

# **ESCUELA POLITÉCNICA NACIONAL**

**FACULTAD DE DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS**

**MODELO DE GESTIÓN PARA LA CLÍNICA DE CIRUGÍA  
PLÁSTICA “ESTHETIC VALLE”**

**TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGISTER EN GERENCIA  
DE SERVICIOS DE SALUD**

**OLGA MARÍA YÁNEZ ANDINO**  
**Email:olguitayanez@hotmail.com**

**DIRECTOR: Dr. MILTON VEGA HERRERA**  
**Email: mvegah2002@yahoo.es**

**Quito, Julio del 2008**

## DECLARACIÓN

Yo Olga Yáñez declaro que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentada para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Escuela Politécnica Nacional, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normatividad institucional vigente.

---

**Olga María Yáñez Andino**

## **CERTIFICACIÓN**

Certifico que el presente trabajo fue desarrollado por Olga María Yáñez Andino, bajo mi supervisión.

---

**Dr. Milton Vega Herrera**  
**DIRECTOR**

## AGRADECIMIENTO

A la Escuela Politécnica Nacional que a través de sus catedráticos me permitieron nutrirme de conocimientos, de manera especial al director de mi tesis, el Dr. Milton Vega, quien me guió con su sabiduría, paciencia y entrega, al Dr. Patricio Padilla y a su esposa Violeta Yáñez, propietarios de la clínica Esthetic Valle, por la apertura brindada para la realización de esta investigación y a todos mis amigos que de una u otra manera me apoyaron, en especial a Mergüin y Ximena.

*Olga*

## **DEDICATORIA**

A mi esposo Leonardo, a mis hijos María José y Mateo Ulises por darme su amor y su comprensión por el tiempo que no pude compartir con ellos.

<b>CAPÍTULO I</b> .....	<b>I</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>2</b>
<b>1.2. FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	<b>3</b>
<b>1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>3</b>
<b>1.3.1. OBJETIVO GENERAL</b> .....	<b>3</b>
<b>1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	<b>4</b>
<b>1.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO</b> .....	<b>4</b>
<b>1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA</b> .....	<b>4</b>
<b>1.4.2. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA</b> .....	<b>7</b>
<b>1.4.3. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA</b> .....	<b>7</b>
<b>1.5. HIPÓTESIS</b> .....	<b>7</b>
<b>1.6. ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>10</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL</b> .....	<b>10</b>
<b>2.1. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>10</b>
<b>2.1.1. SALUD - ENFERMEDAD</b> .....	<b>10</b>
<b>2.1.1.1. Determinantes de la salud</b> .....	<b>13</b>
2.1.1.2. El enfoque epidemiológico.....	18
2.1.1.3. Epidemiología.....	19
<b>2.1.2. SISTEMAS DE SALUD</b> .....	<b>21</b>
<b>2.1.2.1. Funciones de los sistemas de salud</b> .....	<b>23</b>
2.1.2.2. Descriptores de calidad en el sistema de salud.....	25
<b>2.1.3. MODELOS DE SISTEMAS DE SALUD</b> .....	<b>27</b>
2.1.3.1. Modelo de seguro social.....	27
2.1.3.2. Modelo Universalista.....	28
2.1.3.3. Modelo de seguros privados.....	29
2.1.4. NIVELES DE ATENCIÓN MÉDICA.....	31
<b>2.1.5. SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS</b> .....	<b>32</b>
2.1.5.1. Características particulares de los hospitales.....	32
2.1.5.2. El hospital, cuatro empresas en una.....	33
2.1.5.3. Características particulares del proceso productivo.....	35
<b>2.1.6. CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE SALUD</b> .....	<b>36</b>
2.1.6.1. Descriptores de Calidad de los Servicios de Salud Individual.....	36
2.1.6.2. La calidad en la historia.....	37
2.1.6.3. Filosofía de la calidad total.....	38
2.1.6.4. Concepto de calidad.....	38
2.1.6.5. Calidad en salud.....	39
2.1.6.6. Garantía de Calidad en salud.....	44
2.1.6.7. Planeación de la calidad.....	46
2.1.6.8. Gestión Integral de Calidad.....	47
2.1.6.9. El control de la calidad.....	48
2.1.6.10. Evaluación de la calidad.....	49
<b>2.1.7. ADMINISTRACIÓN- GERENCIA</b> .....	<b>51</b>
2.1.7.1. Teoría Clásica de la Administración.....	51
2.1.7.2. Definición y características.....	55
<b>2.1.8. PLANIFICACIÓN</b> .....	<b>58</b>
2.1.8.1. Principios generales de la planificación.....	62
2.1.8.1.1. Formas de planificar.....	62
2.1.8.2. Tipos o niveles de planificación.....	63
2.1.8.3. Elementos en el proceso de planificación en salud.....	65
<b>2.1.9. ORGANIZACIÓN</b> .....	<b>66</b>
2.1.9.1. Definición y características.....	66
2.1.9.2. Tipos de Organizaciones Sociales.....	67
2.1.9.3. Concepto y características de los Servicios.....	68

2.1.9.4	Estructura de las Organizaciones Sociales .....	69
2.1.9.5	Estructura Organizacional de los Hospitales .....	71
2.1.9.5.1	<i>CARACTERÍSTICAS FUNCIONALES BÁSICAS DE LAS ORGANIZACIONES SOCIALES</i> .....	75
2.1.9.6	Diagnóstico y Evaluación organizacional .....	75
2.1.10	<i>GESTIÓN</i> .....	76
2.1.10.1	Necesidad, propósito e importancia del gerenciamiento en salud .....	78
2.1.10.2	Características especiales del Gerenciamiento en salud .....	79
2.1.10.3	Bases del gerenciamiento .....	80
2.1.10.4	Dirección por Objetivos. ....	84
2.1.11	<i>MONITOREO Y EVALUACIÓN</i> .....	86
2.1.11.1	Definición y características de monitoreo.....	86
2.1.11.2	Definición y características de la evaluación.....	88
2.1.11.3	Sistemas de información .....	94
2.1.12	<i>MARKETING</i> .....	101
2.1.12.1	Definición y características.....	101
2.1.12.2	Dirección del Marketing .....	103
2.1.12.3	Filosofías de dirección del marketing.....	103
2.1.12.4	La estrategia del marketing en el sector servicio.....	110
2.1.12.5	Estrategia de comunicación de marketing integrada.....	115
2.1.12.6	Publicidad, promoción de ventas y relaciones públicas .....	116
<b>CAPITULO III .....</b>		<b>118</b>
<b>3.</b>	<b>DIAGNOSTICO DE SITUACION.....</b>	<b>118</b>
3.1	<b>CONTEXTO HOSPITALARIO NACIONAL.....</b>	<b>118</b>
3.1.1	<i>NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS, EGRESOS HOSPITALARIOS Y CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES SEGÚN REGIONES AÑOS 1994, 1998 Y 2004</i> .....	118
3.1.2	<i>NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS SEGÚN CLASE, SECTOR Y ENTIDAD AÑOS 1994 Y 2004</i> .....	119
3.1.3	<i>NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES, SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1994 Y 2004</i> .....	120
3.1.4	<i>NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIAS, SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1994 Y 2004</i> ..	121
3.1.5	<i>NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DE DOTACIÓN NORMAL, SEGÚN SERVICIOS AÑOS 1994 Y 2004</i> .....	122
3.1.6	<i>DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2004</i> .....	123
3.1.7	<i>DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MASCULINA AÑO 2004</i> .....	125
3.1.8	<i>DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA AÑO 2004</i> .....	126
3.1.9	<i>DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL AÑO 2004</i> .....	127
3.1.10	<i>DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2004</i> .....	128
3.1.11	<i>DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MASCULINA AÑO 2004</i> .....	129
3.1.12	<i>DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA. AÑO 2004</i> .....	130
3.1.13	<i>DESGLÓSE DE LAS MÁS IMPORTANTES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL DE LAS 10 PRINCIPALES DE LA LISTA DE 298 CAUSAS</i> .....	131
3.2	<b>CONTEXTO DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO.....</b>	<b>133</b>
3.2.1	<i>ESTRUCTURA POBLACIONAL</i> .....	133
3.2.2	<i>ACTIVIDAD ECONOMICA</i> .....	133
3.2.3	<i>VIVIENDA Y ASPECTOS HIGIENICO SANITARIOS</i> .....	138
3.2.3.1	Abastecimiento y tratamiento de agua; Cobertura -fuentes de agua:.....	139
3.2.3.2	Eliminación de excretas; Alcantarillado público:.....	139
3.2.3.3	Eliminación de desechos sólidos:.....	139
3.2.3.4	Energía eléctrica y Telefonía pública.....	140
3.2.4	<i>SECTOR EDUCATIVO</i> .....	140
3.2.5	<i>ASPECTOS DEMOGRAFICOS Y DE SALUD</i> .....	141
3.2.6	<i>ESTADO DE SALUD – ENFERMEDAD EN LOS POBLADORES DEL DMQ</i> .....	142
3.2.7	<i>INGRESOS VS GASTOS PROMEDIOS EN SALUD</i> .....	143
3.2.8	<i>ASEGURAMIENTO DE LA SALUD EN EL DMQ</i> .....	145
3.3	<b>CONTEXTO ADMINISTRACIÓN ZONAL LOS CHILLOS .....</b>	<b>146</b>
3.3.1	<i>PROYECCIÓN POBLACIÓN 2006 DE ADMINISTRACIÓN LOS CHILLOS</i> .....	148
	<i>PROYECCIÓN POBLACIÓN 2006 DE ADMINISTRACIÓN LOS CHILLOS</i> .....	148
3.3.2	<i>POBLACIÓN SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15 ALANGASÍ, AÑO 2006</i> .....	149
3.3.3	<i>POBLACIÓN DE AMAGUAÑA SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15 AÑO 2006</i> ....	150
3.3.4	<i>POBLACIÓN DE CONOCOTO SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15. AÑO 2006</i> ....	150

3.3.5	<i>POBLACIÓN DE GUANGOPOLO SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15. AÑO 2006</i>	152
3.3.6	<i>POBLACIÓN DE LA MERCED SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15, AÑO 2006...</i>	153
3.3.7	<i>PARROQUIAS Y POBLACION</i>	154
3.3.8	<i>ADMINISTRACIÓN CHILLOS: DEMOGRAFIA Y EDUCACION</i>	155
3.3.9	<i>COBERTURA DE VIVIENDAS CON SERVICIOS BÁSICOS</i>	158
3.3.10	<i>POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA</i>	160
3.4	<b>DIAGNOSTICO CLINICA ESTHETIC VALLE</b>	164
3.4.1	<b>ANÁLISIS DE PRODUCTIVIDAD DE LA CLÍNICA ESTHETIC VALLE</b>	164
3.4.1.1	Cirugías según años, 2004-2007	164
3.4.1.2	Cirugías según meses, años 2004-2007	165
3.4.1.4	Cirugías según edad, años 2004-2007	170
3.4.1.5	Cirugías según procedencia, años 2004-2007	172
3.4.1.6	Cirugías más frecuentes en la Clínica Esthetic Valle, años 2004-2007	174
3.6	<b>RESULTADOS INVESTIGACION DE MERCADO</b>	179
3.6.1	<b>ANÁLISIS DE FRECUENCIA DE VARIABLES</b>	179
3.6.2	<b>RESULTADOS Y ANALISIS DE ENCUESTA</b>	180
3.6.2.1	Análisis de frecuencia de variables	180
3.6.2.2	Contingencia de variables	193
3.7	<b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL ACTUAL</b>	197
	<b>CAPITULO IV</b>	<b>200</b>
4.	<b>MODELO: PLAN DE NEGOCIOS</b>	<b>200</b>
4.1	<b>BALANCE SCORE CARD</b>	200
4.1.1	<i>OBJETIVOS</i>	200
4.1.2	<i>BENEFICIOS</i>	201
4.1.3	<i>COMPONENTES</i>	203
4.1.4	<i>PERSPECTIVAS DEL BSC</i>	204
4.1.5	<i>FASES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL BALANCE SCORECARD</i>	205
4.2.1	<i>MARKETING ESTRATÉGICO</i>	229
4.2.2	<i>ESTRUCTURA DEL PLAN DE MARKETING ESTRATÉGICO</i>	229
4.2.3	<i>MERCADO DE REFERENCIA Y DE LA MISIÓN ESTRATÉGICA</i>	230
4.2.4	<i>ESTRATEGIA DE COBERTURA DE SERVICIOS-MERCADOS (SEGMENTACIÓN)</i>	233
4.2.5	<i>ANÁLISIS DE TENDENCIAS DEL MERCADO</i>	236
4.2.6	<i>ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DE LOS COMPRADORES</i>	237
4.2.7	<i>ESTRATEGIA DE DESARROLLO: ANÁLISIS DE CARTERA DE SERVICIOS</i>	240
4.2.8	<i>ANÁLISIS DE LA COMUNICACIÓN: PROPAGANDA PROMOCIÓN</i>	242
4.2.9	<i>ELECCIÓN DEL CAMINO ESTRATÉGICO</i>	244
4.3	<b>EVALUACIÓN FINANCIERA</b>	247
4.3.1	<i>ESCENARIO PARA PROYECCIÓN</i>	247
4.3.2	<i>VARIABLES PARA PROYECCION</i>	247
4.3.4	<i>ESCENARIOS</i>	248
4.3.4.1	ESCENARIO PESIMISTA	248
4.3.4.2	ESCENARIO MEDIO	250
4.3.4.3	ESCENARIO OPTIMISTA	251
4.3.5	<i>PUNTO DE EQUILIBRIO</i>	253
4.4	<b>ESTRUCTURA</b>	253
4.4.1	<i>CALIDAD</i>	254
4.5	<b>SISTEMA DE INFORMACIÓN</b>	258
4.6	<b>ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN</b>	259
4.7	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	263
4.7.1	<i>CONCLUSIONES</i>	263
4.7.2	<i>RECOMENDACIONES</i>	264
4.8	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	265
4.9	<b>ANEXOS</b>	268



## INDICE DE CUADROS

1	ANÁLISIS DE OPORTUNIDADES.....	208
2	ANÁLISIS DE AMENAZAS.....	209
3	ANÁLISI DE FORTALEZAS.....	210
4	ANÁLISI DE DEBILIDADES.....	211
5	ANÁLISIS FODA.....	212
6	ORDENAMIENTO DE FACTORES SEGÚN MOTRICIDAD Y DEPENDENCIA.....	214
7	CLÍNICA ESTHETIC VALLE, BALANCED SCORE CARD.....	218
8	MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO ESTRATÉGICO.....	220
9	MEDIDAS ESENCIALES EN LA PERSPECTIVA DEL CLIENTE.....	222
10	CONDUCTORES DE SITUACIONES ESPECÍFICAS DEL APRENDIZAJE.....	226
	Y EL CRECIMIENTO	
11	CONVERTIR LOS OBJETIVOS DE LOS CLIENTES EN LAS.....	228
	PRIORIDADES INTERNAS	
12	COMPETIDORES DIRECTOS.....	239
13	MATRÍZ DE ANÁLISIS DE RIESGO DEL PLAN.....	246
	ESTRATÉGICO DE MERCADOTECNIA	

## INDICE DE GRÁFICOS

1	NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS, EGRESOS HOSPITALARIOS.....	119
	Y CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES SEGÚN REGIONES	
	AÑOS 1994, 1998 Y 2004.	
2	NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS SEGÚN CLASE, SECTOR .....	120
	Y ENTIDAD AÑOS 1994 Y 2004	
3	NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES, SEGÚN.....	121
	PROVINCIAS AÑOS 1994 Y 2004	
4	NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIAS, SEGÚN.....	122
	PROVINCIAS AÑOS1994 Y 2004	
5	NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DE DOTACIÓN.....	123
	NORMAL, SEGÚN SERVICIOS AÑOS 1994 Y 2004	
6	DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2004.....	124
7	DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MASCULINA AÑO 2004.....	125
8	DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA AÑO 2004.....	126
9	DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL AÑO 2004.....	127
10	DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2004.....	129
11	DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MASCULINA AÑO 2004.....	130
12	DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA. AÑO 2004.....	131
13	DESGLOSE DE LAS MÁS IMPORTANTES CAUSAS DE MORBILIDAD.....	132
	INFANTIL DE LAS 10 PRINCIPALES DE LA LISTA DE 298 CAUSAS	
14	MOTIVO DE MIGRACIÓN FUERA DEL PAIS.....	134
15	EDAD DE LOS MIGRANTES.....	135
16	EDAD DE LOS MIGRANTES.....	135
17	PAIS DE DESTINO DE LOS MIGRANTES.....	135
18	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL.DMQ.....	142
19	PERFIL AMBULATORIO EN EL D.M.Q. SEGÚN DATOS MSP.....	143
20	DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE SEGURO EN EL D.M.Q.....	145
21	POBLACIÓN ALANGASÍ SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15, AÑO 2006.....	149
22	POBLACIÓN AMAGUAÑA SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15, AÑO 2.006.....	150
23	POBLACIÓN CONOCOTO SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15, AÑO 2.006.....	151

24	POBLACIÓN GUANGOPOLO SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15. AÑO 2006.....	152
25	POBLACIÓN DE LA MERCED SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15, AÑO 2006..	153
26	ADMINISTRACIÓN LOS CHILLOS. DISTRIBUCIÓN POBLACIÓN 2006.....	155
27	DISTRIBUCIÓN POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN. AÑO 2.001.....	158
28	ADMINISTRACIÓN LOS CHILLOS. DISTRIBUCIÓN SERVICIOS BÁSICOS..	159
29	DISTRIBUCIÓN POR POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA.....	162
30	POBLACIÓN ECONOMICAMENTE ACTIVA. VALLE DE LOS CHILLOS.....	162
	AÑO2001	
31	POBLACIÓN ECONOMICAMENTE ACTIVA. SEGÚN PARROQUIAS. AÑO 2001.....	163
32	CLIENTES INTERVENIDOS SEGÚN AÑOS, 2004-2007.....	165
33	CIRUGÍAS REALIZADAS EN ESTHETIC VALL, SEGÚN MESES.....	166
	AÑOS 2004-2007	
34	TOTAL CIRUGÍAS REALIZADAS EN ESTHETIC VALLE, SEGÚN MESES.....	168
	AÑOS 2004 AL 2007.	
35	CIRUGÍAS REALIZADAS EN ESTHETIC VALLE, SEGÚN SEXO.....	169
	AÑOS 2004 AL 2007.	
36	CIRUGÍAS SEGÚN SEXO, AÑOS 2004-2007.....	170
37	TOTAL CIRUGÍAS, SEGÚN EDAD. 2004-2007.....	171
38	CIRUGÍAS SEGÚN EDAD. 2004-2007.....	172
39	PROCEDENCIA CLÍNICA. 2004-2007.....	173
40	CIRUGÍAS SEGÚN PROCEDENCIA.2004-2007. CON EXCEPCIÓN DE QUITO.....	173
41	TOTAL CIRUGÍAS MÁS FRECUENTES EN ESTHETIC VALLE. 2004 AL 2007.....	174
42	PRINCIPALES CIRUGÍAS 2004-2007.....	175
43	SERVICIOS MEDICOS DEL VALLE DE LOS CHILLOS.....	177
44	DISTRIBUCIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS PRIVADOS EN EL VALLE.....	177
	DE LOS CHILLOS.	
45	SERVICIOS MEDICOS DE LA COMPETENCIA.....	178
46	ORGANIGRAMA ACTUAL DE ESTHETIC VALLE.....	198
47	FASES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL BALANCE SCORECARD.....	206
48	CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES SEGÚN SU NATURALEZA.....	216
49	MAPA DE ENLACES CAUSA- EFECTO.....	219
50	MEDIDAS ESENCIALES EN LA PERSPECTIVA DEL CLIENTE.....	221
51	PROPOSICIÓN DE VALOR PARA EL CLIENTE.....	223
52	LA CADENA DE VALOR DE LOS PROCESOS INTERNOS DEL NEGOCIO.....	224
53	LA ESTRUCTURA DE MEDICIÓN DEL APRENDIZAJE Y EL CRECIMIENTO.....	225
54	CONVERTIR LOS OBJETIVOS DE LOS CLIENTES EN LAS PRIORIDADES.....	227
	INTERNAS	
55	UBICACIÓN DE LA COMPETENCIA. VALLE LOS CHILOOS 2007.....	240
56	PROPUESTA PILOTO PROMOCIÓN.....	243
57	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL FUTURA.....	254
58	MODELO DE UN SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD.....	258
	BASADO EN PROCESOS.	
59	LAS CUATRO BARRERAS PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA ESTRATEGIA.....	259
60	UN NUEVO SISTEMA GERENCIAL PARA IMPLANTAR LA ESTRATEGIA.....	260

## INDICE DE MAPAS

1	POBREZA QUINTILES 1 Y 2.....	138
2	PARROQUIAS ADMINISTRACIÓN ZONAL LOS CHILLOS.....	146
3	PARROQUIAS ADMINISTRACIÓN ZONAL LOS CHILLOS.....	147

## INDICE DE TABLAS

1	PROYECCIÓN HABITANTES. AÑO 2006.....	133
2	GASTOS POR RUBROS - ENCUESTAS DE VIDA AÑO 2006.....	137
3	NIVELES DE INSTRUCCIÓN DMQ.....	141
4	GASTOS EN SALUD SEGÚN TIPO.....	144
5	PROYECCIÓN POBLACIÓN 2006 DE ADMINISTRACIÓN LOS CHILLOS.....	148
6	POBLACIÓN ALANGASÍ SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15 AÑO, 2006.....	149
7	POBLACIÓN AMAGUAÑA SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15, AÑO 2.006.....	150
8	POBLACIÓN CONOCOTO SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15, AÑO 2.006.....	151
9	POBLACIÓN GUANGOPOLO SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15, AÑO 2006.....	152
10	POBLACIÓN DE LA MERCED SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15. AÑO 2006.....	153
11	DISTRIBUCIÓN POR PARROQUIAS, VALLE DE LOS CHILLOS. AÑOS 2001.....	154
	Y 2006.	
12	ADMINISTRACIÓN ZONAL, PARROQUIAS, SEGÚN DEMOGRAFÍA,.....	157
	EDUCACIÓN. AÑO 2.001	
13	COBERTURA DE VIVIENDAS CON SERVICIOS BÁSICOS. AÑO 2.001.....	159
14	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA. AÑO 2001.....	161
15	POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA, SEGÚN PARROQUIAS. ....	163
	VALLE DE LOS CHILLOS. AÑO 2001	
16	CLIENTES INTERVENIDOS SEGÚN AÑOS, 2004-2007.....	164
17	CIRUGÍAS SEGÚN MESES, AÑOS 2004-2007.....	166
18	TOTAL CIRUGÍAS SEGÚN MESES, AÑOS 2004- 2007.....	167
19	TOTAL CIRUGÍAS SEGÚN SEXO, AÑOS 2004-2007.....	168
20	CIRUGÍAS SEGÚN SEXO, AÑOS 2004-2007.....	169
21	CIRUGÍAS SEGÚN EDAD, AÑOS 2004-2007.....	170
22	TOTAL CIRUGÍAS SEGÚN PROCEDENCIA, AÑOS 2004-2007.....	172
23	CONSULTORIOS Y CENTROS DE SALUD PRIVADOS, EN EL SECTOR.....	176
24	SERVICIOS MEDICOS DE LA COMPETENCIA.....	178
25	COMPARACIÓN DE PRECIOS ENTRE ESTHETIC VALLE Y DOS.....	179
	HOSPITALES DE LA CIUDAD DE QUITO	
26	RESIDE EN EL VALLE DE LOS CHILLOS. NOVIEMBRE, DICIEMBRE 2007.....	180
27	ENCUESTA SEGÚN PROCEDENCIA. NOVIEMBRE, DICIEMBRE 2007.....	180
28	ENCUESTAS SEGÚN SEXO. NOVIEMBRE, DICIEMBRE 2007.....	181
29	FRECUENCIA DE VISITAS A UN CENTRO COMERCIA. NOVIEMBRE,.....	181
	DICIEMBRE 2007.	
30	COMPRAS EN UN CENTRO COMERCIAL. NOVIEMBRE 2007.....	182
31	REALIZA DIETA. NOVIEMBRE, DICIEMBRE 2007.....	182
32	RESULTADOS OBTENIDOS CON EJERCICIO Y DIETA. NOVIEMBRE, .....	182
	DICIEMBRE 2007	
33	CONOCE BENEFICIOS DE CIRUGÍA PLÁSTICA. NOVIEMBRE,.....	183
	DICIEMBRE 2007	
34	CIRUGÍA PLÁSTICA ELEVA EL AUTOESTIMA. NOVIEMBRE,.....	183
	DICIEMBRE 2007	
35	PAGO DE COMPRAS. NOVIEMBRE 2007.....	184
36	FRECUENCIA DE PEDICURE. NOVIEMBRE, DICIEMBRE 2007.....	184
37	VISITA SALÓN DE BELLEZA. NOVIEMBRE, DICIEMBRE 2007.....	185
38	VISITA UN SPA. NOVIEMBRE, DICIEMBRE 2007.....	185
39	TIPO DE TRATAMIENTO COSMETOLÓGICO. NOVIEMBRE 2007.....	186
40	REALIZA EJERCICIO. NOVIEMBRE 2007.....	186
41	CIRUGÍA PLÁSTICA, MEJORA LA CALIDAD DE VIDA. NOVIEMBRE 2007.....	186
42	REALIZARSE ALGÚN TIPO DE CIRUGÍA PLÁSTICA. NOVIEMBRE 2007.....	187
43	TIPO DE CIRUGÍA PLÁSTICA. NOVIEMBRE 2007.....	187
44	MESES PREFERIDOS PARA SER INTERVENIDOS. NOVIEMBRE 2007.....	188

45	TARJETA DE CRÉDITO MÁS UTILIZADA. NOVIEMBRE 2007.....	188
46	AMIGO O FAMILIAR QUE SE REALIZÓ CIRUGÍA PLÁSTICA.....	189
47	OPERADA CLÍNICA ESPECIALIZADA EN CIRUGÍA PLÁSTICA.....	189
	NOVIEMBRE 2007.	
48	OTROS SERVICIOS SOLICITADOS. NOVIEMBRE 2007.....	190
49	DISPONE DEL SERVICIO DE INTERNET. NOVIEMBRE 2007.....	190
50	INVIERTE EN MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA. NOVIEMBRE 2007.....	191
51	VACACIONES DENTRO DEL PAÍS. NOVIEMBRE 2007.....	191
52	VACACIONES FUERA DEL PAÍS. NOVIEMBRE 2008.....	191
53	DESEA INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIOS DE CIRUGÍA PLÁSTICA.....	192
	NOVIEMBRE 2007	
54	TIENE CASA PROPIA. NOVIEMBRE 2007.....	192
55	TIENE VEHÍCULO PROPIO. NOVIEMBRE 2007.....	192
56	TABLA DE CONTINGENCIA ENTRE BENEFICIOS CIRUGÍA.....	193
	PLÁSTICA Y REALIZARCE CIRUGÍA PLÁSTICA	
57	TABLA DE CONTINGENCIA ENTRE ELEVA EL AUTOESTIMA Y.....	194
	REALIZARCE CIRUGÍA PLÁSTICA. NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2007.	
58	TABLA DE CONTINGENCIA ENTRE CIRUGÍA PLÁSTICA MEJORA LA.....	195
	CALIDAD DE VIDA Y REALIZARCE CIRUGÍA PLÁSTICA.	
	NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2007	
59	TABLA DE CONTINGENCIA ENTRE AMIGO REALIZADO CIRUGÍA.....	196
	PLÁSTICA Y REALIZARCE CIRUGÍA PLÁSTICA. NOVIEMBRE Y	
	DICIEMBRE 2007	
60	TABLA DE CONTINGENCIA ENTRE INVIERTE EN CALIDAD DE VIDA Y.....	197
	REALIZARCE CIRUGÍA PLÁSTICA. NOVIEMBRE, DICIEMBRE 2007.	
61	SERVICIOS GRATUITOS PROMOCIONALES. NOVIEMBRE Y.....	261
	DICIEMBRE 2007	
62	PROMOCION NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2007. ....	261
	CONSULTA EXTERNA CIRUGIA PLASTICA GRATUITA	

## INDICE DE ANEXOS

1	ESCENARIO PESIMISTA.....	269
2	ESCENARIO MEDIO.....	302
3	ESCENARIO OPTIMISTA.....	318
4	PROCEDIMIENTO DE RINOSEPTUMPLASTIA.....	334
5	MANUAL DE CALIDAD.....	339

## RESUMEN

El presente trabajo surge debido a la necesidad de plantear un modelo de gestión para la clínica de cirugía plástica “Esthetic Valle” y para configurar un modelo en el sector privado que permita partiendo de una situación actual y los elementos conceptuales, construir un modelo de gestión eficaz, eficiente y efectivo que se aplicará a la Clínica “Esthetic Valle”, a fin de lograr calidad, competitividad y posicionamiento en el mercado actual; consta de 4 capítulos:

En el capítulo I, se encuentran descritos los principales problemas por los cuales atraviesa la clínica, y los objetivos que me permitirán formular estrategias adecuadas, para tomar decisiones acertadas; con lo cual se logrará la satisfacción del cliente externo e interno.

En el capítulo II, se encuentra el desarrollo del Marco Teórico Conceptual, el mismo que se realizó mediante la revisión bibliográfica, en el cual se evidencian instrumentos que fueron adaptados, aplicados y modificados en la construcción del modelo de gestión propuesto para la Clínica “Esthetic Valle”.

Se abordan aspectos relacionados a administración que surge como una respuesta para satisfacer las necesidades y fortalecer la estructura de la organización; también sobre calidad, que Según (Avedis Donabedian), es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud; además sobre mercadotecnia, que es una filosofía de comportamiento empresarial; que bien utilizada permite la comercialización exitosa de los servicios.

En el capítulo III, se presenta el análisis del diagnóstico situacional, el mismo que se encuentra enfocado en los diferentes contextos, como el Nacional, del Distrito metropolitano de Quito, de la Administración Zonal Los Chillos; en el que se

abordan aspectos sobre perfil epidemiológico de la población, actividad económica, cobertura de vivienda, proyecciones poblacionales etc y de la Clínica Esthetic Valle, el análisis de la productividad, situación de la competencia, resultados de la investigación de mercado, estructura organizacional y situación financiera.

En el capítulo IV, se encuentra el desarrollo del modelo de gestión moderno y de calidad, el mismo que facilita una efectiva promoción y venta del servicio, que propicia rentabilidad y satisfacción del cliente externo e interno; el cual se apoya en el Balance Scorecard que es la principal herramienta metodológica que traduce la estrategia en un conjunto de medidas de la actuación empresarial, las cuales proporcionan la estructura necesaria para un sistema de medición que permite definir y desarrollar las estrategias que deben emprender las empresas con el fin de lograr sus objetivos a corto, mediano y largo plazo; también el plan de marketing estratégico que tiene como objetivo primordial el expresar de forma clara y sistemática las opciones elegidas para la clínica con el fin de asegurar las acciones a mediano y largo plazo, además se presenta la evaluación financiera, con la propuesta de escenarios financieros que me permitirán incrementar la rentabilidad de la clínica motivo de estudio.

## ABSTRAC

The present work arises due to the necessity of outlining an administration model for the clinic of plastic surgery "Esthetic Valle" and to configure a model in the private sector that allows leaving of a current situation and the conceptual elements, to build an efficient and effective administration model that will be applied to the Clinic "Esthetic Valle", in order to achieve quality, competitiveness and positioning in the current market; it consists of five chapters.

In the chapter I, the main problems are described to across the clinic, and the objectives that will allow me to formulate appropriate strategies, and to make guess right decisions; which one we reach the external clients satisfaction and intern.

In the chapter II, we find the development of the conceptual theory mark, the same which made by means the check bibliography, in which make evident instruments to went adapting, applying and modifying in the build to the model of management purpose for the Clinic "Esthetic Valle".

Aspects related to administration surge like an answer to satisfy the necessities and to strengthen the structure of the organization; also about quality that According to (Avedis Donabedian), is the grade in that the most desirable means are used to reach the biggest possible improvements in the health; also about marketing that is a philosophy of managerial behaviour; what in a good used it allows the successful commercialization of the services.

In the chapter III, we introduce the analysis of the situational diagnostic, the same which it find focus in the different contexts, as the National, one of the Metropolitan District of Quito, and one of the Zonal Administration The Chillos; in that aspects are approached it has more than enough the population's epidemic profile, economic activity, housing covering, projections populational etc; and of the

Clinical Esthetic Valle, the analysis of the productivity, situation of the competition, results of the market investigation, structures organizational and financial situation.

In the chapter IV, is the development of one administration model modern and of quality, the same that's facilitates an effective promotion and sale of the service that its propitiates profitability, external client's satisfaction and intern; which leans in the Balance Scorecard, that is the main methodological tool that translates the strategy in a group of measures of the managerial performance, which provide the necessary structure for a mensuration system that allows to define and to develop the strategies that should undertake the companies with the purpose to obtain their objectives to short, medium and release term; also the plan of strategic marketing that has as primordial objective expressing in a clear and systematic way the elected options for the clinic with the purpose of assuring the actions to medium and release term, the financial evaluation is also presented, with the propose of the financial scenarios that they will allow me to increase the profitability of the clinic which one is this study reason.



## PRESENTACIÓN

El modelo de gestión propuesto para la clínica de cirugía plástica “Esthetic Valle” es moderno y de calidad orientado a establecer parámetros que servirán de guía para los profesionales, fortalecerá su servicio, es un modelo de gerencia efectivo, que permite la prestación de Servicios de Cirugía Plástica de calidad, competitividad, incrementando la demanda y posicionándola dentro del mercado con lo cual se logrará incrementar la productividad, competitividad y generación de rentabilidad de los servicios ofertados.

Los conceptos que aportaron en la construcción del modelo, fueron entre otros el de Laura Fischer y Jorge Espejo, que definen la administración de la mercadotecnia como "el proceso de planeación, organización, dirección y control de los esfuerzos destinados a conseguir los intercambios deseados con los mercados que se tienen como objetivos por parte de la organización; el de Philip Kotler, que afirma que "a la administración de la mercadotecnia le corresponde la función de influir en el nivel, la oportunidad y la composición de la demanda, de tal forma que contribuya a que la organización logre sus objetivos" el de la promoción de venta, que es todo aquello que se utiliza como parte de las actividades de mercadotecnia para estimular o fomentar la compra o venta de un servicio mediante incentivos de corto plazo; de esa manera, se complementa las acciones de publicidad y se facilita la venta personal.

La información que se presenta en los capítulos desarrollados fue realizada mediante consulta bibliográfica, datos estadísticos institucionales, encuestas y entrevistas; su elaboración es un esfuerzo para contribuir a fuentes de consulta y para configurar un modelo de gestión en el sector privado.

## **1. INTRODUCCIÓN**

La notable y cada vez mas creciente migración de la población urbana de la ciudad de Quito y de otros lugares de la provincia de Pichincha y del país hacia la Zona del Valle de los Chillos, en especial de su Cantón Rumiñahui, determina la necesidad simultánea de la generación de los servicios básicos que debe ofrecerse a ese nuevo conglomerado humano.

En materia de salud, se hace notoria la carencia de suficientes servicios o establecimientos de salud, públicos o privados, que permitan garantizar de alguna manera, una oportuna y eficiente atención médica, tanto a nivel primario de consulta externa como centros de atención de mayor complejidad que realicen procedimientos quirúrgicos de cirugía plástica más especializados.

En consideración a esta realidad, Esthetic Valle con un adecuado proceso de planificación, con su moderna infraestructura y adecuado equipamiento, representa un aporte a la solución de esta necesidad, con la absoluta convicción de que el servicio ofertado se orientará a procurar la permanente mejora de la calidad de vida, a mejorar el aspecto físico y psicológico, elevar la autoestima de los clientes que requieren atención de cirugía plástica estética y reconstructiva de este ámbito territorial, a través de la prestación de un servicio médico de calidad, oportuno, eficaz, efectivo, económico, guiado el bienestar comunitario.

Esthetic Valle es una organización privada que moviliza la capacidad y el esfuerzo de una amplia variedad de grupos de personal profesional, semi profesional, no profesional, recursos humanos, materiales y tecnológicos, con el objeto de proporcionar servicios de salud, de diagnóstico y tratamiento en el campo de la cirugía plástica, estética y reconstructiva

altamente personalizados a pacientes, subordinándose directamente a los intereses de los miembros de la comunidad a la cual sirve, bajo los principios de humanismo, eficiencia y calidad del servicio.

Se encuentra situado en la Armenia, Parroquia Conocoto, Administración Zonal Valle de Los Chillos y se ha establecido como un centro de estética, con capacidad de cuatro camas y en la modalidad de cirugía ambulatoria y hospital del día.

## **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Clínica presenta escasos lineamientos gerenciales para una efectiva gestión y prestación de servicios de calidad, con escasa competitividad por ubicación alejada que ocasiona baja demanda.

En la Clínica de Cirugía Plástica privada, existe un proceso de planificación deficiente pues no incorpora herramientas como la mercadotecnia que relacione la oferta y la demanda, para la promoción y comercialización efectiva del servicio.

La estructura organizacional es incipiente, con poca racionalización de los recursos existentes, lo cual repercute en su escasa participación en el mercado afectando la rentabilidad.

La gestión deficiente de la clínica evidencia, el escaso uso de herramientas que faciliten la promoción y ventas del servicio, lo cual determina ineficiencia e ineficacia.

La Clínica no dispone de un sistema de información que permita el monitoreo y evaluación del uso de recursos, prestación de servicios, producción, productividad, calidad etc.

## **1.2 FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA**

Es factible establecer un modelo de gerencia efectiva para la prestación de servicios de calidad, que eleve la demanda y logre el posicionamiento en el mercado?

¿Es factible desarrollar un proceso de planificación estratégica, operativa y de marketing que permita articular la oferta y la demanda?

¿Es factible establecer una estructura flexible y dinámica que permita cumplir con políticas, guías y normas de atención para lograr eficiencia, calidad y competitividad?

¿Es factible establecer un modelo de gestión que fortalezca el nivel de posicionamiento en el mercado y que genere rentabilidad?

¿Es factible desarrollar un sistema de información que permita monitorear y evaluar, para tomar decisiones acertadas?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Desarrollar un modelo de gerencia con efectividad, que permita la prestación de Servicios de Cirugía Plástica de calidad, competitividad,

incrementando la demanda y posicionándola dentro del mercado, a fin de elevar rentabilidad

### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Desarrollar un proceso de planificación estratégica, Operativa y de Marketing que incremente la demanda, a fin de lograr el posicionamiento en el mercado.
- Desarrollar una estructura organizacional flexible y dinámica que racionalice los recursos, establezca normas de calidad a fin de adaptarse al mercado cambiante.
- Desarrollar un modelo de gestión moderno y de calidad que facilite una efectiva promoción y venta del servicio, que propicie rentabilidad y satisfacción del cliente externo e interno.
- Desarrollar un sistema de información que permita el monitoreo y la evaluación para tomar decisiones acertadas.

## **1.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO**

### **1.4.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA**

La necesidad de plantear un modelo de gestión para la clínica de cirugía plástica "Esthetic Valle" obedece a establecer parámetros que servirán de guía para los profesionales, fortalecerán su servicio orientados al mejoramiento de la calidad, permitiendo incrementar la productividad y competitividad de los servicios ofertados.

En tal sentido, las organizaciones necesitan de la mercadotecnia para alcanzar sus objetivos, por ejemplo, para lograr una determinada participación en el mercado, un "x" crecimiento, un determinado retorno sobre la inversión, un "x" nivel de satisfacción del cliente, entre otros,

Según Laura Fischer y Jorge Espejo, definen la administración de la mercadotecnia como "el proceso de planeación, organización, dirección y control de los esfuerzos destinados a conseguir los intercambios deseados con los mercados que se tienen como objetivos por parte de la organización"<sup>1</sup>.

Philip Kotler, afirma que "a la administración de la mercadotecnia le corresponde la función de influir en el nivel, la oportunidad y la composición de la demanda, de tal forma que contribuya a que la organización logre sus objetivos"<sup>2</sup>

En La Planeación, se determina qué es lo que se va a hacer en el futuro, cuándo se lo va a realizar, cómo se lo va a implementar, dónde se lo va a hacer, quién lo llevará a cabo y cuánto va a costar, es un documento que está compuesto por un análisis de la situación actual, el análisis de las oportunidades y amenazas, los objetivos, la estrategia, los programas de acción y los ingresos proyectados.

En la Organización, se establecen los programas de acción para lograr los objetivos, coordinando las personas y los medios adecuados., en ésta fase se delimitan las responsabilidades y se asigna autoridad a las personas que pondrán en práctica el Plan. Por tanto, en esta fase es necesario que las diferentes tareas se definan, diferencien y se busque a la gente apropiada para cada una de ellas (1)

En la Dirección, los encargados (de poner en práctica el Plan) se dedican a coordinar las actividades para alcanzar los objetivos, tomar decisiones y

---

<sup>1</sup> FISCHER Laura y ESPEJO Jorge. Mercadotecnia. Tercera Edición, Mc Graw Hill, Págs. 34 al 57.

<sup>2</sup> KOTLER P. Dirección de Mercadotecnia. Octava Edición, Prentice Hall, Págs. 13 y 14.

resolver problemas mediante las fases de planeación, ejecución y control de su trabajo [1].

En la Ejecución, se lleva a la práctica todo lo planeado. Es el momento en el que se implementa el plan.

En el Control, se busca establecer la posición actual con relación al destino que se ha determinado en la fase de planeación, en ésta fase se establecen normas de operación, se evalúan los resultados actuales contra los estándares ya establecidos y se disminuyen las diferencias entre el funcionamiento deseado y lo real [1].

En conclusión, la administración de la mercadotecnia es "el proceso de planeación, organización, dirección, ejecución y control de las actividades de mercadotecnia, cuya finalidad es el de dar lugar a intercambios que satisfagan las necesidades y coadyuven al logro de los objetivos de la empresa",

La promoción de venta, es todo aquello que se utiliza como parte de las actividades de mercadotecnia para estimular o fomentar la compra o venta de un producto o servicio mediante incentivos de corto plazo. De esa manera, se complementa las acciones de publicidad y se facilita la venta personal.<sup>3</sup>

Estos son los conceptos que aportarán en la construcción del modelo, ya que los intereses y objetivos de la clínica de índole privada esta vinculada con la generación de rentabilidad.

---

<sup>3</sup> KOTLER y ARMSTRONG. Fundamentos de Marketing. 6ta Edición, Prentice Hall, P. 470 y 476.

### **1.4.2. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA**

La revisión bibliográfica, para construir un marco conceptual, el cual evidenciará instrumentos, que puedan aplicarse, adaptarse y o modificarse para la construcción del modelo de gestión propuesto para la Clínica “Esthetic Valle”.

Se plantea desarrollar un plan de negocios que incluya definición de paquete de servicios, plan de promoción, investigación de mercado, marketing mix, evaluación financiera.

### **1.4.3. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA**

El presente trabajo es un aporte de la maestrante, para configurar un modelo en el sector privado y permitirá partiendo de una situación actual y los elementos conceptuales, construir el modelo que se aplicará a la Clínica “Esthetic Valle”, a fin de lograr calidad, competitividad y posicionamiento en el mercado actual; los elementos metodológicos serán de utilidad para estudios similares.

## **1.5. HIPÓTESIS**

- Si se desarrolla un modelo de gerencia con efectividad, que permita la prestación de Servicios de Cirugía Plástica de calidad, competitividad entonces, se logrará posicionarla en el mercado, incrementar la demanda, elevar la rentabilidad y la satisfacción del cliente externo e interno.
- Si se desarrolla un proceso de planificación estratégica, operativa y de marketing, entonces, se logrará posicionamiento en el mercado.



- Si se desarrolla una estructura organizacional flexible y dinámica que racionalice los recursos y establezca normas de calidad entonces, se logrará adaptarse al mercado cambiante.
- Si se desarrolla un modelo de gestión moderno y de calidad que fortalezca el nivel de posicionamiento en el mercado, entonces se generará rentabilidad y satisfacción del cliente interno y externo
- Si se desarrolla un sistema de información para monitoreo y evaluación, entonces, se logrará tomar decisiones acertadas.

## **1.6 ASPECTOS METODOLÓGICOS**

La investigación se desarrolla en base a un estudio descriptivo, el universo va a ser la clínica Esthetic Valle, en donde se incorporará herramientas como la matriz del marco lógico para la definición de problemas y objetivos, se realiza revisiones bibliográficas para la construcción del marco teórico, se diseñan instrumentos que permitan la elaboración del modelo, partiendo de un diagnóstico situacional de la clínica motivo de estudio.

Para el estudio de mercado se plantea una encuesta validada con 15 participantes, se realiza las correcciones y finalmente se procede a la encuestar a 182 personas. Las encuestas se realizaron en el Valle de los Chillos, San Rafael y la ciudad de Quito.

Se considera el universo la población económicamente activa del sector urbano del D.M.Q. que corresponde a 600.000 (N)

Tamaño de la muestra, se aplicó la técnica de muestreo aleatorio simple<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Breilh Jaime. Nuevos conceptos y técnicas de investigación, Guía pedagógica para un taller de mitología, CEAS. Segunda edición, Quito Ecuador 1995.

