueva demanda, balance general, presupuesto, flujo de caja, análisis de riesgo, indicadores financieros, etc.

5 DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de Estudio

El presente es un estudio descriptivo y exploratorio basado en las técnicas usuales del análisis de nuevos negocios, especialmente del análisis financiero.

El punto de partida es la investigación de mercado realizada, como trabajo de especialidad para obtener el título de Especialistas en Servicios de Salud, por Banda C., Jara S., Rugel S.; apoyada en la revisión de documentos de la empresa SALUDSA y en la observación directa del quehacer diario de un PMF.

5.2 Universo

El Universo del presente estudio es SALUDSA y los PMF's.

5.3 Definición del Universo

El universo de los clientes actuales afiliados a SALUDSA, en Guayaquil, consta de un total de 70.000 usuarios, los cuales en un 25,6% residen en la zona norte, 17500, los mismos que al momento se están atendiendo en el PMF Norte o Kennedy. Existe también un sinnúmero de clientes potenciales, considerando que un porcentaje importante de la población local se encuentra habitando en ese sector.

5.4 Métodos, instrumentos y procedimientos de recolección

Se ha empleado como métodos de investigación la entrevista a involucrados y la observación directa, así como el análisis y procesamiento de datos estadísticos históricos, a más de la consideración de la capacidad de atención máxima instalada de los PMFs y el porcentaje de utilización actual, por mes. Un gran instrumento de apoyo, ha sido el trabajo de especialización “Investigación de Mercado. Creación vs. Ampliación de PMF”.

El presente estudio trata de un proyecto que involucra el análisis técnico-administrativo-financiero apoyado en el uso de las herramientas y conceptos relacionados con la gerencia moderna, y la aplicación de las técnicas de investigación de mercado, planeación estratégica y de administración financiera, instrumentos aprendidos durante la Maestría I de Gerencia Hospitalaria ESPAE-ESPOL.

El enfoque principal recayó en la empresarialidad orientada al mejoramiento de un proyecto y su posterior implantación, siempre que sea demostrable numéricamente hablando, su rentabilidad a futuro.

El equipo de estudiantes, dirigidos por su tutora realizaron entrevistas a los potenciales clientes, revisaron información documental existente, relacionada con el tema; reconocieron el target en el cual deberían enfocarse, hicieron una encuesta a la población cautiva de la empresa (ver trabajo de especialidad) e investigaron las prácticas de la empresas prepagadas, etc.

6 MARCO TEÓRICO

6.1 El Mercado de la Salud. Generalidades sobre Oferta y Demanda.

El mercado, conformado por vendedores (oferta) y compradores (demanda), se encuentra establecido físicamente en una extensión geográfica. La demanda es la cantidad de un bien o servicio que los sujetos están dispuestos a adquirir y que además poseen la capacidad económica para hacerlo. La política para el sector salud debe ser analizada a la luz de la economía de la salud, siendo el punto clave la optimización de recursos, así como evitar las expansiones organizacionales sin antes considerar los niveles de rendimiento, productividad y proyección de la demanda potencial para dicha expansión.

El mercado de la salud se caracteriza por ser dinámico, la oferta está compuesta por un conjunto de instituciones públicas y privadas, formales e informales, prestadoras de servicio, aseguradoras y financiadoras, tanto nacionales como internacionales. Es imprescindible conocer la demanda real y potencial para cuantificar los recursos que se requieren para satisfacerla, considerando que cada día se intensifica, diversifica, e incrementan sus exigencias. Por tanto, es necesario optimizar la calidad y efectividad de los servicios de salud, siendo esta la base de la competencia en el mercado de los ofertantes de salud pública y privada, y, entre ellos las empresas aseguradoras de salud como financiadoras y actualmente prestadoras del servicio.

6.2 Seguros Privados de Salud. Medicina Prepagada. Enfoque general.

De acuerdo a la Ley que regula las empresas privadas de salud y medicina prepagada, éstas se definen como sociedades constituidas en territorio nacional y que en virtud del pago de cotizaciones o aportaciones individuales otorgan a sus afiliados el financiamiento para el servicio de salud y atención médica en general. Los servicios ofertados por la medicina prepagada privada deberán ser prestados por sociedades anónimas, nacionales o extranjeras, cuyo permiso de funcionamiento será concedido por

el Ministerio de Salud Pública en virtud de las condiciones establecidas en el Reglamento General de la Ley.

Para efecto de esta Ley, al usuario del servicio se lo denomina **contratante, beneficiario, cotizante, afiliado o dependiente**, mientras que a los servicios de salud y medicina prepagada se los denominará también **sistemas o planes**, que son sistemas establecidos por los cuales el afiliado como titular, su cónyuge o conviviente legal, sus hijos, padres u otros familiares o cargas legales, reciben a cambio de una cotización o aportación individual las prestaciones y beneficios oportunos y de calidad en centros de atención médica y de laboratorios, adscritos o no al sistema, así como provisión de medicinas. El monto dependerá del plan o sistema contratado. Los planes de financiamiento son de carácter abierto, cerrado o mixto. La calidad de contratante de un plan de salud se lo obtiene en virtud de la suscripción del **Contrato de Prestación de Servicios de Salud y Medicina Prepagada**, el mismo que debe ser aprobado por el Ministerio de Salud Pública, el cual lleva adjunto previo a la suscripción la declaración jurada de salud (anamnesis) del estado actual de salud, declaración de enfermedades preexistentes de las que adolece, e historia clínica pasada de accidentes, cirugías y enfermedades padecidas. La Ley contempla también que el precio de cada plan deberá ser revisado anualmente, e irá de acuerdo al nivel de inflación en los costos de los servicios de salud registrado por el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) y el comportamiento de la morbilidad registrada por cada plan. La empresa no podrá unilateralmente dar por terminado el contrato dentro del primer año de cobertura. En caso de fallecimiento del titular del contrato, sus dependientes contractuales quedarán afiliados por un año a partir de la fecha del deceso, sin pagar cuota alguna.



Respecto a las Coberturas

Los planes de medicina prepagada deben estar en capacidad de ofrecer al usuario los servicios detallados a continuación:

1. Atención médica y profesional en diferentes especialidades, terapia intensiva, insumos médicos y quirúrgicos, y medicinas.
2. Atención ambulatoria en todas las especialidades y sub-especialidades practicadas en las diferentes unidades de salud, consultorios, y domicilio cuando exista imposibilidad de movilizar al paciente.

Ante una situación emergente, el usuario o sus dependientes podrán elegir el centro de atención médica al cual acudir, o solicitar la presencia de un servicio de ambulancias para su traslado. En ambas situaciones, la empresa se encuentra en la obligación de rembolsar los valores pertinentes según el plan contratado.

3. Visita médica hospitalaria cuando el beneficiario se encuentre internado en una unidad de salud.
4. Procedimiento de emergencias ambulatorio o médico-quirúrgicas (La emergencia debe ser entendida como toda situación grave que se presente súbitamente y amenace la vida o salud, como las catástrofes naturales o una enfermedad aguda).
5. Ambulancia aérea, terrestre y fluvial, legalmente autorizada dentro del territorio nacional.
6. Interconsultas profesionales, exámenes auxiliares y de diagnóstico existentes, o que pudieran crearse, incorporarse o estar disponibles a la fecha del requerimiento del servicio.
7. Atención hospitalaria a criterio del médico. En este derecho se incluye transporte, alimentación, habitación, terapia intensiva, insumos médicos y

quirúrgicos, medicamentos, honorarios profesionales y todos los exámenes, procedimientos auxiliares de diagnóstico y terapéuticos mencionados.

8. Todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, curaciones, rehabilitación y atención ambulatoria de atención posterior a cada enfermedad o accidente.
9. Abortos no provocados, embarazos normales o complicados, controles prenatales, partos vaginales o por cesárea de productos a término o pre-término, complicaciones que se presentasen antes, durante y después del parto y alumbramiento, atención al neonato a término o prematuro, atención perinatal, atención en unidad de cuidados intensivos tanto para la madre como para el producto, para lo cual se emplearán todos los procedimientos médicos necesarios a fin de preservar la salud de la unidad madre-niño.
10. Atención de neonatos que padezcan de estigmas o patologías congénitas, genéticas o hereditarias.

La empresa debe reconocer pagos totales o parciales, de acuerdo al plan, por la compra de medicinas en cualquier farmacia calificada siempre que hayan sido prescritos por un médico. Además, deberá cubrir todos los gastos que demande el transplante de órganos necesarios para la supervivencia del beneficiario, cubriendo además los gastos en que incurriera el donante, de acuerdo al plan contratado. Asimismo, cobertura total de estudios anatomopatológicos solicitados por un médico con fines diagnósticos o de control evolutivo. Del mismo modo, cobertura dental total o parcial de acuerdo al plan contratado, y cobertura total de todas las enfermedades congénitas y hereditarias.

En caso de lesiones o accidentes provocados por terceros – en caso de establecer legalmente su responsabilidad- la empresa podrá exigir un reconocimiento de la bonificación satisfecha previamente.

Los reembolsos de prestaciones, conocimiento resolutivo de inquietudes, reclamos, conflictos por desacuerdo, modificación contractual unilateral o insatisfacción en el servicio recibido por parte de los afiliados, podrán recurrir a los organismos de control y supervisión, en su orden: Dirección Provincial de Salud, y posteriormente a los jueces y tribunales competentes.

6.3 Seguros Médicos Públicos y Privados en Latinoamérica.

Hoy en América Latina hay dos grandes tendencias de políticas de Estado en Salud, que a su vez generan dos grandes tendencias de la situación sanitaria en el Continente: una, que entiende la salud como un bien privado y la incorpora en la esfera de los mercados privados de salud, con marcado énfasis en la atención a la enfermedad y la otra que busca garantizar la salud de la población mediante la estructuración de Sistemas Nacionales de Salud Públicos y Universales, con énfasis en la promoción y la prevención. La primera tendencia de política de salud es hegemónica en el Continente, impulsada desde comienzos de los 90 por los organismos financiadores internacionales (Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional), a partir de la orientación neoliberal de reducción de los Estados y el fortalecimiento de los mercados como mecanismo fundamental para el impulso al desarrollo de las naciones.

En este sentido, en su Informe Mundial en 1983, el Banco Mundial propuso avanzar en la reforma de los servicios de salud en cuatro estrategias referidas a: I) cobro de tarifas a los usuarios de servicios estatales; II) provisión de seguros frente a los riesgos económicos, relacionados con la atención médica, III) empleo eficiente de recursos no gubernamentales, y IV) descentralización de los servicios gubernamentales. De tal suerte que la salud empezó a ser vista como un bien privado de consumo al satisfacer necesidades individuales por las cuales la persona está dispuesta a pagar, y cuya razón

se debe dejar al pago individual y distribuirse el bien mediante las reglas de mercado, incorporando a quienes carecen de capacidad económica a través de la focalización de los subsidios.

Este mandato fue acogido y desarrollado en un primer momento con la reforma del sistema de salud chileno a comienzos de los 80, en la que se crearon las ISAPRES, y luego, a comienzos de los 90 en Colombia, creando las EPS. Estos dos modelos, y más centralmente el modelo colombiano, al entender y desarrollar mejor las orientaciones de mercado, han sido un molde 'adecuado' para el conjunto de reformas en salud que se impulsan en el Continente.

De otro lado, desde una postura contra-hegemónica, hay países americanos que desarrollan otra orientación de su política de salud y resisten el embate de la orientación de las reformas inspiradas en los organismos internacionales. En esta perspectiva se defiende la salud como derecho humano y bien público, responsabilidad central del Estado, y se asegura su financiación por la vía de los impuestos generales y las cotizaciones de los trabajadores formales, y se redistribuye en la prestación de servicios con un sentido de universalidad. Los casos más emblemáticos en esta orilla del modelo en salud son los de Cuba y Brasil, y más recientemente el de Venezuela, además de múltiples experiencias de orden municipal (actualmente se pueden resaltar las experiencias del México D. F., Bogotá y Rosario). En relación a los efectos que han traído estas políticas en el Continente, se pueden destacar los siguientes aspectos:

- La propuesta neoliberal ha hecho que la salud se comprenda como un bien privado de consumo, que opere con las lógicas del mercado, lo que produce exclusiones e inequidades propias del mercado. Hay una salud para ricos

(medicina privada), una salud para sectores asalariados (aseguramiento) y una salud para pobres (redes públicas de salud).

- En este aspecto, el modelo de gestión del riesgo ligado al aseguramiento juega un papel clave en la configuración de las actuales reformas en salud. Se puede decir que efectivamente se han incrementado las tasas de cobertura del aseguramiento, pero se han reducido las de acceso real a los servicios. Acá se hace necesario diferenciar entre aseguramiento y acceso real a los servicios. La lógica de mercado produce una serie de barreras administrativas, económicas, geográficas y culturales para el acceso a los servicios, como mecanismos para el aumento de las utilidades del actor de mercado más beneficiado: las aseguradoras privadas.
- Los campos de la salud pública y la promoción de la salud han sido marginados y disminuidos en su potencial transformador de la situación de salud de los pueblos latinoamericanos. Esto obedece a la lógica de mercado que los sitúa en el campo de las externalidades y los asigna como responsabilidad central de un Estado que se debilita paulatinamente. En la lógica de mercado, promocionar y prevenir la salud no es rentable; el negocio está en la venta de servicios individuales de atención a la enfermedad.
- Este modelo es homogeneizante, y no reconoce diferencias en términos de territorio, clase, etnia, género y diversidad sexual.
- Por último, es evidente que las políticas neoliberales de acuerdos comerciales refuerzan la onda privatizadora en el sector salud, como es el caso de los TLC suscritos por parte de México y Chile con Estados Unidos, especialmente en relación con el tema de medicamentos por vía de los derechos de propiedad intelectual.

Colombia.

A inicios de la década anterior, la medicina en Colombia estaba basada en una clara división entre lo público y lo privado. En la primera área estaba la seguridad social: un monopolio del Estado, donde la afiliación de las empresas a los trabajadores era obligatoria y constituía el epicentro de la atención en salud para los colombianos, basado en el modelo de la «competencia regulada o administrada» y el de «pluralismo estructurado», los cuales pretendían resolver el dilema mediante la priorización de la eficiencia sobre la equidad.

En la segunda área estaba la medicina privada, con acceso para la minoría de la población, con capacidad adquisitiva para sufragar los altos costos. El inicio de la década de los años noventa supuso una modificación sustancial a este esquema dicotómico por dos factores fundamentales: En primer lugar la abolición en 1.993 del monopolio estatal sobre la seguridad social; y en segundo término, la globalización de la medicina permitió la llegada de competidores extranjeros a la medicina privada y la lógica presión para que las firmas nacionales constituyeran sus propias alianzas para poder competir por los clientes.