Determinación de la muestra, en la determinación de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N P Q Z^2}{(N-1) e^2 + P Q Z^2}$$

En donde:

**N= el tamaño de la población** (la población económicamente activa del sector urbano del D.M.Q. que corresponde a 600.000)

**n= tamaño de la muestra**

**Z= nivel de confianza 1,96= 95%**

**P y Q= son las probabilidades de éxito y fracaso que equivale al 50% o 0,5.**

**P= 0,5**

**Q= 1-P= 0,5**

**e<sup>2</sup>=es el error seleccionado por la investigadora= 0,0064**

**Z<sup>2</sup>= traduce el grado de certeza planteado por la investigadora, corresponde al área bajo la curva en una distribución Z y equivale a 3,8416= 1,96\* 1,96**

$$n = \frac{600.000 * 0,5 * 0,5 * 3,8416}{(600.000-1) * 0,0064 + 0,5 * 0,5 * 3,8416}$$

**n= 150**

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

#### 2.1. MARCO TEÓRICO

##### 2.1.1. SALUD - ENFERMEDAD

Según la Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS, define a la salud como: "...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o lesiones<sup>5</sup>, por su parte O'Donnell<sup>6</sup> agrega un apellido al concepto y define la salud óptima como un estado de equilibrio entre la salud física, emocional, social, espiritual e intelectual...".

Rootman y Raeburn<sup>7</sup> formularon un concepto de salud en el que señalan que

"...tiene que ver con la calidad de vida física, mental y social de las personas...", concluyen señalando que:

"...la salud debe mejorarse por medio de estilos de vida sensibiles y de un uso adecuado de los recursos públicos y privados, que permita a las personas usar su propia iniciativa en forma individual y colectiva para mantener y mejorar su propio bienestar, al margen de cómo se defina...".

---

<sup>5</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Documentos Básicos. Ginebra: OMS, 43 ed. 2001.

<sup>6</sup> O'DONNELL, MP. Definition of health promotion. Amer J Health Promot, 1986.p:4-5.

<sup>7</sup> ROOTMAN, I. y RAEBURN, J. The concept of health. In: Pederson A, O'Neill M, Rootman I, editors. Health promotion in Canada: provincial, national and international perspectives. Toronto: Saunders WB; 994.p.56-71.

Dever<sup>8</sup> basándose en el modelo de Laframboise (concepto de campo de la salud) y Lalonde, presentó el Modelo epidemiológico para el análisis de una política sanitaria, estos cuatro factores se relacionan y se modifican entre sí mediante un círculo envolvente formado por:

- Población, herencia: tamaño, distribución, tasa de crecimiento, acervo genético, biología humana, maduración y envejecimiento.
- Medio ambiente: fetal, físico (natural por acción del hombre), socio-cultural (economía, trabajo, educación, etc.)
- Estilo de vida: actitudes y conductas
- Servicios de atención médica: prevención, curación, cuidado y rehabilitación.

Estos cuatro campos de la salud se interrelacionan con los recursos naturales conformando un equilibrio ecológico con los sistemas culturales y las satisfacciones humanas, promoviendo la salud y el bienestar somático, psíquico y social; medido a través de la enfermedad, malestar, discapacidad, participación en la atención de salud, conducta de salud, comportamiento ecológico, conducta social, comportamiento interpersonal, reserva, satisfacción externa e interna.

Según Dever la diferencia fundamental entre estos modelos es que Blum plantea que la amplitud de los cuatro factores determinantes de la salud demuestra su importancia relativa y que los cuatro factores se relacionan y se modifican entre sí mediante un círculo envolvente formado por la población, los sistemas culturales, la salud mental, el equilibrio ecológico y los recursos naturales; Lalonde y Dever sostienen que los cuatro factores son igualmente importantes, de modo que para lograr un estado de salud es necesario que estos estén en equilibrio.

El abordaje de la salud de la población se enfoca en un rango amplio de factores y condiciones individuales y colectivas, y las interacciones entre ellos, que determinan la salud y el bienestar; las estrategias se basan en una evaluación de las condiciones de riesgo y beneficio que se pueden aplicar a toda la población, o a subgrupos particulares dentro de la población.

---

<sup>8</sup> DEVER Alan GE. Epidemiología y Administración de Servicios de salud. Rockville Maryland: Aspen Publishers;1991

El concepto de salud de las poblaciones<sup>9</sup> apareció en 1989 y se perfecciona de manera permanente a partir de los resultados investigativos, recibiendo un fuerte aporte con los estudios realizados por Evans y otros durante la década de los años 80, de ahí que el modelo de Evans y Stoddart se convirtiera a partir de 1994 en uno de los más utilizados a nivel internacional.

Evans y Stoddart<sup>10</sup> señalan que la enfermedad genera la necesidad de acceder a servicios de atención médica y que sólo con la prestación de servicios de curación y cuidados efectivos se elimina esta necesidad, dejando claro que a mayor nivel de enfermedad se incrementan los costos de la atención médica, es por eso que los autores se refieren a que existen un grupo de factores individuales y colectivos que influyen en la aparición de las enfermedades y es ahí donde se requiere la entrada de la epidemiología clínica, la evaluación de la atención médica y de la investigación en Servicios de Salud para evaluar la pertinencia, efectividad, eficiencia y calidad de los servicios de curación y cuidados que se prestan y reciben.

Según Jaime Breilh<sup>11</sup>, la salud como todo proceso tiene fenómeno y esencia; que todo proceso es determinado, experimentando distintas formas de regularidad y que las formas de regularidad cambian y se condicionan y transforman mutuamente; que existe unidad social – biológica en el ser social con subsunción de lo biológico; que la relación “ genotipo- fenotipo- ambiente “ es dialéctica y conforma un patrón de transformaciones mutuas permanentes y que existe una contradicción permanente entre los aspectos saludables y destructivos de la vida humana que determinan el desenvolvimiento epidemiológico.

La nueva epidemiología comprende la producción de enfermedad en el plano de lo colectivo y para hacerlo tiene que construir una idea científica de los procesos que operan como determinantes de las mismas, los aspectos más importantes de

---

<sup>9</sup> HEALTH Canada. Hacia un entendimiento común, clarificación de los conceptos básicos de la salud de la población. Ottawa: Government of Canada, 1996.

<sup>10</sup> EVANS, RG. y STODDART, GL. Producing health, consuming health care. Soc Sci Med, 1990.

<sup>11</sup> BREILH, Jaime. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. CEAS, 1 ed.Ecuador,1194.p.240

esta nueva visión son: la formulación de los problemas epidemiológicos que explican la génesis de la salud colectiva como partes integrantes de la vida social general y la interpretación de que las causas de enfermedad tienen que ser interpretadas como parte del movimiento global de la vida social, que para poder transformarlas es indispensable comprender las leyes de ese movimiento social global, así como las leyes específicas de los procesos biológicos que se desarrollan en el seno de esa vida social más amplia; por lo tanto, el trabajo de la investigación epidemiológica, no debe separar totalmente el estudio de la parte (la salud- enfermedad), del todo en que ésta existe, sino que debe observarla como producto de su vinculación con el todo, en consecuencia la salud-enfermedad, tanto colectiva como la de los individuos, es una parte del todo social y que cuando se observa el comportamiento de la salud en una población, se está viendo el resultado de un proceso, de un movimiento complejo, lleno de formas y relaciones, donde juegan fuerzas protectoras que impulsan la salud oponiéndose a fuerzas destructivas que la deterioran.

#### **2.1.1.1 Determinantes de la salud<sup>12</sup>**

Son todos aquellos factores que ejercen influencia sobre la salud de las personas y, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población.

La relación entre los determinantes de la salud y el estado de salud es compleja e involucra a muchos niveles de la sociedad que, abarcan desde el nivel microcelular hasta el macroambiental, existen un amplio rango de determinantes, asociados a características del nivel individual, hasta los determinantes distales o macrodeterminantes, asociados a variables de los niveles de grupo y sociedad.

A continuación se describen las principales características de cada uno de ellos:

*Factores biológicos y causal genético*, la diversidad genética, la diferencia biológica de género, nutrición y dieta, el funcionamiento de los sistemas orgánicos internos y los procesos de maduración y envejecimiento son determinantes

---

<sup>12</sup> ISBN, OPS. Módulo de principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, 2 ed. Washington, DC., 2002. p.26

fundamentales de la salud sobre los cuales es posible intervenir positivamente para promover y recuperar la salud.

*Factores individuales y preferencias en estilos de vida*, la conducta del individuo, sus creencias, valores, su percepción del mundo, su actitud frente al riesgo y la visión de su salud futura, su capacidad de comunicación, del manejo del estrés y de adaptación y control sobre las circunstancias de su vida determinan sus preferencias y estilo de vivir.

Influencias comunitarias y soporte social, la presión de grupo, la inmunidad de masa, la cohesión y la confianza sociales, las redes de soporte social y otras variables asociadas al nivel de integración social e inversión en el capital social son ejemplos de determinantes de la salud de este nivel de agregación.

*Acceso a servicios de atención de salud*, ciertos servicios médicos son efectivos para mejorar el estado de salud de la población en su conjunto y otros tienen innegable valor para la salud individual, las formas en que se organiza la atención de la salud en una población son determinantes del estado de salud en dicha población; en particular, el acceso económico, geográfico y cultural a los servicios de salud, la calidad y oportunidad de la atención de salud y el alcance de las actividades de proyección son ejemplos de determinantes de la salud en este nivel de agregación.

*Condiciones de vida y de trabajo, la vivienda, el empleo y la educación* adecuados son prerequisites básicos para la salud de las poblaciones; en gran medida, los factores causales que pertenecen a este nivel de agregación son también determinantes del acceso a los servicios de salud, del grado de soporte social y de las preferencias individuales y estilos de vida prevalentes entre individuos y los grupos poblacionales.

*Condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales*, en este nivel operan los grandes macrodeterminantes de la salud, que están asociados a las

características estructurales de la sociedad, la economía y el ambiente y, por tanto ligados con las prioridades políticas y las decisiones de gobierno.

Como señalara anteriormente, Evans (11) propuso un grupo de factores que inciden en los niveles de salud de la población, en el campo del *entorno socioeconómico* abordó aspectos como el ingreso, el empleo, la posición social, las redes de apoyo social, la educación y los factores sociales en el lugar de trabajo, en el *entorno físico* incluyó los factores físicos en el lugar de trabajo al igual que otros aspectos del entorno físico natural y construido por las personas, en los *hábitos personales de salud* analizó los comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud, dentro de la *capacidad individual y aptitudes de adaptación* incluyó las características psicológicas de la persona como la competencia personal, las aptitudes de adaptación y el sentido de control y dominio; y las características genéticas y biológicas, por último, en el campo de *los servicios de salud* abordó la capacidad de los servicios para promover, mantener y restablecer la salud.

Estudios posteriores con el coauspicio de Health Canadá y de la OPS abordan los nuevos determinantes claves de la salud, estos fueron ratificados recientemente a través de distintos documentos, entre ellos el "...The Social Determinants of Health: An Overview of the Implications for Policy and the Role of the Health Sector..."<sup>13</sup> y son los siguientes:

*Ingresos y nivel social*, la situación de salud mejora a medida que los ingresos y la jerarquía social son más altos, ingresos altos determinan condiciones de vida como vivienda segura y capacidad de comprar buenos alimentos en cantidades suficientes, las poblaciones más sanas se encuentran en las sociedades que son prósperas y tienen una distribución equitativa de la riqueza.

---

<sup>13</sup> HEALTH Canada. The social determinants of health, an overview of the implications for policy and the role of the health sector. Ottawa. York Univesity, 2002.



Redes de apoyo social, el apoyo de las familias, los amigos y las comunidades se asocia con una mejor salud; las respuestas efectivas al estrés y el apoyo de la familia y los amigos constituyen una relación favorable que parece actuar como un amortiguador en contra de los problemas de salud.

Educación, la situación de salud mejora con el nivel de educación, ya que aumenta las oportunidades de ingresos y seguridad en el trabajo y proporciona a las personas un sentido de control con respecto a las circunstancias de la vida.

Empleo/condiciones de trabajo, el desempleo, el subempleo y el trabajo estresante se asocian con un estado de salud deficiente; las personas que tienen más control de sus circunstancias laborales y menos exigencias relacionadas con el estrés del trabajo son más sanas y, con frecuencia, viven más tiempo que las personas que tienen un trabajo y actividades estresantes con riesgos.

Entornos sociales, el conjunto de valores y normas de una sociedad influye, de diferentes maneras, en la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones; además, la estabilidad social, el reconocimiento de la diversidad, la seguridad, las buenas relaciones de trabajo y las comunidades cohesivas proporcionan una sociedad de apoyo que reduce o evita muchos riesgos potenciales a la buena salud.

Entornos físicos, los factores físicos en el entorno natural (por ejemplo, calidad del aire y del agua) son influencias claves en la salud; los factores en el entorno creado por el hombre como la seguridad en la vivienda, el lugar de trabajo, la comunidad y el trazado de los caminos también constituyen influencias importantes.

Prácticas de salud personales y aptitudes de adaptación, los entornos sociales que permiten y respaldan elecciones y estilos de vida saludables así como el conocimiento, las intenciones, los comportamientos y los estilos de vida de las personas y las aptitudes de adaptación para enfrentar la vida de manera saludable son influencias claves en la salud.

Desarrollo sano del niño, el efecto de las experiencias prenatales de la infancia temprana en la salud, el bienestar, las habilidades de adaptación y la competencia son muy importantes; los niños nacidos en familias de bajos ingresos tienen mayores posibilidades que aquellos nacidos en familias de ingresos altos de tener bajo peso al nacer, comer alimentos menos nutritivos y tener más dificultades en la escuela.

Características biológicas y genéticas, la biología básica y la constitución orgánica del cuerpo humano, son factores determinantes de la salud; la dotación genética proporciona una predisposición hereditaria a un amplio rango de respuestas individuales que afectan la situación de salud.

Servicios de salud, en particular aquellos diseñados para mantener y promover la salud, prevenir enfermedades y restituir la salud y el funcionamiento contribuyen a la salud de la población.

Género, se refiere al conjunto de funciones determinadas por la sociedad, rasgos de la personalidad, actitudes, comportamientos, valores, poder e influencia relativos que la sociedad atribuye a los dos sexos sobre una base diferencial.

Cultura, algunas personas o grupos pueden enfrentarse a riesgos adicionales para la salud debido a un entorno socioeconómico determinado en gran parte por valores culturales dominantes que contribuyen a la perpetuación de condiciones tales como la marginación, la estigmatización, la pérdida del valor del idioma y la cultura, la falta de acceso a la atención de salud y a los servicios culturalmente apropiados.

De esta forma se asume que “determinantes de la salud” es el nombre colectivo que le ha sido asignado a los factores y a las condiciones que se cree que influyen en la salud, que estos factores determinantes no actúan aisladamente y que *las interacciones complejas entre estos factores* tienen una repercusión aún más profunda en la salud.

El amplio marco que delimita el modelo de determinantes de la salud impone la necesidad de desarrollar y aplicar conceptos, métodos e instrumentos

epidemiológicos de complejidad creciente a fin de comprender mejor y modificar positivamente la situación de salud de la población, todo ello basada en los principios de la epidemiología moderna para el control de las enfermedades.

Los determinantes epidemiológicos según Jaime Breilh, es un sistema de contradicciones que determina el perfil epidemiológico, esto es a través de procesos saludables y destructivos que son mediados por un dominio general, particular, grupal, familiar, la vida cotidiana, en lo individual a través del fenotipo y genotipo, lo cual determina un perfil de salud enfermedad, que se evidencia en el avance fisiológico, sobrevida y salud; y/o, deterioro fisiológico, sobre envejecimiento, enfermedad y muerte; planteándose la necesidad de realizar en el primer caso una promoción de la salud y en el segundo caso una prevención profunda, como acciones epidemiológicas.

#### 2.1.1.2 **El enfoque epidemiológico**

Considera que la enfermedad en la población tiene factores asociados que para ser causales cumplen con los siguientes criterios como: la temporalidad (toda causa precede a su efecto), la fuerza de asociación, la consistencia de la observación, la especificidad de la causa, el gradiente biológico (efecto dosis-respuesta) y la plausibilidad biológica. El enfoque epidemiológico también considera que la enfermedad en la población es un fenómeno dinámico y su propagación depende de la interacción entre la exposición y la susceptibilidad de los individuos y grupos constituyentes de dicha población a los factores determinantes de la presencia de enfermedad; además considera que toda causa precede a su efecto.

Los modelos de causalidad tienen importantes implicaciones para la prevención de enfermedades, en términos generales, no es necesario identificar todos los componentes de una causa suficiente para poder llevar a cabo una prevención eficaz, ya que la remoción de uno solo de sus componentes bloquea la interacción de los demás y previene la ocurrencia del efecto. No obstante, la enfermedad, en la población puede seguir siendo producida por la acción de otras

causas suficientes, se comprende entonces que la única opción para erradicar una enfermedad es la remoción de su causa.

La enfermedad se inicia con la exposición de un huésped susceptible a un agente causal y termina con la recuperación, la discapacidad o la muerte, el período patogénico muestra los cambios que se presentan en el huésped una vez realizado un estímulo efectivo. En este modelo se remarca la importancia de las diferentes medidas de prevención que se pueden llevar a cabo dependiendo del momento en que se encuentre la enfermedad.

### **2.1.1.3 Epidemiología**

Es la ciencia que estudia la frecuencia de las enfermedades en las poblaciones humanas, consiste en la medición de la frecuencia de la enfermedad y en el análisis de sus relaciones con las diversas características de los individuos o de su medio ambiente.

El propósito de la epidemiología es el identificar las causas de la enfermedad susceptibles de cambio, de tal manera que permita después prevenirla; en este papel central identifica las causas modificables de la enfermedad, lo que permite establecer las estrategias apropiadas para la prevención de la misma.

Por lo general se reconocen por los epidemiólogos tres niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria), no obstante hay quienes reconocen un nivel más, el denominado primordial<sup>(14, 15, 16)</sup>; se consideran cuatro niveles de prevención, y que corresponden a las diferentes etapas del desarrollo de la enfermedad.

**Prevención primordial**, el objetivo esta orientado a modificar y/o establecer nuevos patrones sociales, económicos y culturales que procuren mejorar la

---

<sup>14</sup> DEVER, Alan. G.E. Epidemiología y administración de servicios de salud Ed. OPS/OMS, 1991. pp 417.

<sup>15</sup> ANÓNIMO. Epidemiología y prevención (MS) 1990, pp. 7

<sup>16</sup> ROJAS, R. Armijo. Epidemiología básica en atención primaria, ed. Días de Santos, S.A., 1994. pp. 295.

calidad de vida, y por ende disminuir aquellos conocidos que contribuyan a la presencia de la enfermedad y sus riesgos específicos.

**Prevención primaria**, el propósito es el de prevenir la enfermedad antes de que se desarrolle, controlando las causas y los factores de riesgo. Un ejemplo es el uso del condón en la prevención del SIDA

**Prevención secundaria**, intenta reducir las consecuencias más serias de las enfermedades mediante diagnósticos tempranos y tratamientos. Esta definido como la medida disponible para individuos y poblaciones para detectar anticipadamente las enfermedades, lo que conlleva a una intervención rápida y efectiva para corregir las desviaciones de una buena salud.

**Prevención terciaria**, se inclina a la reducción del proceso o la complicación de la enfermedad establecida; y es importante el aspecto de la medicina terapéutica o de rehabilitación, ya que procura evitar la discapacidad total, que conlleve al individuo a vivir una vida plena y autosuficiente.

En cuanto a los determinantes a las políticas saludables y de salud, la mayoría de los autores coinciden en afirmar que las políticas públicas sanitarias deben estar dirigidas a las estrategias de promoción de salud y prevención de enfermedades, tomando en consideración cuales son las principales causas de enfermedad, muerte y discapacidad del país en cuestión. Para esto, a criterio de *Dever* <sup>8</sup> existen tres modelos fundamentales que permiten identificar los factores que originan estos resultados y trabajar sobre ellos: el concepto de campos de salud de Laframboise/Lalonde, los hechos centinelas descritos por Rutstein y los paquetes de protección sanitarios canadienses.

Debe quedar claro como señalara en 1991 O'Neill, <sup>17</sup> que "...las políticas que tienen una repercusión sustancial sobre la salud no están limitadas a la prestación

---

<sup>17</sup> O'NEILL, M. Healthy cities indicators: a few lessons to learn from Europe. In: FEATHER, J. MATHUR, B, editors. Proceedings of an invitational workshop: indicators for healthy communities. Winnipeg: Prairie Region Network on Health Promotion Knowledge Development, 1990. P. 33-38.

de los servicios de salud, ni a los servicios de salud pública...", y recordar que como dejaron claro Rachlis y Kushner en 1989<sup>18</sup> las políticas públicas saludables son "...toda política que crea y promueve un contexto para la salud...".

Las políticas de salud se inscriben dentro del conjunto de las políticas sociales, aquellas que al decir de Dunn,<sup>19</sup>son el "...conjunto de decisiones que el gobierno adopta, instrumenta y lleva a la práctica para resolver problemas, orientar el quehacer social o realizar algún cambio en las estructuras de la sociedad y que tiene un impacto directo en el bienestar de los ciudadanos a partir del suministro de servicios o de ingresos...".

Es importante destacar que a la hora de formular políticas de salud como cualquier otra política social o de estado, se debe tener en cuenta los tres ejes básicos de este proceso: los objetivos del sistema, los derechos y demandas de los recursos humanos y el derecho a la salud y las demandas de la población, todos unidos entre si por un eje imaginario que es la situación concreta de salud de la población donde se planifica.

### 2.1.2. SISTEMAS DE SALUD<sup>20</sup>

Es el conjunto de sectores y subsectores que concurren a mantener y perfeccionar la salud de la población, los subsectores están conformados por los siguientes actores de un sistema, los mismos que tienen coherencia de intereses y objetivos:

- **Los usuarios o beneficiarios**, cuyo principal interés es maximizar la accesibilidad a la mayor cantidad de prestaciones de la mejor calidad.
- **Los financiadores**, los Ministerios de Salud de los gobiernos, los seguros públicos, los seguros privados (prepagos) y los propios pacientes, cuyo

---

<sup>18</sup> RACHLIS, M. KUSHNER C. Second opinion: What's wrong with Canada's health care system and how to fix it. Toronto: Harper & Collins,1989.

<sup>19</sup> OPS. Programa de Formación en Salud Internacional. Documento Resumen. Taller de Formulación y Análisis de Políticas de Salud, Washington: OPS;1999

<sup>20</sup> ISALUD, MSP. Proyecto de modernización de los servicios de salud MODERSA. Proyecto APS. Convenio Ecuatoriano - Belga. Diplomado Superior de Gerencia de hospitales, Modulo 1. Diciembre 2002-Abril 2003

principal interés reside en maximizar la eficiencia (el menor gasto para la mayor cantidad de prestaciones).

- **En la compra o financiación de los servicios**, pueden aparecer otros actores con intereses alineados con el financiador como los intermediarios, lo cual implica la existencia de una relación de agencia (presencia de un tercer pagador que se hace responsable de financiar los servicios que los proveedores prestan a la población beneficiaria o usuarios).
- **Los proveedores** directos de las prestaciones, los profesionales de la salud, cuyo principal interés, además de la realización profesional es el de aumentar sus ingresos.
- **Los administradores**, cuyos intereses están alineados con los financiadores.
- **Los reguladores**, los políticos en los gobiernos, cuyos intereses son contradictorios por cuanto por una parte quieren satisfacer a los usuarios que los eligen y por otra deben mantener el equilibrio presupuestario y atender los otros actores con poder.

El sistema de salud, es dinámico y abierto, dado que importa como corriente de entrada, recursos del medio (de la población), los transforma y los exporta como corriente de salida, en forma de estado de salud de la comunidad, comprende todos los recursos que un país, dedica a la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y a la recuperación de la salud, incluyendo todas las organizaciones sanitarias, es el resultado de la interacción o relación que surge entre la comunidad que tiene necesidad de salud y la respuesta de la sociedad en forma de políticas y organización de servicios.

El sistema de salud es la respuesta que brinda una sociedad, a las necesidades de salud de sus integrantes, comprende, además una formidable “industria de la salud”, que se ha desarrollado en el último siglo y que ha englobado servicios, tecnología, medicamentos y sistemas de financiamiento; dicha industria es considerada la segunda en importancia por el volumen de los recursos económicos que moviliza.

Los Sistemas de Salud evolucionan constantemente en respuestas a los cambios demográficos y del patrón de enfermedades, a las políticas o falta de políticas públicas de salud, esencialmente en lo que concierne a la accesibilidad, calidad, formación de recursos humanos y mecanismos de financiamiento, al poder político relativo de los actores y a la presión de la tecnología.

#### **2.1.2.1. Funciones de los sistemas de salud**

Las funciones de los sistemas de salud son: modulación, financiamiento, compra de servicios y provisión de servicios.

En cada una de estas cuatro funciones, el Estado ha de desarrollar un conjunto de tareas indelegables, que conforman el denominado ejercicio de rectoría sectorial, que es ejercido a través de la autoridad sanitaria, nacional, regional y local según corresponda a la organización de cada país; en un sentido más restringido, la rectoría es interpretada como conductora y reguladora del sistema.

**La Rectoría**, es la responsable de crear un escenario donde los diversos actores puedan desarrollar eficazmente las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud; es deber indelegable (propia e indeclinable) del Estado; el mismo que es el responsable de conducir el sector, regular el sector y ejecutar las funciones esenciales de salud pública.

**La conducción del sector salud**, además de involucrar las acciones de regulación y ejecución de las funciones esenciales de salud pública, incluye las siguientes tareas como : fijar y ejecutar las políticas sanitarias, establecer a quien debe brindarse cobertura de salud, evaluar periódicamente el desempeño del sistema, construir los consensos con los otros subsectores sobre el desarrollo estratégico del sector y las acciones a favor de la salud, coordinar los aportes técnicos y económicos de los organismos multilaterales dedicados a la cooperación técnica y económica, participar en los organismos e instancias de coordinación regional y subregional.



**Regular el Sector Salud**, es establecer las reglas o regulaciones que den al sistema coherencia con los objetivos políticos, se trata de establecer las regulaciones generales del subsector público, establecer el marco normativo en materia de aseguramiento, tanto del subsector de la seguridad social como del subsector de los seguros privados, establecer la regulación técnica y la fiscalización de la prestación de servicios de salud, de la certificación y del ejercicio de las profesiones de la salud, establecer los programas de formación y educación en ciencias de la salud, establecer las normas básicas, y formas pautadas de atención de la salud y formular normas de calidad y controlar su cumplimiento.

**Ejecutar las funciones esenciales de salud pública**, implica el desarrollo de las funciones propias de la autoridad sanitaria, las mismas que son: realizar el seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud, realizar la vigilancia de la salud pública, realizar tareas de promoción de la salud, promover la participación de los ciudadanos en la salud, desarrollar políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública, fortalecer la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud, evaluar y promover el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios, desarrollar recursos humanos y capacitarlos en salud pública, garantizar la mejora de la calidad de los servicios de salud (individuales y colectivos), promover y realizar investigaciones, promover la reducción del impacto en salud, de las emergencias y desastres.

**Función de Financiamiento**, se refiere a la recaudación y distribución de los recursos para el funcionamiento del sistema; esto es: quién paga, cómo se recolectan los recursos económicos y cómo se aplican o distribuyen, este aspecto es función indelegable del Estado

**Función de compra de servicios**, es importante reconocer que además de la compra explícita de servicios de salud a terceros proveedores de servicios, existe

una “compra implícita” de servicios de salud, que realiza el Estado cuando paga a sus propios proveedores, a través de las asignaciones presupuestarias, subsidiando la oferta; esto es, cuando el Estado paga a los hospitales y servicios de salud (de su propiedad) para que ofrezcan sus servicios, puede (y debe) esta acción visualizarse como una “compra” de los servicios que se producen, y relacionarla con la demanda efectiva que es asistida por esa oferta.

**Función de provisión de servicios**, es deber indelegable del Estado procurar la armonización de la provisión de los servicios de salud (públicos y privados), con un grado razonable de complementariedad de la capacidad instalada y una garantía para los usuarios, de condiciones básicas de calidad, además proveer servicios de salud, donde no existan condiciones para el desarrollo de mercado, poblaciones alejadas y sin escala.

#### 2.1.2.2 Descriptores de calidad en el sistema de salud<sup>21</sup>

Los descriptores de calidad en el sistema de salud <sup>22</sup> son: responsabilidad, pertinencia, efectividad, eficiencia, integración, sistemas de información, separación de funciones, participación y comunicación y gestión sistémica

**Responsabilidad**, comprende la población definida, explícita, universalmente atendida.

**Pertinencia**, oferta racional de servicios, concertada dentro de la necesidad sentida.

**Efectividad**, niveles de complejidad apropiados, interconectados y con estándares consensuados.

**Eficiencia, complementariedad y comunicación** entre niveles, sin vacíos, traslapes ni repeticiones.

**Integración, proveedores y otros actores interactuantes**, independientemente de la lógica y propiedad de los servicios.

---

<sup>21</sup> Placencia Marcelo, Salud para el Bienestar y Desarrollo en Quito del Siglo XXI. 2001. Quito-Ecuador

<sup>22</sup> Ibid., pp: 43

**Sistemas de información**, integrados y dirigidos a la toma de decisiones, monitoreo e investigación operativa apuntando a la retroalimentación y con elementos que permita monitorizar los estándares éticos y técnicos.

**Separación de funciones entre proveedores, financiadores, reguladores** (se aplica a subsistemas de provisión de servicios de atención individual de salud) y estructuras de la sociedad civil.

**Participación y comunicación**, espacios y mecanismos suficientes para mantener la participación comunitaria, el dialogo social, la información, la escucha, la rendición de cuentas y la transparencia en forma pertinente al sistema entero con equidad de nivel económico, de genero geográfica y demográfica.

**Gestión sistémica**, mecanismo suficiente para mantener la operatividad centralizada. Con centralización de controles, de normatividad y de políticas, con eficiencia, participación comunitaria, intersectorialidad, interacción con todos sus actores y financiación coherente.

**Financiamiento:** Se vincula con las distintas fuentes de financiación, recursos disponibles y utilización por parte del sistema de salud, Cuentas Nacionales de Salud: flujo de fondos a través del sistema de salud, desde sus fuentes, a través de los agentes financieros, hacia los proveedores y las funciones: quién paga, cuánto y en qué servicios.

**Prestación, esta función esta vinculada con** proveedores públicos, privados o mixtos, subcontratación, prestación, condiciones de la prestación, y mecanismos de pago a proveedores.

**Aseguramiento: Esta función asume el rol para** definir población(es); afiliación, definir prestaciones; conjuntos/paquetes, ajustar prima y riesgo (Risk pooling), captar y administrar recursos; tesorería, comprar servicios; y mecanismos de pago a proveedores.

### **2.1.3. MODELOS DE SISTEMAS DE SALUD<sup>23</sup>**

En el mundo se reconocen tres modelos de sistemas de salud, de acuerdo a la fuente de financiamiento, población cubierta y propiedad de la provisión de servicios: el modelo de seguro social, con cobertura universal, financiamiento público a través de un seguro social (esencialmente por aportes y contribuciones de empleados y empleadores) y provisión (esencialmente) privada de servicios, corresponde al modelo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el modelo público universalista, con cobertura universal, financiamiento público a través de impuestos y provisión pública de servicios, el modelo privado, con cobertura limitada a los asegurados, financiamiento privado a través de prepagos y provisión privada de servicios.

#### **2.1.3.1. Modelo de seguro social**

Se origina en Alemania a fines del siglo pasado, cuando Otto von Bismarck, abogado y destacado político, siendo primer ministro y canciller imperial de Prusia, creó en la década del 1.881/1.890, un extenso Sistema de Seguridad Social; con el objetivo inicial de aumentar la eficiencia de la producción industrial Alemana respecto de Inglaterra y Francia, Bismarck atacó uno de los principales problemas de la baja productividad, la pérdida de días laborables por enfermedad o accidente, dado que los trabajadores no tenían recursos para afrontar los costos que demandaba la atención de estos infortunios.

Presionado por la necesidad de mejorar la competitividad de la industria, e influenciado por el pensamiento y las luchas del movimiento obrero europeo de la época, Bismarck desarrolló un sistema que rápidamente se diseminó en toda Europa.

---

<sup>23</sup> Ibid., PP: 12-16

Las Leyes que entonces se aprobaron, fueron: creación de las cajas de socorros para enfermos, seguros por accidentes laborales, creación de los seguros de retiro por edad o invalidez.

El objetivo de los diversos componentes del Seguro Social era proteger al trabajador que, por una contingencia ajena a su voluntad, como accidentes, enfermedad o vejez, no podía transar en el mercado su fuerza laboral y consecuentemente sufría marginación social.

Las características del modelo de Seguro Social son, la cobertura es universal y obligatoria (dentro del Sistema de Seguro Social), el financiamiento es compulsivo, por aportes de empleados y empleadores, con mecanismo de solidaridad contributiva por escalas salariales, la gestión es pública y/o privada, existe un plan de salud único, la provisión de los servicios y la propiedad de estos es estatal y privada, el pago a los profesionales es variable; por unidades desagregadas (prestaciones y módulos) y agregadas (cápitales y salarios).

En los seguros sociales, la atención médica constituye un programa específico de protección colectiva contra determinadas contingencias que el individuo no puede enfrentar; estos programas pueden integrar, con otros, un sistema de seguridad social; la provisión de servicios de salud puede hacerse en forma directa o indirecta, lo que caracteriza la estructura organizativa del sistema de atención.

### **2.1.3.2. Modelo Universalista**

Este modelo tiene como antecedente el Hospital de Beneficencia y sus principales características son:

- La cobertura es universal.
- La financiación es por impuestos, con mecanismo de solidaridad contributiva.
- La gestión es estatal.
- El plan de salud es único.

- La provisión de los servicios y la propiedad de estos es estatal.
- Los médicos son asalariados o retribuidos por cápita.

La provisión de servicios se hace a través de médicos que desarrollan programas específicos (médicos de familia, materno infantil), centros de salud y hospitales de propiedad estatal; los profesionales son remunerados por salario o por cápita, que integra, como gasto fijo, un presupuesto que se calcula en forma previa.

No obstante, la organización centralista y burocrática, donde la función de compra se ve reemplazada por presupuestos, conduce a la falta de incentivos para ser más eficiente y elevar el nivel de satisfacción a ciertas expectativas de la población, en particular de la franja de alto nivel sociocultural y adquisitivo.

### **2.1.3.3 Modelo de seguros privados**

El seguro es una técnica de evaluar, seleccionar, clasificar y ponderar riesgos; en los seguros privados de salud, una persona o un grupo de personas, compran una prima que abonan en forma regular a una empresa, para la cobertura de prestaciones asistenciales; dicha cobertura puede ser en dinero (reembolso o indemnizatorios) como en servicios (Prepago o Managed Care); el seguro de salud permite diluir los riesgos individuales de enfermar en riesgos colectivos, con lo cual, el acceso a los servicios no representan gastos inesperados y muchas veces insustentables para el paciente; cada asegurado aporta una cuota voluntaria según sus riesgos (calculados en forma actuarial) y no según sus ingresos.

El primer antecedente de medicina prepaga lo encontramos en 1.798 en los puertos de USA, sin embargo, el más conocido de los prepagos, y el más grande de los seguros de salud no gubernamentales, fue el Kaiser Permanente Health Plan, que se inició en 1.935 para los trabajadores de dicha compañía y sus familias; paralelamente a estos planes, los seguros tradicionales indemnizatorios desarrollaron planes de indemnización para servicios específicos; no se involucraban en la compra o provisión de servicios, sólo se limitaban a pagar el

evento al precio pactado; este tipo de seguros no tenía un sistema de provisión ni compra de servicios por lo que el cliente podía elegir cualquier médico o clínica.

Managed Care no se refiere a un único modelo de provisión de servicios, sino que incluye un amplio rango de modalidades, pero que siempre incluyen: Coordinación de los servicios, regulación y control de la provisión (oferta) de los servicios, regulación y control de la utilización (demanda) de los servicios.

En definitiva las Managed Care Organizations son agentes (brokers) que teniendo información relevante de las necesidades de los financiadores, los consumidores y los proveedores en un mercado tan complejo y fraccionado como el de la salud, facilitan la búsqueda para todos, financiadores, consumidores y proveedores, de las mejores opciones, creando estrategias con incentivos para todas las partes, pero alineados en la estrategia principal de conferir eficiencia al sistema, y ayudando a alcanzar acuerdos económicos; todo por una parte de la transacción.

Las características del modelo de Seguros Privados son:

- Es voluntario: Cobertura según número de compradores voluntarios.
- El financiamiento es privado, desde el colectivo adherido a cada seguro, sin considerar mecanismos solidarios (se paga de acuerdo al riesgo y al plan).
- La gestión es privada.
- Los planes de salud son variables, según la capacidad de pago del asegurado.
- La provisión de los servicios y su propiedad son privadas.
- El pago a los profesionales es esencialmente por unidades desagregadas.

Las responsabilidades fundamentales del Estado en materia de salud van experimentando también importantes transformaciones a la luz de la creciente tendencia a la separación de funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud; al mismo tiempo se demanda al Estado una profundización de la capacidad de rectoría.

#### 2.1.4. NIVELES DE ATENCIÓN MÉDICA.<sup>24</sup>

La atención en nuestro país es dirigida principalmente a la atención por parte del médico general en el 80% de los casos que requieren atención médica ambulatoria y hospitalaria, en un 15% la atención es dada fundamentalmente por el especialista básico en la áreas de: cirugía, medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia y psiquiatría y finalmente en un 5% de la atención es suministrada por los supraespecialistas en el campo médico y quirúrgico.

Los servicios médicos se clasifican en cuatro niveles de atención médica: **el primer nivel**, caracterizado por Instituciones de menor tamaño donde asiste el médico general para dar atención ambulatoria y hospitalaria principalmente de consulta externa, urgencias y hospitalización de corta estancia para entidades de menor severidad; **el segundo nivel**, constituido por hospitales de mayor tamaño y donde se prestan servicios relacionados con la atención médica: medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia y psiquiatría; **el tercer nivel** caracterizado por la prestación de servicios médicos con la presencia de supraespecialistas del área de Medicina Interna, del área quirúrgica, etc., y un **cuarto nivel** de máxima complejidad constituido por técnicas de óptimo desarrollo tanto en el campo quirúrgico: transplantes y microcirugía, como en el campo de la imágenes diagnósticas: escáner, resonancia magnética nuclear, radiología digital y en el campo del laboratorio clínico: técnicas de radio inmunoensayo.

Por lo anteriormente señalado, las Instituciones de Salud pueden ser clasificadas de acuerdo con el nivel de complejidad de atención que brinden, de esta manera, el núcleo central estaría compuesto por: atención médica y saneamiento básico.

En cuanto a la Atención Médica, las instituciones se pueden clasificar teniendo en cuenta las áreas básicas de la atención y los servicios de apoyo tanto en el campo diagnóstico como en el terapéutico, cada una de estas áreas se pueden dividir en cuatro niveles de complejidad, desde el más simple (Nivel 1) hasta el más complejo (Nivel 4).

---

<sup>24</sup> MALAGÓN, G. GALÁN, R. y PONTÓN, G. Administración, 1 ed. Bogotá, Editorial Médica Internacional, 1996. p. 115-124



En conclusión se pueden definir los niveles de atención como las agrupaciones de Instituciones de Salud que permiten clasificar las actividades finales, intermedias y administrativas que puedan realizar, para satisfacer las necesidades de las personas que demandan atención.

Los factores de los grados de atención están dados por la misión institucional, por las patologías a atender, por el nivel de capacitación y especialización del recurso humano, por la dotación y equipos de la institución, por los suministros y por las clases de actividades intermedias, finales o administrativas a realizar.

Esta clasificación toma como eje fundamental al recurso humano, ya que es el motor de los sistemas de salud, luego toma en consideración la dotación, la calidad y la cantidad de equipos y los suministros para hacerlo operar y finalmente se asignan las actividades que según su nivel se deban asignar de acuerdo a los recursos obtenidos.

## **2.1.5 SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS<sup>25</sup>**

La Organización Mundial de la Salud define al hospital como "... una parte integrante de la organización médica social, cuya función es la de proporcionar a la población atención médica completa, tanto preventiva como curativa y cuyo servicio de consultorio externo, alcanza a la familia en el hogar, es también un centro para la preparación y adiestramiento del personal que trabaja en salud y además un campo de investigación biosocial..."<sup>26</sup>

### **2.1.5.1 Características particulares de los hospitales.**

El hospital es una empresa integral de servicios de salud; es una organización socio cultural, con influencias políticas muy fuertes, donde su emergente, el

---

<sup>25</sup> ISALUD, MSP. Proyecto de modernización de los servicios de salud MODERSA. Proyecto APS. Convenio Ecuatoriano - Belga. Diplomado Superior de Gerencia de hospitales, Modulo 2. Diciembre 2002-Abril 2003

<sup>26</sup> MALAGÓN, Op. Cit., pp: 18

producto, es el resultado de la interacción de un equipo de salud, con factores que son utilizados como insumos de procesos, con las influencias de los pacientes, de las familias y las restricciones en prestaciones; dentro del límite presupuestario, la exigencia del usuario y su propia capacidad.

#### **2.1.5.2. El hospital, cuatro empresas en una**

La empresa de servicios denominada Hospital es una organización social productiva de extrema complejidad por cuanto, además de tener una operatoria continua las 24 horas todos los días del año, con actuaciones donde frecuentemente se plantean problemas límites que involucran la vida y la muerte de las personas, tiene la característica de que en él coexisten cuatro empresas diferentes con una muy amplia gama de producción; esta amplitud y variedad de la producción hace que los hospitales sean considerados empresas multiproducto.

Las cuatro empresas que coexisten en el hospital son:

- **Un hotel** cuyos usuarios presentan mayores exigencias que en un hotel común.
- Una **empresa artesanal** con productos difíciles de definir, donde múltiples profesionales altamente capacitados ejercen un alto grado de coordinación y muchas veces la toma de decisiones son compartidas: los servicios finales.
- Una **empresa que utiliza tecnología de punta** con un gran turnover y procesos casi industriales: los servicios intermedios, auxiliares del diagnóstico y tratamiento.
- Una **escuela de formación técnica y profesional** y un instituto de investigación.

Para el análisis de una organización tan compleja es útil producir un desagregado hasta alcanzar la menor unidad, denominada unidad funcional, conformada por un equipo de trabajo conducido por un responsable, que realiza rutinariamente tareas específicas, un team work, un grupo de personas que bajo la conducción de un responsable tiene precisos objetivos organizacionales y operativos; las Unidades Funcionales del Hospital, que son unidades de procesos, no de

estructura, a su vez pueden agregarse en dos grupos: las Unidades Funcionales Asistenciales y las Unidades Funcionales no Asistenciales; las Asistenciales se encuentran en dos áreas: la de los servicios finales y de los servicios intermedios o auxiliares del diagnóstico y la terapéutica; las no asistenciales se encuentran en tres áreas: la administrativa, la de servicios generales o servicios de apoyo y la de docencia e investigación.

**Área de Servicios Finales**, también conocida como área de Gestión Clínica, está conformada por los sectores y unidades funcionales en los cuales se produce una interacción permanentemente con el paciente, con procesos artesanales difíciles de sistematizar, con un elevado número de profesionales de gran especialización y en los cuales solamente es posible que egrese el producto hospitalario: el paciente curado total o parcialmente y el paciente fallecido; comprende los siguientes sectores: Sector de internación de pacientes en cuidados mínimos; consultorios externos, urgencias, cuidados especiales y Hospital de Día

**Área de Servicios Intermedios**, también conocida como área de los Servicios Auxiliares del Diagnóstico y la Terapéutica, está conformada por aquellas unidades funcionales que interactúan de forma transitoria en la asistencia del paciente, que contribuyen en el resultado del producto, pero de las cuales no egresa directamente el paciente.

Donde los procedimientos son más rutinarios, más fáciles de sistematizar y en los cuales interviene una mayor proporción de personal técnico, así como tecnología de punta en constante evolución, las Unidades Funcionales del área de Servicios Intermedios, sólo en las circunstancias particulares de venta de servicios a terceros, se convierten en generadores de productos finales.

**Área Administrativa**, comprende los siguientes sectores: Gestión de Pacientes, Gestión Económico-financiera y Gestión de Suministros.

**Área de Servicios Generales de apoyo**, se encuentran los sectores de Conservación y Mantenimiento y Sector de Hotelería.

**Área de Docencia e Investigación**, se reconocen los siguientes sectores: Docencia y Comités Técnico-Científicos.

### **2.1.5.3. Características particulares del proceso productivo**

Además de la coexistencia de cuatro empresas en una, contribuye a la complejidad de gestión de los hospitales, el hecho de que el proceso productivo que en él se desarrolla es absolutamente único, es así por cuanto:

El bien producido, la salud, es considerada por la sociedad como un bien superior que debe ser preservado, dado que impacta sobre la calidad de vida de las personas; quien demanda, el paciente, es el insumo clave del proceso productivo, la demanda actúa como condicionador de la organización del proceso de trabajo.

Existe una gran asimetría de información entre quien demanda los servicios y quien los ofrece, la demanda de servicios de salud muchas veces no refleja las reales necesidades de salud, existe una demanda sin soberanía del consumidor dado que quien ofrece los servicios de salud puede generar fácilmente la demanda; existe una gran dificultad para evaluar los resultados en términos de salud y la calidad de los servicios que se proveen, existe un tercer pagador, quien asume el riesgo económico de la cobertura de la salud, es decir quien es el verdadero comprador de servicios, pero que no sólo no los demanda sino que finalmente no es el que los consume, existe una alta imprevisión en el consumo, el proceso productivo es de una extrema complejidad.

Finalmente, contribuye aún más a la complejidad de la organización, la frecuente e inevitable superposición de autoridad de las diversas áreas por cuanto, las organizaciones de salud, son esencialmente organizaciones de comunicación y cooperación horizontal, en el marco de una gran interdependencia entre las diversas Unidades Funcionales y una extensa área de contacto con el usuario-cliente durante el proceso productivo.

Por todo estas particularidades, el Health Management, pilar de todas las reformas de los sistemas de salud en el mundo, se ha convertido en uno de los roles más complejos en las sociedades modernas, y plantea un desafío enorme para quienes lo ejerzan., esta disciplina, además, emerge con mucha fuerza porque a causa de los constantes aumentos en el gasto en salud, hay un creciente reconocimiento en todos los países acerca de la necesidad de una gestión competente para cada nivel de las Organizaciones y los Programas de Salud, independientemente de si dichas organizaciones rinden utilidad social o privada, del mismo modo existe un reconocimiento generalizado de la importancia que todos los profesionales sanitarios se involucren en la gestión de los diversos subsistemas y se conviertan en corresponsables del destino del sistema de salud al que pertenecen.

Particularmente en las clínicas que son establecimientos sanitarios, generalmente privados, donde se diagnostica y trata la enfermedad de un paciente, que puede estar ingresado o ser atendido en forma ambulatoria.

## **2.1.6 CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE SALUD**

### **2.1.6.1 Descriptores de Calidad de los Servicios de Salud Individual<sup>27</sup>**

- Accesibilidad: económica, geográfica, cultural y además con equidad de género.
- Efectividad: cumplimiento de un conjunto de estándares de acreditación, desempeño técnico y producción.
- Eficiencia: cumplimiento de un conjunto de estándares de rendimiento, costo efectividad y costo beneficio.
- Integralidad: facilitar que la atención individual incluya promoción, curación y prevención.
- Pertinencia: actividades relevantes dentro del confluente de necesidad sentida, efectividad y eficiencia, evitando irracionalidades de oferta.

---

<sup>27</sup> Placencia Marcelo, Salud para el Bienestar y Desarrollo en Quito del Siglo XXI. 2001. Quito-Ecuador

- Permanencia, presencia del servicio en el horario y calendario que permita la continuidad intra e interepisodios
- Polivalencia, recursos humanos apropiados para afrontar las diferentes necesidades de APS.
- Aceptabilidad, según la percepción de usuarios y estándares éticos y con equidad de género
- Participación y Comunicación, espacios y mecanismos suficientes para mantener la participación comunitaria, el dialogo social, la información, la transparencia y la rendición de cuentas.
- Gestión sistémica, mecanismos suficientes para lograr la administración con centralización de normas y política, junto a descentralización operativa, efectividad y eficiencias altas, participación comunitaria, intersectorialidad e interacción sistémica.

#### 2.1.6.2 La calidad en la historia

El concepto de calidad surge en el siglo XX, pero desde las primeras civilizaciones se aprecia la preocupación de los hombres por el **trabajo bien hecho** y por la necesidad de atender algunas **normas** y asumir responsabilidades.<sup>28</sup>

La historia del concepto de la calidad puede ser tan antigua como el mismo ser humano, surgiendo con la agricultura, los servicios y por último con la industrialización. Un impulso importante al campo de la calidad fue dado con la Revolución Industrial; pero, más que todo, el desarrollo de herramientas estadísticas y gerenciales ocurre durante el presente siglo; el consumidor, tanto institucional como el particular, más exigente cada día, y la fuerte competencia nacional e internacional, provocan una evolución constante en las bases filosóficas y en la práctica de la Gestión de la Calidad.

---

<sup>28</sup> BERLINCHES, Andrés. Calidad [las nuevas ISO 9000:2000, sistemas de gestión de la calidad]

### **2.1.6.3. Filosofía de la calidad total<sup>29</sup>**

La persona que hace el trabajo es la que mejor lo conoce, las personas quieren estar involucradas y hacer bien su trabajo, cada persona quiere sentirse con capacidad de contribuir al mejoramiento, trabajando juntos se logra mejorar más, procesos estructurados de solución de problemas producen mejores resultados, las técnicas gráficas de solución de problemas permiten mejor visualización, no se logra mucho buscando culpables; se logra más analizando el sistema, mejorar calidad al remover causas de problemas en el sistema; inevitablemente conduce hacia una mejoría de la productividad, colaboración es mejor que rivalidad, en cada organización hay "piedras preciosas".

Los fundamentos constituyen la identificación de la cadena cliente proveedor, la principal fuente de defectos de calidad son problemas en los procesos, extender la variabilidad de los procesos es clave para mejorar la calidad, identificación de procesos vitales, estrategias basadas en pensamientos científicos y herramientas estadísticas, involucramiento total de los empleados en todos los niveles, la pobre calidad es costosa.

### **2.1.6.4 Concepto de calidad**

Podría definírsela sencillamente como la conformidad del producto o servicio que se brinda, con las necesidades de quien los requiere (cliente externo) y de quien los produce (cliente interno). O bien "...Calidad es hacer todo bien..." (Higuera Mantilla y Espinel Chávez).

Calidad es eliminar, o al menos abatir al máximo, los diferentes riesgos a que están expuestos los usuarios promoviendo la mejoría de los insumos y recursos lo que facilita la práctica profesional, el perfeccionamiento de los métodos para

---

<sup>29</sup>ZURITA GARZA, BEATRÍZ. Calidad de la Atención de la Salud. Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Copyright, 1999

disminuir tiempos y movimientos y lo más importante la modificación de la conducta de las personas lo que mejora la imagen institucional y las relaciones internas.

Calidad es "...la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores, se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión..."<sup>30</sup>

#### **2.1.6.5 Calidad en salud**

Según (Avedis Donabedian) en 1996, calidad es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud, o "...cualquier método o estrategia de garantía de calidad que se aplique será exitosa...". Existen diferentes definiciones<sup>31</sup> sobre el tema como:

**La absolutista:** yo quiero lograr lo más posible, en el nivel de la salud de mi paciente, muchas veces esto implica el indicar muchos estudios, a veces se hace un estudio y no estoy conforme por eso mando hacer otro estudio, yo quiero hacer todo lo posible por mi paciente, gráficamente es como el practicar una higiene muscular con todo el equipo posible, con toda la tecnología disponible y en un sujeto que esté dispuesto a que yo lo fije, lo varíe y le haga muchas cosas., esto es la definición absolutista y está un poco más cercana a la media.

**La individualista,** el paciente como sujeto es el que sufre, del que tomo muestra

---

<sup>30</sup> RUBIO CEBRIÁN, Santiago. "Glosario de Economía de la Salud". Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud, Vol. 57. España, 1995.

<sup>31</sup> ZURITA, Op. Cit.,pp:2



de sangre, el que paga por los estudios que yo le pida, y no necesariamente, va a ser igual su definición de calidad a la que yo tengo como médico, yo como médico si no estoy seguro que mi paciente tenga cáncer, voy a sugerirle: vamos a realizarle una biopsia, o una intervención quirúrgica; pero el paciente puede decir, bueno y que me ofrece usted a cambio de esta nueva vida, ¿el que usted sepa exactamente si yo tengo cáncer va a prolongar mi vida? y puede ser que la respuesta sea no.

**La social**, nosotros tenemos unos bienes comunes y que son los recursos que tiene la sociedad para gastar en la salud de la población, el que yo le dé a un sólo individuo, implica que ya no va a estar disponible para el siguiente paciente que se presente, en una definición social se busca lograr el mayor beneficio, pero ello implica que algunos individuos puedan no llegar a recibir todos los beneficios, esto es un beneficio de la mayoría de la sociedad.

**Los factores que influyen en la calidad**, en cuanto a **Estructura** son: el médico, el edificio, el consultorio, deseables pero no garantiza la calidad; en cuanto al **Proceso**, la interacción entre los pacientes y los servicios de salud y en cuanto a **Resultado**; tiene que ver con la satisfacción o nivel de salud proveedores del servicio.

**La calidad de los Servicios**, depende de la competencia técnica y el grado de humanismo de los prestadores de servicios de salud, esta condición necesaria, pero no suficiente, requiere además de políticas saludables regulatorias de la autoridad sanitaria quien determina los requisitos esenciales, por debajo de los cuales es inadmisibles que un servicio funcione, o una persona ejerza, así como información adecuada de la sociedad civil, gracias a canales de comunicación de la autoridad con los usuarios o potenciales usuarios que pueden ejercer el control social constituyendo alianzas de usuarios o veedurías ciudadanas<sup>32</sup>.

**La Organización Mundial de la Salud expresa que existe Calidad de la**

---

<sup>32</sup> ALARID, Jaime Humberto. Modelos de Atención y Calidad de los Servicios. OPS/OMS H Honduras ondras, Tegucigalpa, Abril de 2000.

**Atención de la Salud cuando en ella concurren un alto grado de excelencia profesional, el uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgos para el paciente, un alto grado de satisfacción del paciente, un impacto final positivo en la salud.**

Cuando se habla de calidad en salud, es importante diferenciar tres términos, calidad técnica, calidad percibida y calidad total, aunque constituyan aspectos complementarios de una misma realidad.

**Calidad Técnica:** es la eficacia objetiva y depende del estado del arte de la práctica médica. Es el grado de seguimiento de normas contemporáneas para el correcto diagnóstico y el efectivo tratamiento con relación a la condición del paciente. Puede sintetizarse en la expresión: Hacer lo correcto correctamente.

**Calidad Percibida:** es aquella que percibe el usuario. Es subjetiva y suele estar influenciada por las condiciones socioeconómicas del paciente, así como por razones culturales y religiosas.

**Gestión Integral de Calidad:** es definida como el conjunto de principios, métodos y estrategias aplicadas en cada uno de los diferentes niveles, unidades y actividades de la institución, dirigidas a obtener mejores resultados con una mayor satisfacción al menor costo.

La base filosófica de la calidad total en los servicios de salud es que la calidad de los servicios que se prestan siempre puede mejorarse, se establece una constante tensión hacia la búsqueda de mejores alternativas en términos de satisfacción y costo, la gestión íntegra de calidad es una tensión constante que conduce hacia una Mejora Continua de la Calidad; las reformas de los sistemas de salud que se están llevando a cabo en muchos países sólo pueden considerarse exitosas si la calidad de la atención médica mejora como resultado de los cambios, ya que la mayoría de las personas consideraría a la reforma un fracaso si la calidad empeorara aunque los costos bajasen.

**Estudio de la calidad de la atención**, todos sabemos que obtener buena calidad cuesta (pero menos que resolver problemas), que la calidad está en todos (pero es responsabilidad de la gerencia), que los problemas están incorporados al sistema (por tanto hay que mejorar el sistema).

El primer paso para un mejoramiento continuo de la calidad es disponer de información confiable sobre lo que es necesario solucionar, por tanto primero hay que saber que está mal, los que están en mejor posición para saberlo son los que participan directamente como supervisores del proceso; el segundo paso es pasar de la corrección a la prevención, prevenir desde el principio los defectos, en lugar de que unos los produzcan, otros los encuentren y otros los corrijan.

En la identificación y jerarquización de problemas puede utilizarse la técnica de brainstorm (lluvia de ideas), el análisis en equipo, el método DOFA (debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas); el diagrama de causa efecto (espina de pescado de Ishikawa), las gráficas de Gant, el histograma de frecuencia, el gráfico de Pareto y por supuesto las estadísticas.

De los procesos hay que conocer su oportunidad, eficacia, eficiencia, efectividad e impacto, para valorar su reprogramación o reingeniería, para ello se dispone del benchmarking (sistema de información comparativa de referencia), que permite extrapolar experiencias exitosas en condiciones similares; los estándares mínimos de calidad y la acreditación (aval-crédito).

Hay que identificar las características del proceso, los resultados de la planificación local y los contenidos del plan anual de trabajo; conocer la satisfacción de necesidades (por ejemplo a dónde se envían los pacientes cuando la capacidad resolutive de una unidad productora de servicios de salud está superada), cuáles son los elementos de un sistema de transferencia (referencia y contrarreferencia), periodicidad y métodos de supervisión (guías y cédulas de supervisión), así como conocer la satisfacción de expectativas.

De la oportunidad, valorar si la atención se otorga cuando se necesita y requiere a través de medir tiempos de espera y listas de diferimiento.

La eficacia, grado de capacidad resolutive, acorde con el nivel operativo, de las metodologías de acceso, atención y referencia para lograr los objetivos en el tiempo, lugar, modo, persona y magnitud que se tienen previstos, es la relación método-objetivo que generalmente está en los manuales de procedimientos y relaciona soluciones-tiempo, soluciones-nivel y problemas-soluciones, es la relación de las actividades útiles, respecto a las totales.

De este rubro evaluar la competencia profesional constatando el grado de congruencia entre los conocimientos vigentes y las normas o estándares, a través de guías diagnósticas y terapéuticas o protocolos de práctica clínica, de los principales motivos de demanda. Los manuales de procedimientos deben ser constantemente actualizados con un enfoque de reingeniería de procesos pero basados en principios éticos.

La forma de racionalidad, en el uso óptimo del recurso es la eficiencia, en la que con el menor insumo (mínimo costo razonable, tiempo más corto) se logra el mayor producto, conservando la satisfacción de todos los elementos de la atención (usuario, prestador de servicios, autoridad), es la relación entre el costo del trabajo desarrollado y el resultado logrado.

La eficiencia puede determinarse en términos de actividades realizadas o en función de ganancia en salud obtenida, incluye las relaciones: insumo - productos = costos; evento - tiempo = rendimiento; evento - recursos = productividad, Implica el uso de tecnología apropiada, así como el diagnóstico, programa de estudio, de tratamiento y pronóstico adecuados.

La efectividad es la congruencia de principios éticos (no hacer daño, atención igualitaria, diferenciada por necesidad, humanismo, privacidad, trato individualizado, respeto al secreto profesional) en la consecución de los resultados esperados, al lograr curación, control de la enfermedad, mejoría del paciente, paliación, mejor calidad de vida, apoyo moral a pacientes y familiares o muerte digna (prolongar la vida o prolongar la agonía).

Las modificaciones cuali- cuantitativas, ambientales y epidemiológicas derivadas de las acciones de los servicios de salud, que conducen a mejoría de los niveles de salud poblacional constituyen el impacto, comprende modificación de la conducta (cambios en estilos de vida), del estado de salud, de la percepción de los servicios (aceptabilidad, satisfacción), así como disminución de indicadores estadísticos, de tipo negativos (incidencia, prevalencia, morbilidad, secuelas, complicaciones, mortalidad) o positivos (esperanza de vida activa, abatimiento de enfermedades prevenibles, aumento de rehabilitados, disminución de discapacitados, mejoría de calidad de vida).

Establecer requisitos mínimos (esenciales) y compararlos con un gradiente de estándares permite la acreditación de los establecimientos, la certificación de las personas y la protocolización de los procedimientos.

La satisfacción de necesidades **es fundamental en la atención con calidad (máximo beneficio, menor riesgo), curando cuando sea factible; controlando la enfermedad cuando no sea curable; mejorando al paciente, paliando síntomas; brindando apoyo moral a paciente y familiares o permitiendo una muerte digna, en todo caso los procesos deben ser de tal naturaleza que obliguen a la mínima exposición al riesgo a usuarios, prestadores de servicios de salud y autoridades.**

#### **2.1.6.6 Garantía de Calidad en salud**

Se refiere al "...Conjuntos de acciones sistematizadas y continuas, tendientes a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impiden el mejor beneficio o que incrementen los riesgos a los pacientes a través de cinco elementos fundamentales: evaluación, monitoreo, diseño, desarrollo y cambio organizacionales...".<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> ZURITA, Op. Cit.,pp: 2

Para el Dr. Humberto de Moraes Novaes<sup>34</sup> la "garantía de calidad" puede ser definida como un sub-programa de la programación local de los servicios de salud, que garantiza a cada paciente recibir atención diagnóstica o terapéutica específicamente indicada, para alcanzar un resultado óptimo, de acuerdo con los avances recientes de las ciencias médicas, y en relación a la enfermedad, para ello, se utilizará el mínimo de recursos necesarios, con el nivel más bajo de riesgo de lesiones adicionales o incapacidades consecuentes al tratamiento; obteniéndose la máxima satisfacción por los servicios recibidos, independientemente del nivel institucional al que pertenezca.

Para desarrollar efectivamente un programa de garantía de calidad será necesario que estén presentes las siguientes variables: calidad técnica de los profesionales, uso eficiente de los recursos, minimización de riesgos de lesiones asociadas por los servicios de salud ofrecidos, satisfacción del paciente en sus demandas, expectativas y accesibilidad a los servicios de salud.

Para la implementación de un Programa de Garantía de Calidad es de fundamental importancia: que todos los profesionales del equipo de salud, estén motivados y comprometidos con el Programa, exige un mayor grado de profesionalismo y, consecuentemente, un mejor desarrollo técnico, por la permanente identificación de deficiencias en la atención médica, observada no sólo por el ángulo individual, sino también de todo el grupo profesional.

Es importante hacer hincapié en los aspectos positivos de la garantía de calidad, esta no existe para culpar o castigar a las personas, sino para prevenir (o minimizar) los errores; la idea es hacer las cosas bien la primera vez y, de este modo, evitar la necesidad de repetirlas, el programa de garantía de calidad debe reducir la morbilidad y la discapacidad, los problemas iatrogénicos y aprovechar mejor el dinero gastado en la atención de los pacientes, pero, además de estos

---

<sup>34</sup> Dr. DE MORAES NOVAES, Humberto. \* Asesor Regional en Administración de Hospitales y Sistemas de Salud, Programa Desarrollo de Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, Washington, D.C.

resultados cuantificables, deben existir otros, como la satisfacción de los pacientes y sus familias, un personal comprometido que se sienta realizado, la utilización eficiente de los recursos y la determinación de "hacer bien lo adecuado y de inmediato".

**La acreditación de establecimientos**, es un programa voluntario, patrocinado por una agencia no gubernamental, en el cual revisores externos y colegas evalúan si una organización de salud cumple con los estándares de rendimiento preestablecidos, la acreditación trata de la capacidad de la organización en vez de la de un profesional individual o su rendimiento, a diferencia de la licenciatura, la acreditación se concentra en estrategias de mejoramiento continuo y en el logro de estándares óptimos de calidad en vez de la adherencia a estándares mínimos que tienen como fin asegurar la seguridad pública.

**La certificación ISO** es un proceso de evaluación realizado por un organismo independiente que avala la existencia de un sistema de calidad y que ese sistema se cumpla.

#### **2.1.6.7 Planeación de la calidad**

Aunque el tamaño y la estructura de las Organizaciones de Salud puede variar, existen ciertos componentes básicos de todo programa de gerenciamiento de calidad en salud: un responsable con dedicación suficiente del programa, con dependencia directa del máximo nivel de conducción (puede ser un director asociado, del que deberá depender también la Unidad Funcional de Atención al Usuario) lo cual representa lo vital que es considerado por el programa, con las siguientes responsabilidades:

Diseñar junto a los propietarios y máximos niveles de conducción de la organización la política de calidad de la institución, definir los objetivos operativos específicos del programa de calidad: requisitos de estandarización de procedimientos en los servicios, de certificación de los profesionales actuantes, de bioseguridad y seguridad general, de asistencia y satisfacción del usuario; ser el

responsable de la coordinación, interdisciplinaria y entre los distintos servicios; del programa de calidad, conducir el personal involucrado en el programa, establecer cuales son las áreas donde la mejora de la calidad es prioritaria, conducir los procesos de autoevaluación de forma periódica, identificar las necesidades de capacitación, un grupo de profesionales que conformen el “consejo de calidad”, que de acuerdo al tamaño de la institución pueden estar asignados exclusivamente al programa de calidad o compartir su trabajo en los servicios, con los siguientes roles: monitorear la implementación de las políticas de calidad y los progresos en el programa, si se siguen los protocolos, si los datos se colectan y registran adecuadamente y si se observan mejoras sostenidas en los resultados, elaborar junto a los responsables de los servicios asistenciales los indicadores y estándares referidos a los procesos y resultados de la atención médica y monitorear con ellos las actividades clínicas y quirúrgicas; conducir los diversos comités que mínimamente serán de Auditoría médica y revisión de HC, Infecciones hospitalarias, protocolización de la actividad asistencial, bioética, mortalidad hospitalaria y farmacia, además elaborar, implementar y evaluar periódicamente una encuesta de satisfacción de los usuarios externos e internos, elaborar una guía para los usuarios y hacer recomendaciones a los niveles de conducción del programa y de la organización.

#### **2.1.6.8 Gestión Integral de Calidad**

La GIC (gestión integral de calidad o gestión integral para la calidad) en los servicios de salud (válido tanto para hospitales privados como para hospitales públicos) es un concepto moderno que surge como una necesidad imperiosa ante la realidad sanitaria nacional y mundial para desarrollar un proceso permanente hacia la calidad y eficiencia

La necesidad de lograr calidad y eficiencia en la atención de la salud está justificada por estudios realizados, en especial, en el ámbito internacional en donde se demuestra que existen, en la mayoría de los establecimientos, de salud problemas de prestación de salud y de gestión administrativa que deben ser resueltos a corto plazo.



Constituye una propuesta moderna para la gestión de salud que requiere una visión integral del establecimiento de salud y el análisis permanente y objetivo de sus resultados, procesos y estructuras; una conducción en equipo con una visión estratégica y amplia de la realidad y del contexto de la institución; el desarrollo de sistemas de información para la gestión estratégica; la capacitación continua de todo el personal; el uso y actualización de normas, estándares, protocolos basados en la evidencia.

#### **2.1.6.9 El control de la calidad**

Según el Dr. Richard P. Wenzel<sup>\*</sup> el control de la calidad comienza con una evaluación de la distribución y los factores determinantes de la calidad, eso es fundamentalmente una tarea epidemiológica en un medio clínico, se podría comenzar con una recopilación regular y ordenada de tasas de servicios de buena calidad por medio de la vigilancia, una vez señalados los resultados, se podrían emplear definiciones útiles desde el punto de **vista operacional** e iniciar la vigilancia, antes de tomar los datos literalmente, se debe evaluar el sistema de vigilancia con un "patrón oro" concurrente, después se podrían estimar las tasas de servicios de buena calidad y determinar su grado de exactitud; entonces se podrían señalar los factores de riesgo independientes que determinan la buena calidad (o la mala calidad) y someter algunos de esos factores a estudios de intervención, desde el punto de **vista técnico**, se podría determinar si se preparó una historia clínica completa y si se hizo un examen físico completo, si se envió una nota de seguimiento al médico que envió al paciente o si todos los pacientes hospitalizados nuevos fueron sometidos a una hematimetría completa, todos estos aspectos podrían llamarse indicadores basados en el proceso, se podrían vigilar también los eventos que conducen directamente a alguna forma de morbilidad o mortalidad, que deberían llamarse indicadores de los "resultados" y podrían incluir las tasas de infección, las hemorragias, los errores en la administración de medicamentos, etc.,

---

<sup>\*</sup> *Profesor de Medicina, Especialista en Epidemiología Hospitalaria, Director de la División de Medicina General, Epidemiología Clínica e Investigaciones sobre Servicios de Salud. Universidad de Iowa, Facultad de Medicina, Iowa City, Iowa. Publicación autorizada por el autor.*

además, sería conveniente ampliar el análisis de los resultados a fin de incluir ciertas consecuencias atribuibles de esos indicadores de los resultados, tales como un período de hospitalización excesivamente largo, un ataque de apoplejía, anafilaxis, etc., por último, se podría evaluar la calidad del alta desde el punto de vista del derecho del paciente.

El control de la calidad comienza con el ingreso al hospital y continúa hasta que se da de alta al paciente, se podría determinar si el acceso al sistema de servicios de salud es apropiado y, "oportuno", tanto desde el punto de vista tecnológico como del paciente; también, se podrían evaluar otros atributos del proceso como las tasas de comunicación satisfactoria, la limpieza del hospital o clínica, la intimidad, la calidad de la comida, etc.; con el control de la calidad se propone crear marcos apropiados para vigilar la calidad de la atención que reciben los pacientes y modificar las prácticas que no sean óptimas, el objetivo del "manejo de riesgos" es reducir los riesgos que corren los pacientes y, en consecuencia, los costos de los resultados negativos, específicamente los juicios por negligencia profesional que entrañan un resarcimiento monetario. Tal como señala Massanari, "...más vale prevenir que curar...".<sup>35</sup>

#### **2.1.6.10 Evaluación de la calidad**

Dentro del Contexto de la evaluación de establecimientos de salud y aceptando un enfoque sistémico se definen a los indicadores como **las medidas de resumen de variables cuali-cuantitativas de estructura, procesos y resultados**, capaces de identificar áreas críticas de los mismos para medir la calidad y la eficiencia de sus actividades, siguiendo este enfoque los indicadores de evaluación serán medidas de resumen de variables cuali o cuantitativas y tendrán alguna relación ya sea con estructuras, procesos o resultados.

**Los Indicadores de Calidad**, siguiendo a Donabedian son aquellos que miden directamente los resultados finales de la atención tales como tasas letalidad, recuperación, infecciones, aceptación, etc. o estiman indirectamente los

---

<sup>35</sup> MASSANARI, R.M. Editorial: Risk Management. An epidemiologic approach. Infection Control, 1987; 8(1):3-6.

resultados a través del análisis de indicadores de procesos o estructuras en donde existe probada evidencia científica de su relación con resultados.

**Los Indicadores de Eficiencia**, son aquellos cuyo principal objetivo es medir no ya los resultados de la atención sino el adecuado uso de los recursos, por lo tanto y siguiendo nuevamente el enfoque sistémico propuesto por Donabedian, son indicadores que miden variables de estructura y de procesos.

A los indicadores de procesos se los puede denominar también indicadores de gestión, a su vez estos indicadores de procesos o de gestión pueden ser: de procesos (o gestión) administrativa y de procesos (o gestión) clínica

En general, la evaluación de calidad es realizada en base a variables gerenciales, según el enfoque de sistemas, el cual busca medir las *condiciones estructurales* de los servicios, desde los parámetros físicos, de calificación del personal, o del desempeño de los equipos. Otras condiciones del cómo se realizan, se hacen a través de indicadores del *proceso*, función de la sensibilidad de las tareas o especificación de la atención médica, de la accesibilidad a la institución, del tiempo de espera, de la gentileza en el trato, o por la indicación y aplicación apropiada de la terapéutica.

## 2.1.7 ADMINISTRACIÓN- GERENCIA

### 2.1.7.1 Teoría Clásica de la Administración

La Teoría Clásica de la Administración<sup>36</sup> fue desarrollada por el francés Henri Fayol en 1916. En esta época, la teoría “en boga” era la formulada por Taylor en los Estados Unidos y se caracterizaba por el énfasis en la tarea realizada por el operario (es decir, la administración científica). Por otro lado, Fayol formulaba su teoría clásica que se caracteriza por el énfasis en la estructura que la organización debería poseer para ser eficiente.

De acuerdo a Taylor, la eficiencia en las organizaciones se obtiene a través de la racionalización del trabajo del operario y en la sumatoria de la eficiencia individual. Sin embargo, en la teoría clásica se parte de un todo organizacional y de su estructura para garantizar eficiencia en todas las partes involucradas, fuesen ellas órgano o personas. Fayol parte de la proposición de que toda empresa puede ser dividida en seis grupos:

- Funciones técnicas, relacionadas con la producción de bienes o servicios de la empresa.
- Funciones comerciales, relacionadas con la compra, venta e intercambio.
- Funciones financieras, relacionadas con la búsqueda y gerencia de capitales.
- Funciones de seguridad, relacionadas con la protección de los bienes y de las personas.
- Funciones contables, relacionadas con los inventarios, registros, balances, costos y estadísticas.
- Funciones administrativas, relacionadas con la integración de las otras cinco funciones, coordinan y sincronizan las demás funciones de la empresa, siempre encima de ellas.

---

<sup>36</sup> Martín Sánchez Francisco Javier. Gestión de la Administración Pública, Módulo 1: Organización administrativa y toma de decisiones 10ª edición, septiembre 2007. España.

Para aclarar lo que son las funciones administrativas, Fayol define el acto de administrar como planear, organizar, dirigir, coordinar y controlar. Las funciones administrativas engloban los elementos de la administración. Estos mismos elementos constituyen el proceso administrativo que pueden ser encontrados en cualquier área de la empresa, es decir, que cada cual desempeña actividades de planeación, organización, etc. Como actividades administrativas esenciales. Desglosando estos **elementos**:

- Planeación: involucra la evaluación del futuro y el aprovechamiento en función de él.
- Organización: proporciona todas las cosas útiles al funcionamiento de la empresa y puede ser dividida en organización material y social.
- Dirección: conduce la organización a funcionar. Su objeto es alcanzar el máximo rendimiento de todos los empleados en el interés de los aspectos globales.
- Coordinación: armoniza todas las actividades del negocio, facilitando su trabajo y sus resultados. Sincroniza acciones y adapta los medios a los fines.
- Control: consiste en la verificación para comprobar si todas las cosas ocurren de conformidad con el plan adoptado. Su objetivo es localizar los puntos débiles y los errores para rectificarlos y evitar su repetición.

Estos cinco elementos constituyen las llamadas funciones del administrador. Sin embargo, cada autor clásico definió los elementos de la administración de un modo un tanto diferente. Si bien no se apartaron del enfoque de Fayol, lo visualizaron de un modo diferente. Urwick, por ejemplo desdobló el primer elemento en tres fases diferentes – investigación, previsión y planeamiento. De modo que para Urwick, los elementos de la administración son: investigación, previsión, planeamiento, organización, coordinación, mando y control.

Además, de acuerdo a Fayol, la capacidad principal de un operario es la capacidad técnica en tanto que la capacidad principal del director es la capacidad

administrativa, es decir, cuanto más elevado el nivel jerárquico del director, más domina esta capacidad.

Por tanto, a medida que se sube en la escala jerárquica la importancia relativa de la capacidad administrativa aumenta, mientras que la de la capacidad técnica disminuye.

Aunque la organización es en cierto modo es igual a administración, Fayol hace una distinción sencilla: la administración es un todo del cual la organización es una de las partes. Partiendo de esta división puede decirse además que la organización es una unidad social y una función administrativa. Como unidad social en las que las personas interactúan, se divide en organización formal, que es aquella basada en una división racional del trabajo. Es la organización planeada, la que está en el papel. Por el otro lado, está la organización informal, que no es más que aquella que surge espontáneamente entre las personas que ocupan posiciones en la organización formal.

Como función administrativa, la organización significa el acto de organizar, estructurar e integrar los recursos y los órganos responsables de ellos, unos con otros.

Todas las ciencias, incluso la administración, se deben basar en leyes. Fayol trató de definir sus **principios generales** de la siguiente manera:

- División del trabajo: consiste en la especialización de las tareas.
- Autoridad y responsabilidad: la primera es el derecho de dar órdenes, la otra es una consecuencia natural de la primera. Ambas deben estar equilibradas.
- Disciplina: depende de la obediencia a los acuerdos establecidos.
- Unidad de mando: cada empleado debe recibir órdenes de sólo un superior.
- Unidad de dirección: una cabeza y un plan para cada grupo de actividades que tengan un mismo un mismo objetivo.

- Subordinación de los intereses individuales a los intereses generales.
- Remuneración del personal: debe haber una justa y garantizada retribución para los empleados y para la organización.
- Centralización: se refiere a la concentración de la autoridad en la alta jerarquía de la organización.
- Jerarquía o cadena escalar: es la línea de autoridad que va del escalón más alto al más bajo.
- Orden: un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar.
- Equidad: amabilidad y justicia para alcanzar la lealtad del personal.
- Estabilidad y duración (en un cargo) del personal: la rotación tiene un impacto negativo sobre la eficiencia de la organización.
- Iniciativa: la capacidad de visualizar un plan y de asegurar su éxito.
- Espíritu de equipo: la armonía y la unión entre las personas constituyen grandes fuerzas para la organización.

Otros autores, como Urwick, los simplifican. De acuerdo a éste último los principios son cuatro:

- Principio de especialización: una persona debe realizar una sola función en cuanto fuere posible, lo que determina una división especializada del trabajo.
- Principio de autoridad: debe haber una línea de autoridad claramente definida, conocida y reconocida por todos, desde la cima de la organización hasta cada individuo de base.
- Principio de la amplitud administrativa: destaca que cada superior no debe tener más de cierto número de subordinados. El número de subordinados varía según el nivel de los cargos y la naturaleza de estos.
- Principio de definición: los deberes, autoridad y responsabilidad de cada cargo y sus relaciones con los otros cargos deben ser definidos por escrito y comunicados a todos.

Las críticas a la Teoría Clásica han sido numerosas. En primer lugar, porque presenta un enfoque simplificado de la organización formal, dejando de lado la

organización informal. Además, carece de trabajos experimentales que pudieran dar una base científica a sus afirmaciones y principios. Fayol y sus seguidores denominaban principios, que es un sinónimo de ley, a sus afirmaciones, que estaban basadas en su observación y que por lo tanto, eran empíricas y no demostradas. En tercer lugar, tiene un enfoque incompleto de la organización, ya que la visualizan como si ésta fuera un sistema cerrado. Este enfoque incompleto radica en que no consideran el factor humano dentro de la organización.

Sin embargo, a pesar de las teorías y modelos más actuales, la Teoría Clásica de la Administración sigue siendo un marco de referencia importante para el estudio de la Administración como parte fundamental de un sistema organizacional.

#### **2.1.7.2. Definición y características.<sup>37</sup>**

Existe una cierta controversia en la utilización de los términos administración (administration) y gestión o gerenciamiento (management), en los Estados Unidos, donde existe una antigua tradición en actividades descentralizadas, ambos conceptos se utilizan de forma indistinta, mientras que en Inglaterra y Francia la palabra management se emplea en el área privada y administration se utiliza en el ámbito de la administración pública.

En nuestro país, junto a otros países de América Latina, los términos gestión y administración han sido usados indistintamente, aunque algunos autores tienden a diferenciarlos progresivamente, considerando que la utilización del término gestión conlleva características que lo diferencia de la administración:

**La administración** posee herramientas que, aplicadas al ramo de los sistemas de salud, pueden ayudar a éstos a desarrollar una visión de conjunto del sistema, optimizando *recursos humanos, técnicos y financieros*, para poder llevar a las instituciones de salud a un estado de *crecimiento y eficiencia*; frecuentemente, los médicos destacados en su especialidad son llamados a administrar en los

---

<sup>37</sup> ISALUD, MSP. Proyecto de modernización de los servicios de salud MODERSA. Proyecto APS. Convenio Ecuatoriano - Belga. Diplomado Superior de Gerencia de hospitales, Modulo 3. Diciembre 2002-Abril 2003.p. 3-4



distintos niveles jerárquicos del sistema de salud, careciendo las más de las veces de experiencia y preparación específica en administración, por otro lado, también encontramos directivos que son expertos en administración, pero que desconocen los problemas de salud de la población.

La administración es un proceso interactivo compuesto por actividades, funciones y técnicas, que se desarrolla en una organización formal, por el cual se obtiene esencialmente a través de recursos humanos, un trabajo cumplido adecuadamente en tiempo, forma y dentro de un presupuesto, con el fin de alcanzar determinados resultados coherentes con el objetivo organizacional, el proceso o ciclo administrativo busca la adaptación de la organización a su entorno, la definición de los objetivos, su ejecución y seguimiento a fin de asegurar el cumplimiento de estos y satisfacer los fines, se compone con los procesos de planificación, organización, dirección y coordinación, control y evaluación; a su vez se complementa con 3 subprocesos: toma de decisiones, comunicación Influencia en las relaciones interpersonales

Existe una cierta controversia en la utilización de los términos administración (administration) y gestión o gerenciamiento (management). En los Estados Unidos, donde existe una antigua tradición en actividades descentralizadas, ambos conceptos se utilizan de forma indistinta, mientras que en Inglaterra y Francia la palabra management se emplea en el área privada y administration se utiliza en el ámbito de la administración pública.

Como en verdad la distinción entre administración y gestión podría tener sentido sólo en la interpretación de la evolución de las organizaciones, en el presente trabajo se utilizarán indistintamente ambos términos, a modo de síntesis de todas las contribuciones que a lo largo de la historia fueron aportando las diversas corrientes. De modo tal que de aquí en adelante se utilizará el concepto moderno de la administración, management, gestión o gerenciamiento estratégico, caracterizado esencialmente por tratarse de una gestión por objetivos estratégicos y orientada a los resultados más que una gestión por normas, y que puede definirse del siguiente modo:

Administración: Un proceso interactivo compuesto por actividades, funciones sociales y técnicas, que se desarrolla en una organización formal, por el cual se obtiene esencialmente a través de recursos humanos, un trabajo cumplido adecuadamente en tiempo, forma y dentro de un presupuesto, con el fin de alcanzar determinados resultados coherentes con el objetivo organizacional.

O en forma más sencilla, Administración es el proceso de planear, organizar, dirigir y controlar el trabajo de los miembros de una organización para lograr los objetivos establecidos. En este sentido, el Proceso o Ciclo Administrativo busca la adaptación de la organización a su entorno, la definición de los objetivos, su ejecución y seguimiento a fin de asegurar el cumplimiento de estos y satisfacer los fines.

Los términos gestión y administración han sido usados indistintamente, aunque algunos autores tienden a diferenciarlos progresivamente, considerando que la utilización del término gestión conlleva tres características que lo diferencia de la administración:

- Un modelo de gestión de RRHH más orientado a coordinar voluntades que a ordenar conductas
- Un modelo de organización menos burocrático y más descentralizado; menos normativo y más flexible
- Un mayor énfasis en el control de los resultados que en el control de los procedimientos

La Administración<sup>38</sup> es un proceso interactivo compuesto por actividades, funciones sociales y técnicas, que se desarrolla en una organización formal, por el cual se obtiene esencialmente a través de recursos humanos, un trabajo cumplido adecuadamente en tiempo, forma y dentro de un presupuesto, con el fin de alcanzar determinados resultados coherentes con el objetivo organizacional; en

---

<sup>38</sup> Fundación ISALUD. Instituto Universitario ISALUD. Diplomado Superior En Gerencia de Hospitales. Módulo 3 Gestión Ecuador, Diciembre 2002/ Abril 2003.

forma más sencilla, Administración es el proceso de planear, organizar, dirigir y controlar el trabajo de los miembros de una organización para lograr los objetivos

### **2.1.8 PLANIFICACIÓN.<sup>39</sup>**

La Planificación<sup>40</sup> es una de las clásicas funciones directivas, según Goetz, planificar es esencialmente “escoger entre líneas de actuación alternativas”, pero la planificación es algo más que escoger, ya que sino tendríamos sólo una técnica de toma de decisiones más o menos encubierta; también planificar es decidir por anticipado qué, cómo, cuándo y quién va a hacer una determinada actividad.

Entre las definiciones clásicas del concepto de Planificación cabe señalar:

“Tomar las decisiones necesarias para organizar algo”.

“Determinar las condiciones necesarias para pasar de una situación descrita a otra situación posterior también previamente descrita”.

“Elaborar un plan de acción que dé respuesta a las preguntas sobre qué, cómo, cuándo, quién, en qué cantidad, dónde y cuánto cuesta, relativas a hacer algo”.

---

<sup>39</sup> ISALUD, MSP. Proyecto de modernización de los servicios de salud MODERSA. Proyecto APS. Convenio Ecuatoriano - Belga. Diplomado Superior de Gerencia de hospitales, Modulo 6. Diciembre 2002-Abril 2003.p. 3-4

<sup>40</sup> Borrás Marimón Francisco. Gestión de la Administración Pública, Módulo 2: Planificación, programación y presupuestación, 10ª edición, Septiembre 2007.

“Proceso racional que establece la vía para decidir previamente lo que ha de hacerse cuando se presenta una determinada situación, para llegar a otro estadio, previsible, mejor que el anterior”.

“Proceso racional que, a partir del establecimiento de objetivos, permite conocer las previsible contingencias del proceso, y de esta forma, valorar actuaciones, plazos y costes”.

Como vemos, en todas las definiciones, como señala Benn, se establece el concepto de planificación como un proceso intelectual sistemático y ordenado mediante el cual se estructura un modelo que a de seguirse en las acciones específicas.

La Planificación es anticipación, no predicción; debe ser continua y abarcar a toda la organización. En la evolución histórica del concepto de Planificación ha imperado, en cada época, un factor predominante. Como podemos observar se ha pasado de una visión reactiva a una visión proactiva. Los principales hitos de dicha evolución son los siguientes:

1ª Etapa. Comprende la década de los años 50. La Planificación incidió sobre la actuación necesaria para evaluar el desempeño de los puestos de trabajo. El factor clave fue el control.

2ª Etapa. Comprende la década de los 60. Fue impulsada por el crecimiento de las organizaciones. Versó sobre la integración de los diversos objetivos de las unidades de la organización. El factor clave fue la coordinación.

3ª Etapa. Comprende la década de los 70. Su motor fue el incremento del grado de complejidad de las organizaciones. Se enfocó hacia el método para lograr las grandes metas de la organización. El factor clave fue la metodología.

4ª Etapa. Comprende la década de los 80. Fue motivada por el nuevo cambio cultural de la organización. Se dirigió hacia la creación de una nueva cultura administrativa en la que se dio una importancia capital a la Dirección de los Recursos Humanos. El factor clave fue la globalización.

5ª Etapa. Comprende la década de los 90. Su impulso supone un cambio del anterior escenario reactivo a uno nuevo, proactivo. Se encaminó a considerar que el entorno evoluciona con tanta rapidez que quedan desfasados los métodos de previsión, de tal forma que el futuro hay que rediseñarlo a cada momento. El factor clave fue la prospectiva.

Los instrumentos de planificación que caracterizan a cada una de esas décadas y sus principales postulados son los siguientes:

En la década de los años 50 cobró una gran relevancia el Presupuesto y el Control de la Gestión. Todo se controlaba y para intentar controlar también el futuro se potenciaron los métodos tanto cualitativos como cuantitativos de previsión.

En el aspecto económico-financiero se desarrolló el control financiero de explotación, los balances y los flujos de caja. Todos los esfuerzos se encaminaban a cumplir el presupuesto anual. La Dirección se humaniza bajo la influencia de las escuelas de gestión que recalcan la importancia del factor humano.

En la década de los años 60, con el crecimiento de las organizaciones surge la necesidad de una planificación a medio y largo plazo. Las organizaciones no innovan sino que prefieren mantenerse en las tendencias del entorno. El instrumento de planificación es el Plan a Medio y Largo Plazo. Se analiza el

entorno y se asignan los recursos de una forma incremental, es decir se incrementa (o disminuye) cada asignación presupuestaria del año anterior un cierto porcentaje, que suele ser el mismo.

En la década de los años 70, cobra relieve la Planificación Estratégica (que estudiaremos en un posterior apartado). Es el momento del Marketing y de la partición de la organización en áreas de actividad. Se impone la Dirección por Objetivos (que también analizaremos posteriormente), que había sido ya estudiada a mitad de la década de los 50. Tras un análisis de la organización y de su entorno se evalúan las diversas alternativas de actuación. Escogida una de las alternativas se le va asignando recursos de una forma dinámica (no incremental o estática).

En la década de los años 80 se impone el Plan de la Organización. Se pone énfasis en la Calidad y en la Productividad y se analizan cada uno de los departamentos de la organización para optimizar el rendimiento de la organización. Se critica peyorativamente a la burocracia. Se piensa estratégicamente y el Plan está básicamente orientado hacia el exterior.

Finalmente, en la década de los 90, bajo el imperio de la globalización, cobra gran relieve el Management Estratégico. Se analizan cuidadosamente las potencialidades de las personas, del entorno y de la capacidad de la organización. Cobran importancia conceptos como pensamiento estratégico, misión, valores, estilo y cultura organizacional.

Se pasa de un enfoque dedicado básicamente a cumplir el presupuesto a otro dedicado a predecir el futuro, después a incidir sobre cómo pensar estratégicamente, y finalmente a crear el futuro.

La Planificación es una de las funciones de la administración, es un instrumento de gestión y de política económica, que tiene por objetivo el aportar mayor racionalidad en la toma de decisiones y en la asignación de los recursos, es

proyectar una visión de un futuro deseado y los medios como alcanzarlo, es una toma de decisiones anticipada, planificar es decidir por adelantado, antes que se requiera la acción: qué hacer?, cómo hacerlo?, cuándo hacerlo?, quién ha de hacerlo ?. en definitiva la planificación es el método de razonar antes de actuar, es el cálculo que precede y preside la acción, con el objetivo de posicionar la organización en un futuro mejor; quién no sabe planificar, no sabe a donde va, termina en cualquier sitio, así como el que no sabe lo que busca, es muy probable que no entienda aquello que encuentra, la planificación, se asemeja a un mapa de ruta, es el instrumento adecuado para saber donde está el destino elegido, cuál es el mejor camino para llegar a él e interpretar aquello que al paso se encuentra.

#### **2.1.8.1 Principios generales de la planificación.**

En todo tipo de planificación existen principios generales básicos que es importante recordar: un esencial es el **diagnóstico**, que nos permite saber dónde estamos y cómo estamos, el principio de **análisis de las variables intervinientes**, el de la **flexibilidad** y la disposición al **enfoque contingente**, lo cual **posibilita efectuar cambios sobre la marcha**, otro importante es el **planeamiento de alternativas**, un plan siempre debe tener alternativas y finalmente un principio esencial es el **compromiso con el “como” y el compromiso con el “cambio”**, por parte de quienes planifican.

Como resultado de la planificación se obtienen: políticas o planes maestros, programas y proyectos.

##### ***2.1.8.1.1. Formas de planificar***

Con respecto a la forma de desarrollar la planificación, tradicionalmente se reconocen dos modalidades: la planificación normativa y la planificación estratégica; la normativa, se origina en la ex-URSS, en 1921, es centralizada y realizada por pocos expertos, establecía que es posible predecir certeramente el futuro basándose en el conocimiento del pasado y la observación del presente, la estratégica, surge en la década del 70, al replantearse la planificación normativa, la misma que se adopta definitivamente en la década del 80.