El simple sistema de salud colombiano evolucionó en 10 años a una velocidad inusitada: la existencia de EPSs, ARPs, IPSs y Medicina Prepagada han confundido a los colombianos y los ha llevado -incluso- a que estén afiliados a más de una de estas entidades, lo que ha ocasionado, en algunos casos, el pago doble de los servicios de salud. Así como antes de los noventa operaba una diferencia entre la medicina pública y

la privada, hoy opera una dicotomía entre la medicina obligatoria (POS – Plan Obligatorio de Salud) y la voluntaria (Medicina Prepagada).

En Colombia, la Medicina Prepagada es un sistema más costoso y con una cobertura mayor que el de las EPSs. Firmas como Colsánitas o Salud Colpatria operan como EPSs y entidades de Medicina Prepagada a la vez. Las preexistencias (es decir los análisis clínicos previos a la inscripción), así como la calidad de la cobertura, son más flexibles y eficientes en la Prepagada que en las EPSs. Muchas familias colombianas pagan en sus oficinas a las EPSs, pero se aseguran por medio de la Medicina Prepagada, con el fin de obtener una cobertura de mayor calidad. Y algunas de las firmas no le advierten a los usuarios que están realizando un pago doble. Pero si la afiliación a las EPS y a la PREPAGADA se realiza con una misma institución, las firmas realizan importantes descuentos para las familias.



En un país con una limitada capacidad económica y una buena prestación de la medicina obligatoria, según la Organización Mundial de la Salud OMS, el tamaño de la Medicina por Prepago es aún reducido. Se vinculó en una década a una población de 15 millones de nuevos usuarios, convirtiendo el sistema en el más equitativo de América Latina, “aún por encima del mito cubano”, según el informe de la propia OMS. Las posibilidades de crecimiento son interesantes: hace dos años, la cantidad de usuarios por Prepago era mínima, hoy la ocupación de sus casi 300 camas, está dada en un 60% por este tipo de afiliados.

El mercado es liderado por la española Colsánitas, cuyo éxito radica en que es al mismo tiempo Medicina Prepagada, Empresa Promotora de Salud e Institución Prestadora de

Salud, debido a que cuenta con su propia Clínica y Centros de Atención y Consulta. Sin embargo, existen otras empresas que reportan grandes utilidades: Susalud, Colmena, Colpatria y Coomeva.

Brasil.

El 17 de febrero de este año, se reunieron en la sede del Consejo Regional de Medicina del Estado de San Pablo cerca de 80 entidades representativas de los usuarios, profesionales de la salud y trabajadores vinculados a empresas de medicina prepaga, entre ellos, el IDEC, Consejo Federal de Medicina, PROCON San Pablo y el Consejo Nacional de Salud. Crearon el Foro de Seguimiento de la Reglamentación de los Planes de Salud y aprobaron una declaración donde acusan que la Ley 9.656/98 no eliminó los diversos abusos cometidos contra los usuarios de medicina prepaga, como por ejemplo la negativa de atención a diversas patologías, las exclusiones de procedimientos y exámenes, eliminación de la cartilla de la red contratada (hospitales, médicos y laboratorios), reajustes abusivos de las cuotas, incluyendo aumentos por cambio en el rango de edad, además de no haber presentado soluciones para la relación entre la empresa, el usuario y el prestatario de los servicios.

Además, buscan que la reglamentación del sector siga sin darle definiciones al usuario que ha encontrado dificultades para que se le reconozcan sus derechos. El manifiesto, producto de esta primera reunión, recomienda, por lo tanto, la revisión de la legislación en vigencia, especialmente de las enmiendas introducidas por los Decretos de Necesidad y Urgencia y por las resoluciones contrarias al Código de Defensa del Consumidor y a la propia Ley 9.656/98. Sin embargo, cabe aclarar que fueron obtenidos algunos



avances a partir de la reglamentación de los planes de salud, principalmente si los comparamos con los proyectos de Ley y el que había sido anteriormente aprobado por el Poder Legislativo. Entre las conquistas obtenidas por la Ley 9656/98, está la de prohibir la exclusión de un usuario en función de su edad, enfermedad preexistente o deficiencia, a pesar que aún permite el aumento de la cuota, lo que es considerado como una “exclusión pecuniaria” por las entidades representativas de los usuarios. La nueva legislación restringió la eliminación de las cartillas de los prestatarios, hospitales, clínicas y laboratorios, que solamente será aceptada cuando sean reemplazados por otros del mismo nivel y obligando al prestatario a completar el tratamiento de aquellas personas internadas.

La Ley también limitó los plazos de carencia a un máximo de 6 meses, con excepción del parto que sigue siendo de 10 meses, al igual que para las enfermedades preexistentes, establecido en dos años. Otra conquista fue la obligatoriedad de dar asistencia al recién nacido durante sus primeros 30 días de vida. También prohibió la rescisión unilateral del contrato, salvo cuando exista fraude o mora superior a 60 (sesenta) días en el pago de la cuota. Además se garantizó la cobertura en salud mental, incluso con la internación de pacientes con trastornos psiquiátricos, incluso con cuadros de intoxicación y abstinencia provocados por alcoholismo o dependencia química. Sin embargo la ley limita esta cobertura a 12 consultas/año para el plan ambulatorio y 30 días de internación para el plan hospitalario. Con esta nueva legislación, se ha asegurado también, a pesar de algunas restricciones, a las personas despedidas sin justa causa y a los jubilados, que contribuyeron con un plan para empresas, el derecho de permanecer en el mismo plan, siempre que asuman el pago (la misma cuota que paga la empresa). Finalmente, la Ley del año '98 definió el resarcimiento al Sistema Único de

Salud (SUS), cada vez que un usuario de un plan de salud sea atendido en hospitales públicos. Incluso ya ha sido editado el TUNEP – nomenclador único de procedimientos de planes – que sólo puede ser usado con el fin de establecer el resarcimiento al SUS.

Venezuela. El alto costo de la producción del servicio médico, determinado en 70% por el pago del personal y por los precios de los insumos médicos que han aumentado, aproximadamente, en 100% e incluso más -por cada 80% de devaluación que sufre el bolívar frente al dólar- han conllevado al aumento de precios por atención al público con la finalidad de mantener los márgenes de ganancias necesarios para que las empresas permanezcan en pie. Sin embargo, el margen de ganancias sobre las ventas en las clínicas nunca pasa de 10%. Al disertar sobre las posibles salidas al problema de la salud, se menciona a la medicina prepagada que existe desde que se creó el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS).

En los últimos años surgieron en Venezuela diversidad de compañías que ofrecen el servicio de medicina prepagada, sin embargo, este sistema no cuenta con un marco jurídico que los reglamente, puesto que no son compañías de seguros, ni de alguna otra modalidad específica. En julio de 1996 la Asociación de Hospitales y Clínicas Privados realizó, en la clínica Ávila, una asamblea, en donde entre otros temas se analizó la problemática que para el sector, y para la propia colectividad, representaba el surgimiento de la medicina prepagada, sin marco legal, ni capacidad de dar cobertura, en muchos casos. Las cosas no han cambiado desde entonces, las empresas de salud por prepago continúan sin ley que las legisle, e inclusive muchas de ellas han desaparecido por no contar con los fondos suficientes para su desarrollo.

6.4 Medicinas Prepagas en Ecuador. Análisis Situacional Actual.

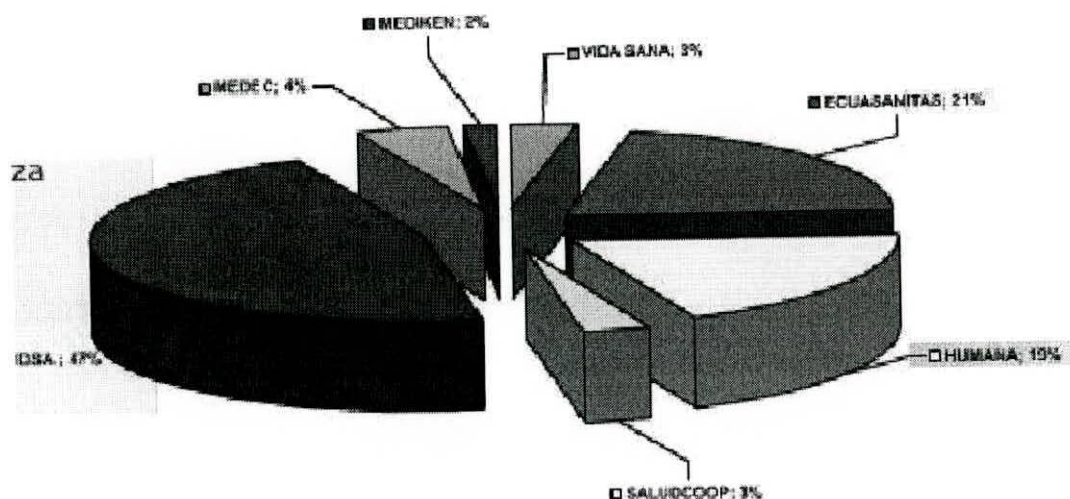
En Ecuador existen 40 compañías de seguro, de las cuales el 50% brinda asistencia médica. Según la Superintendencia de Bancos, las cuatro que ocupan el 60% del mercado son BMI, Panamerican Life, Rocafuerte y Equivida. Al hacer el balance del año 2002, la Superintendencia une las pólizas de asistencia médica y vida. El 70% corresponde al primer tipo y el restante al segundo. Como ejemplo se cita a Seguros Rocafuerte, aunque la empresa es guayaquileña, el 70% de la cartera la tiene en Quito y el restante en Guayaquil. Se recalca asimismo, que las personas que prevén su futuro tienen de media entre 30 y 40 años, porque es a esta edad cuando empiezan a preocuparse y a ver cerca la jubilación, mientras que los menores tienen otras prioridades.

Ciento cincuenta mil guayaquileños han optado por afiliarse a un seguro paralelo de salud al margen del Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social (IESS). Aunque los números no son oficiales, en el país existen 500.000 personas que utilizan estos servicios privados. No hay una cifra concreta que especifique cuántos de ellos son también aportantes del IESS, que tiene 1'108.337 afiliados. Profesionales de seguros explican que la tendencia de seleccionar una aseguradora paralela empezó hace una década, debido probablemente a la desconfianza que genera la calidad de atención que ofrece la seguridad social.

EL 52,9% de afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) afirma que el ser asegurado no le representa ningún provecho, según una encuesta solicitada por Diario EL UNIVERSO y realizada por la empresa Datanálisis a 306 usuarios del IESS en Guayaquil y Quito los días sábado 21 y domingo 22 de febrero del 2004. Del 47,1% de los encuestados que considera que pertenecer al IESS tiene algún

beneficio, el 25% resalta la posibilidad de contar con atención médica, el 9,4% la ayuda de los préstamos quirografarios, el 8,5% la jubilación y el 5,1% las medicinas. El porcentaje restante (52%) de ese grupo que siente que es beneficioso tener al IESS se distribuye entre los que no responden y aquellos que mencionan servicios como la maternidad y fondos de reserva. También se les preguntó a los afiliados sobre las prestaciones que han solicitado al IESS, el 39,3% contestó que no ha utilizado ninguna prestación (préstamo, fondos de reserva, montepío, etc.) del Seguro Social. Para cubrir las deficiencias en la atención, muchas empresas deciden dotar a sus trabajadores de un seguro privado que les garantice asistencia médica. En un sondeo en cinco empresas de Guayaquil, que suman alrededor de 3.100 empleados, los jefes de los departamentos de Recursos Humanos de cuatro de las compañías dijeron que cuentan con un seguro privado. La quinta empresa posee un dispensario propio que ofrece atención médica primaria.

En Ecuador, el número de afiliados a los servicios de medicina prepagada bordea los 600 mil usuarios, es decir, un 5% de una población de 12 millones de habitantes. El siguiente gráfico muestra el porcentaje actual (2.005) de participación de mercado de las distintas organizaciones de medicina prepaga:



En 1.998, cuando ocho organizaciones se disputaban el mercado de la medicina prepagada, el Gobierno emitió la Ley que Regula el Funcionamiento de las Empresas Privadas de Salud y Medicina Prepagada, en un intento por establecer parámetros de control y de garantías para los usuarios. El dinamismo del mercado hacía pensar en un "boom" del sector, como una alternativa frente a la crisis generalizada de los hospitales públicos, entre los que se incluyen los hospitales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

La Ley no distingue entre medicina prepagada y servicios de salud, de modo que ambas prestaciones se combinan en la práctica en el país, según un estudio elaborado por la Tribuna Ecuatoriana de Consumidores y Usuarios (TECU) en 1999.

El concepto de seguro es el de indemnización o reembolso, que no es igual al pago por adelantado, y la mayoría de empresas de medicina prepagada practican el reembolso.

La organización más antigua del Ecuador es Ecuasanitas, que ofrece un plan ("Plan Total") que opera mediante un sistema de "cheques" canjeables por consultas médicas, exámenes médicos, cirugías emergentes o programadas. Estos "cheques" son únicamente aceptados por la red de especialistas y centros médicos asociados a la prepaga. El número de especialistas llega a 1 600 a escala nacional.

Junto con Vida Sana, Ecuasanitas se orienta hacia un nicho de mercado de clase media. Según las investigaciones realizadas por Tribuna del Consumidor, un promedio de 400 nuevos afiliados se incorpora mensualmente a las nóminas de Vida Sana. Esta organización ofrece 20 tipos de planes de cobertura, tanto individual como corporativa. La oferta va desde el plan para una familia de tres miembros por un valor mensual de USD.20 con una cobertura de 4 000 dólares hasta el plan de USD.146 que brinda una cobertura de hasta 18 500 dólares a una familia de igual número de miembros. La organización ofrece servicios en dos modalidades. Una es la atención especializada en su propio centro médico, a un costo de 40 centavos de dólar por consulta. Y la segunda modalidad es la más común en los servicios de medicina prepagada en el medio: el reembolso de gastos médicos, por un tope de hasta USD.4 por consulta en el plan más económico y USD.13 por consulta en el plan más extenso.

Por otro lado, Salud y Humana apelan a un target de clase media y media alta. En cuanto a precios, en general estos varían dependiendo de la edad y aún del sexo del afiliado. No es lo mismo un niño de hasta dos años que requiere chequeos médicos permanentes o una mujer en edad fértil que puede gestar en cualquier momento que un hombre de 30 años, pero un promedio estimado bordea los 17 dólares por persona y por mes.