### 2.1.8.2 Tipos o niveles de planificación.

De acuerdo al objetivo y el contenido de la planificación, al nivel de participación, y el plazo en el que se proyecta, se reconocen 4 tipos o niveles de planificación: la estratégica, presupuestaria, de proyectos y operativa.

**La Planificación estratégica**, es descentralizada y participativa, la ventaja reside en que quien participa se compromete con los resultados, es una planificación de largo plazo, por medio de la cual, los niveles de propiedad y los máximos niveles de conducción de las organizaciones establecen políticas, objetivos primarios generales y contenidos cualitativos de las acciones que habrán de realizar dichas organizaciones, se caracteriza por un alto grado de participación e involucramiento en su elaboración, la utilización del enfoque de contingencia y la creación de escenarios.

*Un alto grado de participación e involucramiento*, la planificación estratégica debe ser elaborada de forma descentralizada y participativa, por cuanto es clave y absolutamente necesario la participación e involucramiento de toda la organización en este tipo de planificación, cuantas más personas participen y se impliquen en el diseño de un proyecto, más probabilidades de éxito se tiene.

*La utilización del enfoque de contingencia*, consiste en que quienes toman decisiones en una organización, a través de un amplio proceso participativo, obtienen la información necesaria para elaborar los fines (el lugar ideal al cual llegar) y establecen los caminos y los recursos (cómo llegar) para alcanzarlos, incluye establecer por anticipado, cómo durante y después de ejecutado el plan, se realiza el seguimiento.

*La creación de escenarios*, es hipotetizar sobre cómo evolucionarán las principales variables que intervienen en los diversos componentes del escenario o subescenarios, se reconocen, cinco subescenarios importantes: económico, sociocultural, político-legal, tecnológico y estructura competitiva, la Organización Mundial de la Salud recomienda desde 1990 la construcción de escenarios que prevean hacia donde se dirige cada sistema de salud.



Las fases del proceso de planificación estratégica son: **identificación del problema, diagnóstico de situación, formulación del plan estratégico, definición de actividades, definición de los indicadores de impacto y metodología de evaluación.**

**La identificación del problema**, es la percepción de una realidad insatisfecha, definida por un actor social, posible de cambiar y que desafía a la acción, es la brecha entre una situación actual y un objetivo deseable, posible de ser alcanzado, un problema bien formulado es un problema medio resuelto, existen diversos instrumentos para la detección de problemas como: entrevistas, talleres, lluvia o tormenta de ideas; las **entrevistas** deben ser estructuradas, claras, precisas, coherentes, y deben contener la metodología de evaluación en su diseño, un **taller**; es un espacio de aprendizaje y producción de una tarea, donde un grupo de personas, son guiados por un facilitador en el desarrollo de un trabajo determinado, la **tormenta de ideas** o **brainstorming**, es una técnica donde un grupo de personas con conocimiento de una determinada realidad, son invitadas a liberar sus ideas.

**El diagnóstico de situación**, es un minucioso estudio de confrontación entre las fortalezas y las debilidades de la institución, frente a un determinado problema, comprende dos tipos de análisis, el externo y el interno; el **análisis externo o del entorno** consiste en identificar las oportunidades y amenazas que existen en el macroentorno y el microentorno, analizar el macroentorno implica valorar el ambiente internacional y nacional, así como los factores macroeconómicos, sociales, gubernamentales, legales, y tecnológicos que puedan afectar la organización; analizar el microentorno involucra una evaluación de la estructura competitiva de la organización; el **análisis interno**, posibilita fijar con exactitud las fortalezas y debilidades de la organización, comprende la identificación de la cantidad y calidad de recursos disponibles para la organización.

**En la formulación del plan de acción**, se debe considerar la definición de metas y objetivos (para qué se hace), definición de actividades (qué se hace,

quien lo hace, donde lo hace, cuándo se hace y con qué recursos se hace), definición de los indicadores de impacto y metodología de evaluación.

**Planificación presupuestaria**, el objetivo es específico; de programas, el contenido es cuantitativo respecto tanto de las actividades de los distintos programas como de su valor en pesos, establece actividades y recursos, el nivel de responsabilidad es de todas las conducciones, de todos los niveles gerenciales, es ampliamente participativa, y la planificación es anual o de mediano plazo

**Planificación de proyecto**, el objetivo es específico; desarrollo de un determinado proyecto, la responsabilidad es de los niveles de conducción, es participativa, de mediano plazo, intermedia entre la planificación presupuestaria y la planificación estratégica.

**Planificación operativa**, el objetivo es establecer los estándares técnicos de la actividad., el contenido son los aspectos rutinarios de la actividad diaria o semanal, es elaborada por las conducciones operativas, es participativa con el nivel operativo, es de corto plazo: diario o semanal.

### 2.1.8.3 Elementos en el proceso de planificación en salud

El proceso de planificación en servicios de salud tiene cuatro elementos que son : el tiempo, el espacio, el modo y la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

El **tiempo** hace referencia al momento de vigencia del proceso, que debe surgir de la decisión política de planificar, el **espacio** es la delimitación geográfico-poblacional, cubierta por el servicio de salud, el **modo** hace referencia a las técnicas y las formas en que se va a planificar, y la **satisfacción de las necesidades de salud de la población** hace referencia a cómo se define y evalúa el impacto de la intervención planteada sobre la situación de base previa a dicha intervención.

### **2.1.9 ORGANIZACIÓN<sup>41</sup>**

Desde los inicios de la humanidad, los hombres han tendido que agruparse para lograr los resultados que les era imposible conseguir de forma individual, en este sentido, la organización social aparece cuando mínimamente un grupo de individuos unen sus esfuerzos y colaboran para alcanzar un objetivo común, reparten las funciones y los trabajos de forma coordinada.

#### **2.1.9.1. Definición y características.**

La organización es un modelo de sistema con algún propósito, el cual es parte de un sistema mayor que lo comprende y sistema es un conjunto de partes que interactúan para alcanzar un objetivo común, por lo tanto, las organizaciones sociales son un sistema estructurado dentro de un sistema más inclusivo, son agrupaciones humanas deliberadamente construidas para lograr metas específicas; la mayoría de los autores reconocen que las organizaciones sociales se caracterizan por poseer contexto socio económico cultural, metas específicas, interacción e interdependencia de sus miembros que se expresa en la distribución del poder, la división del trabajo y el sistema de comunicaciones; se dice que existe interacción cuando existen partes distintas, y los recursos de unos son necesarios a otros, la interacción sigue un patrón sinérgico (de acción combinada con resultado distinto a cada acción individual, de intensidad mayor o menor), en forma de redes.

La Organización Social, es un sistema dinámico y dinámicos son los sistemas vivos, ya sean biológicos o sociales, es abierto dado que importa recursos del medio (corriente de entrada o imput), los transforma y los exporta como corriente de salida o output, en forma de otra cosa, sea materia o energía; en la corriente de entrada o inputs, se reconocen tres recursos organizacionales: los factores productivos provistos por las familias, los insumos provistos por los proveedores

---

<sup>41</sup> ISALUD, MSP, modulo 2, Op. Cit., PP: 4 - 95

(en las organizaciones de salud el propio paciente es un insumo) y los recursos financieros provistos por los financiadores (generalmente bancos y/o Estado), también los recursos organizacionales se clasifican en físicos o materiales, financieros, humanos, insumos y de información, en la corriente de salida, lo que se entrega al medio o output, es un producto que tiene un valor agregado, el valor de la corriente de salida debe por lo menos permitir recuperar los recursos de entrada utilizados, en los servicios de salud es importante reconocer la diferencia entre el output, el producto de salida (por ejemplo el paciente operado) y el outcome, esto es el resultado en términos de mejora o no de la salud o de la calidad de vida, en la corriente de salida está incluida la utilidad, sea económica o social, de acuerdo al tipo de Organización Social que se trate.

#### **2.1.9.2. Tipos de Organizaciones Sociales**

De acuerdo al proceso de transformación existen tres tipos de organizaciones sociales: industrial, comercial y de servicios; en una organización **industrial** el proceso de transformación es físico, en una organización **comercial** el proceso de transformación es el cambio de lugar, en una organización de **servicios** existe una inseparabilidad entre la producción y el consumo; es decir, que es necesaria la presencia física del usuario, el que consume, en el mismo momento y lugar donde se produce la transformación; en las organizaciones industriales y comerciales el producto es un bien de consumo, mientras que en la de servicio, el producto es un servicio, en las de servicio, la corriente de salida está formada además del producto y la utilidad, por el resultado o satisfacción, para una institución privada de servicios, además del producto y el resultado, forma parte de la corriente de salida la utilidad económica, mientras que para una entidad sin fines de lucro, es la utilidad social y el reconocimiento social; para una institución de “bien público”, como un hospital, debe formar parte de la corriente de salida no solo los productos sino los resultados en términos de utilidad social, que no sólo se refleja en los indicadores de salud, sino que además se expresa en el reconocimiento de la sociedad, la satisfacción de los usuarios, la defensa por parte de la sociedad para que se le siga entregando el subsidio desde el Estado para funcionar.

### **2.1.9.3. Concepto y características de los Servicios.**

Un Servicio es el resultado de un acto aislado o de una secuencia de actos, de duración y localización definidas, realizados con medios humanos y materiales, según procesos, procedimientos y comportamientos codificados que tienen un valor económico.

Los Servicios poseen características específicas, muy diferentes de las de los bienes de consumo que producen las organizaciones sociales industriales y comerciales, que condicionan la gestión y la calidad desde el mismo momento del diseño, estas características son: la propiedad ( los clientes adquieren el uso o disponibilidad del servicio), el contacto directo ( cuanto menor es la relación directa entre la organización y el usuario, más libertad tiene aquella de normalizar la oferta, por el contrario si la relación es estrecha, el servicio debe personalizarse al máximo para obtener calidad), la relación empresa de servicios – usuarios, la participación del usuario y la producción y consumo concomitantes e inseparables, la intangibilidad( condiciona que su grado de calidad dependa de la percepción y evaluación de los clientes), la heterogeneidad (no existen dos consumidores ni dos proveedores iguales, los servicios son difíciles de generalizar), la caducidad (como consecuencia de la intangibilidad y de la simultaneidad de la producción y el consumo los servicios son perecederos, no pueden almacenarse).

La empresa sanitaria tiene características que la distinguen de otras organizaciones por cuanto las decisiones más graves y urgentes se toman sin intervención jerárquica, la empresa sanitaria en general es de producción continua y personalizada, las decisiones fundamentales son clínicas, el principal recurso es su gente y de la más alta calificación, el insumo principal es el que recibe el servicio, la producción exige altos niveles de participación del trabajador, el servicio se presta en su totalidad, los que dirigen las empresas de salud deben gestionar procesos, la variabilidad, desarrollar gestión clínica y gestión de costos, la producción hospitalaria debe ser personalizada y humanizada.

#### **2.1.9.4 Estructura de las Organizaciones Sociales**

Toda organización, para alcanzar su misión, requiere de que se divida el trabajo en diferentes tareas, de que se organicen dichas tareas, esto es, el establecer quien hace que, como se conducen y coordinan los equipos de trabajo y cuales son los canales de comunicación entre las diferentes partes, el requisito esencial para diseñar la estructura es la búsqueda de la adaptación de dicha estructura a las necesidades y realidades de cada empresa.

Mintzberg analiza a la estructura de las Organizaciones Sociales de acuerdo a las partes fundamentales, a los mecanismos de coordinación, a los parámetros fundamentales del diseño y a los tipos de configuraciones que más se han desarrollado.

En toda organización social pueden distinguirse dos tipos de componentes estructurales: los explícitos y los subyacentes; los componentes explícitos; el núcleo operativo (la base de cualquier organización está constituida por las personas que se encargan del trabajo fundamental, el de elaborar productos o de prestar servicios); el ápice estratégico (constituido por un gerente que orienta y supervisa todo el sistema); la línea media (una línea jerárquica de autoridad entre el núcleo operativo y el ápice estratégico constituida por gestores); la tecnoestructura (fuera de la línea de autoridad, y que crece a medida que lo hace la empresa, constituida por un grupo de analistas encargados de planificar y de controlar el trabajo de los demás); personal de apoyo (que presta servicios de apoyo como asesoría jurídica, catering, relaciones públicas ); los componentes subyacentes; la ideología( tradiciones, creencias ); coalición interna (sistema por el que las personas compiten entre sí para determinar la distribución del poder); coalición externa (grupos externos que ejercen influencia sobre la organización como propietarios, autoridades políticas, sindicatos, clientes, etc.).

Según Mintzberg, los mecanismos de coordinación pueden considerarse como el

pegamento que mantiene unidas las organizaciones, y parecen seguir un orden a medida que el trabajo de la organización va haciéndose más complejo, esto es, a mayor complejidad se va pasando de la adaptación mutua (el mecanismo más simple) a la supervisión directa, y luego a la normalización, para al final volver de nuevo a la adaptación mutua.

Los principales parámetros que ayuda a definir el diseño de la estructura de las organizaciones sociales son: la división del trabajo o especialización del puesto, la formalización del comportamiento, la formación, el adoctrinamiento, la agrupación en unidades o departamentalización, el tamaño de la unidad, sistemas de planificación y de control, dispositivos de enlace, descentralización, línea de mando y organigrama; las diversas formas de agrupación en unidades y departamentos dan origen a tres tipos de estructuras organizacionales: por función, por producto/mercado y matriciales; la línea de mando en esencia expresa a quien se reporta el personal de una determinada unidad y cuál es la relación de mando desde el núcleo operativo y el ápice estratégico; dado que la mayoría de las estructuras organizacionales son demasiado complejas como para transmitir la línea de mando verbalmente, se traza comúnmente un organigrama, en el que se muestran los departamentos y unidades, sus posiciones dentro de la organización, cómo se relacionan entre sí y cuál es la línea de mando; seleccionar una línea de mando apropiada es importante por que afecta la eficacia y eficiencia, una línea de mando muy ancha puede significar que los administradores se extienden demasiado y que los subordinados reciban muy poca dirección y control, una línea muy angosta puede significar que los administradores estén subaprovechados, además crean estructuras organizacionales verticales con muchos niveles entre los administradores más altos y los más bajos, en estas organizaciones, una cadena de mando entorpece la toma de decisiones, las líneas muy anchas, crean estructuras organizacionales horizontales, con menos niveles administrativos entre la parte superior y la inferior; entorno y las capacidades tanto de los administradores como de los subordinados para seleccionar una línea de mando apropiada se deben considerar factores tales como el entorno y las capacidades tanto de los administradores como de los subordinados.

Los tipos de Organizaciones Sociales de acuerdo a la configuración de su diseño estructural según Mintzberg: organización de tipo empresarial o simple (la estructura es sencilla), organización de tipo mecanicista (tiende a desarrollar la administración y puede servir para entornos y sistemas de producción simples), organización profesional (para entornos complejos, pero estables, puesto que la estabilidad permite poner en práctica habilidades normalizadas; este es el modelo de organización hospitalaria, una organización en la que la especificidad de las tareas de sus trabajadores concede a éstos un enorme poder de control sobre su actuación), organización diversificada (conjunto de entidades independientes) y organización innovadora (para organizaciones modernas que necesitan innovar de forma muy compleja), organización misionera (está dominada por su ideología) y organización de tipo político.

#### **2.1.9.5. Estructura Organizacional de los Hospitales**

Establecer la organización de una institución de salud comprende agrupar recursos humanos en unidades de tareas denominadas unidades funcionales (unidades de procesos, no de estructura), establecer para cada una de las unidades funcionales los procesos, procedimientos y actividades que son de su competencia, determinar el grado de autonomía, establecer responsabilidades y responsables, establecer las relaciones entre las diversas unidades funcionales, determinar líneas de autoridad para la toma de decisiones y determinar los canales de comunicación formal.

Tradicionalmente en las instituciones de salud se utiliza el organigrama, como documento formal que representa la red de jerarquías y relaciones, este expresa la estructura gerencial, las diversas unidades funcionales, sus autoridades y líneas de mando, así como las vías de comunicación entre unidades.

En las organizaciones de salud, de acuerdo a la evolución histórica, al tamaño de la institución, al grado de descentralización y autonomía, existen en la actualidad cuatro tipos de estructuras organizacionales: las estructuras con agrupamiento de profesionales por ramas del conocimiento en departamentos (estructuras funcionales), las estructuras con agrupamiento de profesionales por los servicios



que se brindan (estructuras por divisiones; hospital por cuidados progresivos), las estructuras con agrupamiento de profesionales por productos o programas que se llevan adelante (estructuras por producto) y las estructuras mixtas (estructuras matriciales).

Independientemente de la estructura que se adopte, el objetivo de las instituciones de salud en el aspecto organizativo, en un marco de continua exigencia por mayor eficacia, eficiencia y calidad, debe ser el de procurar que cada unidad funcional asistencial o de servicio se constituya en un equipo de trabajo que se autogestione (Self-managed work team), con capacidad de entregar un continuo de servicios de salud, que le permita a la organización cumplir con su misión, asistiendo a los clientes y satisfaciendo las necesidades de la comunidad.

Las organizaciones que pretenden enfrentar los cambios que se desarrollan en el sector salud y así subsistir, deben ser flexibles, deben estar preparadas para rediseñarse a sí mismas y así adecuar su estructura a la estrategia organizacional que mejor responda a los cambios que se van sucediendo.

**La organización funcional** (agrupamientos por función), se refiere a estructuras centralizadas, con manejos verticales y con integración en niveles próximos a las jefaturas, lejos de los niveles operativos, la idea central es que existen funciones especializadas que deben ser llevadas a cabo eficazmente, por lo que es necesario una integración y coordinación centralizada, por ejemplo el departamento de enfermería está organizado de modo que todas las enfermeras dependen de la jefatura de enfermería, y esta decide quienes hacen el trabajo, donde y como.

**La organización por servicios**, divide la organización en pequeñas unidades sobre la base de los servicios que presta y cuyos miembros, ya sean médicos, administrativos, enfermeras y otros, aunque contractualmente pertenecen a la organización, son propios de la unidad y están coordinados por el jefe de dicha unidad.

Una de las principales complicaciones de las estructuras funcionales y los servicios, es que existe frecuentemente una dualidad entre la toma de decisiones administrativas de la organización y las asistenciales de cada unidad, una gran dificultad es establecer responsabilidades, este tipo de estructuras favorece el desarrollo profesional, ya que cada grupo pretende optimizar los recursos y las actividades de su propio departamento o servicio, el mayor riesgo en este tipo de estructuras organizacionales es que el paciente en lugar de ser considerado como un sistema compuesto por diferentes partes integradas armónicamente, sea tratado más como un conjunto de órganos que corresponden a diversas especialidades; para superar estas dificultades, las organizaciones con estructuras funcionales y por divisiones, para mejorar la cooperación horizontal, alcanzar la integración de los diversos servicios, superar la compartimentalización de la atención, utilizar mejor los recursos, disminuir las camas ociosas y favorecer el encolumnamiento tras los objetivos de la organización, han intentado diversas estrategias como el desarrollo de áreas de interés compartido, con participación interdisciplinaria ( áreas de planificación, de calidad de la atención y diversos comités), además el desarrollo de la organización.

**El hospital por cuidados progresivos**, los hospitales tradicionales o modernos, con alto nivel de producción y de demanda, requieren que los cuidados y los recursos estén en función del requerimiento integral de la persona, el cuidado progresivo es un modo de gestión prestacional basado en la sectorización de los servicios finales del hospital de acuerdo al tipo de cuidados requeridos por el paciente, no diferenciado por especialidades, por las características de su patología y el nivel de cuidado que exige; un modelo asistencial por cuidado progresivo permite establecer la internación de acuerdo a la disponibilidad real de camas, complejidad de cuidado de enfermería, concepción epidemiológica e infectológica institucional, esta forma de cuidado permite establecer, dimensionar y optimizar la distribución del recurso humano médico, de enfermería y de insumos como lo imponga la demanda, este sistema tiene la racionalidad de buscar una correcta relación entre la cantidad de enfermeras y los pacientes internados que tiene que atender, entre insumos y requerimientos, equipamiento y

necesidades de los pacientes, es un sistema que debe ser flexible porque las necesidades de los pacientes son cambiantes con los años, varían día a día, e inclusive de turno a turno, quien define el nivel de cuidado es el médico que interna basándose en el nivel de cuidado que requiere el paciente, tanto de enfermería como médico, este tipo de estructuras organizativas, al centralizar la admisión, facilita la accesibilidad, la comunicación con la comunidad y la articulación con los centros del primer nivel, esta forma de cuidado esencialmente permite establecer, dimensionar y optimizar la distribución del recurso humano asistencial y el tecnológico, de acuerdo a la demanda, por cuanto es posible determinar los requerimientos de cada paciente, de acuerdo al grado de pérdida de su autonomía, independientemente de la especialidad que efectúe la asistencia, en general la variable más importante es la cantidad de horas de cuidado de enfermería que requiere cada paciente, al fijar una carga horaria de trabajo para el personal de enfermería, es indispensable discriminar las tareas, distribuyendo todas las tareas a lo largo del día, porque la mayor carga de trabajo en general la soportan las enfermeras diurnas, particularmente las del turno mañana.

**La organización por procesos**, los atributos más relevantes de las organizaciones sanitarias modernas tienen que ver con la mejora de sus procesos productivos o de atención, hacia procesos más eficientes e integrales, equitativos y eficaces, seguros y fiables, coordinados con el usuario, la comunidad y las prioridades políticas, constituyendo una organización flexible, capaz de cambiar y aprovechar para bien las transformaciones del entorno, el éxito radica en poseer procesos bien diseñados, en función de los costos, la satisfacción y de los principios del sistema sanitario, sin interferencias de los financiadores, de los pagadores, del complejo industrial y con el sustento de la evidencia científica.; la organización por productos, basada en estructuras por programa o Programs Management, pretende derribar las barreras entre departamentos, en realidad los disuelve, tratando de desarrollar estructuras descentralizadas, con manejos horizontales e integración en los niveles operativos, son mini unidades productivas denominadas Service Line Units o Internal Small Business Units,

donde la base de la organización es la provisión eficiente de un producto; cada producto es un programa y puede coincidir o no con un servicio.

**La organización matricial**, en muchas instituciones de salud existen estructuras organizacionales intermedias, las denominadas estructuras matriciales donde sobre una estructura funcional o por servicios se le sobrepone otra, que asemeja ser por productos, pero que no es autónoma; el resultado es que los profesionales y otros agentes por una parte tienen por su especialidad una dependencia vertical con el superior de esa especialidad, pero a su vez por estar en la línea de producción de un servicio tienen dependencia funcional de otro, la existencia de doble autoridad para el personal, en las organizaciones matriciales no sólo genera frecuentes conflictos, sino que además ofrece pliegues para que algunos agentes escondan conductas oportunistas.

#### ***2.1.9.5.1 Características funcionales básicas de las Organizaciones Sociales***

Para el funcionamiento de las organizaciones sociales es fundamental reconocer ciertas características esenciales como la visión y la misión, la entropía y la negantropía, los objetivos de parte, la dimensión espacial, la dimensión temporal y la cadena temporal, las funciones en los niveles de la organización, los subsistemas dentro de la organización y el desempeño de la organización.

#### **2.1.9.6 Diagnóstico y Evaluación organizacional**

El análisis interno y del entorno de la organización, que constituye el diagnóstico estratégico de la institución, se basa en dos actividades esenciales: el análisis de los entornos, demográficos, socio-económicos, culturales, epidemiológicos y de servicios de salud, en todos los aspectos que puedan tener repercusiones sobre la institución de salud, en la actualidad y en un futuro previsible y el análisis de la estructura y funcionamiento de la propia institución; como resultado de los análisis del entorno surge una descripción detallada de el frente interno (fortalezas y debilidades) en el frente externo (oportunidades y amenazas).

Todo en el marco de la situación concreta de la comunidad y la misión de la organización, esto es lo que se denomina matriz DOFA o SWOT de la literatura inglesa (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats), en el análisis externo se analiza la comunidad, sus necesidades y sus problemas de salud, se identifican y valoran las fuerzas, tanto generales (política económica por ejemplo), como particulares (competidores directos por ejemplo), que al externo de la organización tienen la potencialidad de impactar, ya sea positivamente (oportunidades) o negativamente (amenazas), sobre lo que dicha organización quiere y puede hacer, en el análisis interno de la organización se valora qué está haciendo actualmente, qué está capacitada la organización para hacer y que es lo que se quiere hacer, qué se quiere, con qué se cuenta y de que se adolece, sus fortalezas y sus debilidades.

#### **2.1.10 GESTIÓN.<sup>42</sup>**

Con el transcurrir de los años, las organizaciones fueron evolucionando y surgieron dentro de éstas diferentes posiciones sobre cómo debieran tomarse las decisiones, superando las rigideces de los criterios de logística militar, ingeniería y conducta de los individuos; fueron incorporándose conceptos desde la economía y de la mano de ésta ingresaron técnicas como la contabilidad y la estadística que iniciaron una larga trayectoria de aportes a la toma de decisiones, de igual forma, a partir de los aportes de Herbert Simon quien fuera galardonado con el Premio Nobel de Economía por su aporte al estudio de las Organizaciones, - fundamentalmente por “Teoría del Comportamiento Administrativo”- la problemática de la gestión comenzó a ser abordada predominantemente desde las ciencias sociales; en esta evolución y hasta el momento actual, la preocupación central en el mecanismo de toma de decisiones fue desplazándose sobre dos focos, el primero se centró en los individuos, en el recurso humano, en cómo dividir el trabajo para producir más, en cómo organizarse para producir más

---

<sup>42</sup> ISALUD, MSP, modulo 3, Op. Cit., PP: 13-72

y mejor; luego el foco se fue centrando en el contexto en que se desempeña la organización para así estar preparado para poder adaptarse a un entorno cambiante, cómo adaptarse rápidamente, cómo innovar a velocidad.

Concretamente, en el concepto de gestión estratégica, fueron incorporándose progresivamente en la visión de la administración, cuatro enfoques: el enfoque de sistemas, la teoría de la contingencia, la incorporación de nuevos roles y la administración por objetivos. En el enfoque de sistemas, la interdependencia existente, entre las partes de una organización y su ambiente; en el enfoque de contingencia, la necesidad de adaptar los métodos administrativos a cada situación, en la aparición de nuevos roles que sumados a los roles tradicionales, esto es, el rol en las relaciones interpersonales, el rol en la comunicación y el rol en la toma de decisiones, deben asumir los actuales managers, tales como: liderar la capacitación permanente, ser expertos en mediación y constructores de equipos de trabajo (Team Work); la aparición del concepto de gestión de los objetivos, es la administración por objetivos, que se basa en que los managers en realidad gestionan dos elementos claves: los objetivos y los procesos.

Los objetivos centrales, están predeterminados en la misión de una determinada organización y son presentados por el nivel de propiedad y de gobierno; los objetivos secundarios, alineados con los objetivos centrales, se evalúan, ajustan y reformulan permanentemente, son determinados por los niveles gerenciales; los objetivos secundarios pueden ser establecidos por parte de los niveles operativos, dentro de un marco establecido por el nivel de conducción superior. Los procesos, el otro componente que gestionan los managers, son el conjunto de actividades con un resultado específico, contenidos dentro de los diversos programas que debe llevar adelante una organización.

### **2.1.10.1 Necesidad, propósito e importancia del gerenciamiento en salud**

La necesidad del management, gestión o gerenciamiento surge toda vez que en una organización productiva es necesario tomar las mejores decisiones de asignación de los recursos, para cumplir con el objetivo organizacional; el propósito del gerenciamiento es conducir la organización hacia su objetivo, que debe ser muy claro para todo el personal, y asignar los recursos humanos, materiales, financieros y de tiempo de modo tal de alcanzar los mejores resultados con los menores costos, el administrador, manager o gerente es aquel que alcanza con eficiencia sus objetivos, que son los de la organización, a través de las actividades de los otros.

El objetivo central de las instituciones de salud difiere si se trata de instituciones públicas o privadas, el objetivo de las instituciones privadas es maximizar la diferencia entre ingresos y gastos, el de las instituciones públicas de salud, es cumplimentar los programas de salud del estado; sin embargo ambas necesitan optimizar la utilización de los recursos; las privadas para proveer mayores ganancias (utilidad privada) y las públicas a través de más y mejores prestaciones, alcanzar un mayor impacto en salud (utilidad pública).

Gerenciar, gestionar o administrar es planificar, organizar, dirigir, dar incentivos positivos y negativos, evaluar y controlar para que se realicen eficientemente las actividades que conducen a alcanzar el objetivo de una organización; sin embargo, aunque las bases del gerenciamiento son idénticas en todas las actividades productivas, es fundamental conocer las particularidades del sector por cuanto para administrar correctamente una organización no sólo se requiere conocer la técnica de gestión y los indicadores de producción, sino que además y esencialmente se requiere conocer los procesos que en ella se desarrollan y las características particulares de dicha actividad.

### 2.1.10.2. Características especiales del Gerenciamiento en salud

Existe un acuerdo en las organizaciones tales como la American College of Health Care Executives y la Canadian College of Health Services Executives acerca de las siguientes particularidades en el gerenciamiento en salud, la misión de las organizaciones de salud y la complejidad de las organizaciones de salud.

La misión de muchas de las organizaciones de salud como empresas de servicios a la comunidad versus la orientación a la obtención de utilidades económicas por parte de las demás empresas es una de las características diferenciales primeramente señaladas; la complejidad de las organizaciones de salud está vinculada a las especificidades del sector salud, que son las siguientes: el proceso productivo, el componente social y la imprevisibilidad del consumo y la aparición del tercer pagador.

El proceso productivo es único por cuanto, quien demanda, el paciente, es el insumo clave del proceso productivo; es extremadamente complejo debido a que es inevitable la variabilidad del paciente, y por ende existe una determinada imprevisibilidad de los procesos productivos diagnósticos y terapéuticos, con lo cual el número de conductas posibles en la producción es altísimo; además intervienen una proporción elevada de profesionales que por formación buscan autonomía en su labor, por la naturaleza altamente descentralizada de su actividad junto al paciente deciden la cantidad y calidad de los recursos o inputs del proceso productivo, existe una gran asimetría de información entre quien demanda los servicios y quien los ofrece, la demanda de servicios de salud muchas veces no refleja las reales necesidades de salud, existe una demanda sin soberanía del consumidor dado que quien ofrece los servicios de salud puede generar fácilmente la demanda, existe una gran dificultad para evaluar los resultados en términos de salud y la calidad de los servicios que se proveen.

- La complejidad de las organizaciones de salud, además de tener una operatoria continua en actuaciones que muchas veces plantean problemas que involucran la vida y la muerte de las personas, coexisten cuatro empresas diferentes: **un hotel** cuyos usuarios presentan múltiples



exigencias; una **empresa tecnológica**, que utiliza tecnología de punta y procesos casi industriales: los servicios intermedios de diagnóstico y tratamiento; una **empresa artesanal** con productos difíciles de definir, donde múltiples profesionales altamente capacitados ejercen prácticamente en forma autónoma, aunque concomitantemente requieran un alto grado de coordinación y muchas veces la toma de decisiones sea compartida: los servicios finales y una **escuela de formación técnica y profesional** y un instituto de investigación.

### 2.1.10.3 Bases del gerenciamiento

Los conceptos básicos que deben conocerse en el gerenciamiento son: el rol, las funciones y el estilo del management; el rol se refiere a la naturaleza del trabajo de gestión, a la conducta inherente al gerenciamiento que involucra componentes esenciales como el de las relaciones interpersonales, el de comunicador y el rol en la toma de decisiones; las funciones se refiere a cada una de las actividades principales que debe desarrollar un gerente, que son planificación, organización, dirección (conducción y coordinación), evaluación y control; el estilo es la manera en que los roles y las funciones son llevadas a cabo. En la actualidad, existe un consenso, entre muchos autores, al señalar que el término gerencia se puede definir como un proceso que implica la coordinación de todos los recursos disponibles en una organización (humanos, físicos, tecnológicos, financieros), para que a través de los procesos de: planificación, organización, dirección y control se logren objetivos previamente establecidos.

La Planificación es un instrumento de gestión que tiene por objetivo el aportar mayor racionalidad en la toma de decisiones y en la asignación de los recursos; la organización, función gerencial, que consiste esencialmente en establecer quién hace qué; la dirección es el proceso de conducción de las personas al logro de los objetivos de la organización, es el motor de cada una de las unidades funcionales de la organización, que integra y coordina los esfuerzos de todos los miembros de cada equipo de trabajo para que estos sean coherentes con los

objetivos de la unidad y de toda la organización, la función de dirección tiene tres vertientes esenciales: el manejo del recurso humano, la conducción y la coordinación de las tareas en los diversos procesos.

**El manejo del recurso humano**, es función del gerente e incluye: selección del personal necesario para la producción de su unidad, capacitación esto es desarrollo del recurso humano, ubicación, establecer incentivos positivos y negativos, resolución de los conflictos y control y evaluación del rendimiento.

Esta responsabilidad puesta a la cabeza de los diversos gerentes implica que los departamentos de personal de las organizaciones no tienen responsabilidad final sobre el personal de cada servicio, sino que actúan a modo de apoyo, asesoramiento y centralización de tareas, en el manejo de los recursos humanos, el objetivo de cada manager para con cada persona que se encuentra bajo su supervisión es de hacerle conocer a cabalidad los objetivos de la organización, ayudar a compatibilizar los objetivos personales con los de la organización, facilitar el desarrollo de su máxima potencialidad, proveer incentivos positivos, tanto económicos como no económicos, que premien aquellas conductas que ayuden el logro del objetivo institucional e incentivos negativos que castiguen las conductas oportunistas que perjudiquen el desenvolvimiento; es también tarea central del manager la resolución de los conflictos que pudieran surgir. En las organizaciones de salud, por las características diferenciales mencionadas, particularmente la diversidad y relativa indefinición de los productos, junto a la gran cantidad de profesionales que intervienen y las diversas fuentes de poder, frecuentemente se plantean conflictos acerca de qué es lo que debe hacerse o el cómo, para alcanzar estos objetivos, los managers de salud deben estar preparados y conocer las técnicas para enfrentar los conflictos; lo principal es el diagnóstico, saber que tipo de conflicto se está enfrentando, en definitiva la capacidad del manager efectivo consiste en encontrar las mejores soluciones para la organización, que permita a ambas partes en conflicto ganar.

**La conducción**, esta función de la dirección tiene por objeto guiar el equipo de trabajo, compatibilizando los factores del medio y de la propia unidad, integrando los recursos humanos propios con los de las demás unidades.

El gerente tiene la autoridad, esto es el derecho de guiar las acciones de los otros, de conducir a sus subordinados, por su posición formal en la institución, sin embargo no basta con la autoridad para que las decisiones que se toman sean cumplidas adecuadamente, hace falta además el poder, esto es la capacidad de lograr que los demás hagan lo que se desea de ellos.

Es importante recordar que por las características particulares de las organizaciones de salud, en especial por el tipo de servicio que proveen y el grado de descentralización de sus actividades, los resultados dependen de la extensión y grado de compromiso de su personal.

La conducción es la función del manager que inicia la acción que harán otros, incluye dar directivas y asignar tareas, pero esencialmente se refiere a construir un cuerpo motivado a cumplirlas, comprometido con los resultados y disciplinado en el seguimiento de las normas. El estilo de conducción más eficiente será aquel que se adapte mejor en las diversas situaciones y frente a los diferentes tipos de personal del que se dispone.

**La coordinación de las tareas**, es una función clave del que dirige y es una piedra angular de la eficiencia de dicho proceso, para llevar adelante esta función es imprescindible que quien dirige una unidad funcional, asistencial o no asistencial conozca a cabalidad los procesos que en ella se llevan a cabo, para poder coordinar las tareas que conforman cada proceso, de forma tal que estos sean eficientes.

La evaluación y control, evaluar es comparar lo alcanzado contra lo programado, con el objeto de determinar el grado de obtención de las metas que se habían propuesto; controlar es comparar contra normas preestablecidas, la evaluación es el control de la gestión y controlar es analizar bajo normas, los procedimientos y resultados, con el objeto de introducir correcciones si fuera necesario; por lo tanto

se desarrollarán los dos conceptos: la evaluación gerencial o control de gestión y el control de los procedimientos.

En una organización social proveedora de servicios de salud, el control de gestión es un sistema de apoyo a los distintos niveles de conducción de dicha organización en el proceso de toma de decisiones, dirigido a facilitar el monitoreo de la consecución de las metas en cada uno de los centros de responsabilidad de dicha organización, previamente establecidas y coherentemente encolumnadas con los objetivos organizacionales definidos en la misión. El sistema de control de gestión se trata esencialmente de un sistema de información y comunicación donde los centros de responsabilidad, que tienen establecido metas sobre la base de indicadores de desempeño y ejecución presupuestal, realizan informes periódicos indicando las metas previstas y los niveles alcanzados para cada una de esas metas a la fecha del informe, así como los desvíos que se hubieren producido y un análisis de las causas que dieron origen a tales desvíos.

En la práctica se observa que el sistema de control de gestión más común, tanto de Hospitales como de empresas privadas de provisión de servicios de salud, se refiere esencialmente a los sistemas de revisión de la evolución de la ejecución del presupuesto anual de recursos y gastos y la evolución de la programación anual de los servicios, el sistema de control gerencial de alta dirección debe brindar información clave en los aspectos críticos del negocio: la rentabilidad, productividad, el posicionamiento comercial y la motivación de los recursos humanos.

El Control de los procedimientos, es también una función gerencial, que tiene por objetivo verificar si los procesos de cada unidad funcional se realizan según los procedimientos establecidos: comparar contra las normas de procedimiento (manuales de procedimiento) prefijadas, es analizar bajo normas, los procedimientos y resultados con el objeto de introducir en ellos las correcciones que fueran necesarias.

#### 2.1.10.4 Dirección por Objetivos.

La dirección por objetivos (DPO) es una forma de gestión, una modalidad gerencial que busca la consecución de las estrategias de la organización a través de identificar un conjunto de actividades concretas, susceptibles de medición y seguimiento individualizado, asignando a cada una de ellas los recursos precisos, los responsables de su ejecución y el plazo para su realización, es un proceso que implica la creación de objetivos que se entiendan, acepten y cumplan tanto el supervisor como por el supervisado; también procura la revisión periódica de dichos objetivos, y un gran énfasis sobre los resultados de los mismos, es el instrumento más eficaz para dirigir organizaciones y equipos de trabajo, constituyéndose, además, como el principal medio de estímulo y motivación profesional, las características esenciales son la determinación del sistema de objetivos, la delegación de la misión de alcanzar un objetivo y la motivación del personal. Las fases son la planificación estratégica, la determinación de objetivos, el sistema de seguimiento y la evaluación del desempeño.

La dirección por objetivos debe garantizar el encadenamiento de toda la organización desde su nivel estratégico al nivel operativo, comenzando desde la planificación estratégica, que está dirigida a la determinación de las grandes políticas de actuación, a la definición de las líneas de negocio.

Un objetivo debe referirse a los resultados (outputs) de las actividades que se desarrollen y no a los recursos empleados, estos se relacionaran con los objetivos y los resultados, pero el *objetivo de un proceso no se refiere a lo que entra (input) sino a lo que sale (output) del mismo*, los objetivos se enuncian en términos de los resultados que se pretenden obtener; además, los objetivos han de ser realistas y factibles, estar bien definidos y ser específicos, ser medibles en lo posible, o que al menos puedan verificarse, ser motivadores, ser participativos o negociados, tener fechas ciertas, si así lo exigen las actividades que se realizan, encuadrarse en los límites de responsabilidad de la unidad o centro asistencial, englobar una parte importante de las actividades de esa unidad, estar vinculados con los objetivos más amplios de la organización a la que la unidad o centro pertenece,

tener flexibilidad, lo que permita su revisión periódica, y su redefinición ante cambios en el entorno.

El sistema de seguimiento, debe reunir las siguientes características: los indicadores han de ser de fácil comprensión, indicadores en número sea limitado para que el ejecutor pueda memorizar el valor del objetivo a conseguir y los resultados parciales que se obtienen, con independencia de que existan otros encaminados a posibilitar análisis complementarios, evitar en lo posible que la carga de los registros para la elaboración de los indicadores corresponda al mismo ejecutor con la triple finalidad de evitar la burocracia del seguimiento estadístico, limitar las posibilidades de manipulación de quien va a ser valorado en función de ese resultado y asegurar el rigor en su elaboración, por las mismas razones, y siempre que sea posible, el seguimiento se efectúa de manera automatizada situando marcadores de gestión en las entradas y salidas de los sistemas de computación utilizados, en el caso de indicadores de carácter funcional o grupal, conviene instrumentar su publicación y difusión interna, también conviene desarrollar indicadores de contraste o comprobación del propio sistema de medición.

La evaluación del desempeño es un procedimiento sistemático y personalizado de valoración cuantitativa y cualitativa de las actividades y resultados obtenidos en cada uno de los puestos de trabajo, busca la apreciación de la capacidad y actitud de los colaboradores para el desempeño de las funciones que tienen asignadas, en concreto, se trata de analizar las potencialidades, implicación y resultados.

Sin embargo, la evaluación del desempeño es una de las tareas más difíciles del directivo y es preciso minimizar las posibilidades de incorporar apreciaciones subjetivas, es fundamental seleccionar criterios claros y comprensibles que permitan diferenciar las aportaciones de las personas con la máxima objetividad y, si es posible, hacerlos públicos con carácter previo a la evaluación; mejor aún, con carácter previo al inicio de las actividades que van a evaluarse, a fin de garantizar el conocimiento previo de las reglas del juego.

La evaluación del desempeño ha demostrado ser un de los medios más útiles para potenciar la comunicación entre subordinados y mandos en lo concerniente a responsabilidades, objetivos y resultados.

### **2.1.11 MONITOREO Y EVALUACIÓN.<sup>43</sup>**

#### **2.1.11.1 Definición y características de monitoreo.**

El monitoreo es un análisis periódico tipo gerencial- administrativo que se realiza durante la operación de los servicios, donde se controla el cumplimiento de los plazos, provisión de insumos (calidad, continuidad, precios, etc.); es considerada una evaluación administrativa muy básica.

Los aspectos a considerar en un monitoreo son algunos elementos que han evidenciado constante interés, como el nivel de involucramiento del paciente y/o familiares en el proceso incluyendo la explicación de los procedimientos (ventajas, desventajas, riesgos), la forma adecuada del uso de los insumos brindados, la participación en la toma de decisión sobre cursos de acción y la capacitación para el “auto- cuidado” tanto al paciente como a familiares; aspectos organizaciones que incluye el cumplimiento de horarios, la no existencia de “trabas” o trámites excesivos, el orden y definición de procesos (protocolización, normalización, estandarización), siempre que exista un nivel de flexibilidad en función de las necesidades del usuario; condiciones del ambiente, que incluyen: condiciones físicas (limpieza, color de la pintura, buena presentación, iluminación), comodidad para el usuario (confort), seguridad del ambiente, señalización de los departamentos, salidas, etc.; condiciones de los insumos brindados: presentación y calidad ( por ejemplo dietas, medicamentos etc.), empaque de los mismos, instrucciones claras por escrito en cuanto a su uso; condiciones de los prestadores de servicios: forma de vestir, forma de comunicarse con el cliente,

---

<sup>43</sup> CHACÓN, H. Indicadores de Gestión para la toma de decisiones, Modulo IV. Evaluación de servicios de salud. Costa Rica, 2005. p. 1-29.

aclaración de dudas, percepción de capacidad profesional, trato ( proceder de los proveedores durante la prestación de servicios de salud, de obra o de palabra, en su relación con el cliente como empatía, respeto, gentileza, afectuosidad, dignidad); grado en que son respetados los derechos de los clientes de los servicios de salud ( consentimiento informado).

**Las formas de monitoreo**, desde el punto de vista de la fuente de información, pueden ser directa o indirecta; directa, preguntándole al usuario e indirecta, por la tasa de uso de los servicios, cuando los usuarios prefieren uno y otro funcionario para ser atendidos, etc. Desde el punto de vista de la frecuencia, la medición de estos indicadores puede ser sistemática, intermedias o no sistemática; **sistemática**, sistemas de información que funcionan permanentemente y que capturan opinión o percepción del usuario en cuanto a aspectos de la organización, ejemplo: al finalizar el proceso se le pide al cliente que llene un formulario, o bien es entrevistado; **intermedias**, encuestas de opinión durante el año a los usuarios: serán sistemáticas si se realizan de forma programada todos los años bajo una concepción de monitoreo y **no sistemáticas** si se realizan de forma irregular (unos años si y otros no) y con formatos diferentes; percepción de satisfacción a través de medios de comunicación.

Lo realmente importante para que el sistema funcione, es que la organización cuente con personal asignado específicamente para capturar y procesar esta información y que proporcione información en forma periódica, la organización debe utilizar esta información para la toma de decisiones, lo cual puede involucrar modificación de procesos de trabajo, capacitación a determinados funcionarios, reubicación a personal, etc., en general **realmente ponerle atención a lo que dice el cliente**, esta es una estrategia del gerente inteligente y que han seguido todas las grandes organizaciones que a nivel mundial se encuentran en un **nivel de excelencia y de éxito**, pues ha sido el mismo cliente quien ha marcado la pauta en cuanto a la innovación en la oferta de servicios, lo cual ha tenido niveles de aceptación que han sobrepasado las expectativas iniciales de dichas organizaciones, las mismas que a pesar del éxito obtenido, continúan buscando la opinión del cliente para seguir innovando en un proceso de continua mejoría.



**Los métodos de monitoreo**, cuando la organización puede implementar de forma sistemática o no una serie de métodos, entre ellos: grupo de consulta (grupo pequeño de clientes que se reúnen con un facilitador y responden preguntas abiertas), la selección de los participantes es al azar o en función de alguna característica en común; reuniones con miembros de la comunidad ( puede ser en forma sistemática con reuniones regulares mensuales, trimestrales o semestrales); entrevista individual frente a frente ( proporciona información sobre diferentes maneras de pensar de los usuarios); recorrido con los usuarios( por las instalaciones del establecimiento, discutir la forma de atenderles mejor); encuestas (personal, por teléfono o correo); sistematización (base de datos), permite conocer el perfil cualitativo de las quejas (denuncias – insatisfacciones)presentadas por los usuarios, además de la necesidad de investigar, analizar y dar respuestas a las quejas que se presentan, la información en ellas contenida, es de gran utilidad como manifestación de un problema, que seguramente está afectando la calidad, la eficiencia o la satisfacción de los usuarios y estará sujeta a la metodología que conduzca a su solución; existencia de contralorías de servicios locales ( implica asumir por parte de la gerencia la atención del usuario como un servicio mas entre el catálogo de servicios que brinda el establecimiento, establece un nuevo perfil de puesto dentro de la organización); usuarios incógnitos (profesionales que visitan los establecimientos aparentando ser usuarios e informan sobre trato recibido).

#### **2.1.11.2 Definición y características de la evaluación.**

La evaluación es un proceso dinámico, continuo y sistemático, enfocado hacia los cambios de las conductas y rendimientos, mediante el cual verificamos los logros adquiridos en función de los objetivos propuestos; es el acto que consiste en emitir un juicio de valor, a partir de un conjunto de informaciones sobre la evolución o los resultados, con el fin de tomar una decisión.

Según la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico/ Comité de Asistencia para el Desarrollo (OCDE/CAD), evaluación es un escrutinio, lo más sistemático y objetivo posible, de un proyecto, programa o política en ejecución, y sus dimensiones de diseño, ejecución y resultados; el propósito es determinar la pertinencia y logro de los objetivos y la eficiencia, efectividad, impacto y sustentabilidad del desarrollo. Para la Organización de las Naciones Unidas<sup>44</sup> (ONU), es "...el proceso encaminado a determinar sistemáticamente y objetivamente la pertinencia, eficiencia, eficacia e impacto de todas las actividades a la luz de sus objetivos; se trata de un proceso organizado para mejorar las actividades todavía en marcha y ayudar a la administración en la planificación, programación y toma de decisiones futuras...", la finalidad general de la evaluación es tomar decisiones de cambio y mejora a lo largo de un proceso.

El propósito general de la evaluación, determinará tanto las alternativas de acción administrativas como las alternativas metodológicas aplicables al proceso mismo de la evaluación que puede ser administrativo, descriptivo o resumen, económico, seguimiento, sociopolítico, de retroalimentación o autodesarrollo.

**El proceso analítico de la evaluación**, consta de una serie de etapas que son: propósito, intereses, preguntas, métodos de reunión de datos, hallazgos (análisis, síntesis, interpretación, valoración), conclusiones detalladas (análisis, síntesis, interpretación, valoración), conclusiones generales y enseñanzas, recomendaciones generales, recomendaciones detalladas y decisiones concretas.

**La preparación e implementación**, consiste en que la definición de los intereses, las preguntas y las normas de evaluación, selección de los métodos de recolección de los datos; durante la etapa preoperatorio, el responsable de la evaluación y los interesados seleccionan y definen los intereses de evaluación y las preguntas que se responderán con la evaluación, además definen las normas

---

<sup>44</sup> ONU. Pautas básicas para el seguimiento y evaluación de programas, Mimeo FECS, 1984.P.18

que se aplicarán para valorar servicios y programas, la esfera temática o el área específica a evaluar; de acuerdo a las preguntas seleccionadas, los evaluadores escogen los métodos de reunión de datos y los instrumentos de formulación para reunir información válida y fiable que les permitan dar respuesta a las preguntas de evaluación; los instrumentos para la recolección de datos incluyen: una lista de preguntas, guías de entrevista, guías de grupos focales y lista de verificación de establecimientos de salud; los datos reunidos constituyen los resultados de la evaluación; los aspectos a considerar al evaluar servicios de salud son: cantidad, costo, calidad; los resultados eficacia, impacto, efectividad y cobertura.

**El análisis de la información**, consiste en que los resultados de la información se analizan y sintetizan en un conjunto de aseveraciones, es decir, las conclusiones detalladas de la evaluación, que dan respuesta a las preguntas de la evaluación; la solidez de las conclusiones depende de la cantidad, calidad y credibilidad de la información reunida, depende también de la calidad de la interpretación y valoración de los datos obtenidos por los evaluadores. El objetivo de la interpretación es el de buscar un significado de los resultados y dar sentido a los datos reunidos en una evaluación, no basta con plasmar en un cuadro los datos del rendimiento de un servicio, para poder llegar a conclusiones de evaluación, es preciso interpretar dichos datos para deducir el significado práctico de lo constatado; las conclusiones detalladas de la evaluación se sintetizan en las conclusiones generales de la evaluación y las enseñanzas extraídas.

**Características de un buen proceso de evaluación**, si se busca que el proceso de evaluación contribuya al desempeño e impacto de desarrollo de los servicios de salud, debe asegurarle a los involucrados que el proceso sea imparcial, creíble, útil, participativo, retroalimentador y eficaz.

**Génesis de una evaluación**, la necesidad de evaluar nace de la obligación del gerente de conocer ¿cómo se están haciendo las cosas en el servicio? y ¿en qué se están invirtiendo los recursos financieros del establecimiento?, por tal motivo J.

Wilde y S. Jockey señalan que existen tres escenarios básicos que impulsan al gerente a elaborar evaluaciones, para tener conocimiento del desempeño del establecimiento que dirige. En el escenario uno, se identifica el problema dentro del servicio, la causa que está produciendo o previsiblemente se producirán en el futuro, los resultados que contradicen o se alejan de los objetivos perseguidos por la gestión; la evaluación, es un análisis retrospectivo de cuestiones operativas, de procesos o de cuestiones administrativas; el escenario dos parte de la necesidad política, administrativa y de gerencia de optimizar los procesos internos del establecimiento para maximizar la eficiencia y la eficacia del mismo; en el escenario tres, la evaluación parte de la necesidad de comparar los beneficios (resultado+impacto) del servicio con los costos que se invirtieron. Es determinar si el grado de beneficio alcanzado corresponde a la cantidad de recursos tanto económicos, como institucionales, que se invirtieron o emplearon en el servicio.

Una evaluación óptima será aquella donde el evaluador determine su alcance partiendo de las limitaciones pragmáticas y sobre todo considerando las capacidades técnicas y de la aplicabilidad de métodos de medición disponibles; además el evaluador debe tomar en cuenta que en la medida que crece el alcance de una evaluación, también crece la inseguridad de lo que se está evaluando, los costos, el tiempo de ejecución, los recursos necesarios, etc.

**Metodología de la investigación**, puede ser **experimental**, cuando el gerente o evaluador tiene alguna hipótesis sobre el rendimiento del establecimiento, son estudios con una base estadística e integrada por mecanismo de medición aleatorios, donde se comparan los beneficios del programa, su impacto y la población atendida con otros programas semejantes; **cuasi experimental**, cuando utiliza encuestas y entrevistas destinados a los funcionarios del servicio, este método se basa en el análisis de procesos internos y externos del servicio; **básico de estudio**, es un método para la recolección de datos descriptivos, se basa en test y pruebas sobre la población atendida; **naturista**, es un análisis de los funcionarios del servicio y del entorno donde se ejecuta, los datos son de tipo

cualitativos y cuantitativos; **mixto**, busca integrar los métodos descritos, con el fin de consolidar un método general de evaluación.

**Tipos de datos a recolectar**, este proceso de operacionalización es la transición de la realidad del servicio a índices, indicadores etc, los datos básicos pueden ser **cuantitativos**, ya que apoyan las investigaciones deductivas e inductivas; se basa en procesos estadísticos, pueden ser descriptivos y de relación; los **cualitativos**, favorecen al análisis inductivo, los datos pueden ser recolectados con entrevistas, métodos de observación y estudios amplios del servicio; además se buscarán elementos que apoyen estas categorías y sus relaciones; pueden ser análisis fenomenológico, documental, inductivo y comparativo.

**Modalidades del evaluador**, el gerente deberá determinar si forma un equipo para esta tarea o si la evaluación debe ser asumida por expertos externos al servicio, por tal razón la modalidad será: evaluadores internos (equipos integrados por responsables del establecimiento o por la gerencia media del servicio, lo que permite rebajar los costos de la evaluación y la apertura total de todos los funcionarios del servicio para su análisis); los evaluadores externos (personal que no tiene relación directa con el establecimiento, que encuentran una gran resistencia en los funcionarios del servicio para ser analizados, pero brinda un nivel óptimo de objetividad en el análisis).

**El proceso de evaluación de servicios de salud**, debería considerar los aspectos que conforman el concepto de PRODUCTIVIDAD, ya que establece la relación entre la producción de bienes/servicios, y los insumo/recursos para producir y proveer servicios o productos a niveles específicos de calidad y de manera oportuna; entonces productividad es una medida para evaluar cualquier tipo de actividad productiva de la sociedad, o como el grado de significación y efectividad de las actividades que utilizan a la naturaleza.

Al planificar las actividades de evaluación, se deberá determinar el **por qué**, es decir, establecer la pertinencia entre lo formulado y lo ejecutado, optimizar los procesos internos y externos, analizar todo el contexto donde se ejecuta la producción/atención de los usuarios y maximizar la eficiencia y eficacia del establecimiento; el **qué**, el **cómo**, **quién**, **cuando** y los **recursos**; además definirse el **período a evaluar**, que no debe ser muy lejano como para que pierda interés gerencial de los problemas que ameriten una oportuna corrección o toma de decisiones, lo ideal es que sea tan cercano al momento actual, tanto como lo permita la información institucional posible; la normativa y sistemas de información vigentes permiten contar con la información respectiva solo hasta 22 días e incluso 1 mes después de terminado el período; **evaluar la producción**, requiere identificar cuales son los servicios que ofrece el establecimiento, identificación de los servicios finales; consiste en comparar la situación actual del establecimiento con una serie de situaciones virtuales: lo programado para el mismo periodo, lo ejecutado en periodos anteriores, la capacidad potencial de producción en función de capacidad física instalada y la capacidad de producción en función de la dotación de recurso humano; la **evaluación de la eficiencia de los servicios**, consiste en la elaboración de indicadores en función de la producción actual y compararlos con los mismos indicadores en función de estándares o normas institucionales, los indicadores más utilizados suelen ser: rendimiento del recurso humano, ( consultas por hora), rendimiento del recurso físico ( % de ocupación: 80%, estancia promedio: 5 días ), índices de utilización de servicios de apoyo y costos de operación; **evaluar la calidad de los servicios**, consiste en evaluar la calidad objetiva (calidad técnica), es valorar la incidencia y prevalencia de eventos indeseables, serán indicadores con base a índices o tasas y calidad subjetiva (relacionada con la opinión del usuario, respecto al servicio recibido), consiste en el grado en que el servicio brindado cumple y supera las expectativas del cliente, para lograr el deleite del usuario, entonces formar la lealtad del cliente, satisfacer las necesidades del usuario, entonces desarrollar la confianza, cumplir los requisitos del usuario, entonces evitar quejas del cliente y cumplir la legislación y normativa nacional e institucional. Para el desarrollo de los procesos de monitoreo y evaluación es importante contar con una herramienta informática, el sistema de información.

### 2.1.11.3 Sistemas de información<sup>45</sup>

Hoy en día los sistemas de información juegan un papel importantísimo en las instituciones, este tipo de conocimiento abarca tanto perspectivas técnicas como conductuales, destacando el conocimiento en la administración, organización y tecnología.

Debido a esto, los sistemas actuales deben cumplir con ciertas expectativas para tener un mejor desempeño en las empresas que los desarrollaran; estas expectativas son los denominados retos de los sistemas de información, y que contribuyen a dar el enfoque respectivo de cada sistema; con esto se pretende llegar a una arquitectura global de la información en las empresas.

Un Sistema de Información puede definirse como un conjunto de componentes relacionados entre sí que permiten *capturar, procesar, almacenar y distribuir* la información para apoyar la *toma de decisiones y el control de una institución*; para apoyar lo anterior, los sistemas de información pueden ayudar a los administradores y al personal a analizar problemas y crear nuevos productos.

Un sistema de información produce la información que la institución requiere para la toma de decisiones, control de las operaciones, análisis de problemas y creación de nuevos productos por medio de tres actividades: **alimentación o insumo**, la captura o recolección de datos primarios dentro de la institución o de su entorno para procesarlos en un sistema de información; **procesamiento**, la conversión de insumo en forma que sea más comprensible para los seres humanos y **producto o salida**, la distribución de información procesada a las personas o en las actividades en donde será usada.

Aparte de estas actividades los sistemas de información requieren de retroalimentación que se define como "el producto regresado a personas indicadas dentro de la institución para ayudarles a evaluar o a corregir la etapa de alimentación".

---

<sup>45</sup> Files / Folders in zip file: 2. Sistemas de información Laudon. doc.

Para desarrollar sistemas de información de una manera eficaz, es necesario entender el entorno, la estructura, la función, y las políticas de las instituciones así como el papel de la administración y la toma de decisiones; luego, es necesario examinar las capacidades y oportunidades que proporciona la tecnología de la información actual para dar soluciones. De esto podemos reconocer tres aspectos que condicionan sus características:

**Las instituciones**, (los Sistemas de Información son parte de una institución), esta comprende los aspectos que caracterizan a una empresa: personal, la estructura, los procedimientos de operación y su cultura; coordina el trabajo mediante una jerarquía estructurada y procedimientos de operación; la jerarquía ordena a las personas en una estructura primordial con niveles ascendentes de autoridad y responsabilidad.

**La administración**, percibe los retos del negocios en el entorno, observa la estrategia de la institución para responder y asigna los recursos humanos y financieros para alcanzar su estrategia y coordinar el trabajo; los administradores también deben crear nuevos productos, servicios y crear de nuevo a la institución.

Los roles y las decisiones varían a los diferentes niveles de la organización; así los administradores del *nivel superior o directivos*, son responsable de las decisiones estratégicas a largo plazo sobre que productos y servicios producir; los de *nivel medio o gerente*, lleva a cabo los programas de los directivos; los administradores *operativos o superiores*, son los responsables del seguimiento de las actividades diarias de la institución. Cada nivel de administración tiene diferentes necesidades de información y diferentes requerimientos en el sistema.

**La tecnología**, es una herramienta que dispone el administrador para enfrentar el cambio de hoy en día, la tecnología de la información es el pegamento que mantiene unida la información, en esta se pueden diferenciar cuatro tipos: hardware, software, tecnología de almacenamiento y tecnología de



telecomunicaciones. Como existen intereses, especialidades y niveles diferentes en una institución, existen también distintos tipos de sistemas:

**Sistemas de nivel operativo**, son los que hacen el seguimiento de las actividades y las transacciones elementales de la organización.

**Sistemas de nivel de conocimiento**, son los sistemas de información en que se apoyan los trabajadores del conocimiento y de la información en una organización.

**Sistemas de nivel gerencial**, sistemas de información en los que se apoya el seguimiento, control y toma de decisiones y las actividades administrativas de los administradores de nivel medio.

**Sistemas de nivel estratégico**, sistemas de información que apoyan las actividades de planeación a largo plazo de los niveles de dirección de la institución.

Los sistemas de información también pueden diferenciarse por funciones organizacionales, las más importantes, como ventas y mercadotecnia, contabilidad, finanzas y recursos humanos, son apoyadas por sus propios sistemas de información; en las grandes instituciones las subfunciones de cada una de estas funciones también cuentan con sus propios sistemas de información.

Los principales **tipos de sistemas** son : Sistemas de Procesamiento de Operaciones (SPO), Sistemas de Trabajo del Conocimiento (STC), Sistemas de Automatización en la oficina(SAO), Sistemas de Información para la Administración (SIA), Sistemas para el Soporte a Decisiones (SSD) y Sistemas de Soporte Gerencial (SSG).

**La información como recurso estratégico**, son sistemas computacionales a cualquier nivel en la institución que cambian las metas, operaciones, servicios, productos o relaciones del Medio Ambiente para ayudar a la institución a obtener una ventaja competitiva. Los sistemas estratégicos de información cambian a la institución, a sus productos, servicios y procedimientos internos, llevándola a

nuevos patrones de comportamiento; tales cambios requieren de nuevos administradores, nueva mano de obra y una relación mucho más estrecha con los clientes y los proveedores.

**Qué es lo que los administradores pueden hacer?**, los sistemas de información son demasiado importantes como para dejarlos a cargo de un pequeño grupo de personas en la institución, se debe buscar el instante preciso para desarrollarlos, puede ser que la tecnología no sea la apropiada para construir un sistema de información y eso hace que la institución estuviera retrasada comparada con otras.

**Algunas preguntas que los administradores deben hacerse:**

- ¿Cómo se emplean en el sector las tecnologías de información y comunicación?. ¿Cuáles instituciones son líderes en la aplicación de la tecnología de los sistemas de información? ¿Cómo se ve el futuro?
- ¿Cuál es la dirección y la naturaleza del cambio tecnológico dentro del sector?
- ¿Se tienen oportunidades estratégicas significativas a ser obtenidas al introducir la tecnología de sistemas de información en el sector?
- ¿Qué tipos de sistemas son aplicables al sector industrial? ¿Se requiere de sistemas para crear nuevos productos y servicios, de sistemas de abastecimiento y/o sistemas de ventas y mercadotecnia?

Luego de entender la importancia de los sistemas de información, los administradores deben de acomodarlas a su empresa y preguntarse: la institución va adelante o a la saga del sector en cuanto a sus aplicaciones de los sistemas de información?

- ¿Cuál es el plan estratégico actual del negocio y cómo se acopla con la estrategia real de servicios de información?
- ¿Las tecnologías de información que actualmente están en uso han sido de alta rentabilidad para el negocio?

- ¿Un incremento significativo en el presupuesto de servicios de información tendría como resultado un avance significativo para la empresa?

Luego de hacerse estas preguntas, los administradores pueden saber si la Institución está preparada para los sistemas de información.

**Los sistemas de información y las instituciones**, ejercen entre sí una influencia mutua; los sistemas de información proporcionan la información que necesitan tener los grupos importantes dentro de las instituciones y al mismo tiempo éstas deben tener conciencia y abrirse a las influencias de los sistemas de información para beneficiarse de las nuevas tecnologías; los sistemas de información afectan a las instituciones y éstas necesariamente afectan al diseño de sistemas.

Existe un gran conjunto de factores que influyen en la interacción entre la tecnología de la información y las instituciones; entre éstos se tiene la estructura organizacional, los procedimientos normales de operación, las políticas, la cultura, el entorno y las decisiones administrativas, pero después de todo, son los administradores quienes deciden cuáles sistemas son los que se deben construirse, qué es lo que éstos harán, cómo serán implantados y todo lo demás; los administradores y las instituciones escogen los "Impactos Computacionales" que desean, aunque algunas veces los productos son un resultado aleatorio y significan buena o mala suerte.

Como existe una gran cantidad y variedad de instituciones, resulta que la tecnología de los sistemas de información tendrá un impacto diferente en cada uno de los distintos tipos de instituciones, es decir, diferentes instituciones en distintas circunstancias experimentan efectos diferentes de una misma tecnología.

**Una institución**, es una estructura social estable y formal que obtiene recursos del medio ambiente y los procesa para la obtención de productos, esta es una definición técnica, que se enfoca en elementos de la institución, tales como, el *capital* y el *trabajo* que son factores de la producción que son proporcionados por el *medio ambiente*; la Institución transforma estos insumos en productos y

servicios mediante una función de producción; transforma el capital y trabajo en productos.

Las instituciones son entidades procesadores de información, con el objetivo de producir productos para el medio ambiente (bienes y servicios).

Una definición más realista y conductual de las instituciones, son un conjunto de derechos, privilegios, obligaciones y responsabilidades; en esta visión, las personas que trabajan en las instituciones desarrollan formas habituales de trabajo, crean arraigo con las relaciones existentes y hacen convenios con los subordinados y jefes sobre cómo ha de realizarse el trabajo y bajo que condiciones.

Los sistemas de informaciones pueden alterar definitivamente la vida dentro de las instituciones; algunos de estos sistemas cambian el equilibrio de la empresa en lo referente a los derechos, privilegios, obligaciones, responsabilidades y sentimientos que pudieran haberse establecido con el tiempo, es decir, los administradores no pueden diseñar nuevos sistemas o entender los ya existentes sin comprender a las instituciones.

**Las características sobresalientes de las instituciones,** son factores de mediación que influyen en la relación entre las instituciones y la tecnología de la información como son: **características comunes** (las instituciones en sí están dedicadas al principio de la eficiencia; maximizar el producto empleando insumos limitados), **procedimientos normales de operación** (sigue rutinas establecidas, en períodos grandes de tiempo, logra alcanzar una estabilización en su producción, haciéndose así más eficiente), **políticas institucionales** (todos los sistemas de información que traen consigo cambios significativos en metas, procedimientos, productividad y personal vienen cargados de política), **cultura organizacional** (fuerza unificadora, que limita el conflicto político y promueve la comprensión mutua, los acuerdos en los procedimientos y las prácticas comunes; es un poderoso freno al cambio, en especial al de carácter tecnológico).

Las instituciones tienen un impacto en los sistemas de información, debido a las decisiones tomadas por los administradores y los empleados.

**La toma de decisión,** es uno de los roles más desafiantes de un administrador; los sistemas de información han ayudado a los administradores a comunicarse y a distribuir información pero proporcionan solo asistencia limitada, para la toma de decisiones administrativas existen dos secciones de modelos de toma de decisiones a nivel individual y a nivel institucional.

**Niveles en la toma de decisiones,** existen tres categorías para la toma de decisiones en una institución, estas son: estratégicas, de control administrativo y de control operativo; además se debe tomar en cuenta la toma de decisiones a nivel de conocimiento

**Toma estratégica de decisiones,** determina los objetivos, recursos y políticas de la institución; lo más importante es la predicción del futuro de la institución y su entorno, también ajustar la característica de la institución a este futuro, esto es desarrollado por un pequeño grupo de directivos y son problemas muy complejos y no rutinarios

**Control administrativo,** se refiere principalmente a que tan eficaz y eficientemente se emplea los recursos y que tan bien se desempeñan las unidades organizativas; para esto se requiere de una interacción cercana de quienes llevan a cabo las tareas institucionales, lo que implica un conocimiento íntimo de la toma de decisiones y de como se llevan a cabo las tareas.

**Nivel de conocimiento,** es la evaluación de nuevas ideas para los productos y servicios, y la manera de comunicar nuevos conocimientos y la forma de distribuir información en la institución.

**Control operativo,** determina como llevar tareas específicas establecidas a niveles de alta y mediana gerencia; también determina que unidades de la institución debe llevar a cabo estas tareas, establece criterios para la utilización de los recursos, finalmente realiza la evaluación de los resultados.

### **2.1.12 MARKETING.<sup>46</sup>**

Aparece con fuerza durante la segunda guerra mundial, con el objetivo de intentar mantener las aspiraciones comerciales de las empresas norteamericanas en un mercado tocado por una fuerte recesión económica; desde entonces y hasta la actualidad, el marketing está presente en todos los momentos de nuestra vida cotidiana, en todas las partes del mundo; esta rápida evolución de los mercados y de las características psicosociales de los consumidores ha ocasionado que el marketing pasara de ser una simple técnica de ventas a tener personalidad propia en la base del moderno managemet. En muchas empresas la falta de visión global hace que sea imposible entender el marketing como concepto, ya que el responsable del departamento administrativo desconoce los problemas del área comercial y éste último desconoce, a su vez, los problemas del departamento de producción, etc.; por ello para poder aplicar una estrategia de marketing, será importante que poseamos primero una visión del conjunto de la empresa.

En este complicado marco, el gerente de salud actual deberá hacerse más competitivo, ampliando su grado de utilización del marketing puesto que en el mundo de la empresa solo sobreviven los más fuertes, deberá tener en cuenta que en todo lo que haga y de cómo lo plantee, el consumidor y su satisfacción deben estar siempre presentes.

#### **2.1.12.1. Definición y características.**

Marketing, es la entrega de satisfacción a los clientes obteniendo una utilidad, la meta es atraer nuevos clientes prometiéndolo por un lado, un valor superior y, por otro, conservar los clientes actuales dejándolos satisfechos; las empresas de gran éxito saben que si cuidan a sus clientes, la participación en el mercado y las utilidades son cosa segura.

---

<sup>46</sup> KOTLER, P. y ARMSTRONG, G. Marketing, Pearson Educación, 8 ed. México, 2001.

LUDEÑA, J. Marketing para los servicios de salud. Maestría en gerencia de salud para el desarrollo local, 1 ed. Loja, Universidad técnica particular de Loja, 2007, p. 18, 19, 20,27- 43.

El marketing se practica en todo el mundo, la mayor parte de los países de Norte y Sudamérica, Europa Occidental y Asia tienen sistemas de marketing bien desarrollados, el marketing implica mucho más que lo que percibe el ojo casual del consumidor, detrás de todo ello está una enorme red de personas y actividades que compiten por nuestra atención y nuestro dinero.

Si el encargado de marketing entiende bien las necesidades de los consumidores, desarrolla productos que ofrecen mayor valor, les asigna precios apropiados, y los distribuye y promueve de manera eficaz, esos productos se venderán muy fácilmente, por tanto, la venta y la publicidad son solo una parte de la “mezcla del marketing” mayor, un conjunto de herramientas de marketing que juntas afectan el mercado; en **conclusión** marketing, es un proceso social y gerencial por el que individuos y grupos obtienen lo que necesitan y desean creando e intercambiando productos y valor con otros, es una actitud empresarial que enseña a identificar, descubrir, conocer y dominar los productos y los servicios que satisfacen las necesidades de los clientes, es el arte (y el conocimiento) de aprovechar bien las oportunidades de incrementar las ventas de la empresa.

Los conceptos centrales de marketing son *necesidades, deseos y demandas; productos y servicios; valor satisfacción y calidad; intercambio, transacciones y relaciones; y mercados; los deseos* son las formas que adoptan las necesidades humanas moldeadas por la cultura y la personalidad individual, cuando los deseos están respaldados por el *poder de compra*, se convierten en *demandas*; la gente satisface sus necesidades, deseos y demandas con *productos y servicios*; un producto es cualquier cosa que se puede ofrecer a un mercado para satisfacer un deseo, una necesidad o una demanda; también son productos los servicios y otras entidades como personas, plazas (lugares), organizaciones, actividades e ideas.

Para decidir qué productos y servicios comprarán, los consumidores se basan en su percepción de valor relativo; el valor para los clientes es la diferencia entre los valores que el cliente obtiene al poseer y usar un producto y los costos de obtener

y usar el producto; la satisfacción del cliente depende del desempeño percibido de un producto en cuanto a proporcionar valor, tomando como referencia las expectativas del comprador; también se encuentra íntimamente relacionada con la calidad, lo que ha llevado a muchas empresas a adoptar prácticas de administración de la calidad total. Se lleva a cabo marketing cuando las personas satisfacen sus necesidades, deseos y demandas mediante el intercambio, más allá de crear intercambios a corto plazo, los comerciantes necesitan forjar relaciones a largo plazo con sus clientes, distribuidores, concesionarios y proveedores valiosos.

#### **2.1.12.2. Dirección del Marketing.**

Es el análisis, planeación, implementación y control de programas diseñados para crear, forjar y mantener intercambios provechosos con los compradores meta y así alcanzar los objetivos de la organización; esto implica encontrar suficientes clientes para la producción actual de la empresa; a veces, el marketing también se ocupa de modificar o incluso reducir la demanda; administrar la demanda implica administrar los clientes. Las empresas actuales, además de diseñar estrategias para atraer clientes nuevos y crear transacciones con ellos, se están concentrando en retener a sus clientes actuales y crear relaciones duraderas ofreciendo un valor superior y satisfacción a los clientes.

#### **2.1.12.3. Filosofías de dirección del marketing**

Anteriormente se describió la dirección del marketing como la realización de tareas para lograr intercambios deseados con mercados meta. ¿Qué filosofía debe guiar estas labores?, ¿qué peso debe asignarse a los intereses de la organización, los clientes y la sociedad?, existen cinco conceptos alternativos bajo los cuales las organizaciones realizan sus actividades de marketing: los conceptos de producción, producto, venta, marketing y marketing para la sociedad. El concepto de **producción** sostiene que los consumidores prefieren productos que están disponibles y son costeables, la tarea de la gerencia es mejorar la eficiencia de la producción y bajar los precios; el concepto de



**producto** sostiene que los consumidores prefieren los productos que ofrecen la mejor calidad, desempeño y característica innovadoras, y que por tanto no se requiere de una gran labor de promoción; el concepto de **ventas** asegura que los consumidores no comprarán una cantidad suficiente de los productos de la organización si esta no realiza una labor de ventas y promoción a gran escala; según el concepto de **marketing**, el logro de las metas de la organización depende de determinar las necesidades y deseos de los mercados meta y proporcionar las satisfacciones deseadas de forma más eficaz y eficiente que los competidores; el concepto de **marketing para la sociedad** dice que la empresa debe determinar las necesidades, deseos e intereses de los mercados meta; generar satisfacción para los clientes y bienestar social a largo plazo son las claves para cumplir tanto con las metas como con las responsabilidades de la empresa.

**Fundamentos ideológicos del marketing**<sup>47</sup>, el marketing es un conjunto de medios de venta utilizados para conquistar los mercados existentes, es un conjunto de herramientas de análisis, de métodos de previsión utilizados con el fin de desarrollar un enfoque prospectivo de las necesidades de la demanda. La función del marketing en una economía de mercado es organizar el intercambio y la comunicación entre productores y compradores, esta definición, que se aplica tanto a las organizaciones comerciales como a las sin fines de lucro, intervienen dos facetas: el intercambio y la comunicación; la organización del intercambio, es el flujo físico de bienes desde el lugar de producción hasta el lugar de consumo, la organización de comunicación es el flujo de información que debe preceder y seguir al intercambio, con el fin de asegurar un encuentro eficiente entre la oferta y la demanda.

La evolución del marketing en la empresa, considerado desde el punto de vista de la organización de la comunicación y de intercambio en la economía, no es una actividad nueva, ya que cubre tareas que han existido siempre y que han sido

---

<sup>47</sup> KOTLER, P. Dirección de la mercadotecnia. Análisis, planeación, implementación y control. 6 ed. 1992.

siempre asumidas de una forma u otra en cualquier sistema basado en el intercambio voluntario.

Se diferencian tres fases, caracterizadas cada una por un objetivo de marketing prioritario, que son marketing pasivo, de organización y el activo:

- **El marketing pasivo**, es una forma de organización que prevalece en un entorno económico caracterizado por la existencia de un mercado potencial importante, pero donde hay escasez de oferta, siendo insuficientes las cantidades de producción para las necesidades del mercado; la demanda es superior a la oferta.
- **El marketing de organización**, el objetivo prioritario es la de crear una organización comercial eficiente, se trata de buscar y organizar la salida para los productos y tiene la responsabilidad de organizar la comercialización de los mismos, el marketing de organización ha favorecido el desarrollo de la óptica de venta que explica una cierta agresividad comercial, con la hipótesis implícita de que el mercado es capaz de absorberlo todo, si se somete a la presión suficiente; los puntos importantes para la orientación de la gestión del marketing de organización son: la forma de distribución, la extensión geográfica y el desarrollo de la política de marketing.
- **El marketing activo**, se caracteriza por el desarrollo del papel del marketing estratégico de la empresa, tres factores son los que originan esta evolución: *el proceso tecnológico* (trata de las invenciones e innovaciones en tecnología que inciden en el desarrollo de la producción), *la aceleración de la difusión del progreso tecnológico* (se observa un crecimiento del ritmo de innovación y un acortamiento del tiempo requerido para pasar del desarrollo a la explotación comercial, como también de una generalización global); *marketing operacional* la función es la de crear las cifras de ventas, o sea, vender y utilizar parte de esos efectos de medio de venta más eficaces, minimizando los costos de venta, por ello es decisivo en el rendimiento de la empresa, los productos tienen y debe tener precios aceptables por el mercado y estar disponibles y adaptados en los circuitos habituales de compra de los clientes objetivos, de este modo el marketing

operacional es el aspecto más espectacular y el más visible de la gestión de marketing, debido a que la publicidad y la promoción ocupan un lugar destacado; para ser rentable el marketing operacional debe apoyarse en una reflexión estratégica basada en las necesidades del mercado y en su evolución; en el *marketing estratégico*, la función es la de orientar a la empresa hacia las oportunidades económicas y que ofrecen un potencial de crecimiento y rentabilidad.

#### *2.1.6.6.4. Procesos básicos del marketing*

**Definición de mercado**, son los consumidores reales y potenciales de nuestro producto, son creaciones humanas y, por lo tanto, perfectibles; en consecuencia, se pueden modificar en función de sus fuerzas interiores; los consumidores en los diferentes mercados están cada vez mejor informados y por ello son más exigentes, solicitan productos cada vez más específicos; es necesario entonces estar cada vez más atentos a estas exigencias para poder atenderlas.

**Segmentación del mercado**, “segmentar” un mercado significa dividirlo en partes o segmentos; cada segmento debe estar conformado por grupos homogéneos consumidores, es posible entonces, dividir el mercado de consumidores en función de algunas características que los hagan particulares para así poder concentrar la estrategia de ventas en un solo tipo de cliente.

El mercado es demasiado amplio y no se puede abordar por completo, por lo tanto se debe escoger uno o varios segmentos para dedicarse a ellos y atenderlos lo mejor posible; para ello es necesario: determinar las diferencias entre grupos, elegir los grupos más atractivos y venderles.

Para determinar las diferencias entre segmentos de mercado es necesario identificar las características de nuestro mercado y las variables que influyen en él, como la edad, el nivel de ingresos, la clase social, ocupación o profesión así como la ciudad, el clima, la cultura, las costumbres, etc.; una vez que se realice en forma detallada el estudio de cada segmento de mercado, debemos elegir

estrategias de mercado como: aumentar la participación en el mercado, cosechar en el mercado, salir del mercado.

**Determinación de tendencias del mercado**, consiste en saber cuáles serán los cambios de un mercado en las próximas semanas, meses o años; específicamente se busca conocer hacia donde va la preferencia de los consumidores en moda, comportamiento, diseño, colores, insumos y clases de materiales; la idea consiste en adelantarse al futuro y estar preparado para enfrentar con éxito las nuevas condiciones que prevalecerán en el mercado.

**La clientela**, es el segmento de mercado (consumidores), que compra nuestros productos o contrata nuestros servicios; tendremos éxito mientras mas personas de nuestro segmento nos compren, paguen y prefieran nuestros productos o servicios; los consumidores son todos aquellos que tienen la posibilidad de comprar un producto o servicio, pero los clientes son los que efectivamente lo hacen; por consiguiente es necesario determinar quienes son nuestros clientes, estos pueden ser de varios tipos y para cada uno es necesario diseñar una estrategia de ventas diferente; básicamente existen dos tipos de clientes: las personas, y las instituciones.

Para vender a nuestros clientes y saber como se comportan debemos tratar de entender cuales son las motivaciones que los llevan a tomar tal o cual decisión; en la decisión de compras de un producto, participan los agentes influyentes, los decisores, los compradores y los usuarios.

**La competencia**, es el conjunto de empresas que ofrecen productos iguales a los de nuestra empresa o producen bienes que sustituyen en el consumo a nuestros productos, o todas aquellas medidas y acciones que impiden que nuestro producto llegue al mercado; un mercado que se caracteriza por la competencia perfecta es aquel en el cual ningún comprador o vendedor individual influye sobre el precio con sus compras o ventas y no hay rivalidad, en conclusión, ninguna actividad por parte de los individuos se puede clasificar como rivalidad en un mercado perfectamente competitivo.

**La estrategia competitiva y el marketing**, es necesario diseñar una estrategia competitiva y lograr una ventaja sobre las demás empresas que permitan mantener nuestro producto y nuestra empresa en el mercado, en la formulación y diseño de una estrategia, se debe incluir el análisis del entorno de la empresa para tratar de identificar las oportunidades desfavorables a la empresa y poder aprovecharlas. El entorno empresarial no solo nos ofrece oportunidades, si no también riesgos y amenazas que operan en contra de los objetivos de la empresa, sin embargo, el mayor potencial de una empresa está en su interior, en el desarrollo de los factores de producción y tanto las personas como las empresas tienen fortalezas y debilidades; lo importante está en identificar tanto las unas como las otras para poder potenciarlas y/o minimizarlas.

Anticipar y conocer las amenazas, es parte del diseño de una estrategia competitiva, y en ella tiene especial importancia el estudio de mercado y el análisis industrial. Las amenazas pueden resumirse en: empresas competitivas que producen el mismo producto, empresas rivales que producen bienes sustitutos, empresas que producen bienes complementarios, empresas que producen los insumos requeridos para la fabricación del producto, los compradores del producto y las normas legales que regulan el sector.

En resumen las organizaciones que venden a los mercados de negocios y de consumidores reconocen que no pueden atraer a todos los compradores, o al menos no pueden atraerlos a todos de la misma manera ya que son muy numerosas, se encuentran demasiado dispersos y varían en cuanto a sus necesidades y prácticas de compra, por ello la mayor parte de empresas actuales están practicando el marketing meta, que consiste en identificar segmentos de mercado, seleccionar uno o varios segmentos, y desarrollar productos y mezclas de marketing adaptados a cada uno; de esta manera tienen la posibilidad de crear el producto correcto para cada mercado meta y ajustar sus precios, canales de distribución y publicidad, a modo de llegar al mercado de forma más eficaz. Una vez que se ha identificado los grupos, la determinación de mercado meta evalúa que tan atractivo es cada segmento de mercado y sugiere uno o más segmentos en los cuales ingresar, el posicionamiento en el mercado consiste en fijar el posicionamiento competitivo del producto y crear un plan de marketing detallado;

la segmentación de mercados se puede efectuar en muchos niveles, que son: *ninguna segmentación* (marketing masivo, segmentación total (micromarketing) o *un término medio* ( marketing de segmento o marketing de nicho); *el masivo* implica producción, distribución y promoción en masa del mismo producto y de la misma forma a todos los consumidores; *el marketing de nicho* se concentra en subgrupos definidos de forma más estrecha dentro de esos segmentos (grupos con rasgos distintivos que podrían estar buscando una combinación especial de beneficios); *el micromarketing* es la práctica de adaptar los productos y programas de marketing a los gustos de individuos y lugares específicos.

*La eficacia del análisis de segmentación depende de encontrar segmentos que sean medibles accesibles, sustanciales y susceptibles de ser procesados.*

Para dirigirse a los mejores segmentos del mercado, lo primero que debe hacer la empresa es evaluar cada segmento en términos de tamaño y características de crecimiento, atractivo estructural y compatibilidad con los recursos y objetivos de la institución, luego se escoge una de tres estrategias de cobertura de mercado; mucho depende de los recursos de la compañía de la variabilidad del producto, de la etapa en el ciclo de la vida del producto y de las estrategias de marketing competitivas; una vez que la institución ha decidido en qué segmentos ingresará, debe elegir que estrategia de posicionamiento en el mercado usará, la empresa puede posicionar sus productos con base en atributos específicos de los productos, según la ocasión de uso, para ciertas clases de usuarios o por clase de producto. El posicionamiento puede ser en contra de los competidores o alejándose de ellos; consta de tres pasos: identificar un conjunto de posibles ventajas competitivas sobre las cuales cimentar una posición, seleccionar las ventajas competitivas correctas y comunicar y entregar eficazmente al mercado la posición escogida.

Cada producto tiene un ciclo de vida definido por un conjunto cambiante de problemas y oportunidades; las ventas de un producto típico siguen una curva con forma de S que consta de 5 etapas. El ciclo inicia con la etapa de **desarrollo de productos**, en la que la compañía encuentra y desarrolla una idea de nuevo producto; **la etapa de introducción**, se caracteriza por un crecimiento lento y

bajas utilidades mientras el producto se distribuye al mercado; si el producto tiene éxito, pasa a una **etapa de crecimiento** en la que las ventas y las utilidades aumentan con rapidez; durante esta etapa, la compañía trata de mejorar el producto, ingresar en nuevos segmentos de mercado, usar nuevos canales de distribución y reducir sus precios ligeramente; luego viene una **etapa de madurez** en la que las ventas dejan de crecer y las utilidades se estabilizan. La compañía busca estrategias para renovar el crecimiento de las ventas, como modificar el mercado, el producto y la mezcla de marketing; por último, el producto entra en una **etapa de decadencia** en la que las ventas y utilidades se van reduciendo; la tarea de la compañía durante esta etapa consiste en reconocer la decadencia y decidir si debe mantener, cosechar o desechar el producto. Si el producto se discontinúa, podría venderse a otra empresa o liquidarse por su valor de salvamento.

#### 2.1.12.4 La estrategia del marketing en el sector servicio.

**POSICIONAMIENTO**, el actual o de identificación, consiste en determinar el lugar en el que se encuentre el servicio de acuerdo a las preferencias o gustos de los consumidores, en comparación con los servicios de la competencia; el ideal, consiste en determinar qué es lo que el consumidor desea respecto de la clase de servicio que se ofrece, o determinar qué es lo que la empresa quiere determinar, reflejar como un servicio ideal; el deseado consiste en determinar la forma de posicionar el producto o cómo llegar a la situación ideal para el consumidor y la empresa.

**MARKETING MIX**, es la combinación de cuatro variables o elementos básicos a considerar para la toma de decisiones en cuanto a la planeación de la estrategia de marketing en una empresa; estos elementos son: producto, precio, plaza y promoción (las cuatro P que provienen de Producto, Precio, Plaza y Promoción); esta mezcla es la más utilizada en el mercadeo de bienes, sin embargo, hay tres razones por las cuales se requiere una adaptación para los servicios.

La mezcla original del marketing se preparó para las industrias manufactureras, los elementos de la mezcla no se presentan específicamente para las organizaciones de servicios, ni se acomodan a estas organizaciones, donde la característica de intangibilidad del servicio, la tecnología utilizada y el tipo de cliente principal pueden ser fundamentales.

Se ha demostrado empíricamente que la mezcla del marketing puede no tener campo suficiente para las necesidades del sector servicios debido a las características propias de los mismos (intangibilidad, carácter perecedero, etc.).

Existe creciente evidencia de que las dimensiones de la mezcla del marketing no pueden ser lo suficientemente amplias para el marketing de servicios, ya que no considera una serie de elementos esenciales para la generación y entrega del servicio.

En base a estos argumentos, surge la idea de una mezcla revisada o modificada que está especialmente adaptada para el marketing de los servicios, esta contiene tres elementos adicionales, formando una combinación final de siete elementos que son: **producto, precio, plaza, promoción, personal, evidencia física y procesos.**

**Producto**, el servicio como producto y la comprensión de las dimensiones de las cuales está compuesto, es fundamental para el éxito de cualquier organización de marketing de servicios; como ocurre con los bienes, los clientes exigen beneficios y satisfacciones de los productos de servicios; los servicios se compran y se usan por los beneficios que ofrecen, por las necesidades que satisfacen y no por sí solos.

El servicio visto como producto requiere tener en cuenta la gama de servicios ofrecidos, la calidad de los mismos y el nivel al que se entrega, también se necesitará prestar atención a aspectos como el empleo de marcas, garantías y servicios post-venta; las organizaciones de servicios necesitan establecer vinculaciones entre el producto de servicio según lo reciben los clientes y lo que ofrece la organización, al hacerlo es útil plantear una distinción entre: **beneficio del consumidor** (conjunto de atributos funcionales, eficaces y psicológicos, los



servicios ofertados, se deben basar en las necesidades y beneficios buscados por consumidores y usuarios); **concepto de servicio** (lo que ofrece la organización de servicios con base en los beneficios buscados por los clientes); **oferta del servicio** (decisiones gerenciales relacionadas con qué servicios se suministrarán, cuando y cómo se ofrecerán, dónde y quién los entregará); **sistema de entrega del servicio** (nivel final de análisis, para definir el producto de servicio), es evidente que un producto de servicio constituye un fenómeno complejo; consta de una serie de elementos, cada uno de los cuales debe tener en cuenta el gerente de servicios al manejar su organización.

**Precio**, es la variable de marketing más importante y la de mayor frecuencia en la toma de decisiones; el precio de un servicio debe tener relación con el logro de las metas organizacionales y de marketing; las características de los servicios pueden influir en la fijación de precios en los mercados de servicio; la influencia de estas características varía de acuerdo con el tipo de servicio y la situación del mercado que se esté considerando, sin embargo, constituyen un factor adicional cuando se examinan las principales fuerzas tradicionales que influyen en los precios: costos, competencia y demanda.

Los servicios se pueden clasificar para efecto de precios según estén sujetos a regulación oficial, formal o a regulación del mercado. Al fijar los objetivos de precios para servicios deben tenerse en cuenta varios factores como: posición planeada del mercado para el servicio, etapa del ciclo de vida del servicio, elasticidad de la demanda, y el rol estratégico del precio. De acuerdo a los factores antes mencionados, se pueden establecer dos métodos para la fijación de los precios de los servicios: precios basados en costos y precios orientados hacia el mercado; *los precios basados en los costos*, orientados a utilidades (objetivo de utilidad mínima, los precios se relacionarán más con la capacidad y voluntad del cliente para pagar y menos con los costos); los precios controlados por el gobierno (protección del consumidor, fijando precios sobre una base costo más un margen modesto); *los precios orientados al mercado*, los competitivos (aceptando la tasa actual) y los orientados al cliente (precios establecidos en relación con las actitudes y comportamiento de los clientes).