El estudio de Tribuna del Consumidor exploró los contratos de tres de las más importantes organizaciones de medicina prepagada en el país: Salud, Humana y Ecuasanitas, y confrontó sus servicios con los parámetros establecidos por la ley. La Ley determina que los contratos de medicina prepagada son de adhesión. Es decir, el consumidor debe firmar un formulario aprobado por el Ministerio de Salud, con cláusulas preestablecidas y sin opción a modificaciones. En el caso de la duración y el término del contrato, la Ley determina que no puede darse por terminado dentro del primer año de cobertura o mientras se esté cubriendo un problema de salud, a menos que el usuario incurra en el incumplimiento de sus obligaciones contractuales. Pues bien, según el estudio citado, tanto Ecuasanitas como Salud no cumplen esta obligación, mientras que Humana es la única que sí lo hace.

Según la Ley, el usuario tiene derecho a elegir el centro médico que lo va a atender y a llamar una ambulancia en caso de que no pudiera movilizarse. En ambos casos, la empresa debe reembolsar los valores, según el plan contratado. Otro de los aspectos analizados se refiere al escenario en caso del fallecimiento del titular. Según la Ley vigente, sus dependientes contractuales deben quedar afiliados hasta un año después de la fecha del deceso, sin tener que pagar cuota alguna.

Respecto de las enfermedades preexistentes, el cliente está obligado por ley a declarar aquellas enfermedades de las que tenga conocimiento, bajo el riesgo de ser acusado de fraude. Como contraparte, si informa que posee alguna, puede ofrecerse a pagar más y solicitar ser atendido del mismo modo – es lo que se llama contrato con agravantes. El problema es que muchas empresas no tienen disponible esta alternativa para sus

clientes. En caso de agravante, el cliente puede tener una cobertura parcial, por un período de dos años, pero no cubre cirugía, internación de alta tecnología y procedimientos de alta complejidad; por lo tanto, solamente recibe atención ambulatoria para su enfermedad preexistente.

6.5 La oferta de servicios médicos desde el punto de vista de la productividad.

Al analizar la oferta de los servicios médicos desde el punto de vista de la productividad debemos partir de la premisa que los resultados en la atención de salud, serían muy diferentes si a todos los ofertantes de servicios médicos se les cancelara sus honorarios en base a la productividad, es decir, a cuántas actividades realizan para prestar servicios médicos, a cuántos pacientes diarios atienden, etc. Hasta el momento los servicios médicos públicos, cancelan honorarios fijos y no por productividad. Este sería un mecanismo de asegurar la calidad de la prestación de los servicios médicos.

En el ámbito privado la situación ha cambiado notablemente, desde hace una década en el país. Se inicia el pago de honorarios en base a la producción de cada profesional. Es decir, que si eres capaz de mantener a tu cliente – paciente, retenerlo y aumentar el número de clientes que acuden por tus servicios, serás premiado con un mejor salario. Algunos administradores más osados proporcionan incentivos monetarios por recetas prescritas, órdenes de laboratorio de gabinete, órdenes de servicios de apoyo, etc.

En la medicina prepaga, esto de cancelación de honorarios según la productividad, se aplica para los profesionales que están dentro de los planes abiertos, no así para los profesionales contratados por los ambulatorios, hospitales, dentro de los planes cerrados, a quienes se les sigue cancelando por honorarios fijos. Esto en cuanto a honorarios y productividad, en base a la prestación de servicios propiamente, las

empresas de servicios de salud, deben analizar su productividad con el objeto de tomar decisiones en beneficio de las empresas y de la satisfacción de los clientes. Es oportuno saber como se está comportando tu oferta y demanda y en base a ello determinar la expansión de nuevos servicios ofertantes.

SALUDSA, según la tesis de especialidad anterior a este trabajo, debe crear un nuevo punto médico familiar. Nos queda a nosotros demostrar, qué tan factible es esto técnica, administrativa y sobre todo financieramente hablando. Para ello prepararemos un plan de negocios, que se ajuste a los puntos médicos familiares ya existentes (a manera de franquicias ya establecidas) y con los requerimientos técnicos, administrativos y financieros que consideramos que se deben emplear en este tipo de empresas, que mezclan el servicio de seguros de salud y el servicio de atención de salud, como es el caso de SALUDSA.



7 PLAN DE NEGOCIO

7.1 Lineamientos para la planeación estratégica: Misión, Visión, FODA

Misión de los PMF's

"Nos preocupamos y nos ocupamos del cuidado de su salud"

Visión de los PMF's

"Ser el facilitador más reconocido y utilizado en el cuidado de la salud de los afiliados a SALUDSA"

ANÁLISIS FODA DE LOS PMF'S

Fortalezas

- El PMF es una empresa que brinda servicios de salud a una empresa prepaga de salud, SALUDSA, con servicios de salud ambulatorios al momento propios.

Algunos de los servicios prestados a los afiliados están terciarizados con el afán de no complicarse más. Manteniendo un margen de utilidad del 10 al 30% aproximado en los servicios terciarizados.

- Siendo los pioneros, en el país, en este modelo de prestación de servicios de salud para empresas prepagadas. Sólo Ecuasanitas tiene centros de atención ambulatorios.
- Tienen un staff de médicos bastante amplio y diferenciado. Son alrededor de 100 a nivel nacional, con casi todas las especialidades.
- Como existen planes direccionados para atención exclusiva en los PMF, se cuenta con una clientela cautiva y fija, lo que asegura su posicionamiento en el mercado.
- Cuentan con una excelente infraestructura para la atención de los usuarios.
- Los precios de las prestaciones médicas que brinda el PMF, están muy por debajo de los que se tienen en el mercado de los servicios médicos prepagados y privados, dichos costos pueden ser reembolsados de acuerdo al plan contratado por el usuario.
- Como sistema de información, posee uno considerado “amigable”, ya que sin tenerse demasiados conocimientos informáticos, a través de ventanas, permite conocer, ingresar y analizar mucha información detallada y específica.
- Posicionamiento adecuado en la clase media, alta y en el sector empresarial.

Oportunidades

- Como empresa han determinado la gran oportunidad de seguir creando centros médicos ambulatorios, en base a la demanda acelerada observada, y a sabiendas que tienen quien les pague por esos servicios. Y, en un futuro mediano tienen

como as bajo la manga la construcción de un Hospital. Esto por supuesto que es su más grande oportunidad de expansión y ampliación de coberturas.

- Su personal tiene a bien escoger becas de estudios que cubren un 50% del total del estudio, siempre que estén dispuestos a quedarse por dos años fijos en la empresa. Esto rige para todo el personal que esté bajo rol. Esta es una oportunidad, por demás de atractiva para los profesionales que todavía no trabajan en SALUDSA.

Debilidades

- Segmento del mercado al que está dirigido es a una clase media y alta. Sólo a través de los planes corporativos pueden acceder la clase con menor capacidad adquisitiva.
- La selección del recurso humano para trabajar en dicha empresa no siempre es el más idóneo, por lo que es un RRHH que se resiste a cambios del conocimiento. Esto lo podemos afirmar, sobretodo cuando no están capacitados para ingresar la información que sea generada de la prestación en una computadora en red. Cuando el profesional no quiere, se debe sospechar en que no sabe hacerlo, o que en defecto está consciente de que su calidad no es la mejor. A muchos se les hace más fácil escribir con mala caligrafía para que nadie les entienda, incluidos los clientes-pacientes, y las enfermeras que deben ingresar los diagnósticos para llevar la estadística interna que cada PMF maneja.
- Los contratos del personal limitan mucho, un buen porcentaje son contratos a medio tiempo, los profesionales comparten su tiempo entre dos o tres empresas prestadoras de servicios de salud, sean estos públicos o privados.

- No hay área de estadísticas como tal, por lo que no se reporta con frecuencia determinada incidencias, prevalencias, etc. Aunque el SIG si tiene como obtenerlas, algunas de ellas con errores, porque muchos datos se ingresan de forma manual (en papel). Básicamente esto se da porque no hay una definición clara del objetivo final de los PMFS. Si en este momento decidiéramos realizar un estudio de las 10 enfermedades más frecuentes, sería complicado para el investigador. Teniendo una red informática, puedo asegurar que le tocaría meterse a las historias clínicas que han sido llenadas manualmente. En lo administrativo, no creo que haya inconvenientes, pues están conectados en red con SALUDSA.
- La administración financiera sigue siendo manejada por SALUDSA, no está descentralizada, por lo que no hay un límite verdadero, económicamente hablando, entre PMF y SALUDSA.
- Es un problema, el que a ratos no se tenga claro hasta qué punto son empresa prepagada de salud y desde qué punto son una empresa prestadora de servicios de salud.
- Resistencia de los médicos privados, afiliados a SALUDSA, ante el crecimiento de los PMFs, ya que los ven como un claro competidor y no un aliado precisamente.
- El escaso involucramiento del personal médico y paramédico en el sistema de información gerencial.

Amenazas

- Su mayor amenaza es la centralización en la que todavía están envueltos como empresa, y que crea una gran diferenciación con otras empresas prepagas.

- Quejas frecuentes de sus clientes, por la no cobertura de medicamentos, vacunas, tratamientos, que como empresa no consideran básicos. Lo que hace que exista alta rotación de clientes, con cambios de planes frecuentes. Aunque al momento trabajan para elevar el nivel de sus asociados.
- Quejas frecuentes por el costo de los servicios prestados, por citar un ejemplo, toda consulta general o de especialidad tiene un costo de \$ 2,50 dólares, que deben ser cancelados en el PMF, además del costo mensual del seguro.

El análisis FODA anterior, aunque ilustrativo, debe complementarse con un análisis de los procesos estratégicos y administrativos que típicamente se desarrollan en toda empresa. En este sentido, es posible señalar diversos elementos:

De carácter estratégico

- Existencia de un plan estratégico, de líneas estratégicas; y de planes operativos.
- Identificación de la misión y visión de los PMF's...
- Definiciones en cuanto a las características del servicio.

De carácter organizativo

- Existencia de procesos organizativos
- Línea de dirección y control del director definidas.
- Existencia de un orgánico funcional, que ordene las actividades diarias.
- Definición de funciones, puestos, necesidades de recursos humanos, etc.

De carácter técnico

- El modelo de atención del PMF presentará novedades a los usuarios, mayores especialidades.

- El PMF cuenta con servicios de consulta en las especialidades básicas: pediatría, ginecología/obstetricia y medicina general y de especialidades como gastroenterología, cardiología, urología, etc.
- Identificación de metas de productividad en cada área
- Existencia de servicio de odontología.
- Regularidad en la oferta de los servicios ofertados.



BIBLIOTECA
ESPAL-ESPOL

De carácter económico – financiero

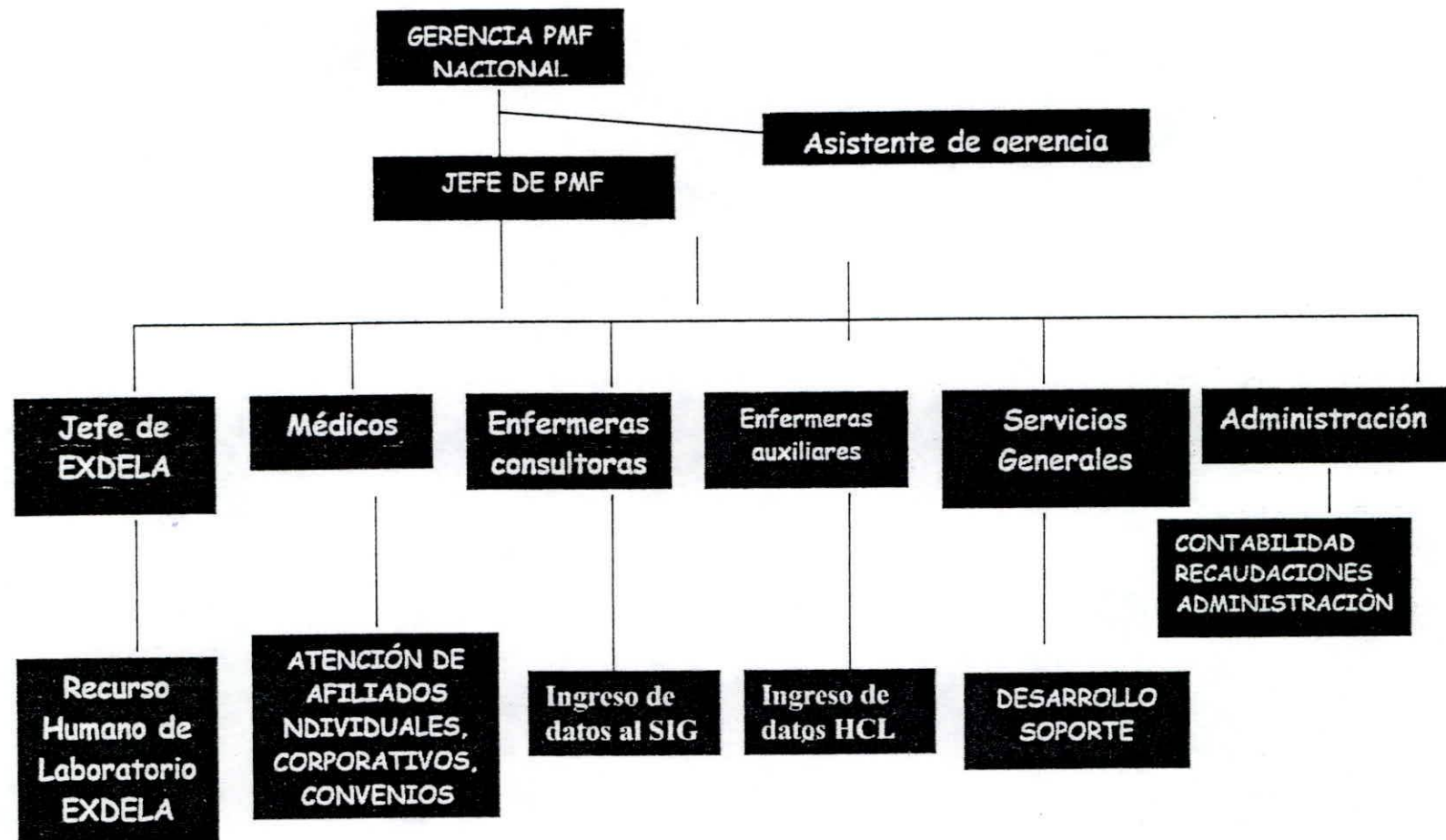
- Existencia de presupuesto
- Existencia de un sistema de contabilidad apropiado
- Se manejan costos
- Manejo ordenado de los recursos financieros, desde el PMF.

Mercadotecnia

- Identificación de los beneficios estratégicos del mercadeo
- Logotipo definido
- Nombre de la empresa.
- Existencia de un plan de mercadeo.

7.2 Medidas administrativas y Organización.

7.2.1 Organigrama de PMF



7.2.2 Perfiles y funciones del recurso humano

Gerente Médico Nacional

- Médico
- Experiencia en administración de Servicios de Salud
- Conocimientos en administración o ciencias afines.
- Suficiencia en proyectos, administración, utilitarios.

Funciones:

- a) Delinear planes y líneas estratégicas a plazos no menores a 3 años.
- b) Elaboración del plan operativo anual del PMF.
- c) Aprobación del presupuesto anual de requerimientos e insumos.
- d) Auditar el adecuado desenvolvimiento de contabilidad, ventas, administración y asistencia médica.
- e) Relaciones públicas

Jefe de Punto Médico Familiar (para cada ciudad)

- Administrador de Salud. Gerente de Servicios de Salud. Economista, Enfermera, etc.
- Experiencia mínima de 2 años en administración de servicios de salud.
- Conocimiento y experiencia probada en proyectos, organización, dirección, motivación, planeación estratégica, manejo de grupos y equipos, resolución de conflictos, administración financiera, etc.
- Conocimiento de utilitarios

Funciones

- a) Manejo de procesos del PMF
- b) Manejo de inventarios
- c) Control de ingresos y egresos del PMF
- d) Selección y evaluación de proveedores

- e) Evaluación y toma de decisiones de estadísticas y producción del PMF
- f) Decisión sobre compras
- g) Control del mantenimiento de equipos
- h) Selección del personal

Asistente de administración (suministros, limpieza y guardianía)

- Persona de alta confianza del director.
- Conocimientos, estudios en administración o carreras afines
- A tiempo completo
- Manejo de utilitarios.

Funciones:

- a) Análisis y control del cumplimiento de las políticas establecidas para el buen funcionamiento administrativo del PMF
- b) Llevará la parte administrativa de la empresa.
- c) Clasificación de solicitudes de compras o servicios
- d) Listar la verificación de productos comprados
- e) Control mensual y anual de materiales e insumos
- f) Manejo de inventarios

Secretaria - telefonista

- Bachiller en Secretariado bilingüe.
- A tiempo completo; su horario deberá ser similar al del director.
- Conocimientos de servicio al cliente.
- Conocimiento de utilitarios.

Funciones:

- a) Labores secretariales.
- b) Registro de citas
- c) Reporte de citas diarias
- d) Registro de comunicación al cliente
- e) Recibir al cliente, confirmar citas y datos
- f) Revisar historias clínicas en orden
- g) Proporcionar recomendaciones generales a los clientes
- h) Direccionamiento de las citas a médicos afiliados
- i) Inicialmente atenderá recepción y cobranzas, reportará las finanzas diarias y mensuales al director y administrador. Dos meses después de iniciado el negocio, se contratará a otra persona para esas funciones.

Médicos

- Médico o médica con título registrado en CONESUP
- En caso de especialidad título registrado en CONESUP
- Atención de la consulta y las emergencias de la especialidad
- Se encargará de ejecución de programas, según su especialidad.
- Tiempo completo, en algunas especialidades como pediatría, ginecología, odontología, medicina interna.
- Remuneración por producción.
- Aseguramiento de la calidad
- Conocimiento de utilitarios

Funciones:

- a) Atención directa al paciente

- b) Llenado de formularios de estadísticas
- c) Ingreso de datos en historia clínica del intranet
- d) Análisis mensual de reportes estadísticos
- e) Reportar novedades epidemiológicas a enfermera consultora o jefe del PMF, para notificaciones.

Enfermera consultora

- Título en administración de salud registrado en CONESUP (opcional).
- Título de enfermera registrado en CONESUP
- Experiencia de al menos dos años en funciones administrativas.
- Conocimiento de utilitarios

Funciones:

- a) Responsable de prefacturas.
- b) Digita el servicio a prestarse
- c) Reporte al jefe del PMF

Enfermera auxiliar

- Título de auxiliar de enfermería registrado por CONESUP
- Experiencia de 1 año en centros médicos de salud de la ciudad
- Referencias personales de trabajo con médicos de la ciudad o país, demostrables.

Funciones:

- a) Preparación del afiliado-paciente

b) Ingreso manual de datos de HCL

c) Reporte de estadísticas del PMF

7.3 Capacitación en servicio al cliente

Una constatación de los consultores es el grado de rutinariidad en la que en corto plazo han caído los empleados de servicios de salud observados en el sector. En principio se recomiendan charlas motivacionales, seguidas de charlas técnicas sobre servicio al cliente (cada cliente es muy importante y una oportunidad para todos de ganar). Estas actividades deben hacerse de manera regular en fechas fijas, por ejemplo, cada 15 días, los viernes por la tarde. El objetivo es mantener el interés en el trabajo, detectar fuentes de desmotivación o estrés. En el PMF todos deben saber que cada usuario que entra, es una oportunidad de servicio, y una oportunidad para incrementar el beneficio de todos; en la práctica esto se debe traducir en una atención personalizada, esmerada, que resuelva las inquietudes y temores. Esto obliga a la sonrisa y actitud positiva permanente, a preocuparse por el usuario y tratar de brindarle más de lo que él mismo espera.

7.4 Análisis técnico

7.4.1 Producto

Consulta externa, exámenes de laboratorio clínico y medicinas. Para las consultas médicas el afiliado deberá acudir al PMF. En caso de requerir exámenes de laboratorio clínico deberá dirigirse al laboratorio EXDELA. Las medicinas pueden comprarse en cualquier farmacia.

7.4.2 Proyección de demanda esperada.

Se realizó la proyección de la demanda según el promedio de utilización de los actuales PMF's de Guayaquil en base al total de usuarios afiliados en esta ciudad que hacen uso de estos centros médicos.

Con esto tenemos que de 70.000 afiliados que en la actualidad hay en Guayaquil considerando que 7.600 usuarios hacen uso de los PMF's se obtiene que un 10.88% de los usuarios afiliados, acuden a los PMF's. Este porcentaje será utilizado para determinar la proporción de usuarios que acudirán a los PMF's.

Cuadro 1

Promedio de Utilización de los PMF's por los actuales afiliados a Saludsa.						
	Apr-05	May-05	Jun-05	Jul-05	suma	promedio
Pacientes	7,611.00	7,532.00	8,040.00	7,287.00	30,470.00	7,617.50
Total de afiliados Gye	70,000.00	70,000.00	70,000.00	70,000.00		
Porcentaje	10.87%	10.76%	11.49%	10.41%	43.53%	10.88%

Se asume que el 41% de los nuevos clientes que acudirán a los PMF's, acudirán al nuevo PMF. Este porcentaje se ha determinado analizando la encuesta de la investigación de mercado, que afirma que el 56% de los actuales clientes del PMF Kennedy se cambiara al nuevo PMF. Además ha considerado también, el crecimiento promedio que han tenido los PMF's en Guayaquil por su propia gestión, el cual es de 2.54% mensual.

Cuadro 2

Utilización del PMF Kennedy					Nuevo PMF	
Mes	Capacidad Instalada	Consultas Atendidas	Porcentaje de Utilización del PMF Kennedy	Porcentaje de utilización en base a total GYE	56% de consultas que se cambiarían al nuevo PMF	Porcentaje de Utilización del nuevo PMF
May-04	8640	1627	18.83%	59%	911	33%
Junio	8640	2062	23.87%	61%	1155	34%
Julio	8640	2324	26.90%	65%	1301	36%
Agosto	8640	2802	32.43%	71%	1569	40%
Septiembre	8640	3174	36.74%	70%	1777	39%
Octubre	8640	3109	35.98%	72%	1741	40%
Noviembre	8640	3155	36.52%	73%	1767	41%
Diciembre	8640	3605	41.72%	75%	2019	42%
Jan-05	8640	4154	48.08%	74%	2326	42%
Febrero	8640	3972	45.97%	75%	2224	42%
Marzo	8640	4865	56.31%	74%	2724	41%
Abril	8640	5632	65.19%	74%	3154	41%
Mayo	8640	5574	64.51%	74%	3121	41%
Junio	8640	5950	68.86%	74%	3332	41%
Julio	8640	5392	62.41%	74%	3020	41%

Crecimiento PMF Kennedy	
en 15 meses	mensual
43.58%	2.91%

Cuadro 3

Utilización del PMF Sur				
Mes	Capacidad Instalada	Consultas Atendidas	Porcentaje de Utilización	Prom % util. total GYE
May-04	3270	1127	34.46%	41%
Junio	3270	1292	39.51%	39%
Julio	3270	1249	38.20%	35%
Agosto	3270	1145	35.02%	29%
Septiembre	3270	1347	41.19%	30%
Octubre	3270	1229	37.58%	28%
Noviembre	3270	1166	35.66%	27%
Diciembre	3270	1196	36.57%	25%
Jan-05	3270	1438	43.98%	26%
Febrero	3270	1328	40.61%	25%
Marzo	3270	1725	52.75%	26%
Abril	3270	1979	60.52%	26%
Mayo	3270	1958	59.89%	26%
Junio	3270	2090	63.93%	26%
Julio	3270	1895	57.94%	26%

Crecimiento Pmf Sur	
en 15 meses	mensual
23.47%	1.56%

Cuadro 4

Utilización Total PMF GYE			
Mes	Capacidad Instalada	Consultas Atendidas	Porcentaje de Utilización
May-04	11910	2754	23.12%
Junio	11910	3354	28.16%
Julio	11910	3573	30.00%
Agosto	11910	3947	33.14%
Septiembre	11910	4521	37.96%
Octubre	11910	4338	36.42%
Noviembre	11910	4321	36.28%
Diciembre	11910	4801	40.31%
Jan-05	11910	5592	46.95%
Febrero	11910	5300	44.50%
Marzo	11910	6590	55.33%
Abril	11910	7611	63.90%
Mayo	11910	7532	63.24%
Junio	11910	8040	67.51%
Julio	11910	7287	61.18%

crecimiento promedio	
en 15 meses	mensual
38.06%	2.54%

7.4.3 Apertura de otros servicios.

En la actualidad, en los PMF hay los siguientes servicios complementarios a la consulta médica: Farmacia, Rayos X, Ecografías, Tomografías, Procedimientos Odontológicos y Oftalmológicos, Electrocardiogramas y Exámenes de Laboratorio Clínico realizados por EXDELA, el laboratorio es otra unidad de negocio de la empresa Saludsa, el cual si bien trabaja en conjunto con el PMF tiene un manejo financiero separado.

El servicio de Farmacia esta brindado por Medisalud, la cual es una cadena de farmacias privadas que brindan el servicio a los PMF's, a los cuales se les exige ciertas normas de calidad.

Los servicios de imagen (RX, Ecos, Tomografías) están tercerizados por el Dr. Calero reconocido medico radiólogo en el medio, el mismo que tiene las debidas garantías de

calidad y capacidad tanto técnica como intelectual, los PMF's cobran a los afiliados estas prestaciones las cuales generan un porcentaje de utilidad.

Los servicios de oftalmología y odontología están tercerizados por el prestador Vistotal tanto en los PMF de Quito como de Guayaquil, de igual manera los Doctores que trabajan en esta área tienen las debidas garantías de calidad en el servicio y capacidad, de los procedimientos oftalmológicos y odontológicos Saludsa obtiene un porcentaje de utilidad.

El laboratorio clínico EXDELA, el cual es otra unidad de negocio de Saludsa, brinda estos servicios a todos los afiliados a Saludsa así como también a los pacientes particulares, EXDELA se encuentra en el proceso de la certificación ISO para servicios de Laboratorios Clínicos.

7.5 Análisis económico (Presentación de resultados y análisis)

7.5.1 Presupuesto proyectado de ingresos o.

Está totalmente dado en función de las consultas vendidas a los pacientes de Saludsa a razón de USD 11.00 cada una, precio que en la actualidad se está cobrando en los PMF's existentes, de los cuales USD 2.50 paga el paciente al momento de la atención y USD 8.50 los asume Saludsa, y mediante cruce contable entre los estados financieros de Saludsa (seguro medico) y el PMF, es cancelado al PMF.

Se realizó la proyección de las consultas médicas en base a las ventas proyectadas tanto del producto individual como del corporativo, tomando como base para el cambio de pacientes del PMF Kennedy al nuevo PMF el 56% de estos pacientes. La transición de los clientes se da en los dos primeros meses de operación del nuevo PMF , 50% en el primer mes y 50% más al segundo mes de operaciones.

A continuación se aprecia el cuadro con proyección de las ventas a nivel de la costa, de lo cual le corresponde a Guayaquil un 90% de estas y el otro 10% son ventas de otras provincias de la costa. Como apreciamos en el cuadro 1 del total de afiliados solo el

10.88% acuden a los PMF's se toma en consideración este dato para fijar el número real de consultas en los PMF's de Guayaquil.

En el presupuesto de ingresos del nuevo PMF se tiene el numero de consultas dadas anualmente más nuevas consultas dadas por el crecimiento de las ventas de las cuales solo se toma en consideración el 41%, dato tomado del cuadro 2.

Cuadro 5

Proyección de Ventas anuales por usuarios Saludsa.					
VENTAS	Total 2006	Total 2007	Total 2008	Total 2009	Total 2010
Nuev. Usu. Costa	20,148	22,163	23,271	24,434	25,656
Nuev. Usu. Gye	18,133	19,947	20,944	21,991	23,091
Consultas por vtas. nuevas	1,973	2,171	2,279	2,393	2,513



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

En el presupuesto de ingresos se detalla todo el ingreso debido a que los valores vendidos por consulta son pagados dentro del mismo mes, o sea no se venden a crédito de mas de 30 días.

Cuadro 6

Presupuesto de ingresos nuevo PMF					
Consultas	Total 2006	Total 2007	Total 2008	Total 2009	Total 2010
Por cambio inicial	\$ 31,006.19	\$ 32,354.28	\$ 32,354.28	\$ 32,354.28	\$ 32,354.28
Clientes del centro	\$ 4,449.75	\$ 23,502.76	\$ 45,025.38	\$ 67,664.59	\$ 91,435.75
Usuarios nuevo PMF	\$ 809.05	\$ 889.95	\$ 934.45	\$ 981.17	\$ 1,030.23
Total Consultas	\$ 36,264.98	\$ 56,746.99	\$ 78,314.11	\$ 101,000.04	\$ 124,820.26
total ingresos	\$ 398,914.76	\$ 624,216.89	\$ 861,455.20	\$ 1,111,000.41	\$ 1,373,022.88

7.5.2 Presupuesto Proyectado de Ingresos por Otros Servicios

Se determinó un precio promedio de acuerdo a las actuales ordenes por consulta de los diferentes servicios con lo cual obtuvimos un precio por paciente para servicios de Rayos X de USD 6.65, para el servicio de odontología USD 1.77 y para el servicio de oftalmología \$0.89 por paciente atendido.