**Promoción**, puede ser realizada a través de cuatro formas tradicionales, para poder influir en las ventas de los servicios como productos; estas formas son:

- **Publicidad**, cualquier forma pagada de presentación no personal y promoción de servicios a través de un individuo o organización determinados.
- **Venta personal**, es la presentación personal de los servicios en una conversación con uno o más futuros compradores con el propósito de hacer ventas.
- **Relaciones públicas**, definida como la estimulación no personal de demanda para un servicio obteniendo noticias comercialmente importantes acerca de éste, en cualquier medio u obteniendo su presentación favorable en algún medio que no esté pagado por el patrocinador del servicio.
- **Promoción de ventas**, actividades de marketing distintas a la publicidad, venta personal y relaciones públicas que estimulan las compras de los clientes y el uso y mejora de efectividad del distribuidor.

Estos tipos de promoción pueden constituir una de las herramientas más efectivas de influencia y comunicación con los clientes; en general el propósito de cualquier esfuerzo promocional es vender el servicio a través de información, persuasión y recuerdo.

**Plaza**, también llamada canal, sitio, entrega, distribución, ubicación o cobertura; todas las organizaciones que produzcan bienes tangibles o intangibles, tienen interés en las decisiones sobre la plaza, es decir, como ponen a disposición de los usuarios las ofertas y las hacen accesibles a ellos. Todas las organizaciones de servicios deben tomar decisiones sobre la ubicación tal como lo hacen las empresas de distribución de tangibles; la ubicación puede variar en importancia de acuerdo con la naturaleza del servicio vendido, en tres formas: la ubicación puede o no tener importancia (accesibilidad o disponibilidad para el cliente); los servicios pueden concentrarse (factores como fuerzas de centralización); los servicios se pueden dispersar ( la naturaleza de la demanda y las características del servicio requieren dispersión en el mercado).

**El personal del servicio**, está compuesto por aquellas personas que prestan los servicios de una organización a los clientes y son especialmente importantes, en aquellas circunstancias en que, no existiendo las evidencias de los productos tangibles, el cliente se forma la impresión de la empresa con base en el comportamiento y actitudes de su personal; en consecuencia los seres humanos pueden desempeñar un papel exclusivo en el marketing y la producción de servicios; en las empresas de alto contacto la calidad del servicio puede ser inseparablemente del personal del servicio.

El tipo de servicio que un cliente recibe puede constar de dos elementos: *calidad técnica*, **lo que** el cliente recibe en sus interacciones con las empresas de servicios, la calidad funcional, se refiere a **como** se trasladan los elementos técnicos del servicio; consta de las actitudes de los empleados, las relaciones entre ellos, la apariencia del personal de servicios, la accesibilidad general de los servicios para los clientes y el *marketing interno*, consiste en aplicar la filosofía y prácticas del marketing al personal que presta el servicio a los clientes externos.

**La evidencia física**, puede ayudar a crear el ambiente y la atmósfera en que se compra o realiza un servicio, además darle forma a las percepciones que del servicio tengan los clientes.

La evidencia física, junto con el personal, los programas de promoción, publicidad y relaciones públicas, son algunas formas como una empresa de servicios puede formalmente crear y mantener su imagen.

**El proceso**, en las empresas de servicios la cooperación entre marketing y operaciones es vital; en este tipo de empresas el marketing es muy importante para dejárselo a los gerentes y las operaciones son muy importantes para dejárselas al gerente de operaciones, esto se debe a que un componente importante de cualquier producto de servicio, desde el punto de vista de el cliente, es cómo funciona el proceso de prestación de un servicio.

En resumen las buenas compañías de servicio concentran su atención tanto en los *clientes* como en los *empleados*; ellas entienden la cadena de *servicio-utilidades*, que vinculan las utilidades de la compañía de servicios con la

satisfacción de los empleados y clientes. La estrategia de marketing de servicios requiere no sólo del *marketing externo*, sino también del *marketing interno* para motivar a los empleados y *marketing interactivo* para crear habilidades de entrega del servicio entre los proveedores del servicio. Para tener éxito, los mercadólogos de servicios deben crear diferenciación competitiva, ofrecer una calidad de servicio elevada y encontrar formas de aumentar la productividad del servicio.

#### **2.1.12.5. Estrategia de comunicación de marketing integrada.**

El marketing moderno requiere algo más que simplemente desarrollar un buen producto, ponerle un precio atractivo y ponerlo a disposición de los clientes meta; las compañías también deben comunicarse con los clientes actuales y potenciales y no deben dejar al azar esa comunicación, la cuestión no es si comunicar o no, sino cuánto gastar en la comunicación y qué formas.

La mezcla de comunicaciones de marketing total, también llamada mezcla de promoción; consiste en la fusión específica de publicidad, ventas personales, promoción de ventas, relaciones públicas y marketing directo que la compañía usa para alcanzar sus objetivos de publicidad y marketing. La publicidad incluye cualquier forma pagada de presentación y promoción no personales de ideas, bienes o servicios por un patrocinador que se identifica; las compañías utilizan promoción de ventas para ofrecer incentivos a corto plazo que fomentan la compra de un producto o servicio; las ventas personales son cualquier forma de presentación personal efectuada por la fuerza de ventas de la compañía, con el propósito de efectuar ventas y forjar relaciones con los clientes.

Al preparar las comunicaciones de marketing, la primera tarea del comunicador consiste en identificar al público meta y sus características, luego el comunicador tiene que definir la respuesta que busca, sea conciencia, conocimiento, agrado, preferencia, convicción o compra; después, debe construirse un mensaje con un contenido y estructura eficaces; enseguida, hay que seleccionar medios de comunicación; por último el comunicador debe obtener retroalimentación para saber qué fracción del mercado adquiere conciencia, prueba el producto y queda satisfecho con él. La compañía tiene que decidir qué tanto gastará en promoción,

además tiene que dividir el presupuesto de promoción entre las principales herramientas, para crear la mezcla de promoción; las compañías pueden adoptar una estrategia de empuje o de atracción, o una combinación de las dos; la mejor combinación específica de herramientas de promoción depende del tipo de producto/mercado, de la etapa de preparación el comprador y de la etapa del ciclo del producto. Las compañías deben esforzarse proactivamente para comunicarse de forma abierta, honesta y agradable con sus clientes y distribuidores.

#### **2.1.12.6 Publicidad, promoción de ventas y relaciones públicas**

Las compañías deben hacer algo más que elaborar buenos productos: tienen que informar a los consumidores de los beneficios de los productos y posicionarlos cuidadosamente en la mente de los consumidores; para ello, deben utilizar hábilmente tres herramientas de promoción masiva además de las ventas personales, dirigidas a compradores específicos: publicidad, promoción de ventas y relaciones públicas

**La publicidad**, es el uso de medios de difusión pagados por la compañía para informar, persuadir y recordar al público acerca de sus productos u organización; es una potente herramienta de promoción.

**La promoción de ventas**, cubre una amplia variedad de incentivos a corto plazo: cupones, bonificaciones, concursos, complementos; diseñados para estimular a los consumidores finales; los gastos en promoción de ventas han estado creciendo a mayor ritmo que los gastos en publicidad en los últimos años.

**Las relaciones públicas**, son necesarias para obtener publicidad y crear una imagen favorable de la compañía; son la menos utilizada de las herramientas de promoción principales, aunque poseen un gran potencial para crear conciencia y preferencia entre los consumidores.

La toma de decisiones de publicidad implica decisiones acerca de los objetivos, el presupuesto, el mensaje, los medios de difusión y la evaluación de los resultados; las campañas de promoción de ventas requieren establecer objetivos, seleccionar herramientas, desarrollar e implementar el programa; utilizando herramientas de

promoción comercial (descuentos, complementos, mercancía gratuita, dinero de empuje) y herramientas de promoción de negocios (convenciones, exposiciones, concursos de ventas) y tomar decisiones acerca de la magnitud del incentivo, las condiciones de participación, la forma de promover y distribuir el paquete de promoción y su duración; terminada la campaña, la compañía evalúa los resultados.; las empresas usan relaciones públicas para comunicarse con sus públicos estableciendo objetivos de relaciones públicas, escogiendo mensajes y vehículos de relaciones públicas; implementando el plan de relaciones públicas y evaluando los resultados de ese plan; para lograr estas metas, los profesionales en relaciones públicas emplean diversas herramientas como noticias, discursos y eventos especiales; preparan materiales escritos, audiovisuales y de identidad corporativa.

## **CAPITULO III**

### **3. DIAGNOSTICO DE SITUACION**

El Ecuador es un país, que se encuentra ubicado en América del Sur, con una extensión territorial de 256.370km<sup>2</sup>, la población estimada para el 2.006 es de 13'408.270 habitantes, su densidad poblacional es de 52,30Hb/km<sup>2</sup>

A nivel país el sistema nacional de salud, se encuentra fragmentado es así que la Población con acceso a servicios institucionales de salud corresponde al 70%, distribuidos en un 30% MSP., el 19% IESS, el 2,5% corresponde a FF.AA. y PN., EL 3% Juntas de Beneficencia, el 2% Organizaciones Públicas, las ONGS. cubren el 1,5%, las instituciones Privadas el 17%, la Población con aseguramiento de atención de salud es el 30 %

#### **3.1 CONTEXTO HOSPITALARIO NACIONAL**

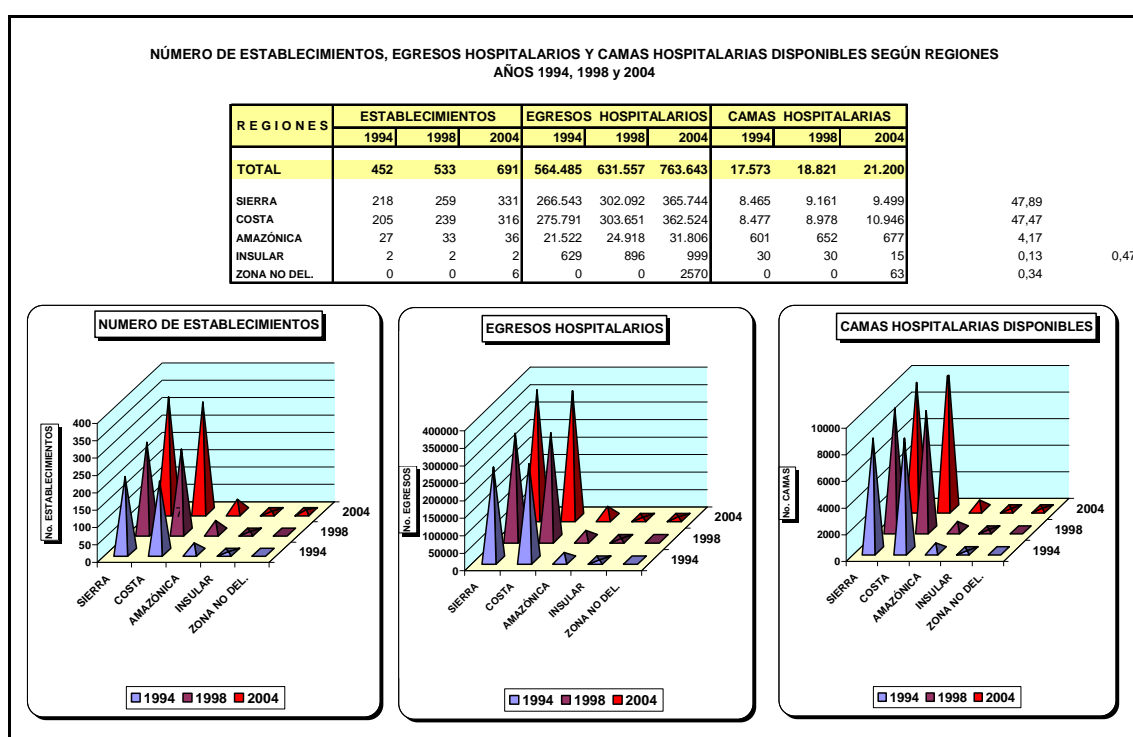
##### **3.1.1 NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS, EGRESOS HOSPITALARIOS Y CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES SEGÚN REGIONES AÑOS 1994, 1998 Y 2004**

Durante el año 2004 se registraron 691 Establecimientos Hospitalarios con Internación, de los cuales se ubican en la Región Sierra 331 (47,9%); en la Costa 316 (45,7%); en la Región Amazónica 36 (5,2%); y un mínimo número se ubican en la Región Insular y en Zonas No Delimitadas con el 1,2%. Esta distribución por regiones para los años 1994 y 1998, fue para la Sierra el 48,2% y 48,6%; para la Costa el 45,4% y 44,8%; para la Región Amazónica el 6% y 6,2%, y en la región Insular representan menos del 1 por ciento en los años mencionados.

En lo relacionado al número de Egresos Hospitalarios existe un importante crecimiento del 35,3 por ciento entre 1994 y 2004 ya que de 564.485 egresos

registrados en 1994 suben a 763.643. En el año 2004 a la Región Sierra le corresponde el 47,9% del total de egresos a nivel nacional; para la Región Costa representa el 47,4%; a la Región Amazónica el 4,2%; y, a la Región Insular y Zonas no delimitadas significa solamente el 0,5 por ciento del total de egresos hospitalarios. En cuanto a las Camas Hospitalarias disponibles se observa un incremento del equipamiento de camas en los establecimientos de salud durante los años que se analizan. De acuerdo a gráfico N.1

**GRAFICO No. 1**



### 3.1.2 NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS SEGÚN CLASE, SECTOR Y ENTIDAD AÑOS 1994 Y 2004

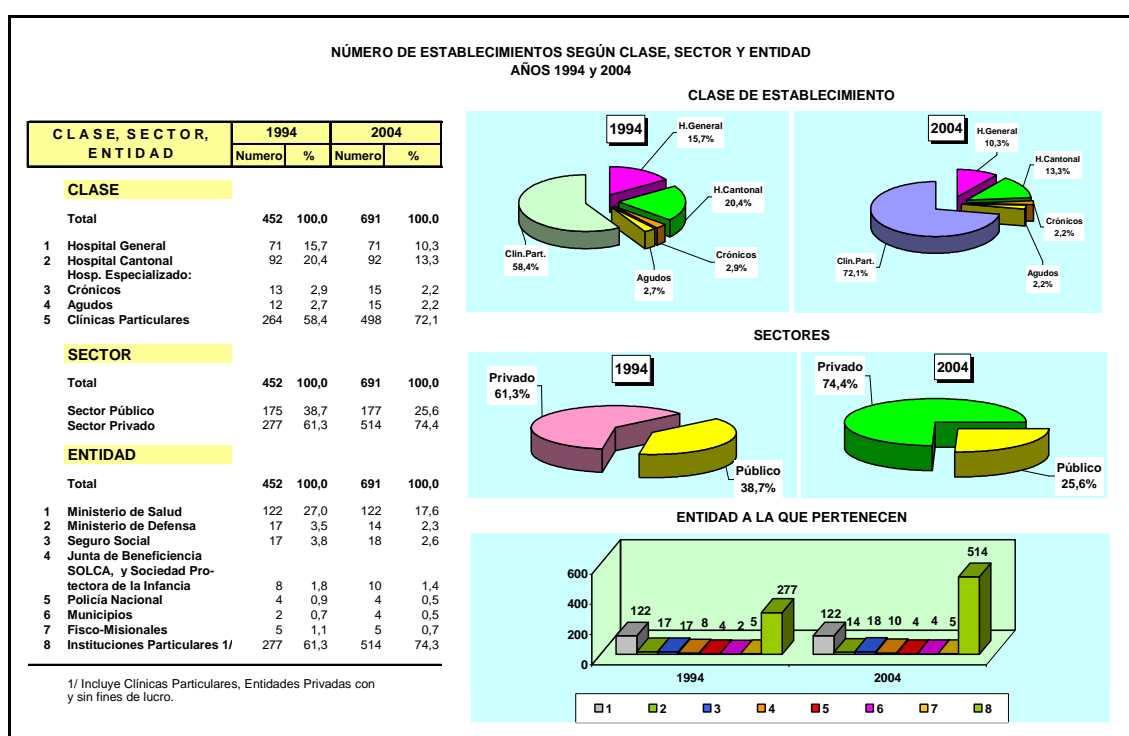
De los 691 establecimientos hospitalarios que enviaron la información en el año 2004, se determina que el 72,1 por ciento son Clínicas Particulares; el 13,3% son Hospitales Cantonales; el 10,3% son Hospitales Generales; y, el 4,4% son Hospitales Especializados tanto Crónicos y Agudos.

De acuerdo al sector que pertenecen los establecimientos hospitalarios



informantes, al sector público le corresponden el 25,6 por ciento, el Ministerio de Salud es la Entidad que tiene el 17,6% de los establecimientos de salud; proporción que para el año 1994 fue de 27,0% y en cambio las Instituciones de Sector Privado se incrementaron considerablemente al pasar del 61,3% al 74,4% en la última década, lo que en términos absolutos significa un incremento de 277 a 514 establecimientos entre los años mencionados. De acuerdo a gráfico N.2

**GRAFICO No. 2**



Fuente: INEC

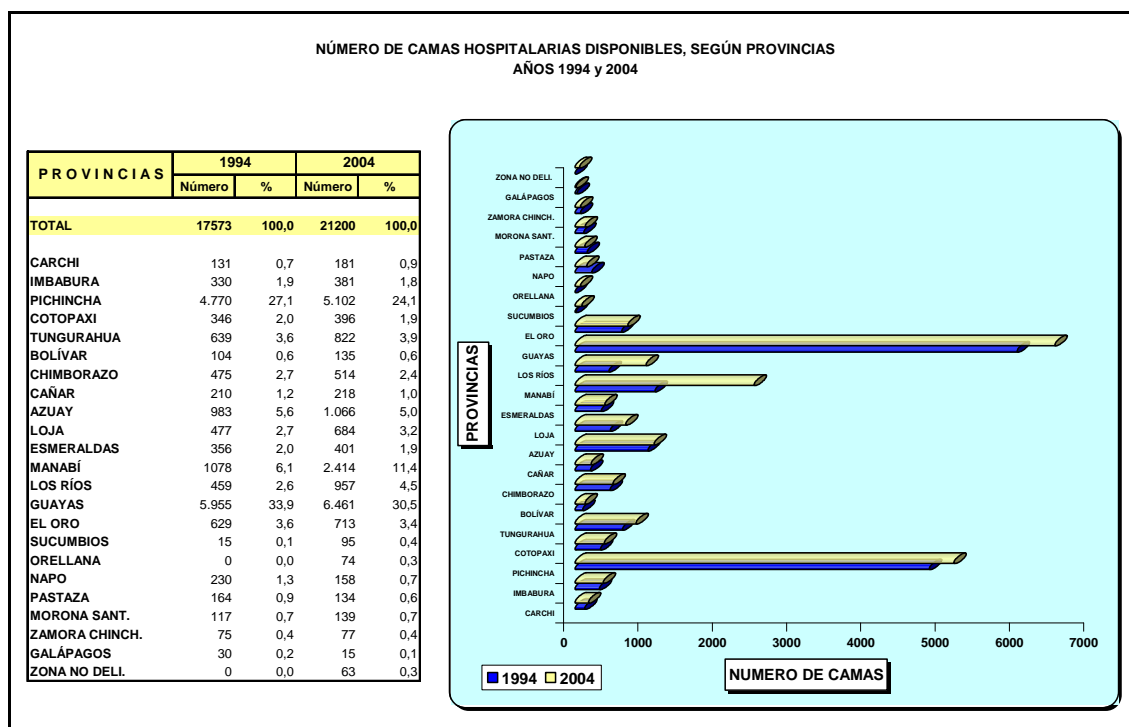
Elaboración: INEC

### 3.1.3 NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES, SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1994 Y 2004

El número de Camas Hospitalarias disponibles registradas en los años 1994 y 2004 se incrementaron en un 20,6 por ciento, al pasar de 17.573 al 21.200 en los años mencionados. De acuerdo a la distribución por provincias se observa que Pichincha en la región Sierra y Guayas en la Costa, son las que tienen el mayor número de camas hospitalarias, que en conjunto mantienen el 61 % en el año

1994 y el 54,6 % en el 2004; la reducción de estos porcentajes se explica por el incremento de camas hospitalarias en otras provincias especialmente en Manabí, que prácticamente duplicaron el número de ellas en los años de observación. De acuerdo a gráfico N.3

**GRAFICO No. 3**



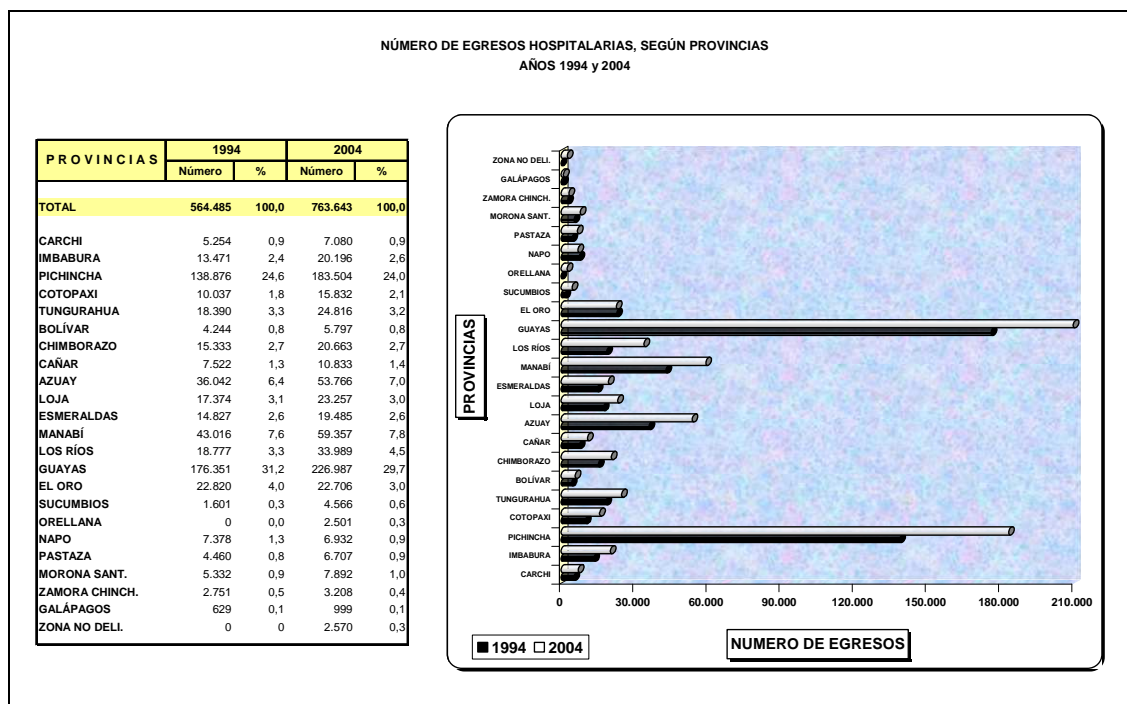
Fuente: INEC

Elaboración: INEC

### 3.1.4 NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIAS, SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1994 Y 2004

El número de Egresos Hospitalarios registrados en el año 1994 fue de 564.485 y en el 2004 de 763.643, con un incremento relativo del 35,3%; así mismo, son Guayas con el 29,7% y Pichincha con el 24,0% las provincias que tienen los más altos porcentajes de egresos registrados, por contar con el mayor número de establecimientos de salud con internación hospitalaria y de mayor complejidad, que atienden a pacientes que son referidos de otros establecimientos. Según lo explica el gráfico N.4.

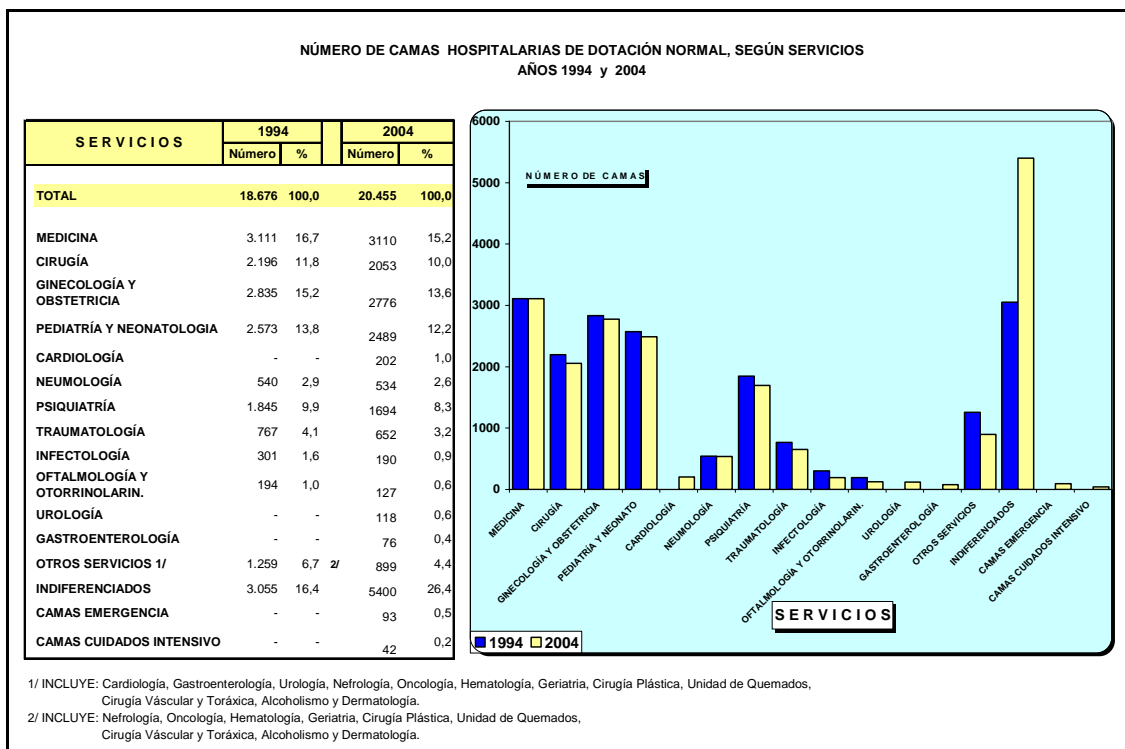
### GRAFICO No. 4



### 3.1.5 NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DE DOTACIÓN NORMAL, SEGÚN SERVICIOS AÑOS 1994 Y 2004

La distribución de Camas Hospitalarias de Dotación Normal de acuerdo a las especialidades o servicios médicos; nos permite destacar que en el año 2004, los Servicios "Indiferenciados", con el 26,4% ocupan el primer lugar, seguido por Medicina General con el 15,2%, Ginecología y Obstetricia, con el 13,6%; y, Pediatría y Neonatología con el 12,2%. Comparando con el año 1994, se observa un crecimiento importante de la proporción porcentual de camas de dotación normal para los Servicios Indiferenciados que ocupan el primer lugar. Según gráfico N.5

GRAFICO No. 5



Fuente: INEC

Elaboración: INEC

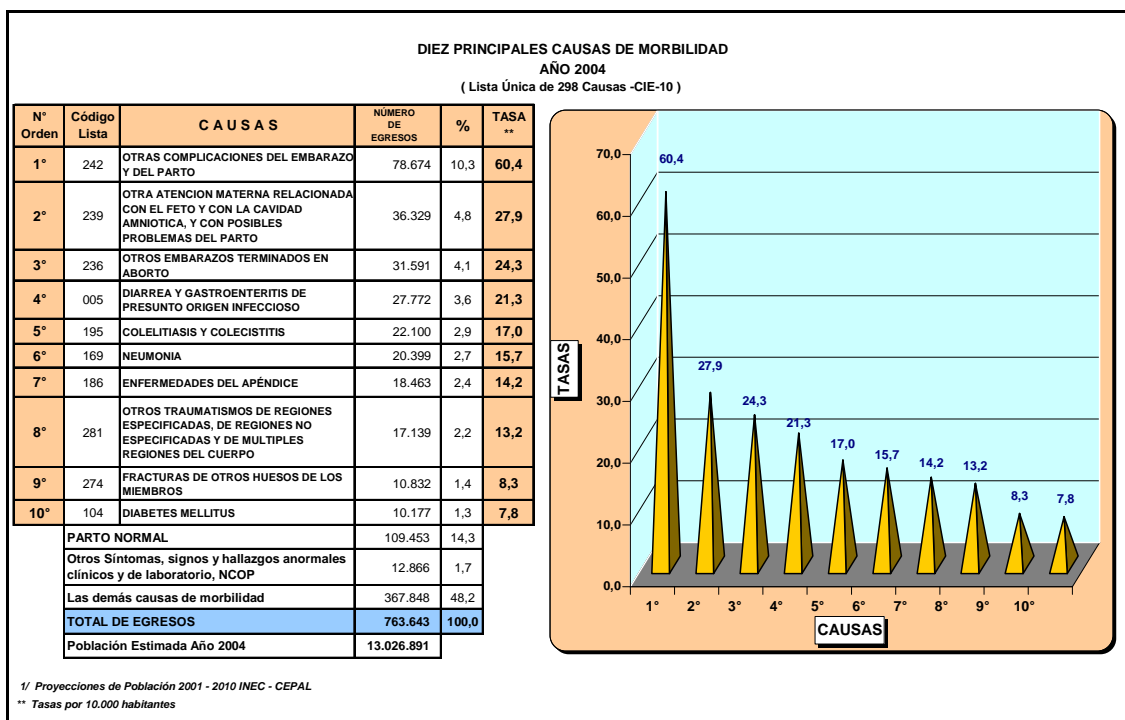
### 3.1.6 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2004

Con la finalidad de ser comparable con los Resúmenes Gráficos que se consideraron en años anteriores, se presentan las diez principales causas de morbilidad que fueron atendidas en los establecimientos hospitalarios del país, y de acuerdo a la Lista Única de 298 Causas que se recomienda en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Para el año 2004, se establece que el grupo de "Otras complicaciones del embarazo y del parto", con el Código de Lista 242, son las causas atendidas con mayor frecuencia con un significativo 10,3 por ciento y una Tasa de 60,4 por cada 10.000 habitantes. El segundo grupo de causas es "Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto", con una Tasa de 27,9 y una proporción de 4,8 por ciento del total de egresos. El tercer lugar ocupa el grupo de "Otros embarazos terminados en

aborto", con una tasa de 24,3 por 10.000 habitantes y un porcentaje de atención de 4,1 por ciento.

Como se puede observar los tres primeros lugares de la lista de atención de enfermedades, tienen que ver con la morbilidad hospitalaria relacionada a complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, que sumado a las atenciones de "Parto Normal" que alcanzó el 14,3 por ciento de los egresos, a pesar que esta última causa no se considera necesariamente como una enfermedad, se establece que los recursos físicos y humanos de los establecimientos hospitalarios del país, están siendo utilizados para la atención de pacientes con este tipo de patologías, que representan en conjunto la tercera parte de los egresos hospitalarios. De acuerdo a gráfico N.6

**GRAFICO No. 6**



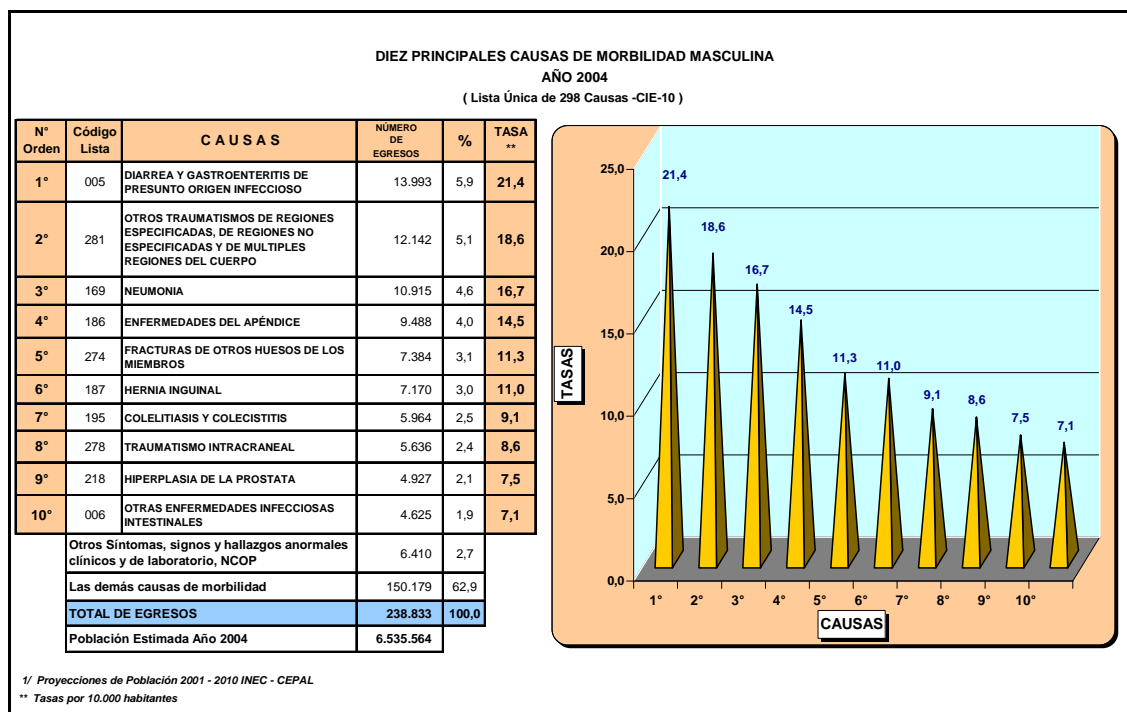
Fuente: INEC

Elaboración: INEC

### 3.1.7 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MASCULINA AÑO 2004

Al analizar las diez principales causas de morbilidad por sexo, en el caso de la población masculina, el grupo de causas que tienen que ver con, "Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso", con una tasa de 21,4 por cada 10.000 hombres, ocupa el primer lugar, seguido por "Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo" alcanzan una tasa de 18,6, el tercer lugar de atención hospitalaria es el grupo de "Neumonía" con una tasa de 16,7 y en cuarto lugar están las "Enfermedades del apéndice" con una tasa de 14,5; es importante señalar que la "Hiperplasia de la próstata", es la única causa específica para hombres que figura entre las diez principales. Según gráfico N.7.

**GRAFICO No. 7**



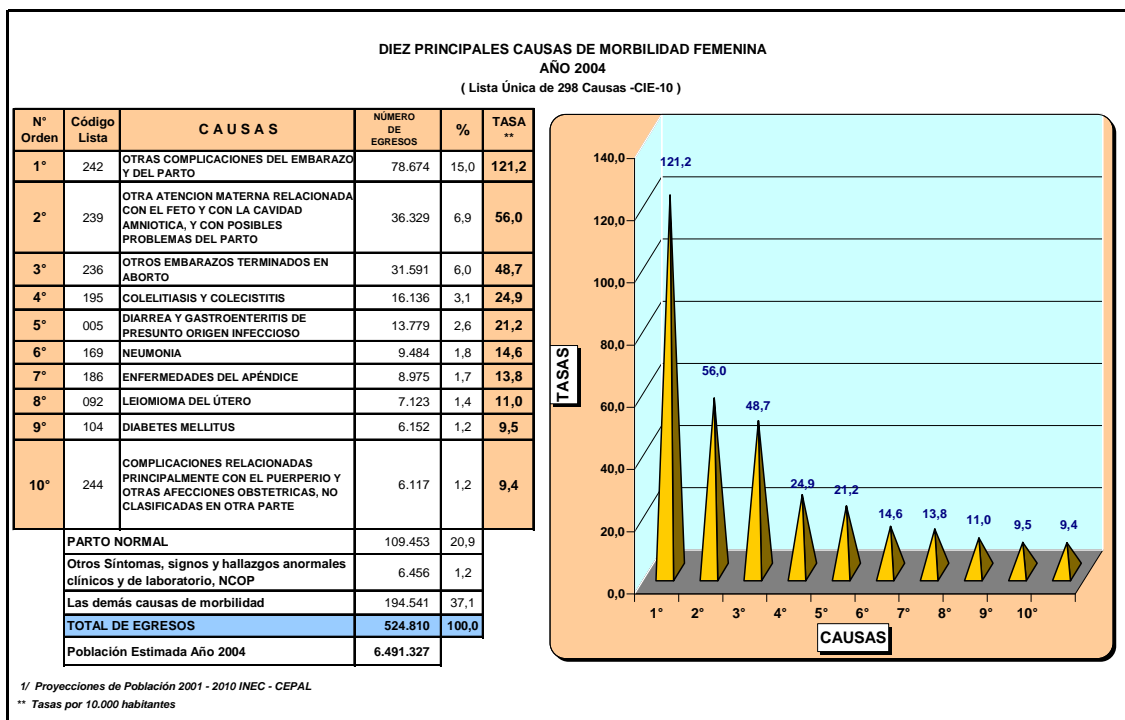
Fuente: INEC

Elaboración: INEC

### 3.1.8 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA AÑO 2004

En el caso de las mujeres, según se puede apreciar, la atención hospitalaria por "Parto normal" en el año de investigación, significó casi una cuarta parte del total de egresos femeninos; las principales causas de morbilidad para la población femenina en orden de importancia son: "Otras complicaciones del embarazo y del parto" con una tasa de 121,2; seguido por "Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto", con una tasa de 56,0; "Otros embarazos terminados en aborto", con una tasa de 48,7; y, con tasas inferiores en relación a la primera causa de la lista, se encuentran el "Leiomioma del útero", "Diabetes mellitus" y "Complicaciones relacionadas principalmente con el puerperio y otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte". De acuerdo a gráfico N.8

**GRAFICO No. 8**



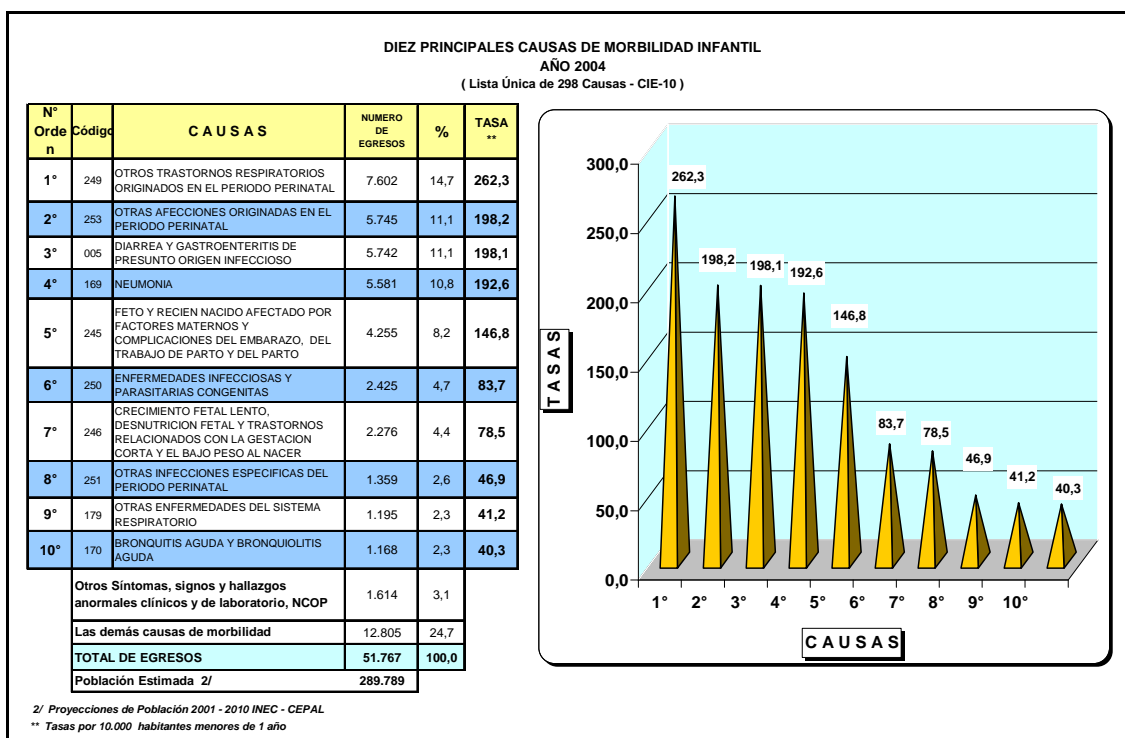
Fuente: INEC

Elaboración: INEC

### 3.1.9 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL AÑO 2004

En este cuadro y gráfico se incluye las diez principales causas de Morbilidad Infantil, de cuya información se desprende que los "Otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal" con una tasa de 262,3 por cada 10.000 menores de un año, se ubica como la primera causa de Morbilidad Infantil; seguido por "Otras afecciones originadas en el periodo perinatal", con una tasa de 198,2 y "Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso" con una tasa de 198,1. Se localizan en los últimos lugares de la lista de 10 principales causas "Otras enfermedades del sistema respiratorio" y "Bronquitis Aguda y Bronquiolitis aguda" con tasas de 41,2 y 40,3, respectivamente relacionado por cada 10.000 niños menores de un año.

**GRAFICO No. 9**



Fuente: INEC

Elaboración: INEC

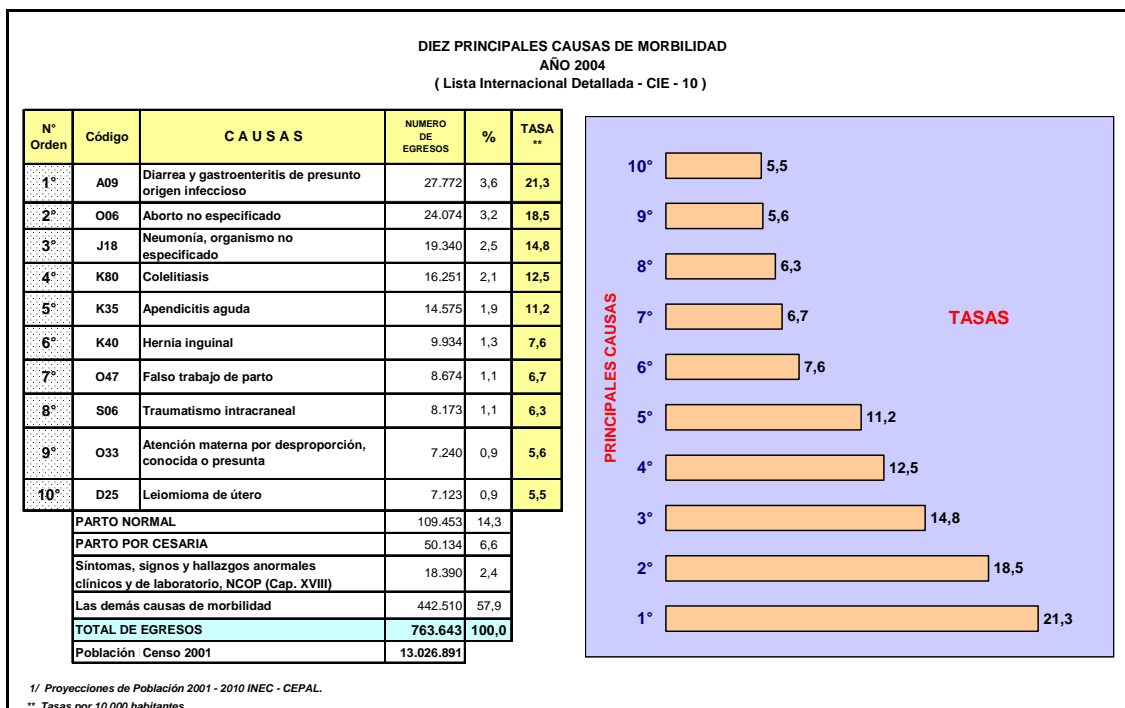


### **3.1.10 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2004**

En este Resumen Gráfico, se presentan las 10 principales causas de morbilidad de la población total, que fueron atendidas en los establecimientos hospitalarios, pero utilizando para ello la “Lista Internacional Detallada CIE-10”, que tiene la particularidad de describir en forma específica la enfermedad o dolencia que fue motivo de atención y que generó un egreso hospitalario. En este sentido con el código “A09” la primera causa de atención fue la “Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso” con una tasa de 21,3 por cada 10.000 habitantes y con una proporción del 3,6 por ciento. La segunda causa con el código “O06” es el “Aborto no especificado”, con 18,5 de tasa calculada; en tercer lugar esta la “Neumonía, organismo no especificado” (J18), con una tasa de 14,8 por cada 10.000 habitantes; y, con una menor tasa dentro de las diez principales causas encontramos el “Leiomioma de útero”.

Se debe destacar, que en este Cuadro, en consideración que es de interés, se incluye a más del Parto Normal, la información del número de egresos hospitalarios causados por “Parto por Cesárea”, que significa el 6,6 por ciento de las atenciones, y representa más del 50 por ciento en relación al Parto Normal.