Se proyectaron los ingresos totales en base a las consultas proyectadas y multiplicado por el precio promedio por paciente.

Cuadro 7

Presupuesto de Ingresos por Otros Servicios nuevo PMF					
Servicios	Total 2006	Total 2007	Total 2008	Total 2009	Total 2010
total ingresos RX	\$ 241,253.99	\$ 377,511.26	\$ 520,987.25	\$ 671,906.16	\$ 830,371.00
total ingresos odont	\$ 64,334.40	\$ 100,669.67	\$ 138,929.93	\$ 179,174.97	\$ 221,432.27
Total ingresos oftalm.	\$ 32,167.20	\$ 50,334.84	\$ 69,464.97	\$ 89,587.49	\$ 110,716.13

La utilidad por concepto de otros ingresos esta dada de acuerdo al porcentaje que en la actualidad se obtiene por cada servicio como podemos observar en el cuadro 8.

Adicional se obtiene ingresos por concepto de arrendamiento de espacios otorgados a los servicios de Rayos X, Farmacia, Oftalmología y Odontología. Se tomo como referencia los precios y espacios que en la actualidad utilizan en le PMF Kennedy. Y se estima un incremento de precios en los arriendos para el segundo año del 10% y para los siguientes años del 5%.

Cuadro 8

Cuadro de Ingresos por otros servicios					
Servicios	Año 2006	Año 2007	Año 2008	Año 2009	Año 2010
Rayos X Utilidad de Salud 20%	\$ 48,250.80	\$ 75,502.25	\$ 104,197.45	\$ 134,381.23	\$ 166,074.20
Rayos X Comisión 10% sobre pagos	\$ 19,300.32	\$ 30,200.90	\$ 41,678.98	\$ 53,752.49	\$ 66,429.68
Odontología 10%	\$ 6,433.44	\$ 10,066.97	\$ 13,892.99	\$ 17,917.50	\$ 22,143.23
Oftalmología 10%	\$ 3,216.72	\$ 5,033.48	\$ 6,946.50	\$ 8,958.75	\$ 11,071.61
Subtotal Servicios	\$ 77,201.28	\$ 120,803.60	\$ 166,715.92	\$ 215,009.97	\$ 265,718.72
Arriendos					
Rayos X	\$ 8,388.00	\$ 9,226.80	\$ 9,688.14	\$ 10,172.55	\$ 10,681.17
Farmacia	\$ 6,720.00	\$ 7,392.00	\$ 7,761.60	\$ 8,149.68	\$ 8,557.16
Oftalmología y Odontología	\$ 13,056.00	\$ 14,361.60	\$ 15,079.68	\$ 15,833.66	\$ 16,625.35
Subtotal Arriendos	\$ 28,164.00	\$ 30,980.40	\$ 32,529.42	\$ 34,155.89	\$ 35,863.69
Total otros ingresos	\$ 105,365.28	\$ 151,784.00	\$ 199,245.34	\$ 249,165.86	\$ 301,582.41

7.5.3 Presupuesto proyectado de gastos.

Para realizar el presupuesto de gastos se tomo en consideración el promedio de gastos que en los últimos 4 meses han tenidos los PMF's de Guayaquil, a este valor se le resta el rubro de alquiler ya que en el nuevo proyecto no se paga dicho monto debido a que se va adquirir el terreno y se va a edificar, ni tampoco los sueldos del personal administrativo por cuanto los mismos se calculan por separado. Al valor resultante se lo divide para las consultas dadas en Guayaquil y obtenemos un promedio de gasto por consulta de USD 2.31. Este gasto por consulta atendida incluye los servicios de agua, luz, teléfono, limpieza, seguridad y mantenimiento de equipos.

Cuadro 9

Calculo del gasto por consulta médica						
	Abril	Mayo	Junio	Julio		
Total del gastos GYE	\$ 36,879.00	\$ 32,485.00	\$ 37,158.00	\$ 31,484.00		
Alquiler	\$ -11,000.00	\$ -11,000.00	\$ -11,000.00	\$ -11,000.00		
Sueldos administrativos	\$ -5,862.42	\$ -5,862.42	\$ -5,862.42	\$ -5,862.42		
Nuevo Total del gastos GYE	\$ 20,016.58	\$ 15,622.58	\$ 20,295.58	\$ 14,621.58		
Pacientes	\$ 7,611.00	\$ 7,532.00	\$ 8,040.00	\$ 7,287.00	Suma	Promedio
Gasto x Paciente	\$ 2.63	\$ 2.07	\$ 2.52	\$ 2.01	\$ 9.23	\$ 2.31

Para el primer año el presupuesto se lo realizó con el dato del gasto promedio por consulta por el total de consultas de cada año, al valor del gasto por consulta, para los años siguientes se incrementa en un 5% anual por concepto de inflación, y se obtienen los totales de gastos anuales del proyecto, al igual que en los primeros años se lo multiplica por el total de las consultas proyectadas.

Los gastos de arranque incluyen todas las tasas para funcionamiento del establecimiento de servicio de salud, esto es el permiso municipal, pago de patente municipal, tasa de funcionamiento de bomberos, etc. Las cuales dan un total de USD 1,000.00 anuales como se puede apreciar en el Cuadro 10.

Cuadro 10

Presupuesto de Gastos Proyectados					
	TOTAL 2006	TOTAL 2007	TOTAL 2008	TOTAL 2009	TOTAL 2010
Total consultas	36,265	56,747	78,314	101,000	124,820
Tasas de habilitación	\$ 1,000.00	\$ 1,000.00	\$ 1,000.00	\$ 1,000.00	\$ 1,000.00
Gasto promedio por paciente	\$ 2.31	\$ 2.42	\$ 2.55	\$ 2.67	\$ 2.81
TOTAL	\$ 84,726.50	\$ 138,564.90	\$ 200,339.85	\$ 270,938.57	\$ 351,281.98

7.5.4 Presupuesto Proyectado de Costos

El presupuesto de costos esta realizado en base a los salarios del personal. Para ello se tomó en consideración la proyección de la demanda y se le incrementó un 20% como colchón para la atención de las consultas, debido a lo mostrado en el estudio de mercado anterior a este trabajo en el que se indicaba que en líneas de producción flexible cuando estas llegan al 80% de su capacidad instalada es tiempo de tomar medidas preventivas ya que la calidad podría verse afectada.

Cuadro 11

Consultas proyectadas mas colchón del 20%					
	Total 2006	Total 2007	Total 2008	Total 2009	Total 2010
Total consultas proyectadas	36265	56747	78314	101000	124820
Cons proyect + colchón 20%	45331	70934	97893	126250	156025

Se trabajó a una razón de 288 pacientes por médico, 625 pacientes por cada enfermera asistencial y consultora, 1500 pacientes por cajero, 2000 pacientes por recepcionista, 1760 pacientes por cada telefonista para toma de citas, se trabajará con 2 telefonistas, 1 persona para direccionamiento de clientes, 1 asistente de sistemas y 2 asistentes administrativos.

Luego se estableció la capacidad necesaria de atención mensual de cada uno de los puestos de trabajo en relación a las consultas proyectadas más el colchón, de esto obtuvimos el personal necesario por año en cada puesto de trabajo.

Cuadro 12

Personal necesario para la atención a las consultas proyectadas						
Capacidad mensual de atención	Pacientes al mes	Total 2006	Total 2007	Total 2008	Total 2009	Total 2010
Médicos	288	157	246	340	438	542
Enfermeras asistenciales	625	73	113	157	202	250
Cajeros	1,500	30	47	65	84	104
Enfermeras consultora	625	73	113	157	202	250
Recepcionistas	2,000	23	35	49	63	78
Toma de citas	1,760	26	40	56	72	89
Telefonistas fijas	2	24	24	24	24	24
Direccionamiento fija	1	12	12	12	12	12
Asistente sistemas fijo	1	12	12	24	24	24
Asistente administrativo fijo	2	24	24	24	24	24

El presupuesto de sueldos se planificó de acuerdo a los siguientes sueldos básicos: Médico de 4 horas USD 535.00, Enfermeras asistenciales y consultoras USD 350.00, cajeros y recepcionistas USD 300.00, telefonistas USD 280.00 asistente administrativo y de gerencia USD 400.00 y el asistente de sistemas USD 400.00.

El presupuesto de costos está determinado en base a los salarios que en la actualidad se están pagando en los PMF's, y se lo calcula considerando requerimientos definidos en el Cuadro 12.

Para el cálculo de beneficios se tomó el 28.31% del sueldo base correspondiente a beneficios, desglosados de la siguiente manera: 11.15% por concepto de aporte patronal al IESS, 0.50% por concepto de IECE y SECAP, 8.33% correspondiente a la parte proporcional mensual de provisión por Fondo de Reserva y el 8.33% por la parte proporcional del decimotercero sueldo, además se sumó USD 11.67 correspondiente a la parte mensual de los \$140.00 por concepto de decimocuarto sueldo, cabe aclarar que el aporte personal del IESS 9.35% es asumido por cada empleado.

En la proyección se tomó en consideración un aumento de sueldo anual del 5% durante los cinco años del proyecto en base al año inmediato anterior.

Cuadro 13

Presupuesto de costos proyectados								
Costos	Base	Beneficios	Costo total por puesto	Total 2006	Total 2007	Total 2008	Total 2009	Total 2010
Salario 4 horas	\$ 535.00	\$ 163.13	\$ 698.13	\$ 109,885.48	\$ 180,544.81	\$ 261,620.34	\$ 354,276.48	\$ 459,721.88
Tramitera Asisit.	\$ 350.00	\$ 110.76	\$ 460.76	\$ 33,418.54	\$ 54,907.56	\$ 79,564.38	\$ 107,743.10	\$ 139,811.32
Tramitera Consult	\$ 350.00	\$ 110.76	\$ 460.76	\$ 33,418.54	\$ 54,907.56	\$ 79,564.38	\$ 107,743.10	\$ 139,811.32
Tramiteros	\$ 300.00	\$ 96.60	\$ 396.60	\$ 11,985.58	\$ 19,692.62	\$ 28,535.80	\$ 38,642.12	\$ 50,143.40
Tramite de citas	\$ 280.00	\$ 90.94	\$ 370.94	\$ 9,554.02	\$ 15,697.51	\$ 22,746.64	\$ 30,802.65	\$ 39,970.63
Tramiteccionamiento	\$ 300.00	\$ 96.60	\$ 396.60	\$ 4,759.20	\$ 4,997.16	\$ 5,247.02	\$ 5,509.37	\$ 5,784.84
Tramitepcionista	\$ 300.00	\$ 96.60	\$ 396.60	\$ 8,989.18	\$ 14,769.47	\$ 21,401.85	\$ 28,981.59	\$ 37,607.55
Tramitefonista	\$ 280.00	\$ 90.94	\$ 370.94	\$ 8,902.51	\$ 9,347.64	\$ 9,815.02	\$ 10,305.77	\$ 10,821.06
Tramitestente sistemas	\$ 400.00	\$ 124.91	\$ 524.91	\$ 6,298.92	\$ 6,613.87	\$ 13,889.12	\$ 14,583.57	\$ 15,312.75
Tramitestente admin.	\$ 400.00	\$ 124.91	\$ 524.91	\$ 12,597.84	\$ 13,227.73	\$ 13,889.12	\$ 14,583.57	\$ 15,312.75
Total Sueldos de tramitación				\$ 176,722.56	\$ 290,359.94	\$ 420,749.09	\$ 569,762.69	\$ 739,344.53
Total Sueldos administrativos				\$ 63,087.25	\$ 84,346.00	\$ 115,524.57	\$ 143,408.64	\$ 174,952.97
Total de Sueldos				\$ 239,809.81	\$ 374,705.94	\$ 536,273.66	\$ 713,171.33	\$ 914,297.50

7.5.5 Activos Fijos

La inversión en activos necesario para este proyecto asciende a USD 694,700.00 los cuales corresponden a equipos de computación, muebles, equipamiento de consultorios, etc.



Según el cuadro de activos fijos se determino que se necesita la cantidad de 18 consultorios durante los cinco años de vida del proyecto, lo que se obtuvo en base a las consultas proyectadas más el colchón del 20% (ver cuadro 11). Esto nos ayuda a determinar el número de consultorios a construir, el tamaño de terreno, los equipos de computación necesarios a lo largo de los 5 años y los equipos de cada consultorio.

Consultorios:

Como al final del quinto año se proyectó una demanda de 15.600 consultas mensuales se determino que, si un consultorio que opera 12 horas de lunes a viernes durante 22 días y 5 horas durante 4 sábados al mes tendría la capacidad de atender 852 consultas por consiguiente tendremos la necesidad de contar con 18 consultorios para operar eficientemente durante los 5 años del proyecto.

Equipos de computación y de consultorios:

Se determinó, en base a los consultorios que tendrá este proyecto, considerando que serán adquiridos a medida que crezca la demanda al inicio de cada año a un costo de USD 1,200.00 cada computadora, al asistente de sistemas se le cargo el valor del

servidor a un costo de USD 8,000.00, además por cada consultorio se estima una inversión de USD 250.00 que incluye los mobiliarios de oficina.

Terrenos:

Se estableció comprar un terreno de 1200m² a un costo de USD 250.00 el m² según cotizaciones en el sector de La alborada y La Garzota el cual tendría un valor de USD 300,000.00. Si cada consultorio tuviese un tamaño de 12m² con 18 consultorios y 4 oficinas administrativas tendríamos que el espacio de utilizado en oficinas seria de 264m² a esto se le agregaría un área de sala de espera, cajas, enfermería y pasillos de 370 m² se otorga un espacio de 56m² al servicio de Farmacia Medisalud, 108m² al servicio de Vistotal (oftalmología y odontología), a Rayos X 70m², al servicio de laboratorio EXDELA 70m² se incluyo en cada espacio una parte proporcional de zona de parqueo de clientes.

Construcción y Adecuación:

Se estimó un total de USD 200,000.00 en inversión para la edificación del nuevo PMF a razón de aproximadamente USD 266.00 el m² de construcción y adecuación.

En adecuaciones de las instalaciones, lo que incluye a todo lo que es obra muerta, se estimo un gasto de USD 160,000.00.

Cuadro 14

Cuadro de Activos Fijos						
Activos Fijos	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010	TOTAL
Construcciones	\$ 200,000.00					
Adecuaciones + Ampliaciones	\$ 160,000.00					
Terrenos	\$ 300,000.00					
Equipos de computacion+Oficina	\$ 34,700.00	\$ 6,500.00	\$ 11,550.00	\$ 6,500.00	\$ 13,950.00	
Total anual	\$ 694,700.00	\$ 6,500.00	\$ 11,550.00	\$ 6,500.00	\$ 13,950.00	\$ 733,200.00

7.5.6 Depreciación y Depreciación Acumulada.

Para el cálculo de las depreciaciones se utilizo el método de línea recta. Los equipos de computación y mobiliarios se deprecian a 5 años o sea un 20% anual, las construcciones y adecuaciones se deprecian basadas en una vida útil del bien de 20 años es decir a razón de un 5% anual. El valor de terrenos no se deprecia y tomando una decisión conservadora tampoco se los aprecia al momento de realizar el análisis del VAN y la TIR en este proyecto.

En el Cuadro 15 se puede apreciar las tablas de depreciación y de depreciación acumulada de los activos fijos. Como los equipos de computación serán adquiridos de acuerdo al crecimiento del personal, estos se deprecian a medida que son adquiridos. Los equipos son adquiridos al inicio de cada año contable.

Cuadro 15

Cuadro de Depreciación y Depreciación Acumulada de Activos Fijos					
Activos Fijos	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010
Depreciación de equipos	\$ 6,940.00	\$ 8,240.00	\$ 10,550.00	\$ 11,850.00	\$ 14,640.00
Depreciación Construcción	\$ 10,000.00	\$ 10,000.00	\$ 10,000.00	\$ 10,000.00	\$ 10,000.00
Depreciación Adecuación+Ampliación	\$ 8,000.00	\$ 8,000.00	\$ 8,000.00	\$ 8,000.00	\$ 8,000.00
Depreciación Terrenos	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
TOTAL DE DEPRECIACION ANUAL	\$ 24,940.00	\$ 26,240.00	\$ 28,550.00	\$ 29,850.00	\$ 32,640.00
Dep Acum Construcción	\$ -10,000.00	\$ -20,000.00	\$ -30,000.00	\$ -40,000.00	\$ -50,000.00
Dep Acum Adecuación+Ampliación	\$ -8,000.00	\$ -16,000.00	\$ -24,000.00	\$ -32,000.00	\$ -40,000.00
Total Dep Acum. De Edificaciones	\$ -18,000.00	\$ -36,000.00	\$ -54,000.00	\$ -72,000.00	\$ -90,000.00
Dep Acum Terrenos	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Depreciación acumulada de equipos	\$ -6,940.00	\$ -15,180.00	\$ -25,730.00	\$ -37,580.00	\$ -52,220.00
TOTAL DE DEPREC. ACUM. ANUAL	\$ -42,940.00	\$ -87,180.00	\$ -133,730.00	\$ -181,580.00	\$ -232,220.00

7.6 ANÁLISIS FINANCIERO

7.6.1 Estado de Resultados y su análisis vertical

En el Estado de Resultados del nuevo Punto Medico Familiar se observa que durante los cinco años del proyecto se presentan utilidades las cuales para efecto de presentar el Flujo de Caja y el Balance General fueron repartidas a los accionistas en un 80% de estas, dejando el 20% restante para mantener liquidez en el flujo de caja.

Cuadro 16

ESTADO DE RESULTADOS PROYECTADO					
	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010
Ventas	\$ 398,914.76	\$ 624,216.89	\$ 861,455.20	\$ 1,111,000.41	\$ 1,373,022.88
Ingresos por otros servicios	\$ 105,365.28	\$ 151,784.00	\$ 199,245.34	\$ 249,165.86	\$ 301,582.41
Costo de Ventas sueldos med+enf	\$ 176,722.56	\$ 290,359.94	\$ 420,749.09	\$ 569,762.69	\$ 739,344.53
UTILIDAD BRUTA	\$ 327,557.48	\$ 485,640.95	\$ 639,951.45	\$ 790,403.58	\$ 935,260.76
GASTOS OPERATIVOS:					
Sueldos personal administrativo	\$ 63,087.25	\$ 84,346.00	\$ 115,524.57	\$ 143,408.64	\$ 174,952.97
Depreciación	\$ 24,940.00	\$ 26,240.00	\$ 28,550.00	\$ 29,850.00	\$ 32,640.00
Gastos varios	\$ 84,726.50	\$ 138,564.90	\$ 200,339.85	\$ 270,938.57	\$ 351,281.98
TOTAL GASTOS OPERATIVOS	\$ 172,753.75	\$ 249,150.90	\$ 344,414.42	\$ 444,197.21	\$ 558,874.95
UTILIDAD OPERATIVA	\$ 154,803.73	\$ 236,490.05	\$ 295,537.04	\$ 346,206.37	\$ 376,385.81
Gastos por Intereses	\$ 40,000.00	\$ 33,448.10	\$ 26,241.01	\$ 18,313.21	\$ 9,592.64
Utilidad Antes de Impuestos	\$ 114,803.73	\$ 203,041.95	\$ 269,296.03	\$ 327,893.16	\$ 366,793.17
Participación a empleados 15%	\$ 17,220.56	\$ 30,456.29	\$ 40,394.40	\$ 49,183.97	\$ 55,018.98
Pago de Impuesto a la Renta 25%	\$ 28,700.93	\$ 50,760.49	\$ 67,324.01	\$ 81,973.29	\$ 91,698.29
UTILIDAD NETA	\$ 68,882.24	\$ 121,825.17	\$ 161,577.62	\$ 196,735.89	\$ 220,075.90

A continuación podremos apreciar el análisis vertical a través de los cinco años de vida del proyecto y tendremos una visión mas clara de cuales son los gastos o costos que están aumentando a mayor ritmo respecto a los ingresos. Los ingresos por consulta médica y por otros servicios mantienen una relación 80/20 durante todo el proyecto.

El Costo de Ventas tiene un crecimiento acelerado durante la vida del proyecto iniciando en un 35% y al quinto año termina con un 44% esto es decir que mantiene un crecimiento del 10% en los 5 años, cifra que se debería tomar en cuenta al momento de aplicar medidas de contención de costos ya que este rubro es en el que más se están mermando los ingresos por lo que las medidas correctivas se deberán tomar en este rubro especialmente.

Un rubro también importante de análisis en el cuadro 17 es el de Gastos Varios el cual corresponde a servicios básicos, servicios de limpieza, guardianía y mantenimiento de instalaciones, ya que se mantiene un incremento constante aunque pequeño a razón de un 1% anual, pero no deja de ser tratado como tema de análisis al momento de revisar los gastos. Lo destacable y satisfactorio es que el porcentaje de Utilidad Neta se mantiene regular entre el 13 y 15%, dicha utilidad mantenida se debe específicamente a que los ingresos han tenido un crecimiento constante.

Cuadro 17

Análisis Vertical del Estado de Resultados					
	Año 2006	Año 2007	Año 2008	Año 2009	Año 2010
Total de Ingresos	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
Ingresos por Consultas medicas	79.11%	80.44%	81.22%	81.68%	81.99%
Ingresos por otros servicios	20.89%	19.56%	18.78%	18.32%	18.01%
Costo de Ventas	35.04%	37.42%	39.67%	41.89%	44.15%
UTILIDAD BRUTA	64.96%	62.58%	60.33%	58.11%	55.85%
GASTOS OPERATIVOS:					
Sueldos personal administrativo	12.51%	10.87%	10.89%	10.54%	10.45%
Depreciación	4.95%	3.38%	2.69%	2.19%	1.95%
Gastos varios	16.80%	17.86%	18.89%	19.92%	20.98%
TOTAL GASTOS OPERATIVOS	34.26%	32.11%	32.47%	32.66%	33.37%
UTILIDAD OPERATIVA	30.70%	30.48%	27.86%	25.45%	22.48%
Gastos por Intereses	7.93%	4.31%	2.47%	1.35%	0.57%
Utilidad Antes de Impuestos	22.77%	26.17%	25.39%	24.11%	21.90%
Participación a empleados 15%	3.41%	3.92%	3.81%	3.62%	3.29%
Pago de Impuesto a la Renta 25%	5.69%	6.54%	6.35%	6.03%	5.48%
UTILIDAD NETA	13.66%	15.70%	15.23%	14.46%	13.14%

7.6.2 Flujo de Efectivo.

En el presupuesto del Flujo de Efectivo se puede apreciar que al final de cada año se mantiene una buena liquidez por lo menos para afrontar de dos a tres meses de gastos tomando como referencia los gastos varios y sueldos.

Como decisión gerencial se reparte a los accionistas el 80% de las utilidades y el 20% se deja para efectos de mantener una liquidez que permita operar sin inconvenientes.

En el flujo se puede apreciar que hay el rubro del pago de la amortización anual del préstamo de USD 400,000.00 a 5 años lo que corresponde a un desembolso de USD 105,518.99 anual, lo que a partir del sexto año se vería incrementado en dicho valor, lo que permitiría a partir del sexto año poder realizar una nueva inversión, con miras a un servicio de Hospitalización del Día.

Cuadro 18

PRESUPUESTO DE FLUJO DE EFECTIVO						
	AÑO 0	2006	2007	2008	2009	2010
anterior	\$ 348,789.38	\$ 54,089.38	\$ 75,892.63	\$ 85,231.12	\$ 92,120.62	\$ 88,288.64
os por las ventas		\$ 398,914.76	\$ 624,216.89	\$ 861,455.20	\$ 1,111,000.41	\$ 1,373,022.88
os de otros servicios		\$ 105,365.28	\$ 151,784.00	\$ 199,245.34	\$ 249,165.86	\$ 301,582.41
vo Disponible	\$ 348,789.38	\$ 558,369.42	\$ 851,893.52	\$ 1,145,931.66	\$ 1,452,286.89	\$ 1,762,893.92
s operacionales:						
os		\$ 239,809.81	\$ 374,705.94	\$ 536,273.66	\$ 713,171.33	\$ 914,297.50
s varios		\$ 84,726.50	\$ 138,564.90	\$ 200,339.85	\$ 270,938.57	\$ 351,281.98
Salidas de Operación	\$ -	\$ 324,536.31	\$ 513,270.84	\$ 736,613.51	\$ 984,109.90	\$ 1,265,579.48
ra de Terrenos, Equip y Edif.	\$ 694,700.00	\$ 6,500.00	\$ 11,550.00	\$ 6,500.00	\$ 13,950.00	
de participación a empleados 15%		\$ 17,220.56	\$ 30,456.29	\$ 40,394.40	\$ 49,183.97	\$ 55,018.98
del Impuesto a la Renta 25%		\$ 28,700.93	\$ 50,760.49	\$ 67,324.01	\$ 81,973.29	\$ 91,698.29
dividendos a accionistas 80%			\$ 55,105.79	\$ 97,460.14	\$ 129,262.09	\$ 157,388.71
Salidas	\$ 694,700.00	\$ 376,957.80	\$ 661,143.41	\$ 948,292.05	\$ 1,258,479.26	\$ 1,569,685.46
rávít / Déficit	\$ -345,910.62	\$ 181,411.62	\$ 190,750.11	\$ 197,639.61	\$ 193,807.63	\$ 193,208.46
amo	\$ 400,000.00					
de capital		\$ 65,518.99	\$ 72,070.89	\$ 79,277.98	\$ 87,205.78	\$ 95,926.36
ses		\$ 40,000.00	\$ 33,448.10	\$ 26,241.01	\$ 18,313.21	\$ 9,592.64
entrada y salidas financieras	\$ 400,000.00	\$ -105,518.99	\$ -105,518.99	\$ -105,518.99	\$ -105,518.99	\$ -105,518.99
de efectivo	\$ 54,089.38	\$ 75,892.63	\$ 85,231.12	\$ 92,120.62	\$ 88,288.64	\$ 87,689.47

7.6.3 Balance General.

En el Balance General Presupuestado se puede observar que la utilidad se va acumulando año tras año a pesar de que es repartida a los accionistas en un 80%.

Ya que la creación de los PMF no son con el objetivo de crear una rentabilidad a los accionistas (Saludsa) ya que estos son centros médicos que permiten la contención de costos del negocio de la Medicina Pre-Pagada ya que si se logra que parte de los gastos médicos en que incurren los afiliados a Saludsa se desembolsen en los PMF, Saludsa mantiene dichos valores dentro de la empresa así genera riqueza y crecimiento así como también nuevas fuentes de trabajo con los servicios de salud.

Cuadro 19

Balance General					
	2006	2007	2008	2009	2010
ACTIVOS					
Efectivo	\$ 75,892.63	\$ 85,231.12	\$ 92,120.62	\$ 88,288.64	\$ 87,689.47
Activos Fijos:					
Equipos	\$ 41,200.00	\$ 52,750.00	\$ 59,250.00	\$ 73,200.00	\$ 73,200.00
(-) Dep. Acum. De Equipos	\$ -6,940.00	\$ -15,180.00	\$ -25,730.00	\$ -37,580.00	\$ -52,220.00
Edificaciones	\$ 360,000.00	\$ 360,000.00	\$ 360,000.00	\$ 360,000.00	\$ 360,000.00
(-)Dep. Acum. De Edificaciones	\$ -18,000.00	\$ -36,000.00	\$ -54,000.00	\$ -72,000.00	\$ -90,000.00
Terrenos	\$ 300,000.00	\$ 300,000.00	\$ 300,000.00	\$ 300,000.00	\$ 300,000.00
(-)Dep. Acum. De Terrenos	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
TOTAL ACTIVOS	\$ 752,152.63	\$ 746,801.12	\$ 731,640.62	\$ 711,908.64	\$ 678,669.47
PASIVO Y CAPITAL					
Pasivo Circulante:					
Deuda Bancaria por Pagar	\$ 334,481.01	\$ 262,410.12	\$ 183,132.14	\$ 95,926.36	\$ 0.00
TOTAL PASIVO	\$ 334,481.01	\$ 262,410.12	\$ 183,132.14	\$ 95,926.36	\$ 0.00
Patrimonio de Accionistas	\$ 348,789.38	\$ 348,789.38	\$ 348,789.38	\$ 348,789.38	\$ 348,789.38
Utilidades	\$ 68,882.24	\$ 135,601.62	\$ 199,719.10	\$ 267,192.90	\$ 329,880.09
TOTAL PASIVO Y CAPITAL	\$ 752,152.63	\$ 746,801.12	\$ 731,640.62	\$ 711,908.64	\$ 678,669.47

7.6.4 Indicadores de liquidez.

Razón Corriente.