## GRAFICO No. 10



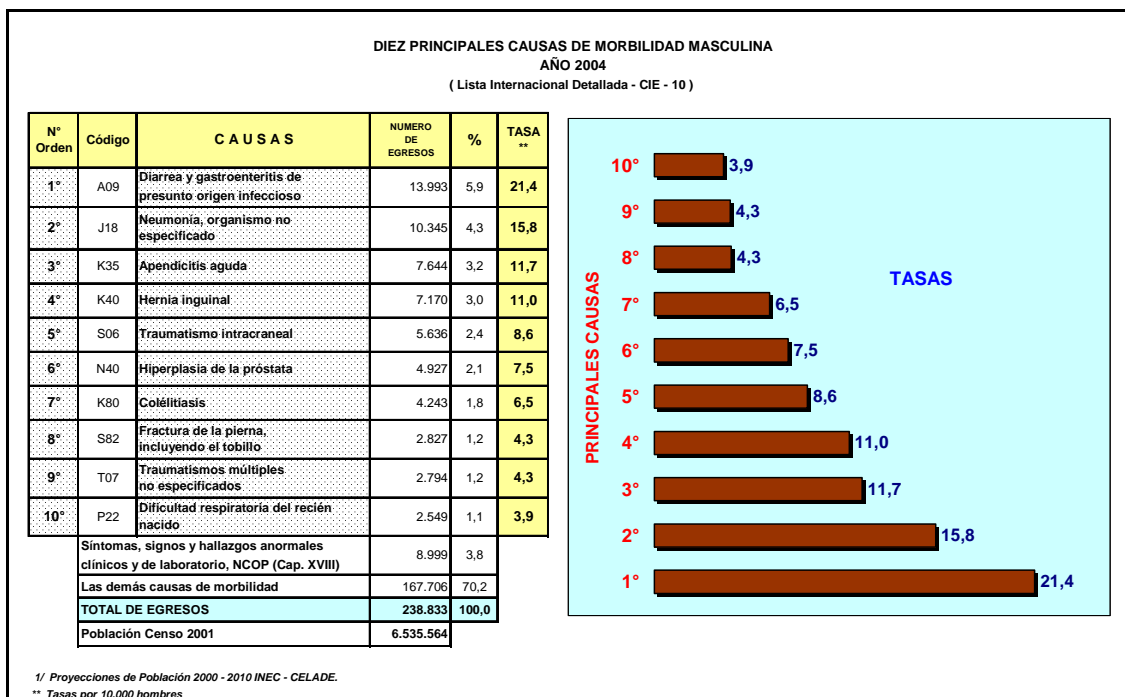
Fuente: INEC

Elaboración: INEC

### 3.1.11 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MASCULINA AÑO 2004

En la misma forma que el Cuadro anterior, se presentan las diez principales causas de morbilidad masculina, de acuerdo a la lista detallada, en la que como primera causa de atención en forma específica igual que para el total de la población, es la "Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso"; en segundo lugar se encuentra la "Neumonía organismo no especificado", en tercer lugar la "Apendicitis aguda" con tasas por cada 10.000 hombres de 21,4, 15,8 y 11,7 respectivamente. En décimo lugar de esta lista de atenciones hospitalarias masculinas y en forma detallada se ubica la causa (Código P22) "Dificultad respiratoria del recién nacido", con una tasa de 3,9 y significa el 1,1 por ciento de atenciones masculinas.

### GRAFICO No. 11



Fuente: INEC

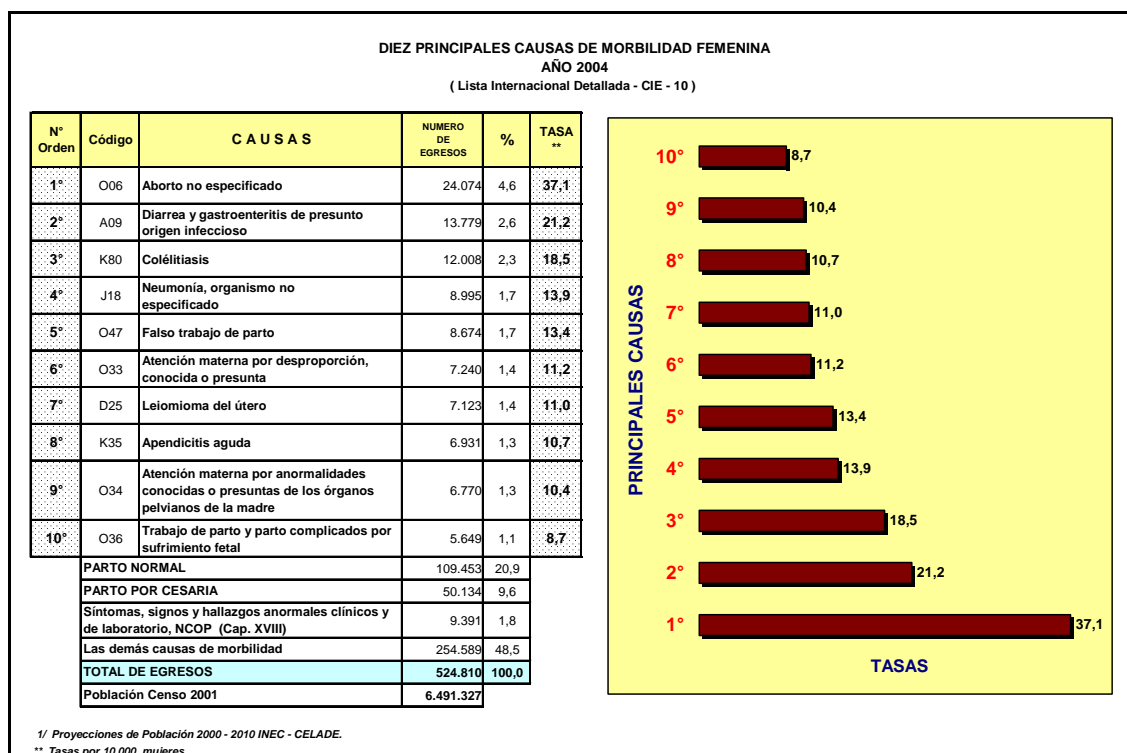
Elaboración: INEC

### 3.1.12 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA. AÑO 2004

Dentro de las diez principales causas de morbilidad femenina de la Lista Internacional Detallada CIE-10, la primera causa es "Aborto no especificado" con una tasa de 37,1 por cada 10.000 mujeres; seguida por la causa que ocupa el primer lugar para ambos sexos y es la "Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso", con una tasa de 21,2; el tercer lugar se establece para la "Colelitiasis" con una tasa de 18,5; y con un menor valor de la tasa de 8,7 por cada 10.000 mujeres le corresponde a "Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal".

Del total de egresos de sexo femenino, el Parto Normal representa casi del 21 por ciento y los 50.134 egresos de "Parto por Cesárea", tiene una significación del 9,6 por ciento de las atenciones hospitalarias femeninas registradas en todos los establecimientos de salud del país. De acuerdo a gráfico N.12.

## GRAFICO No. 12



Fuente: INEC

Elaboración: INEC

### 3.1.13 DESGLOSE DE LAS MÁS IMPORTANTES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL DE LAS 10 PRINCIPALES DE LA LISTA DE 298 CAUSAS

Por ser de interés en el campo de la salud pública las atenciones hospitalarias de menores de 1 año, se establece en este Cuadro, las mas importantes causas específicas de acuerdo a la lista detallada, de los diez principales grupos que fueron establecidos en la lista de 298 Causas (Resumen Gráfico No. 9) y que se refieren a la morbilidad infantil, con lo que el usuario podrá contar con la información de las causas específicas de atención que conforman cada una de las agrupaciones, identificando además el código correspondiente. Así, por ejemplo para el grupo de "Otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal", con 7.602 egresos, la causa específica de mayor atención con 4303 casos, es la "Dificultad respiratoria del recién nacido" y representa más de la mitad de las atenciones dentro de esta agrupación de enfermedades. De acuerdo a gráfico N.

## GRAFICO No. 13

DESGLASE DE LAS MAS IMPORTANTES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL DE LAS 10 PRINCIPALES DE LA LISTA DE 298 CAUSAS AÑO 2004							
LISTA DE 298 CAUSAS				LISTA DETALLADA			
No. Orden	Cod. Lista	Códigos Agrupados	Descripción de la agrupación	No. Egresos	Códigos Detallada	Descripción de lista detallada	No. Egresos
<b>TOTAL EGRESOS DE MENORES DE 1 AÑO</b>				<b>51.767</b>			
1	249	P22-P28	OTROS TRASTORNOS RESPIRATORIOS ORIGINADOS EN EL PERIODO PERINATAL	7.602	P22	DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIÉN NACIDO	4.303
					P24	SINDROMES DE ASPIRACIÓN NEONATAL	1.246
					P28	OTROS PROBLEMAS RESPIRATORIOS DEL RECIÉN NACIDO, ORIGINADOS EN EL PERIODO PERINATAL	1.158
						Resto de causas del grupo	895
2	253	P08, P29, P50-P54, P96-P96	OTRAS AFECIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	5.745	P59	ICTERICIA NEONATAL POR OTRAS CAUSAS Y POR LAS NO ESPECIFICADAS	2.731
					P70	TRASTORNOS TRANSITORIOS DEL METABOLISMO DE LOS CARBOHIDRATOS ESPECIFICOS DEL FETO Y DEL RECIÉN NACIDO	840
					P08	TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO PROLONGADO Y CON SOBREPESO AL NACER	419
						Resto de causas del grupo	1.755
3	005	A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	5.742	A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	5.742
4	169	J12-J18	NEUMONIA	5.581	J18	NEUMONIA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO	5.279
						Resto de causas del grupo	302
5	245	P00-P04	FETO Y RECIÉN NACIDO AFECTADO POR FACTORES MATERNO Y COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, DEL TRABAJO DE PARTO Y DEL PARTO	4.255	P02	FETO Y RECIÉN NACIDO AFECTADO POR COMPLICACIONES DE LA PLACENTA, DEL CORDÓN UMBILICAL Y DE LAS MEMBRANAS	2.054
					P00	FETO Y RECIÉN NACIDO AFECTADO POR CONDICIONES DE LA MADRE NO NECESARIAMENTE RELACIONADAS CON EL EMBARAZO PRESENTE	1.115
						Resto de causas del grupo	1.086
6	250	P35-P37	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CONGENITAS	2.425	P36	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO	2.344
						Resto de causas del grupo	81
7	246	P05-P07	CRECIMIENTO FETAL LENTO, DESNUTRICIÓN FETAL Y TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA GESTACIÓN CORTA Y EL BAJO PESO AL NACER	2.276	P07	TRASTORNOS RELACIONADOS CON DURACIÓN CORTA DE LA GESTACIÓN Y CON BAJO PESO AL NACER, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	1.761
					P05	RETARDO DEL CRECIMIENTO FETAL Y DESNUTRICIÓN FETAL	515
8	251	P38-P39	OTRAS INFECCIONES ESPECIFICAS DEL PERIODO PERINATAL	1.359	P39	OTRAS INFECCIONES ESPECIFICAS DEL PERIODO PERINATAL	1.213
					P38	ONFALITIS DEL RECIÉN NACIDO CON O SIN HEMORRAGIA LEVE	146
9	179	J22, J66-J99	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	1.195	J22	INFECCIÓN AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES	588
					J96	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NCOP	402
						Resto de causas del grupo	205
10	170	J20-J21	BRONQUITIS AGUDA Y BRONQUIOLITIS AGUDA	1.168	J20	BRONQUITIS AGUDA	703
					J21	BRONQUIOLITIS AGUDA	465
270		R00-R09, R11-R49, R51-R53, R55-R99	OTROS SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	1.614			
RESTO DE CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL				12.805			

Fuente: INEC

Elaboración: INEC

## 3.2 CONTEXTO DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO

### 3.2.1 ESTRUCTURA POBLACIONAL

Según la proyección del Censo de Población y Vivienda 2001, para el año 2001 existen 1.842.201 habitantes de los cuales el 48.5% son hombres y el 51.5% son mujeres. La mayoría de la población del Distrito, 75 % vive en la zona urbana, y el 25% en el área sub-urbana. En cuanto a las características étnicas según el último Censo el 3.3% de la población se consideró como indígena, 1.2 negros, 80.6 mestizos, 1.9 mulatos Blancos 12.8. Según proyección poblacional para el año 2006, en el Distrito Metropolitano de Quito, se estima que estarían residiendo alrededor de 2.048.848 habitantes, lo que implica un aumento aproximado de 206.647 personas. Ver tabla No 1.

**TABLA No. 1**

PROYECCION HABITANTES AÑO 2006

AREA	Población			
	1990	2001	2005	2006
TOTAL DISTRITO	1.388.500	1.842.201	2.007.767	2.048.848
QUITO URBANO	1.105.526	1.397.698	1.504.991	1.531.257
DISPERSO URBANO	24.535	13.897	10.612	9.481
SUBURBANO	258.439	430.606	492.163	508.110

Fuente DMPT Elaborado DMS - UE

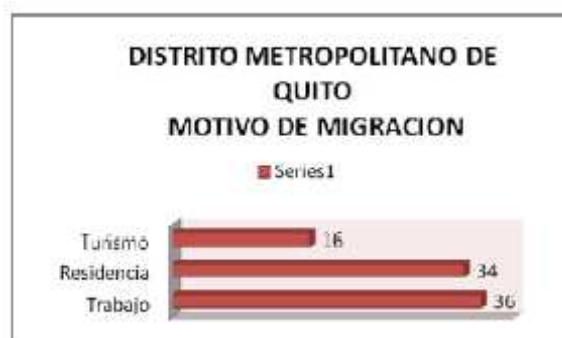
### 3.2.2 ACTIVIDAD ECONOMICA

Las actividades económicas están vinculadas estrechamente a las del sector privado e informal, asentadas en el sector de servicios que representa más del 50% de las actividades del Distrito, misma que es utilizada como mano de obra poco calificada. El poco crecimiento del sector formal asociado con bajo nivel educativo de fuerza laboral, han conducido a la expansión de la economía informal donde se ubica el 48 por ciento de la Población Económicamente Activa.

Para muchos analistas, esta es una tasa irreal, debido a que un buen porcentaje de las personas desempleadas o subempleadas, han migrado al exterior, se calcula que cerca de 300.000 personas han salido del país legal o ilegalmente en los últimos años<sup>48</sup>. “Del total de hogares investigados en Pichincha y Quito, el 9% tiene por lo menos un miembro del hogar fuera del país. En Pichincha, de cada 100 personas que salen al exterior, 52 son hombres y 48 mujeres; en Quito los porcentajes son 45 y 55 por ciento, en ese orden. El mayor número de migrantes se concentra en el grupo de 15 a 39 años de edad. Este grupo está compuesto por mano de obra con mayores oportunidades de incorporarse al mercado de trabajo en el país de destino. La mayoría de migrantes tanto en Pichincha como Quito, son hijos o hijas de familia, son casados o unidos, tienen instrucción secundaria o superior, el motivo principal de migración es buscar trabajo, tienen como principal destinos España y los Estados Unidos, y han salido en mayor número a partir del año 1995. Un poco más de la mitad envían remesas de dinero a sus hogares de origen<sup>49</sup>. Ver gráficos No 14, 15, 16 y 17.

#### GRAFICO No. 14

##### MOTIVO DE MIGRACION FUERA DEL PAIS



Fuente Censo 2001. Elaborado DMS-UE

<sup>48</sup> Piedra María del Carmen, Desarrollo local y salud, Módulo I, Universidad Técnica Particular de Loja, marzo 2003

<sup>49</sup> Topología de Katzman combina el método directo (NBI) con el indirecto (capacidad de consumo hogares)

**GRAFICO No. 15**

EDAD DE LOS MIGRANTES



Fuente Censo 2001. Elaborado DMS-UE

**GRAFICO No. 16**

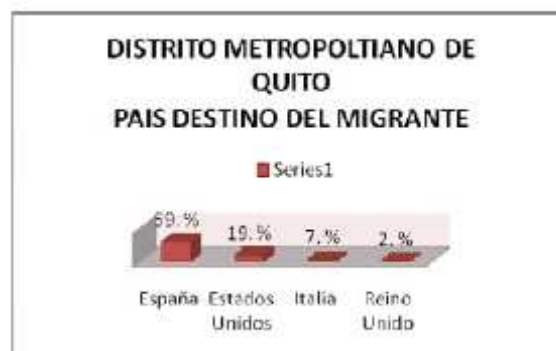
EDAD DE LOS MIGRANTES



Fuente Censo 2001. Elaborado DMS-UE

**GRAFICO No. 17**

PAIS DE DESTINO DE LOS MIGRANTES



Fuente Censo 2001. Elaborado DMS-UE

Según el análisis realizado por la Dirección de Planificación del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito utilizando el método integral de KATZMAN16 se



observo que la pobreza reciente (hogares pobres en su consumo pero con necesidades básicas satisfechas) representa el 26.6% hogares para un total de 442.072 personas, estos hogares han disminuido su capacidad de consumo por debajo de la línea de pobreza. Es importante evaluar los niveles de pobreza crónica vistas como un aumento de los hogares con carencias de necesidades básicas y consumo por debajo de la línea de pobreza que afecta al 16.9% de los hogares y alrededor de 371.666 personas. El costo de la canasta familiar vital para Diciembre 2004 se situó en 299.6 USD.

La inflación anual alcanzó a Diciembre del 2005 el 4.4%: Los rubros más afectados son: alquiler, agua, electricidad, gas, otros combustibles y educación<sup>50</sup>.

El Sector industrial de la economía se encuentra distribuido por uso de suelo en los extremos del Distrito Metropolitano, existiendo empresas de mayor riesgo localizadas en La Administración la Delicia, Eugenio Espejo (Zona Norte), Eloy Alfaro y Quitumbe.

La población bajo la línea de pobreza con los datos censales 2001, correspondía al 19.9% para el área urbana, el 41.3% para el área disperso urbana y el 30.1% para el área suburbana, el total para el distrito fue del 22.2%.

La ciudad de Quito, según igual fuente, está entre las 5 ciudades más caras del país. A través de la encuesta demográfica y de salud materno infantil (ENDEMAIN 2004) encontramos que para el 9.7% de la población en Quito no tiene suficiente comida para alimentar a los miembros del hogar, para el 20% hay dificultades para pagar los gastos de alimentación. Las mujeres en los quintiles más pobres Q1 Q2 están alrededor del 17.8%.

A través de la Encuesta de Condiciones de Vida 2006, podemos establecer datos relacionados con los gastos efectuados, en diferentes rubros tales como almuerzo, merienda, bebidas, el más alto está representado por el gasto en diversión con un promedio de 11 USD. Ver tabla No 2.

---

<sup>50</sup> MSP; SITUACION DE SALUD DEL ECUADOR, PAG 17

TABLA No 2

## GASTOS POR RUBROS - ENCUESTA CONDICIONES DE VIDA 2006

Estado Económico	FG011. Valor gastado en alimentos	FG028. Valor gastado en alimentos	FG038. Valor gastado en mercancías	FG048. Valor gastado en platos calientes	FG058. Valor gastado en helados	FG068. Valor gastado en bebidas...	FG078. Valor gastado en transporte	FG088. Valor gastado en servicios
Media	5,84	8,15	9,97	7,19	3,05	2,45	5,15	11,24
Moda	3	5	10	5	1	2	5	13
Desv. tip.	4,258	7,416	9,064	8,850	3,704	2,378	5,743	12,813
Mínimo	1	1	1	0	0	0	0	3
Máximo	30	100	50	100	40	20	30	100

a DOMINIO = Quito-Urbano

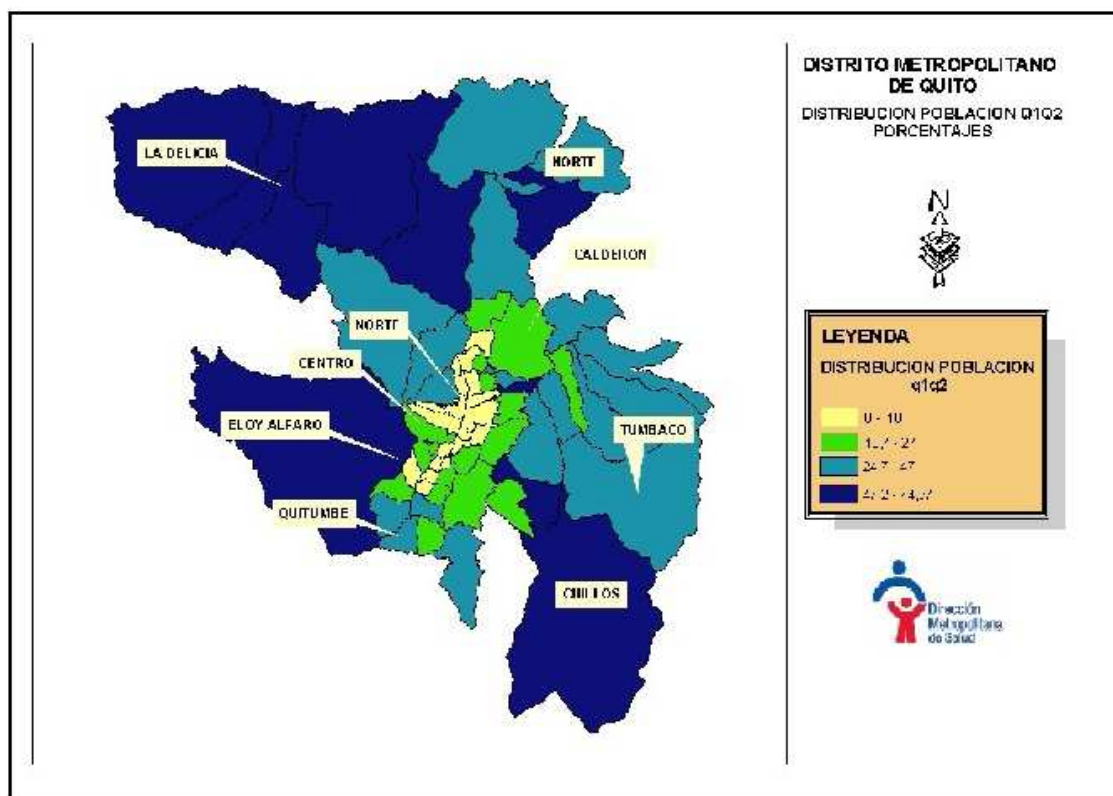
Fuente: Encuesta Condiciones de Vida 2006. Elaborado DMS-UE

Se define como Línea de pobreza el valor de la canasta básica de bienes y servicios para una persona, en un periodo determinado. Aquellos hogares cuyo consumo por persona es inferior a ésta línea son considerados “pobres”. La línea de extrema pobreza o indigencia es el valor de una canasta básica de bienes alimenticios, que refleja el costo necesario para satisfacer los requerimientos nutricionales mínimos. La norma frecuentemente utilizada es de 2.300 kilocalorías y 45 gramos de proteínas por día por adulto. Aquellos hogares cuyo consumo no alcanza a cubrir las necesidades nutricionales mínimas son consideradas “indigentes”

Mapa de Línea de base muestra de hogares Quintil1 y Quintil 2. Publicación Proyecto Salud de Altura Septiembre 2007. Ver mapa No 1.

## MAPA No 1

### POBREZA QUINTILES 1 Y 2



FUENTE: Dirección de Planificación Territorial MDMQ- Elaborado DMS-UE

### 3.2.3 VIVIENDA Y ASPECTOS HIGIENICO SANITARIOS

Para el año 2001, de acuerdo al VI Censo Nacional de población y vivienda, en el Distrito Metropolitano de Quito existían 556.628 viviendas habitables, para un total de población de 1.388.500 habitantes, es decir a un promedio Distrital de 3.3 habitantes por vivienda., el promedio de ocupantes por vivienda es de 3.6 personas. Según el informe ENDEMAIN 2004 en Quito, los principales tipos de vivienda son catalogados como casa o villa el primero y mediagua, cuarto de inquilinato y otro tipo 38% en los dos casos.

Los pobres viven en mayor medida en cuartos (45.3%), mientras que en los hogares de Quito en general sólo el 16.5% de personas viven en cuartos, un 34% de los hogares de Quito habita en departamentos, mientras los considerados pobres alcanzan tan solo el 10%.

### **3.2.3.1 Abastecimiento y tratamiento de agua; Cobertura -fuentes de agua:**

El 98.13% del total de las viviendas del cantón, cuentan con servicio por red pública, para los quintiles 1 y 2 la cobertura es del 87.38%. (Encuesta y Censos para línea de base PSA). En su distribución existe una red pública e intradomiciliaria, antigua, que puede ser una fuente potencial de contaminación, básicamente en el espacio urbano de mayor consolidación (Zonas Norte, Eloy Alfaro y Centro), mientras que las nuevas zonas de crecimiento disponen de infraestructura sanitaria recientemente construida.

### **3.2.3.2 Eliminación de excretas; Alcantarillado público:**

Según datos 2006 del informe de Salud de Altura, vemos que promedio distrital de cobertura del alcantarillado público, es del 93.5 % en la zona urbana, 16.3% en la disperso urbana y del 65% en la sub-urbana. Casi un 5% no dispone de servicio, 9% tienen excusado y pozo séptico; 13.3% disponen de excusado y pozo ciego, y letrina el 1.45%.

### **3.2.3.3 Eliminación de desechos sólidos:**

Los carros recolectores de basura, sirven al 90% de la población, prestando servicio al 95.3% de hogares en la zona urbana, 32.5% en la disperso urbana y 73% en la sub-urbana.

### **3.2.3.4 Energía eléctrica y Telefonía pública**

El servicio público que mayor cobertura alcanza en el Distrito es el de energía eléctrica, con el 99.87%; repartido según sector: 98.3% en el sector urbano, a nivel disperso urbano es del 91.1% y en el sector sub-urbano 95.1%, mientras que el de telefonía pública según informe ENDEMAIN 2004 alcanza el 63.7%, el uso de servicios no convencionales e inalámbricos portátiles deben haber superado al 51.1% tanto a nivel urbano como sub-urbano en la actualidad.

### **3.2.4 SECTOR EDUCATIVO**

La población analfabeta en mayores de 10 años fue del 3.2% para hombres y 5.3% para mujeres, el promedio de escolaridad es de 7,7 años, con un porcentaje de repetición del 25% y una deserción escolar del 18%.

El 77.60 de las instituciones educativas están en el área urbana, el 22,19 están en el área rural. En lo que respecta a la jornada laboral el 81.39% laboran en la mañana, el 99.31 de las instituciones son considerados de tipo hispano.

De acuerdo a niveles el 32.47% son instituciones de nivel pre-primario, 42.33 % de nivel primario, 24.93 % educación media. Predominan las instituciones particulares en un 57.99%, las que corresponden al estado o fiscales en un 37.59%, de otras instituciones como el Municipio 0.84%

En los datos oficiales del Censo 2001 y calculados esta es la población del Distrito Metropolitano catalogado por su nivel de instrucción, los no aplicables (NSA) están señalado en la tabla No. 3.

**TABLA No 3**  
**NIVELES DE INSTRUCCIÓN DMQ**

<b>NIVEL DE INSTRUCCION</b>	<b>SEXO</b>		<b>Total</b>
	<i>1. Hombre</i>	<i>2. Mujer</i>	
<i>0. Ninguno</i>	17.623	35.867	53.490
<i>1. Alfabetización</i>	2.458	2.542	5.000
<i>2. Primario</i>	252.182	265.568	517.750
<i>3. Secundario</i>	218.362	248.910	467.272
<i>4. Educación Básica</i>	75.448	77.560	153.008
<i>5. Educación Media</i>	14.511	16.247	30.758
<i>6. Ciclo Post Bachillerato</i>	5.697	6.012	11.709
<i>7. Superior</i>	153.008	146.589	299.597
<i>8. Postgrado</i>	6.089	3.104	9.193
<i>9. Ignora</i>	57.492	58.007	115.499
<b>Total</b>	<b>802.870</b>	<b>860.406</b>	<b>1.663.276</b>

FUENTE: Censo 2001. Elaborado DMS-UE

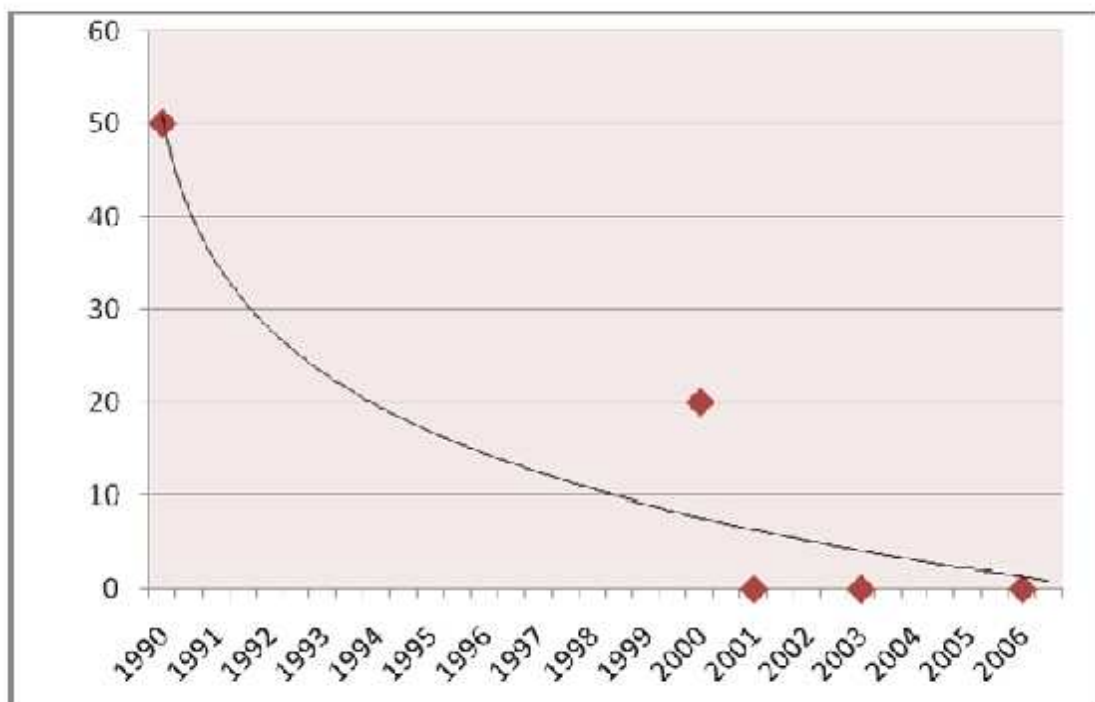
NSA 178.925

### 3.2.5 ASPECTOS DEMOGRAFICOS Y DE SALUD

La tasa bruta de mortalidad para la Provincia de Pichincha, fue de 42,3 ‰<sup>0</sup> (1000 NC) nacidos vivos, siendo la tasa de mortalidad masculina la predominante. Con 47,83‰<sup>0</sup>. De todas las causas de muerte las producidas por procesos infecciosos ocupan el 4,47‰<sup>0</sup>, y la de los tumores malignos un 6,78‰<sup>0</sup>.

De acuerdo a SOLCA, núcleo Quito, en el DMQ, para el año 2002, el cáncer de la Próstata en el hombre y el del cuello del útero en la mujer son los de mayor incidencia, sin dejar de lado los tumores de mama, piel y estómago.<sup>4</sup> Es preocupante, la presencia cada vez más significativa de las muertes por causas violentas, accidentes de tráfico y violencia física.

La tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos para el Distrito Metropolitano de Quito, ha ido disminuyendo progresivamente desde 1990 hasta los momentos actuales como lo demuestra el gráfico No 18.

**GRAFICO No. 18****TASA DE MORTALIDAD INFANTIL DMQ**

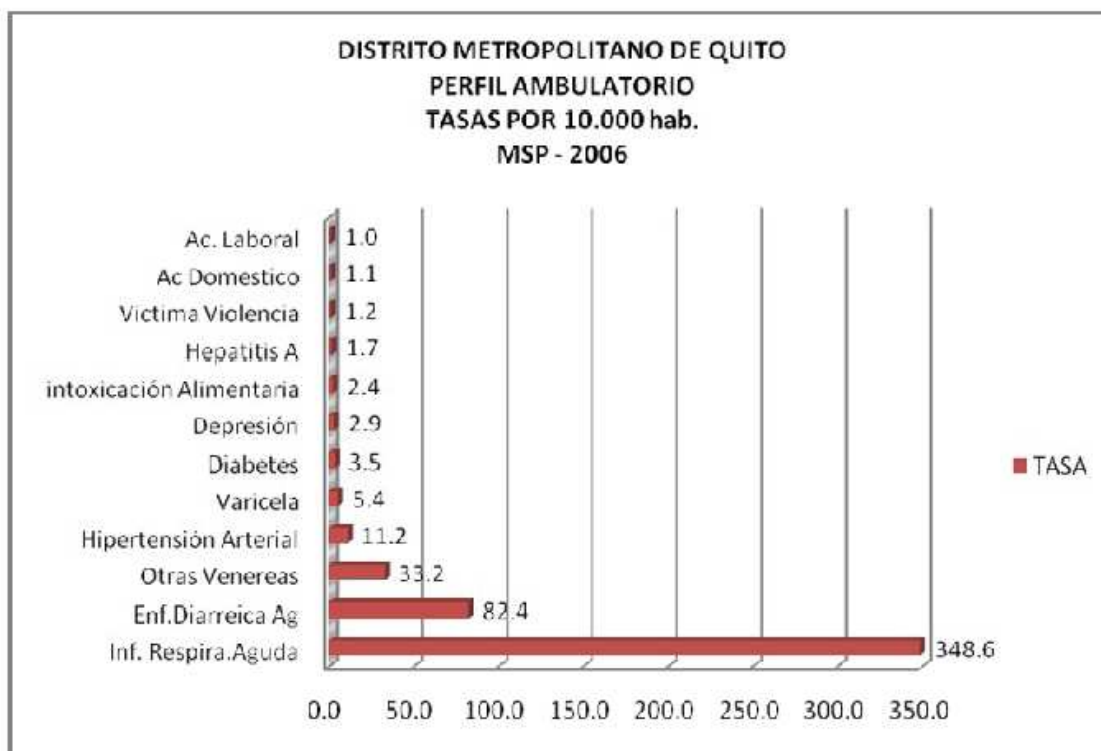
FUENTE: FLACSO- ENDEMAIN 2006. Elaborado DMS-UE

**3.2.6 ESTADO DE SALUD – ENFERMEDAD EN LOS POBLADORES DEL DMQ**

De acuerdo a los estudios de morbilidad en el DMQ se mantiene un perfil considerado de transición, en donde las enfermedades prevenibles (respiratorias, controladas por vacunación y diarreicas), crónico degenerativas (hipertensión arterial, diabetes y cáncer) y las producidas por causas violentas, tienen un claro predominio. Del reporte de las Unidades de Salud ambulatorias, las infecciones respiratorias agudas son las de mayor prevalencia. Ver gráfico No 19.

### GRAFICO No. 19

#### PERFIL AMBULATORIO EN EL DMQ SEGÚN DATOS DEL MSP



FUENTE: Dirección Provincial de Salud de Pichincha Producciones 2006.. Elaborado DMS-UE

### 3.2.7 INGRESOS VS GASTOS PROMEDIOS EN SALUD

De los datos encontrados del estudio de línea de base realizado por el Proyecto Salud de Altura, vemos que el promedio declarado de todos los ingresos para los hogares quiteños es de \$164.73 USD, en contraste con el ingreso total promedio de los hogares pobres que llega a \$56.61USD; se indica además, que el 40% de los habitantes de Quito ganan hasta \$300.00 USD llegando un 16.77% de hogares a disponer de una renta superior a \$1.000.00 USD.

El gasto promedio de salud de los hogares en Quito está alrededor de \$74.28 USD es decir cerca de la mitad del valor declarado como ingreso. Si tomamos como referencia las cifras de la Encuesta Endemain para Pichincha y Quito 2004



vemos que para atención curativa, los hogares destinaron \$51.00 USD, llegando el valor medio por enfermo a \$29.00 USD. La media de gasto de hogares por control de embarazo fue de \$18.90 USD y con mujeres parturientas alrededor de \$144.90 USD. Ver tabla No 4.

**TABLA N° 4**  
**GASTOS EN SALUD SEGÚN TIPO**

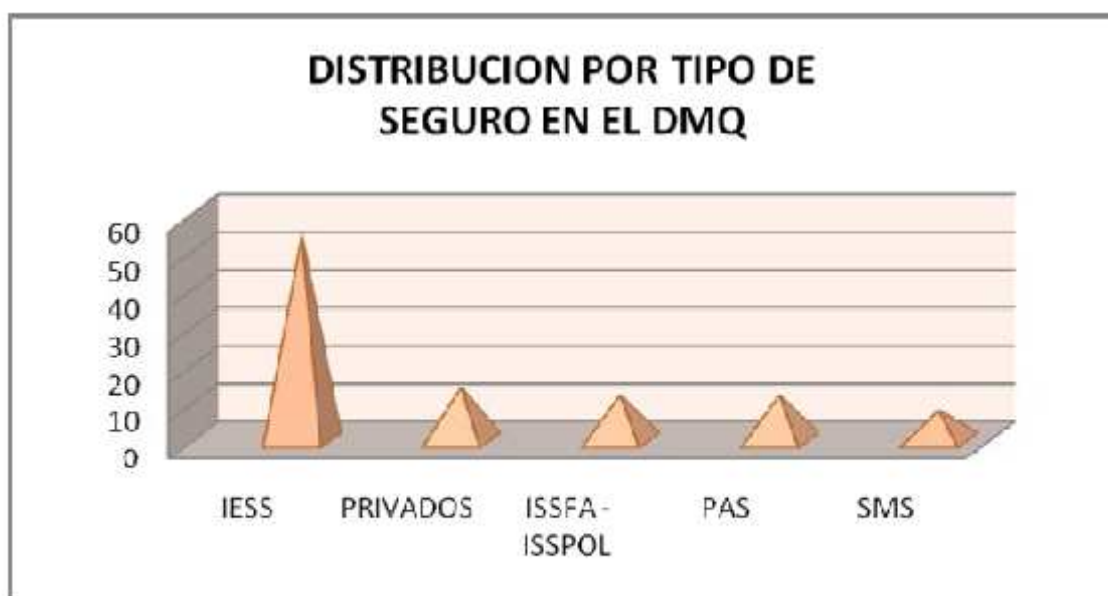
<b>TIPO DE GASTO</b>	<b>USD</b>
<b>Gasto total del hogar por año</b>	
<i>Media de gastos de hogares con problemas de salud</i>	744,3
<i>Media de gastos de todos los hogares</i>	692,3
<b>Gasto en atención curativa ambulatoria los últimos 30 días</b>	
<i>Media de gastos de hogares con problemas de salud</i>	51,0
<i>Media de gastos de todos los hogares</i>	41,8
<b>Gasto por enfermo</b>	
<i>Media de gastos de hogares con problemas de salud</i>	29,0
<i>Media de gastos de todos los hogares</i>	23,7
<b>Gasto en control prenatal y atención del parto último año</b>	
<i>Media de gastos de hogares con embarazadas</i>	18,9
<i>Media de gastos de hogares con parturientas</i>	144,9

FUENTE: INFORME ENDEMAIN-CEPAR. Elaborado DMS-UE

### 3.2.8 ASEGURAMIENTO DE LA SALUD EN EL DMQ

El Municipio del Distrito Metropolitano de Quito en el año 2005 en función de lo planteado en su propuesta estratégica del Plan Siglo XXI y hacia el Bicentenario crea la Corporación Metropolitana de Salud para implementar un sistema de seguro complementario a los existentes, pues sabemos que cerca del 60% de la población no dispone de ningún tipo de seguro, del 40% restante el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social presta cobertura al 54% de quiteño/as, el 14% las instituciones privadas, el ISSFA e ISSPOL cubre otro 12%, el PAS otro 12% y por último el Seguro Metropolitano de Salud un 8%. Ver gráfico No 20.

**GRAFICO No. 20**



FUENTE: DIRECCION METROPOLITANA DE SALUD. Elaborado DMS-UE

Según la proyección de población 2007, la distribución de coberturas de aseguramiento por personas en el DMQ estaría de la siguiente manera:

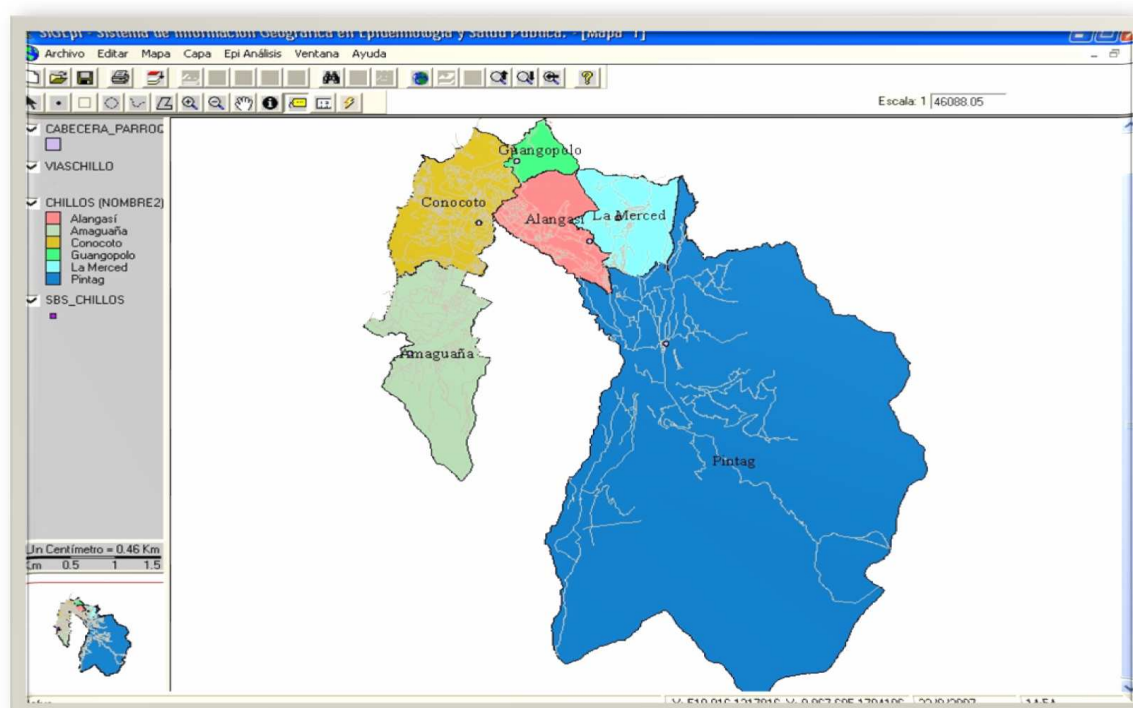
▪ Sin seguro	1.243.662 habitantes
▪ IESS – Seguro Campesino	444.431 habitantes
▪ SMS – PAS	163.528 habitantes
▪ Privados	111.824 habitantes
▪ ISSFA – ISSPOL	101.166 habitantes
▪ POBLACION TOTAL	2.064.611 HABITANTES

El Seguro Metropolitano de Salud cuenta con una red de 45 proveedores, cuyos afiliados asisten mayoritariamente a recibir atención de salud en los establecimientos privados y tan solo el 10.57% a los de tipo público, especialmente a las Unidades de Salud Municipales.

### 3.3 CONTEXTO ADMINISTRACIÓN ZONAL LOS CHILLOS

La administración Valle de los Chillos está constituida por las parroquias de Amaguaña, Conocoto, Guangopolo, Alangasí, La Merced y Pintag; de acuerdo al mapa a continuación. Ver mapa No 2.

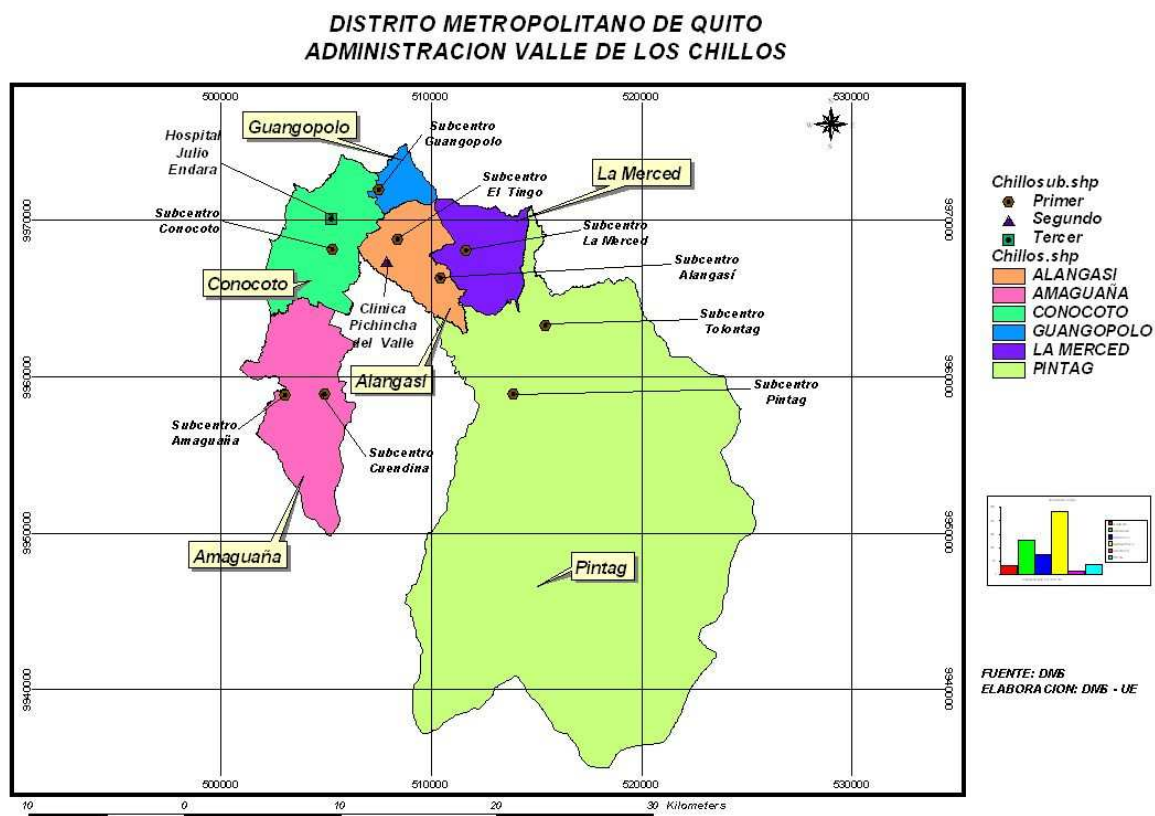
**MAPA No 2**  
**PARROQUIAS ADMINISTRACIÓN ZONAL LOS CHILLOS**



En lo que respecta a servicios de salud, la parroquia Amaguaña cuenta con dos subcentros de salud pertenecientes al M.S.P; Conocoto cuenta con el subcentro de salud y el Hospital Julio Endara; en Guangopolo se encuentra el subcentro de salud Guangopolo; en Alangasí, se encuentra el subcentro de salud Alangasí y la Clínica Pichincha del Valle; en La Merced el subcentro de salud La Merced y en Pintag dos subcentros de salud del MSP. Ver mapa No 3.