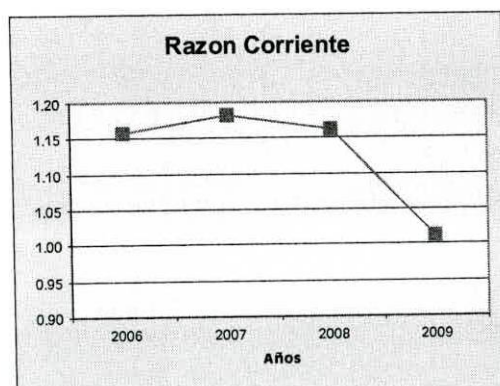
Se realiza el análisis de la razón corriente en base a la porción corriente de la deuda mostrada en el Balance General ya que en este se muestra el valor total de la deuda.

Se aprecia que hay un entre un 1.16 y 1.01 veces de activo corriente para cubrir un dólar de deuda lo que si bien es cierto es muy poco debemos tener en cuenta que el monto del préstamo es bastante alto debido a que se trata de un préstamo de capital de trabajo, lo cual a partir del sexto año se vería mejorado ya que la deuda quedaría pagada en su totalidad sin tener mayor perjuicio en la liquidez de la empresa, como pudimos observar en el Flujo de Efectivo.

Cuadro 20

Razones de Liquidez				
	Año 2006	Año 2007	Año 2008	Año 2009
Razón Corriente	1.16	1.18	1.16	1.01

Grafico 1



7.6.5 Indicadores de rentabilidad

Margen de Utilidad.

Se aprecia una constante margen de utilidad de entre el 13 al 16% valor que se pudo apreciar en el Análisis Vertical del Estado de Resultados a lo largo del proyecto.

Rendimiento Sobre Activos ROA.

A medida que avanza el tiempo en el proyecto se observa que la rentabilidad que generan los activos va creciendo a un ritmo acelerado a un promedio de un 6% anual lo cual demuestra lo productivo que se vuelven los activos a medida que transcurre el tiempo llegando del 9% en el primer año a un 32% en cinco años.

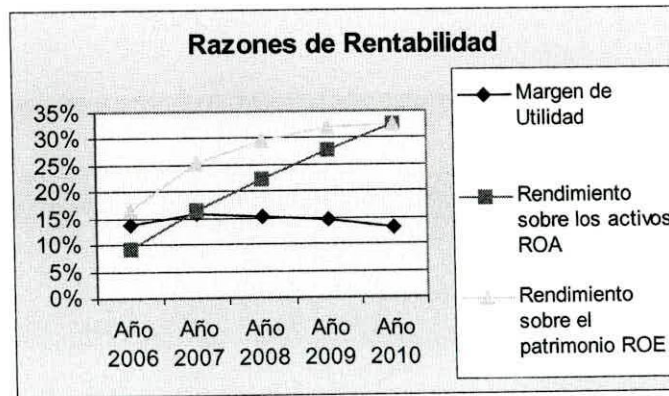
Rendimiento Sobre el Patrimonio ROE.

En el ROE también se observa que va teniendo un crecimiento sostenido lo que permite un buen grado de apalancamiento en caso de ser necesario.

Cuadro 21

Razones de Rentabilidad					
	Año 2006	Año 2007	Año 2008	Año 2009	Año 2010
Margen de Utilidad	14%	16%	15%	14%	13%
Rendimiento sobre los activos ROA	9%	16%	22%	28%	32%
Rendimiento sobre el patrimonio ROE	16%	25%	29%	32%	32%

Grafico 2



7.6.6 Indicadores de endeudamiento.

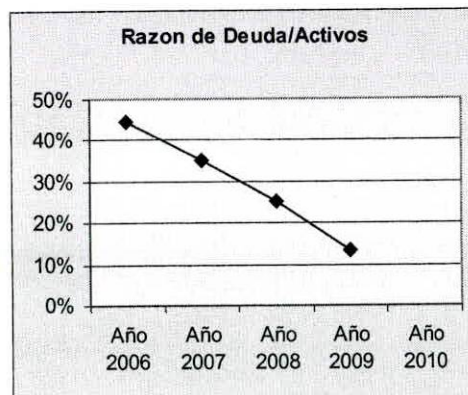
Razón Deuda / Activos

Podemos apreciar que en esta razón que el % va disminuyendo debido a que a medida que va pasando el tiempo la deuda se va cancelando entonces contamos al último año con cero deudas, lo que permite tener este rubro para ser utilizado como herramienta en caso de necesitar una expansión en el proyecto o comenzar con uno nuevo.

Cuadro 22

Razones de Endeudamiento					
	Año 2006	Año 2007	Año 2008	Año 2009	Año 2010
Deuda / Activos	44%	35%	25%	13%	
Veces el Interés Ganado	3.87	7.07	11.26	18.90	39.24

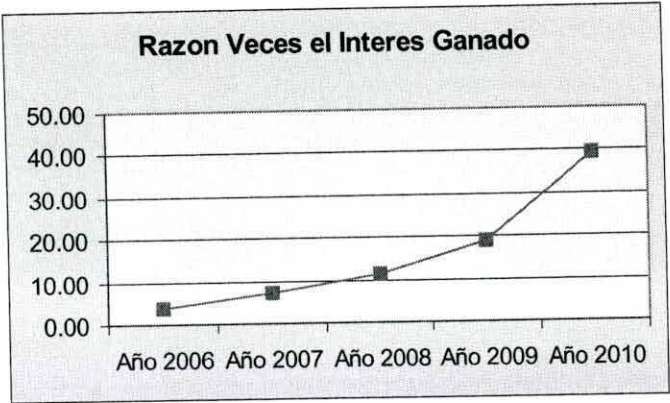
Grafico 3



Veces el Interés Ganado

En esta razón podemos determinar que a medida que pasa el tiempo hay más capacidad de generar utilidades para pagar los intereses de 3 veces el primer año hasta 39 veces el último año.

Grafico 4



7.6.7 Indicadores de Utilización de Activos.

Rotación de Activos Corrientes

Esta razón nos muestra una alta rotación de los activos corrientes respecto a las ventas obtenidas las que van en aumento a medida que transcurre el tiempo en el proyecto.

Rotación de Activos Fijos

Podemos apreciar una rotación de los activos fijos muy lenta ya que al final del proyecto solo alcanza una rotación de 2.83 veces respecto a las ventas, esto se debe mayormente a que las inversiones en activos fijos para proyectos de servicios de salud son muy grandes, pero los activos de este proyecto tienen una vida útil de 20 años.

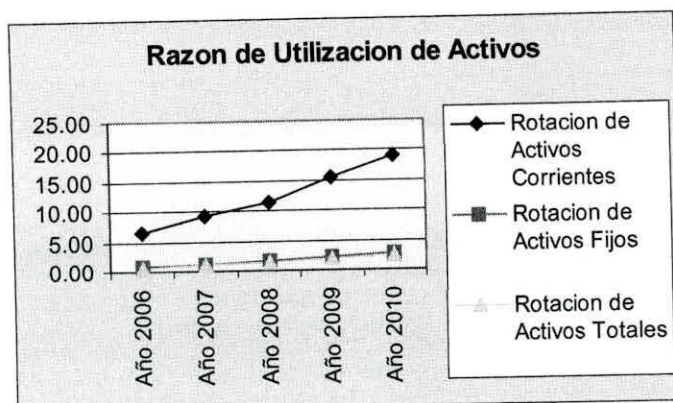
Rotación de Activos Totales

De igual manera el total de activos se ve lento en su rotación debido a que la inversión en activos fijos es elevada.

Cuadro 23

Razón de Utilización de activos					
	Año 2006	Año 2007	Año 2008	Año 2009	Año 2010
Rotación de Activos Corrientes	6.64	9.10	11.51	15.41	19.10
Rotación de Activos Fijos	0.75	1.17	1.66	2.18	2.83
Rotación de Activos Totales	0.67	1.04	1.45	1.91	2.47

Gráfico 5



7.6.8 Análisis de Riesgo del Proyecto.

Se realizó un análisis de riesgo del proyecto utilizando el programa Crystal Ball, en el cual se introdujo las variables más sensibles en el proyecto las cuales las detallamos a continuación:

- Migración Inicial de los Clientes del PMF Kennedy.
- Cumplimiento de Ingresos de Otros Servicios.
- Nuevos Usuarios de los PMF de la Costa.
- Incremento de Usuarios a lo largo del Proyecto.
- Tasa de Interés del Préstamo.
- Cumplimiento en los Montos de los Sueldos.
- Cumplimiento de los Gastos Varios.
- Inversión en Activos Fijos.

Se realizó 3000 combinaciones posibles conjugando todas las variables antes mencionadas y se muestra que el cumplimiento de Ingresos de Otros Servicios es la variable más sensible dentro del proyecto.

Este análisis de riesgo arroja los siguientes resultados:

En el análisis de riesgo de la TIR se obtuvo como promedio una tasa del 19.49% con un rango mínimo de -1.61% y un máximo de 45.79%.

También se determinó que para cumplir con la tasa de descuento del proyecto, hay un 61% de probabilidad de cumplimiento del caso promedio.

En el análisis de riesgo del VAN en las 3000 posibilidades se obtuvo como promedio un VAN de USD 38,152.98 con un rango mínimo de USD -284,176.69 hasta un rango máximo de USD 433,909.78.

En el ANEXO 1 del análisis de riesgo se muestran los gráficos.

Se investigó la tasa activa referencial determinada por el Banco Central del Ecuador la misma que está en el 9% por lo cual se determina que es mucho más conveniente invertir en este proyecto, ya que el mismo asegura una TIR del 19%

7.6.9 Evaluación general del proyecto.

De acuerdo al análisis del VAN de este proyecto se obtiene USD 182,715.99 por encima de la tasa de descuento la cual es del 17%, tasa que Saludsa utiliza en el análisis de cualquiera de sus proyectos. Este VAN fue obtenido considerando un financiamiento de USD 400,000.00 ya que en caso de no tener dicho financiamiento se obtendría un VAN de USD 86,645.93, esto se debe a que la tasa de interés del préstamo aún está por debajo de la tasa de interés en la que daría lo mismo prestar o invertir que es del 34.16%.

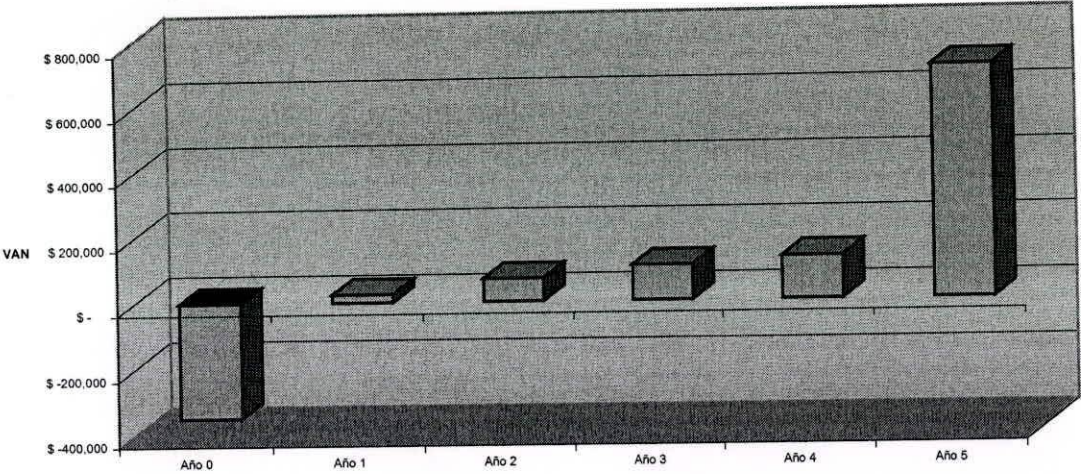
La TIR que arroja el proyecto financiado es del 29.67% muy por encima de la tasa de descuento. Por lo que se recomienda invertir en este proyecto basado en que la rentabilidad está por encima del mercado.

En el Gráfico 6 se aprecia que el último año se obtiene un VAN muy elevado, el cual se justifica por el valor residual de los activos dado que el proyecto es a cinco años y la vida útil de estos es de 20 años, la cual si seguimos la curva que está tomando los VAN del año 1 al 4, lo más probable es que al cabo de año 20 este ya no sería tan diferenciado.

En el ANEXO 2 se aprecia todo el análisis del VAN y de la TIR.

Grafico 6

Grafico del VAN



8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El análisis financiero exhaustivo realizado, que incluye la elaboración de estados financieros, como el Estado de Resultado, Flujo de Caja y Balance General así como el cálculo de las razones más utilizadas, a más del análisis del riesgo del proyecto, el cual dio un alto grado de confiabilidad de inversión en el mismo, permite deducir que el proyecto es rentable y viable.

El análisis del VAN arroja USD 182,715.99 por encima de la tasa de descuento de este proyecto, la cual es del 17%, tasa que SALUDSA utiliza en el análisis de cualquier proyecto, este VAN si se considera un financiamiento de USD 400,000.00, en caso de no tener dicho financiamiento se obtendría un VAN de USD 86,645.93. Lo anterior se debe a que la tasa de interés del préstamo aún esta por debajo de la tasa de interés en la que daría lo mismo prestar o invertir que es del 34.16%.



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

La TIR que arroja el proyecto financiado es del 29.67% muy por encima de la tasa de descuento. Por lo que se recomienda invertir en este proyecto basado en que la rentabilidad esta por encima del mercado.

Se debe tener presente que este proyecto a más de generar utilidades para la unidad (nuevas plazas de trabajo), también podría incrementar potencialmente las ventas dado que la imagen que proyectaría la empresa sería la de crecimiento, con una estructura sólida y con servicios de calidad.

Debemos recordar además, lo importante que es para una empresa como SALUDSA y sus PMF's el posicionamiento de la marca, de la imagen, lo cual se consolidaría aún

más con la creación de un nuevo punto médico familiar. Para todos, SALUDSA es y será una empresa exitosa en expansión, la número uno en el mercado de las prepagas.

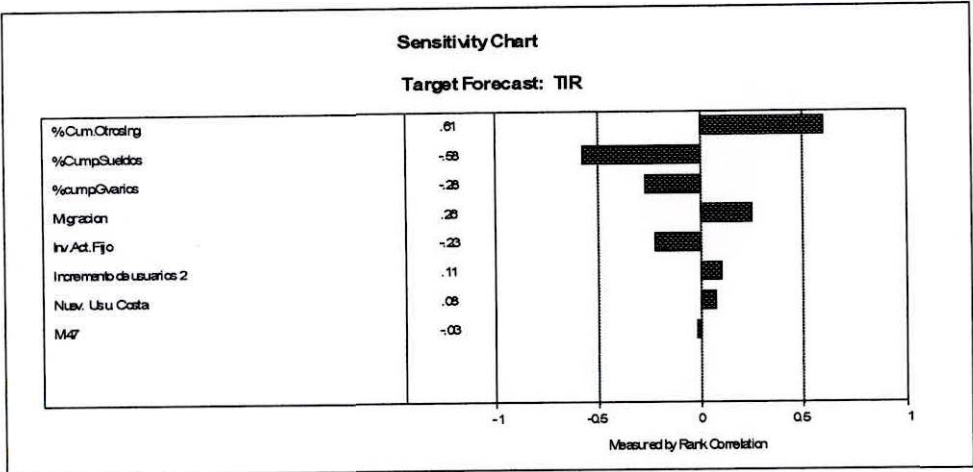
Por lo antes expuesto, se puede concluir que dada la alta factibilidad financiera y administrativa del proyecto se recomienda la implementación del mismo siguiendo las sugerencias pautadas en este trabajo, tanto en lo financiero como en lo administrativo.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Sierra G, MD., González J., MD, Garcés F., MD. *"Estudio de Oferta y Demanda del Mercado de Salud de la Península de Santa Elena para determinar la factibilidad de implementar un nuevo servicio de salud"*. ESPAE, ESPOL. Diciembre, 1.997.
2. Hidalgo Maruri R., MD. *"Plan de Mercadeo de Amebicidas Falmonox"*. ESPAE, ESPOL. Guayaquil, 1.997.
3. Hernández Mario. *"El Enfoque Sociopolítico para el análisis de las Reformas Sanitarias en América Latina"*. Ponencia presentada al VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y XI Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud. La Habana, del 3 al 7 de julio de 2000.
4. <http://www.buenasalud.com/> "La medicina prepaga, los médicos y los clientes: un trípode difícil de equilibrar". Septiembre 13 de 2005 .
5. <http://www.expresoonline.com/> Diana Auz. "En Guayaquil existen 150.000 afiliados a seguros de salud". Sept. 13/2005.
6. <http://eluniverso.com/> Maryorie Ortiz. "El 52.9% de los afiliados no cree en el IESS" Mar 7, 2004. Guayaquil, Ecuador.
7. Torres Mauricio. *"América Latina y Salud. Entre la Oscuridad y la Esperanza"*. Le Monde Diplomatique. Edición No. 35. Colombia. Junio, 2005.

8. <http://www.eluniversal.com/> Morillo Ramos M. "El Costo de la Medicina Privada". *Economía*. Caracas, 30 de marzo 1.997.
9. <http://www.buenasalud.com/> "Medicina prepaga en Colombia".
Actualización: Septiembre 2005.
10. *Ley que Regula las Empresas Privadas de Salud y Medicina Prepagada*. RO 12-26 de Agosto de 1.998. Ley No. 8. Art. 1 -19.
11. Lee J. Krajewski. *Administración de Operaciones. Estrategia y Análisis*. Capítulo 8. *Capacidad, localización y distribución física*. 5ta. Edición. Naucalpán de Juarez, México. 2000.
12. Joaquín de la Torre-Berenice Zamarrón. "Evaluación de Proyectos de Inversión". Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana. México. 2002.
13. Rolph Anderson – Joseph Hair – Alan Bush. *Administración de Ventas*. 2da edición. Mc. Graw-Hill/Interamericana. México. 1995.
14. García Oscar León. *Administración Financiera. Fundamentos y aplicaciones*. 2da edición. Prensa Moderna Impresores S.A. Colombia. 1993.

Anexo 1
Análisis de Riesgo
Simulation started on 15/10/05 at 12:50:26
Simulation stopped on 15/10/05 at 12:50:42



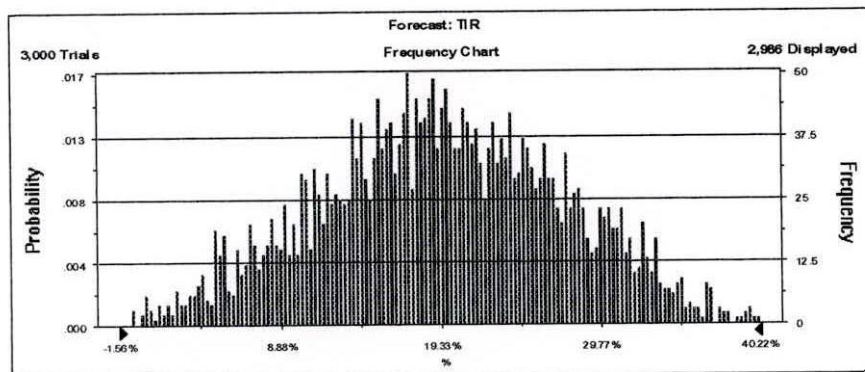
Pronostico: TIR

Summary:

Display Range is from -1.56% to 40.22% %
 Entire Range is from -1.61% to 45.79% %
 After 3,000 Trials, the Std. Error of the Mean is 0.15%

Statistics:

	Value
Trials	3000
Mean	19,49%
Median	19,39%
Mode	---
Standard Deviation	8,03%
Variance	0,64%
Skewness	0,04
Kurtosis	2,65
Coeff. of Variability	0,41
Range Minimum	-1,61%
Range Maximum	45,79%
Range Width	47,40%
Mean Std. Error	0,15%



Pronostico: TIR (cont'd)

Percentiles:

<u>Percentile</u>	<u>%</u>
0%	-1,61%
10%	8,81%
20%	12,47%
30%	15,23%
40%	17,34%
50%	19,39%
60%	21,50%
70%	23,90%
80%	26,52%
90%	30,16%
100%	45,79%

End of Forecast

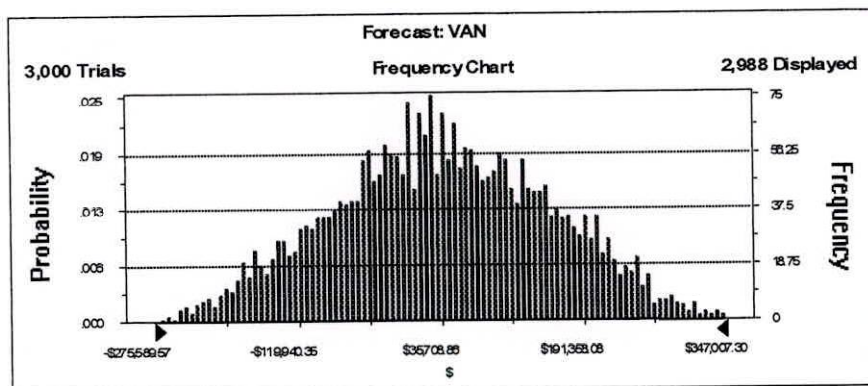
Pronostico: VAN

Summary:

Display Range is from -\$275,589.57 to \$347,007.30 \$
 Entire Range is from -\$284,176.69 to \$433,909.78 \$
 After 3,000 Trials, the Std. Error of the Mean is \$2,186.73

Statistics:

	<u>Value</u>
Trials	3000
Mean	\$38.152,98
Median	\$36.098,23
Mode	---
Standard Deviation	\$119.772,27
Variance	\$14.345.395.626,73
Skewness	0,06
Kurtosis	2,62
Coeff. of Variability	3,14
Range Minimum	-\$284.176,69
Range Maximum	\$433.909,78
Range Width	\$718.086,46
Mean Std. Error	\$2.186,73



Pronostico: VAN (cont'd)

Percentiles:

<u>Percentile</u>	<u>\$</u>
0%	-\$284.176,69
10%	-\$120.235,87
20%	-\$66.596,65
30%	-\$26.767,19
40%	\$5.207,90
50%	\$36.098,23
60%	\$67.471,98
70%	\$103.869,43
80%	\$144.476,42
90%	\$197.277,36
100%	\$433.909,78

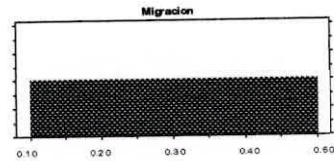
End of Forecast

Assumptions

Assumption: Migracion

Uniform distribution with parameters:

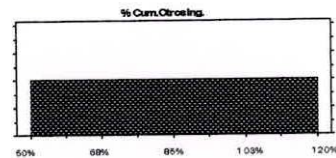
Minimum 0,10
Maximum 0,50



Assumption: % Cum.OtrosIng.

Uniform distribution with parameters:

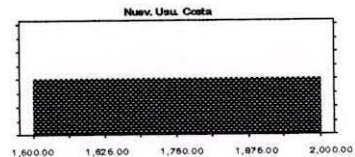
Minimum 50%
Maximum 120%



Assumption: Nuev. Usu. Costa

Uniform distribution with parameters:

Minimum 1.500,00
Maximum 2.000,00



Assumption: Incremento de usuarios 2

Uniform distribution with parameters:

Minimum 5%
Maximum 15%

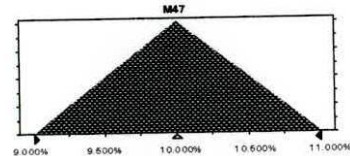


Assumption: Tasa Interes de Ptmo.

Triangular distribution with parameters:

Minimum	9,000%
Likeliest	10,000%
Maximum	11,000%

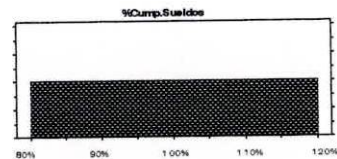
Selected range is from 9.000% to 15.000%



Assumption: %Cump.Sueldos

Uniform distribution with parameters:

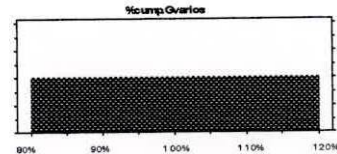
Minimum	80%
Maximum	120%



Assumption: %cump.Gvarios

Uniform distribution with parameters:

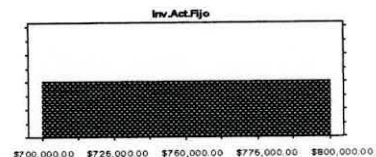
Minimum	80%
Maximum	120%



Assumption: Inv.Act.Fijo

Uniform distribution with parameters:

Minimum	\$700.000,00
Maximum	\$800.000,00



End of Assumptions

ANEXO 2

ANALISIS DEL VALOR ACTUAL NETO Y LA TASA INTERNA DE RETORNO DEL PROYECTO						
AÑO	0	2006	2007	2008	2009	2010
Inversiones						
Equipo	\$ 34.700,00					
Construccion	\$ 200.000,00					
Adecuaciones+Ampliacion	\$ 160.000,00					
Terreno	\$ 300.000,00					
Inv.Act.Fijo	\$ 694.700,00					
Resultados		2006	2007	2008	2009	2010
Ventas		\$ 398.914,76	\$ 624.216,89	\$ 861.455,20	\$ 1.111.000,41	\$ 1.373.022,88
Ingresos por otros servicios		\$ 105.365,28	\$ 151.784,00	\$ 199.245,34	\$ 249.165,86	\$ 301.582,41
Gastos Varios		\$ 84.726,50	\$ 138.564,90	\$ 200.339,85	\$ 270.938,57	\$ 351.281,98
Gastos Sueldos Administracion		\$ 63.087,25	\$ 84.346,00	\$ 115.524,57	\$ 143.408,64	\$ 174.952,97
Compra de equipos		\$ 6.500,00	\$ 11.550,00	\$ 6.500,00	\$ 13.950,00	
Costos Fijos Sueldos medicos, Enferm.		\$ 176.722,56	\$ 290.359,94	\$ 420.749,09	\$ 569.762,69	\$ 739.344,53
Depreciación	Equipo	\$ 6.940,00	\$ 8.240,00	\$ 10.550,00	\$ 11.850,00	\$ 14.640,00
	Construccion	\$ 10.000,00	\$ 10.000,00	\$ 10.000,00	\$ 10.000,00	\$ 10.000,00
	Adecuacion Ampliacion	\$ 8.000,00	\$ 8.000,00	\$ 8.000,00	\$ 8.000,00	\$ 8.000,00
	Terreno	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Utilidad antes de participacion e impuestos		\$ 148.303,73	\$ 224.940,05	\$ 289.037,04	\$ 332.256,37	\$ 376.385,81
Participacion a empleados 15%		\$ 22.245,56	\$ 33.741,01	\$ 43.355,56	\$ 49.838,46	\$ 56.457,87
Pago de impuestos 25%		\$ 37.075,93	\$ 56.235,01	\$ 72.259,26	\$ 83.064,09	\$ 94.096,45
Utilidad Neta		\$ 88.982,24	\$ 134.964,03	\$ 173.422,22	\$ 199.353,82	\$ 225.831,48
Flujo de efectivo		\$ 113.922,24	\$ 161.204,03	\$ 201.972,22	\$ 229.203,82	\$ 258.471,48
Flujo terminal						
Equipo		RECUPERACION				\$ -17.520,00
Construccion						\$ 150.000,00
Adecuacion y Ampliacion						\$ 120.000,00
Terreno						\$ 300.000,00
Flujo neto proyectado	\$ -748.789,38	\$ 113.922,24	\$ 161.204,03	\$ 201.972,22	\$ 229.203,82	\$ 810.951,48
VAN	\$ 833.435,32	\$ 97.369,43	\$ 117.761,73	\$ 126.105,51	\$ 122.314,63	\$ 369.884,02
Diferencia VAN y Flujo neto proyectado	\$ 84.645,93					
TIR	20,51%					
Tasa de descuento para proyectos de Saluda.	17%					
Financiamiento	\$ 400.000,00	\$ 334.481,01	\$ 262.410,12	\$ 183.132,14	\$ 95.926,36	\$ -
Pago cada año		\$ 65.518,99	\$ 72.070,89	\$ 79.277,98	\$ 87.205,78	\$ 95.926,36
Intereses a pagar		\$ 40.000,00	\$ 33.448,10	\$ 26.241,01	\$ 18.313,21	\$ 9.592,64
Ahorro de Impuestos x Intereses		\$ 16.000,00	\$ 13.379,24	\$ 10.496,40	\$ 7.325,29	\$ 3.837,05
	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Inversion Accionistas	\$ -348.789,38	\$ 24.403,25	\$ 69.064,28	\$ 106.949,63	\$ 131.010,11	\$ 709.269,55
VAN	\$ 182.715,99					
TIR	29,67%					