### MAPA No 3

## PARROQUIAS ADMINISTRACIÓN ZONAL LOS CHILLOS



### 3.3.1 PROYECCIÓN POBLACIÓN 2006 DE ADMINISTRACIÓN LOS CHILLOS.

En la tabla No 5 se puede observar que el mayor porcentaje de población, en la Administración Zonal Los Chillos corresponde al sexo femenino con un 51,04%(69562), mientras que el menor porcentaje corresponde al sexo masculino con un 48,9%(66707); al analizar los grupos de edad, se observa que el mayor porcentaje corresponde al grupo de 15 a 19 años con un 10,73%(14625) tanto hombres como de mujeres; en cuanto a grupo poblacional y sexo el mayor porcentaje corresponde a hombres de 5 a 9 años de edad con un 10,99%(7334); mientras que el menor porcentaje en hombres, corresponde al grupo de edad de 75 a 79 años con un 1%(651), y mujeres al mismo grupo de edad con un 1,2% (828).

**TABLA No 5**

#### PROYECCIÓN POBLACIÓN 2006 DE ADMINISTRACIÓN LOS CHILLOS.

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total	%
0-4	6.732	6.599	13.331	9,78
5-9	7334	7.144	14478	10,62
10-14	7325	7.236	14561	10,69
15-19	7290	7.335	14625	10,73
20-24	6535	7.066	13601	9,98
<b>25-29</b>	5145	5.629	10774	7,91
30-34	4850	5.150	10000	7,34
35-39	4423	4.987	9410	6,91
40-44	4174	4.369	8543	6,27
45-49	3137	3.283	6420	4,71
50-54	2600	2.641	5241	3,85
55-59	1875	1.928	3803	2,79
60-64	1560	1.712	3272	2,40
65-69	1136	1.326	2462	1,81
70-74	969	1.064	2033	1,49
75-79	651	828	1479	1,09
80 y más	971	1.265	2236	1,64
<b>TOTAL</b>	<b>66.707</b>	<b>69.562</b>	<b>136.269</b>	<b>100</b>

Fuente: DMS-MDMQ. INEC, 2000

Elaboración: Yáñez Olga

### 3.3.2 POBLACIÓN SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15 ALANGASÍ, AÑO 2006

En la distribución de la población por grupos de edad, se observa que el mayor porcentaje corresponde al grupo de edad de 20 y más, que incluye a la población económicamente activa, con un 61,16%(9.996); le sigue el grupo de 5 a 14 años, con el 19,51%(3.166) ambos representan el 80% de la población, el menor porcentaje corresponde al grupo de edad de menor de un año, con un 1,90%(308) de población. Ver tabla No 6 y gráfico No 21.

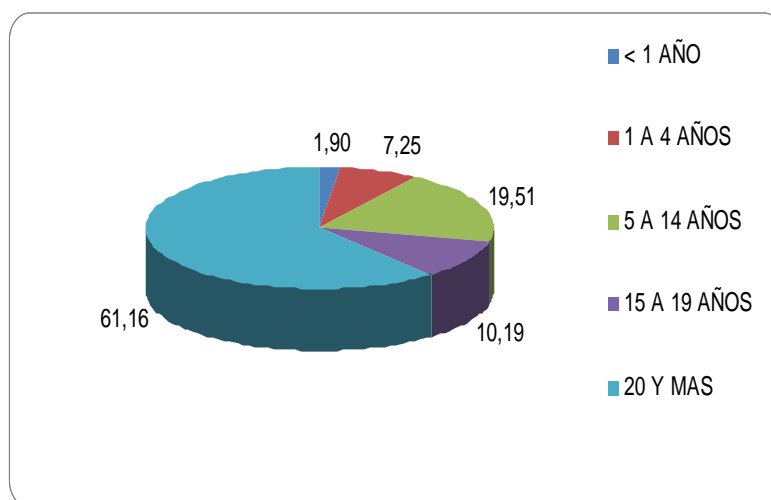
**TABLA No 6**  
**POBLACIÓN ALANGASÍ SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15 AÑO, 2006.**

GRUPOS DE EDAD	POBLACION	% POBLACION
< 1 AÑO	308	1,90
1 A 4 AÑOS	1.176	7,25
5 A 14 AÑOS	3.166	19,51
15 A 19 AÑOS	1.654	10,19
20 Y MAS	9.926	61,16
TOTAL	16.230	100,00

Fuente: DMS-MDMQ. INEC, 2000

Elaboración. DMS-MDMQ

**GRÁFICO No 21**  
**POBLACIÓN ALANGASÍ SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15, AÑO 2006**



Fuente: DMS-MDMQ. INEC, 2000

Elaboración. DMS-MDMQ

### 3.3.3 POBLACIÓN DE AMAGUAÑA SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15 AÑO 2006

En la tabla 7 y gráfico No.22 observamos, que el mayor porcentaje corresponde al grupo de edad de 20 y más con un 59,03(15.408); seguido de 5 a 14 con un 20,11%(5.248); e menor porcentaje corresponde al menor de un año con un 1,98%(517) de población.

**TABLA No. 7**

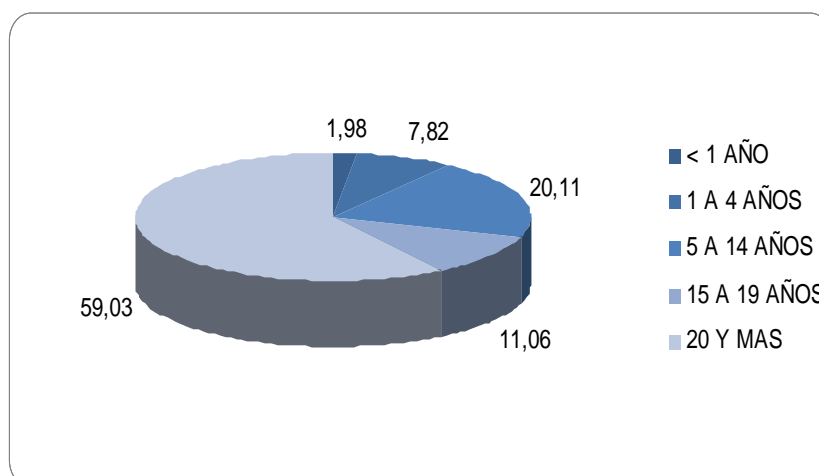
#### POBLACIÓN AMAGUAÑA SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15, AÑO 2.006.

GRUPOS DE EDAD	POBLACION	% POBLACION
< 1 AÑO	517	1,98
1 A 4 AÑOS	2.041	7,82
5 A 14 AÑOS	5.248	20,11
15 A 19 AÑOS	2.887	11,06
20 Y MAS	15.408	59,03
TOTAL	26.101	100,00

Fuente: DMS-MDMQ. INEC, 200      Elaboración. DMS-MDMQ

**GRÁFICO No 22**

#### POBLACIÓN AMAGUAÑA SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15, AÑO 2.006.



Fuente: DMS-MDMQ. INEC, 2000

Elaboración. DMS-MDMQ

### 3.3.4 POBLACIÓN DE CONOCOTO SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15. AÑO 2006

En la tabla No 8 y gráfico No.23, observamos que el porcentaje más elevado corresponde al grupo de 20 y más, con un 61,21%(35.997), le sigue el de 5 a 14 con un 19,64%(11.551); el menor porcentaje corresponde al grupo de menor de un año con un 1,68%(990) de población.

**TABLA No. 8**

**POBLACIÓN CONOCOTO SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15, AÑO 2.006.**

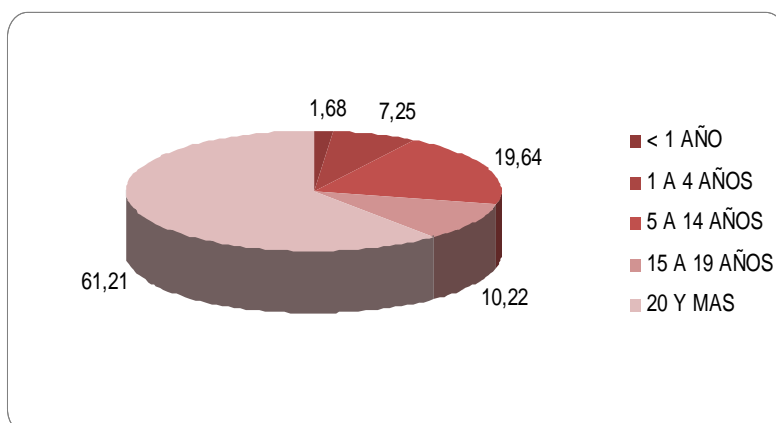
GRUPOS DE EDAD	POBLACION	% POBLACION
< 1 AÑO	990	1,68
1 A 4 AÑOS	4.262	7,25
5 A 14 AÑOS	11.551	19,64
15 A 19 AÑOS	6.009	10,22
20 Y MAS	35.997	61,21
<b>TOTAL</b>	<b>58.809</b>	<b>100</b>

Fuente: DMS-MDMQ. INEC, 2000

Elaboración. DMS-MDMQ

**GRÁFICO NO. 23**

**POBLACIÓN CONOCOTO SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15, AÑO 2.006.**



Fuente: DMS-MDMQ. INEC, 2000

Elaboración. DMS-MDMQ



### 3.3.5 POBLACIÓN DE GUANGOPOLO SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15. AÑO 2006

De la misma manera que el cuadro anterior, observamos que el mayor porcentaje corresponde al grupo de 20 y más con un 54,27%(1.372), le sigue el de 5 a 14 con un 23,93%(605), el menor porcentaje corresponde a menor de un año, con un 2,29%( 58) de población. Ver tabla No 9 y gráfico No 24.

**TABLA No. 9**

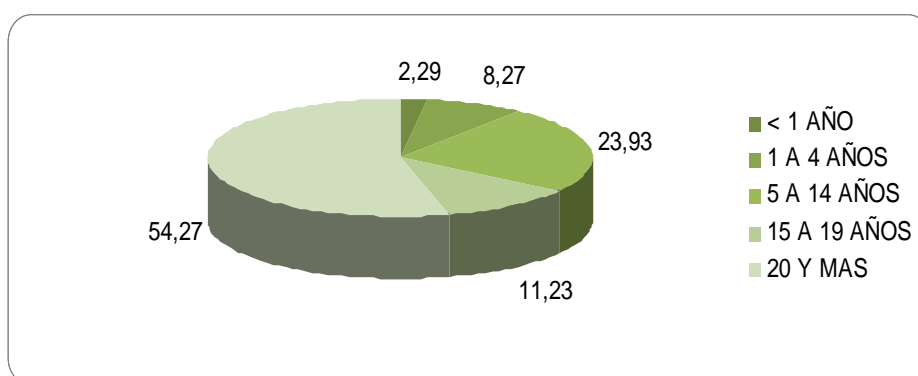
#### POBLACIÓN GUANGOPOLO SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15, AÑO 2006.

GRUPOS DE EDAD	POBLACION	% POBLACION
< 1 AÑO	58	2,29
1 A 4 AÑOS	209	8,27
5 A 14 AÑOS	605	23,93
15 A 19 AÑOS	284	11,23
20 Y MAS	1.372	54,27
TOTAL	2.528	100

Fuente: DMS-MDMQ. INEC, 2000      Elaboración. DMS-MDMQ

**GRÁFICO NO. 24**

#### POBLACIÓN GUANGOPOLO SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15. AÑO 2006.



Fuente: DMS-MDMQ. INEC, 2000

Elaboración. DMS-MDMQ

### 3.3.6 POBLACIÓN DE LA MERCED SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15, AÑO 2006

Al igual que la tablas anteriores, el porcentaje más alto corresponde al grupo de edad de 20 y más, con un 55,66%(3.538), le sigue el grupo de 5 a 14 con un 22,13%(1.407), el menor porcentaje 2,38%(151) corresponde a menor de un año. Según lo demuestra tabla No 10 y gráfico No 25.

**TABLA NO. 10**

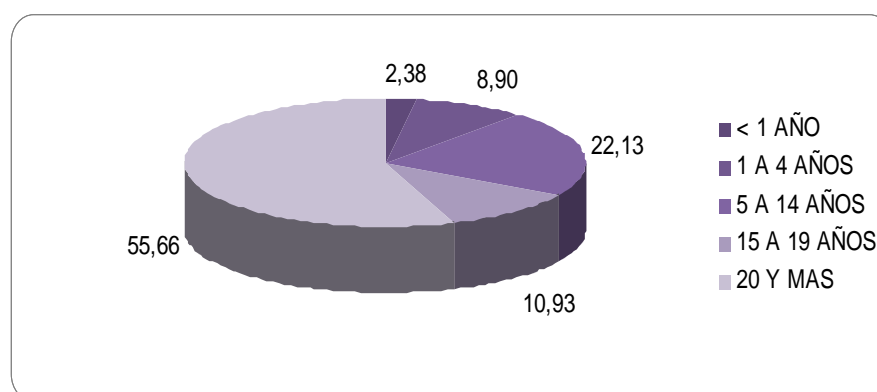
#### POBLACIÓN DE LA MERCED SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15. AÑO 2006

GRUPOS DE EDAD	POBLACION	% POBLACION
< 1 AÑO	151	2,38
1 A 4 AÑOS	566	8,90
5 A 14 AÑOS	1.407	22,13
15 A 19 AÑOS	695	10,93
20 Y MAS	3.538	55,66
TOTAL	6.357	100

Fuente: DMS-MDMQ. INEC, 2000 Elaboración. DMS-MDMQ

**GRÁFICO NO. 25**

#### POBLACIÓN DE LA MERCED SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ÁREA 15, AÑO 2006.



Fuente: DMS-MDMQ. INEC, 2000

Elaboración. DMS-MDMQ

### 3.3.7 PARROQUIAS Y POBLACION

El Valle de los Chillos, está conformado por seis parroquias: (Amaguaña, Conocoto, Guangopolo, Alangasí, La Merced y Pintag), con una población total para el 2006 de 136.269 habitantes, distribuidos en Amaguaña: 26.675 hab., que corresponde al 20%, Conocoto: 64.036 hab. con un porcentaje de 47%, Guangopolo: 2.563 hab. corresponde al 1,9%, Alangasí: 19.921 hab. con un porcentaje de 14,6%, La Merced 7.222 hab. con un porcentaje de 5,3% y Pintag con 15.852hab. que corresponde a un porcentaje de 11,6%; la parroquia más poblada es Conocoto con un 47%(64.036hab.), seguida de Amaguaña con un 20%(26. 675hab) y las menos pobladas corresponden a La Merced, con un porcentaje de 5,3%( 7.222 hab.) y Guangopolo: con un 1,9% (2.563 hab.). Ver tabla No 11 y gráfico No 26.

**TABLA No 11**

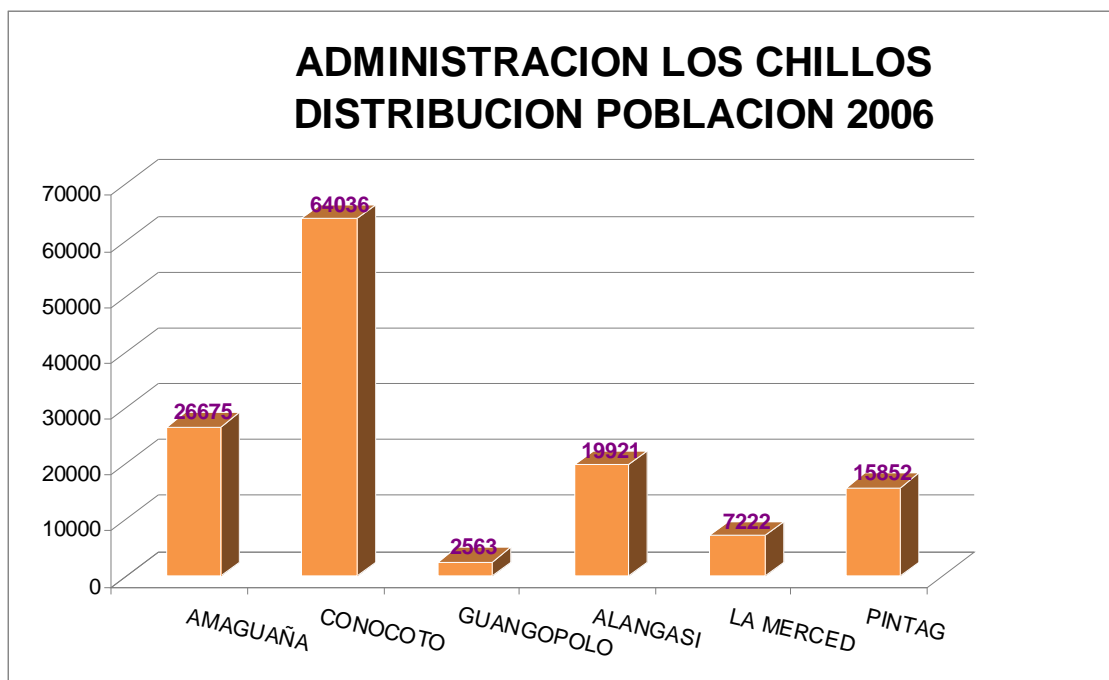
#### **DISTRIBUCIÓN POR PARROQUIAS, VALLE DE LOS CHILLOS. AÑOS 2001 Y 2006.**

	<i>POBLACION</i>	
	<i>2001</i>	<i>2006</i>
AMAGUAÑA	23584	26675
CONOCOTO	53137	64036
GUANGOPOLO	2284	2563
ALANGASI	17322	19921
LA MERCED	6132	7222
PINTAG	14487	15852

Fuente: DMS-MDMQ. INEC, 2000

Elaboración: DMS-MDMQ

GRÁFICO No 26



Fuente: DMS-MDMQ. INEC, 2000

Elaboración: DMS-MDMQ

### 3.3.8 ADMINISTRACIÓN CHILLOS: DEMOGRAFIA Y EDUCACION

En lo que se refiere a educación, en el Valle de los Chillos, se observa que el mayor número de población se encuentra en un nivel de instrucción secundaria (42.231), seguida de el nivel de instrucción primaria (34.485), en menor cantidad se encuentra la población que tiene acceso al nivel de postgrado (412), en cuanto a parroquias el mayor número de población se encuentra en un nivel de instrucción secundaria, en la zona de Conocoto (19811), el menor número corresponde a la población que tiene acceso a un postgrado en la zona de Guangopolo(1)

En lo que se refiere a la tasa de analfabetismo (población de 10 años y más), en el Valle de los Chillos, la más elevada corresponde a la de mujeres con un 8.6%; en relación a la de hombres que es de 4,1%; a nivel de parroquias el mayor porcentaje de analfabetos se encuentra en la zona de Pintag, con un

11.5% y de ésta la más elevada corresponde a mujeres con un 16%, en relación a la de hombres que corresponde a un 6,8%.

En cuanto a vivienda en el Valle de los Chillos, se observa que la parroquia con mayor número de viviendas corresponde a Conocoto con 15.774 v., esto podría deberse a que es la zona más poblada, según censo 2001( 53.137 hab.), a pesar de no ser la más grande en superficie (4.826,5 Ha.) la zona con menor número de viviendas corresponde a Guangopolo con 613 v. también corresponde a la menos poblada con (2.284 ha.) según censo 2.001 y con menor superficie (1.006,7 Ha.) , la parroquia de mayor superficie corresponde a Pintag con (49.112,5 Ha). De acuerdo a tabla No. 12

TABLA No 12

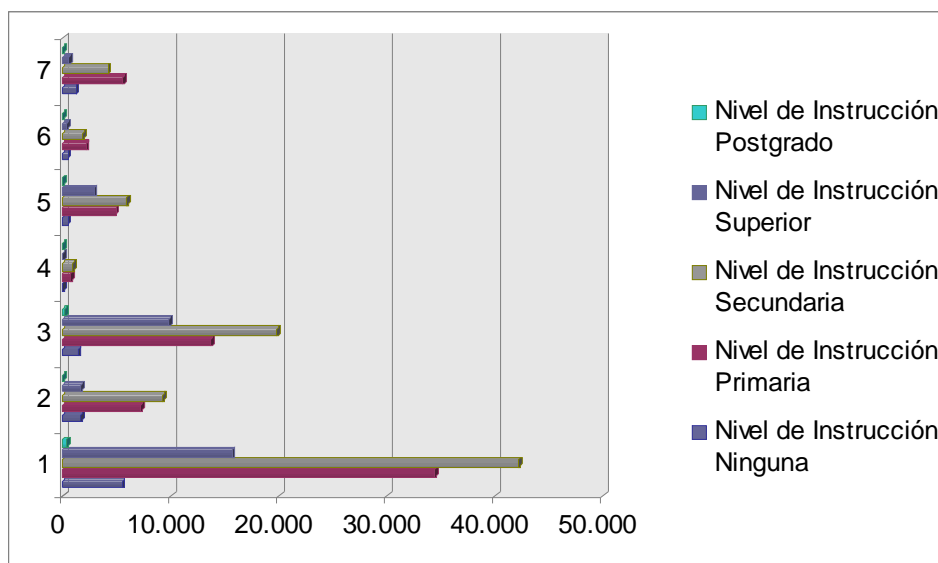
## ADMINISTRACIÓN ZONAL, PARROQUIAS, SEGÚN DEMOGRAFÍA, EDUCACIÓN. AÑO 2.001

PARROQUIA, ADMINISTRACION o DELEGACION ZONAL	DEMOGRAFIA				Educación							
	Superficie Ha.	POBLACION			Tasa de Analfabetismo (población de 10 años y +)			Nivel de Instrucción				
		Censo 1990	Censo 2001	Viviendas 2001	Hombres	Mujeres	Total	Ninguna	Primaria	Secundaria	Superior	Postgrado
<b>LOS CHILLOS</b>	<b>67.150,3</b>	<b>73.894</b>	<b>116.946</b>	<b>34.435</b>	<b>4,1</b>	<b>8,6</b>	<b>6,4</b>	<b>5.529</b>	<b>34.485</b>	<b>42.231</b>	<b>15.690</b>	<b>412</b>
AMAGUAÑA	6.063,9	16.783	23.584	7.054	5,8	13,3	9,6	1.691	7.269	9.319	1.754	20
CONOCOTO	4.826,5	29.160	53.137	15.774	2,8	5,1	4,0	1.473	13.722	19.811	9.874	263
GUANGOPOLO	1.006,7	1.670	2.284	613	5,1	10,6	7,9	90	755	953	130	1
ALANGASI	2.959,4	11.064	17.322	4.982	2,7	5,3	4,1	510	4.944	6.011	2.949	119
LA MERCED	3.181,5	3.733	6.132	1.882	6,7	14,8	10,8	501	2.191	1.936	404	6
PINTAG	49.112,5	11.484	14.487	4.130	6,8	16,0	11,5	1.264	5.604	4.201	579	3

Fuente: DMS-MDMQ. INEC, 2000

Elaboración: DMS-MDMQ

**GRÁFICO NO 27**  
**DISTRIBUCIÓN POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN. AÑO 2.001**



Fuente: DMS-MDMQ. INEC, 2000

Elaboración: DMS-MDMQ

### 3.3.9 COBERTURA DE VIVIENDAS CON SERVICIOS BÁSICOS

En el Valle de los Chillos, la cobertura de viviendas con servicios básicos corresponde: con agua potable de la red pública 92, agua potable por tubería dentro de la vivienda 66, alcantarillado de red pública 59, la eliminación de basura mediante carro recolector 74 y disponibilidad de energía eléctrica 96, en cuanto a las parroquias, la que tiene mayor cobertura de servicios básicos corresponde a Conocoto, la de menor cobertura de servicios básicos es Pintag. Según lo demuestra tabla No 13 y gráfico No.28.

TABLA No 13

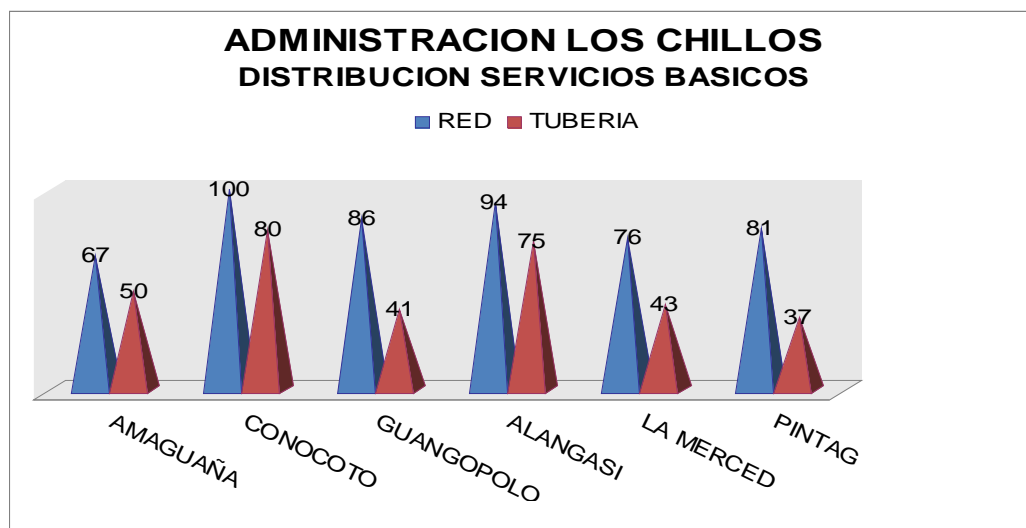
## COBERTURA DE VIVIENDAS CON SERVICIOS BÁSICOS. AÑO 2.001.

PARROQUIA, ADMINISTRACION o DELEGACION ZONAL	Cobertura de viviendas con servicios básicos				
	Agua Potable - Red Publica	Agua Potable - Tuberia dentro de la vivienda	Alcantarillado - Red Pública	Eliminación Basura - Carro recolector	Disponibilidad de Energía Eléctrica
<b>LOS CHILLOS</b>	92	66	59	74	96
AMAGUAÑA	67	50	43	64	95
CONOCOTO	100	80	73	88	97
GUANGOPOLO	86	41	32	56	92
ALANGASI	94	75	62	81	96
LA MERCED	76	43	21	50	92
PINTAG	81	37	32	38	92

Fuente: DMS-MDMQ. INEC, 2000

Elaboración: DMS-MDMQ

GRÁFICO No 28



Fuente: DMS-MDMQ. INEC, 2000

Elaboración: DMS-MDMQ



### **3.3.10 POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA.**

En el Valle de los Chillos, el mayor porcentaje de la población económicamente activa, corresponde a hombres con un 63% (30.850) , en relación a mujeres con un 37% (18.135), frente a un total de 48.985, en cuanto a la población en edad de trabajar (PET), el mayor porcentaje corresponde a mujeres con el 51,6% (45.442), el menor a hombres con un 48.4% (42.669) , frente a un total de 88.111. Según tabla No. 14 y gráfico No 29 y 30.

TABLA No 14

## DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA. AÑO 2001

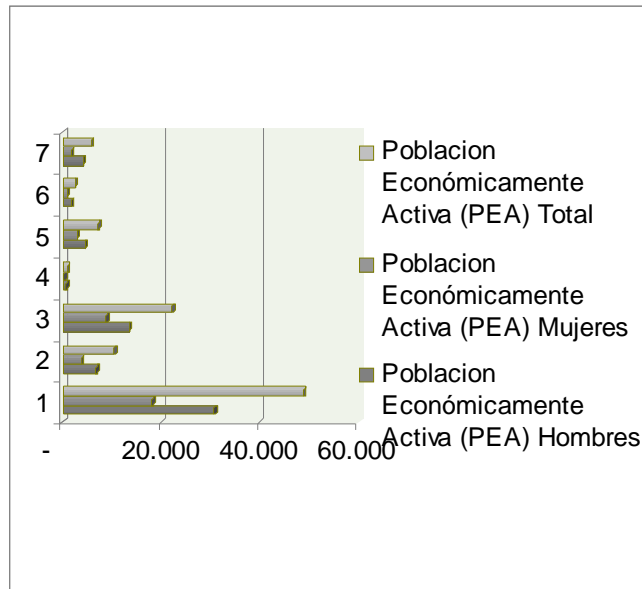
PARROQUIA, ADMINISTRACION o DELEGACION ZONAL	Población Económicamente Activa						Sectores Económicos				
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Primario	Secundario	Terciario	Trabajadores Nuevos	Total
<b>LOS CHILLOS</b>	<b>30.850</b>	<b>18.135</b>	<b>48.985</b>	<b>42.669</b>	<b>45.442</b>	<b>88.111</b>	<b>7.489</b>	<b>15.146</b>	<b>29.997</b>	<b>231</b>	<b>52.863</b>
AMAGUAÑA	6.731	3.748	10.479	8.867	8.773	17.640	2.341	3.837	5.152	51	11.381
CONOCOTO	13.399	8.832	22.231	19.317	21.399	40.716	1.356	6.161	16.220	125	23.862
GUANGOPOLO	576	285	861	793	820	1.613	117	426	378	4	925
ALANGASI	4.449	2.790	7.239	6.359	6.873	13.232	739	2.028	4.920	33	7.720
LA MERCED	1.648	776	2.424	2.175	2.265	4.440	573	959	1.204	4	2.740
PINTAG	4.047	1.704	5.751	5.158	5.312	10.470	2.363	1.735	2.123	14	6.235

Fuente: DMS-MDMQ. INEC, 2000

Elaboración: DMS-MDMQ

### GRÁFICO No 29

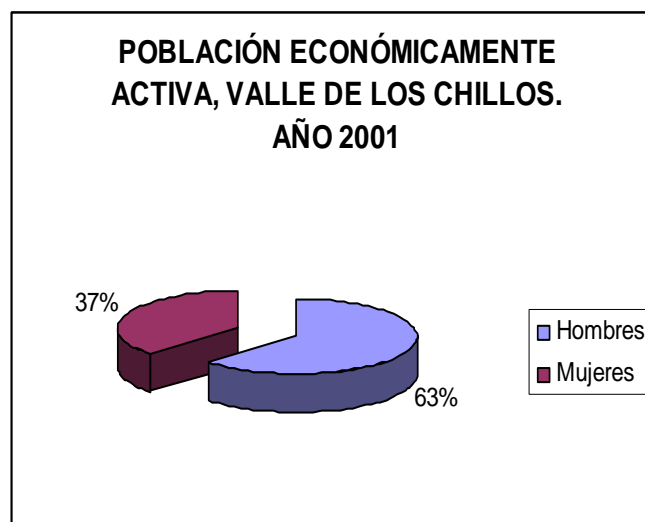
#### DISTRIBUCIÓN POR POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA



Fuente: DMS-MDMQ. INEC, 2000

Elaboración: DMS-MDMQ

### GRÁFICO No 30



Fuente: DMS-MDMQ. INEC, 2000

Elaboración: DMS-MDMQ

En lo que se refiere a las Parroquias del Valle de los Chillos, el mayor porcentaje de población económicamente activa se encuentra en Conocoto, con un 60% (13.399) en hombres y con un 40% (8.832) en mujeres. Según tabla No 15 y gráfico No. 31.

**TABLA No 15**

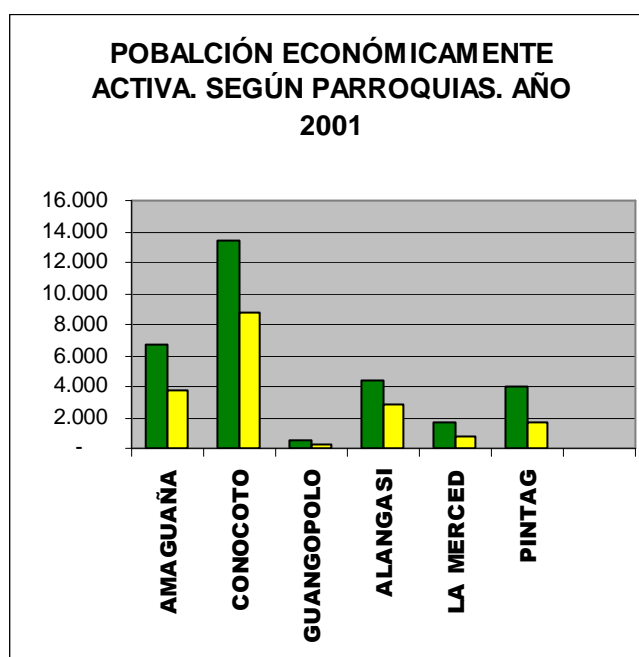
**POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA, SEGÚN PARROQUIAS. VALLE DE LOS CHILLOS. AÑO 2001**

PARROQUIA, ADMINISTRACION o DELEGACION ZONAL	Población Económicamente Activa				
	Hombres	%	Mujeres	%	Total
<b>LOS CHILLOS</b>	<b>30.850</b>	<b>63</b>	<b>18.135</b>	<b>37</b>	<b>48.985</b>
AMAGUAÑA	6.731	64	3.748	36	10.479
CONOCOTO	13.399	60	8.832	40	22.231
GUANGOPOLO	576	67	285	33	861
ALANGASI	4.449	61	2.790	39	7.239
LA MERCED	1.648	68	776	32	2.424
PINTAG	4.047	70	1.704	30	5.751

Fuente: DMS-MDMQ. INEC, 2000

Elaboración: DMS-MDMQ

**GRÁFICO No 31**



Fuente: DMS-MDMQ. INEC, 2000

Elaborado por: Yánez Olga

### 3.4 DIAGNOSTICO CLINICA ESTHETIC VALLE

La clínica se encuentra ubicada en el sector de la Armenia, desde el año 2007, cuenta con infraestructura propia y moderna, tecnología de punta, equipo quirúrgico especializado y con mucha experiencia, con el fin de lograr elevar el autoestima y mejorar la calidad de vida de los clientes que solicitan cualquiera de los siguientes procedimientos quirúrgicos como: Rinoplastia, Rinoseptumplastia, Liposucción abdominal, Abdominoplastia, Lipoescultura, Mamoplastia reductiva, Mamoplastia de aumento, Blefaroplastia superior e inferior, plastia vaginal, Lifting, entre otras.

#### 3.4.1 ANÁLISIS DE PRODUCTIVIDAD DE LA CLÍNICA ESTHETIC VALLE

##### 3.4.1.1 Cirugías según años, 2004-2007

En la tabla No 16 y gráfico No 32 se puede observar que la mayor cantidad de clientes intervenidos quirúrgicamente, en la clínica corresponde al año 2007 con un porcentaje de 33,5%(66), el menor porcentaje corresponde al año 2004 con un 10,2%(20)

**TABLA No 16**

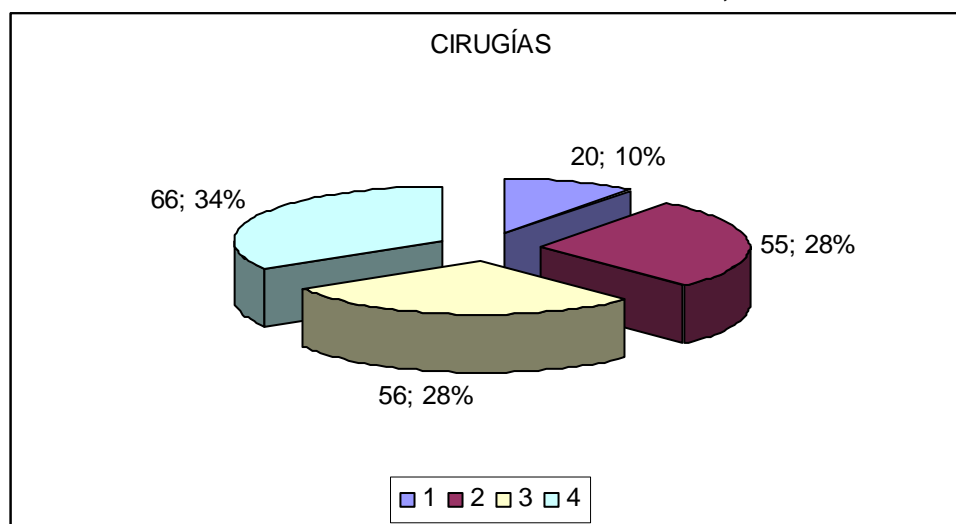
#### **CLIENTES INTERVENIDOS SEGÚN AÑOS, 2004-2007**

ANOS	CIRUGIAS	%
2004	20	10,2
2005	55	27,9
2006	56	28,4
2007	66	33,5
<b>TOTAL</b>	<b>197</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Clínica Esthetic Valle Elaborado por: Yánez Olga

### GRÁFICO No 32

#### CLIENTES INTERVENIDOS SEGÚN AÑOS, 2004-2007



Fuente: Clínica Esthetic Valle

Elaborado por: Yánez Olga

#### 3.4.1.2 Cirugías según meses, años 2004-2007

El mayor número de cirugías corresponde al mes de Octubre del 2005, con un 33%(18) y 2006 con un 21%(12); en el año 2004 el mayor porcentaje corresponde al mes de Agosto con un 20%(4), en el año 2007 el mes con más alto porcentaje corresponde a Julio con un 16,6%(11); los meses donde no se realizó ninguna cirugía corresponde a Febrero y Marzo del 2005, al igual que Agosto del 2006 con un 0%. Ver tabla No 17 y gráfico No 33.

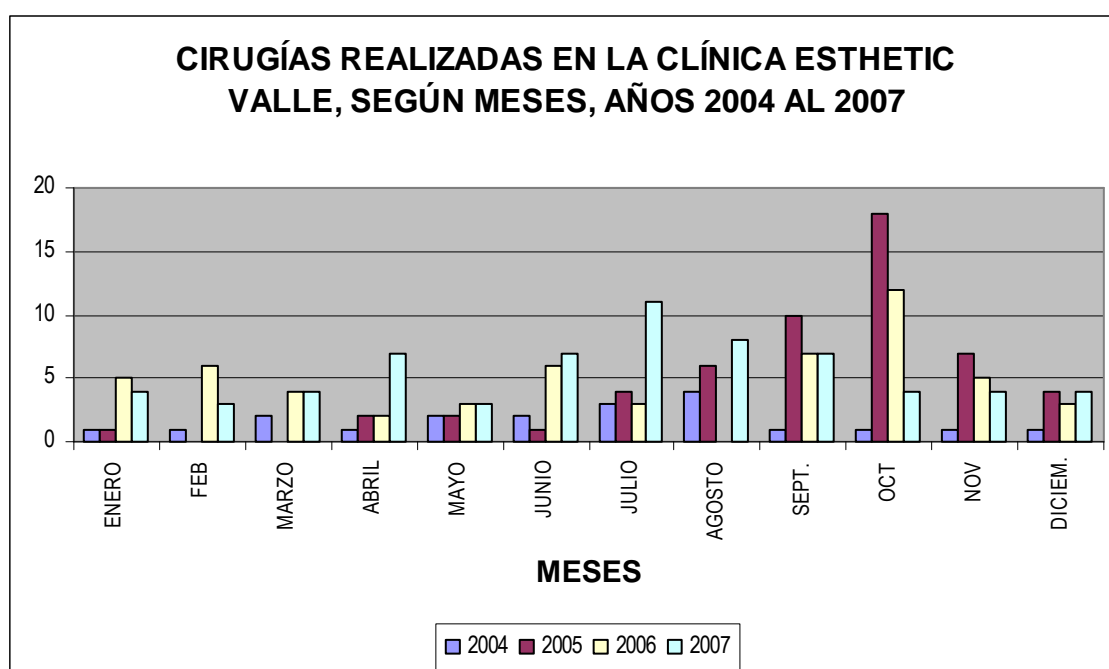
**TABLA No 17**  
**CIRUGÍAS SEGÚN MESES, AÑOS 2004-2007**

MESES	AÑOS				TOTAL
	2004	2005	2006	2007	
ENERO	1	1	5	4	11
FEB	1	0	6	3	10
MARZO	2	0	4	4	10
ABRIL	1	2	2	7	12
MAYO	2	2	3	3	10
JUNIO	2	1	6	7	16
JULIO	3	4	3	11	21
AGOSTO	4	6	0	8	18
SEPT.	1	10	7	7	25
OCT	1	18	12	4	35
NOV	1	7	5	4	17
DICIEM.	1	4	3	4	12
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>55</b>	<b>56</b>	<b>66</b>	<b>197</b>

Fuente: Clínica Esthetic Valle

Elaborado por: Yánez Olga

**GRÁFICO No 33**



Fuente: Clínica Esthetic Valle

Elaborado por: Yánez Olga

Al hacer el análisis de la tabla No 18 y gráfico No 34, que concentra los cuatro períodos,(2004-2007) identificamos que la mayor cantidad de cirugías se

realizaron en los meses de Octubre 35(17,8%), seguida de Septiembre 25(12,7%), Julio 21(10,7%) , Agosto 18(9,1%) y Noviembre 17(8,6%); el primer trimestre corresponde al menor porcentaje de cirugías.

**TABLA No 18**

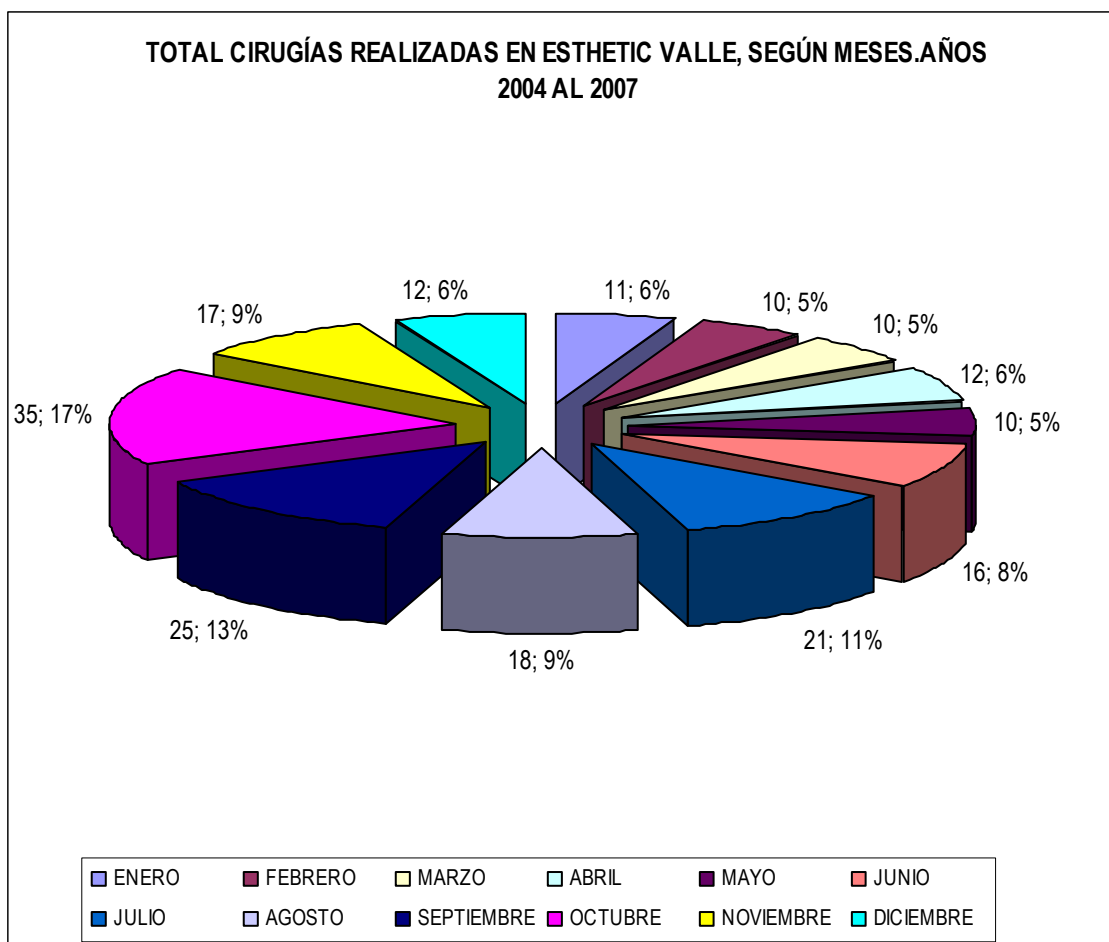
**TOTAL CIRUGÍAS SEGÚN MESES, AÑOS 2004- 2007**

MESES	TOTAL	%
ENERO	11	5,6
FEBRERO	10	5,1
MARZO	10	5,1
ABRIL	12	6,1
MAYO	10	5,1
JUNIO	16	8,1
JULIO	21	10,7
AGOSTO	18	9,1
SEPTIEMBRE	25	12,7
OCTUBRE	35	17,8
NOVIEMBRE	17	8,6
DICIEMBRE	12	6,1
<b>TOTAL</b>	<b>197</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Clínica Esthetic Elaborado por: Yánez Olga



GRAFICO No 34



Fuente: Clínica Esthetic Valle

Elaborado por: Yánez Olga

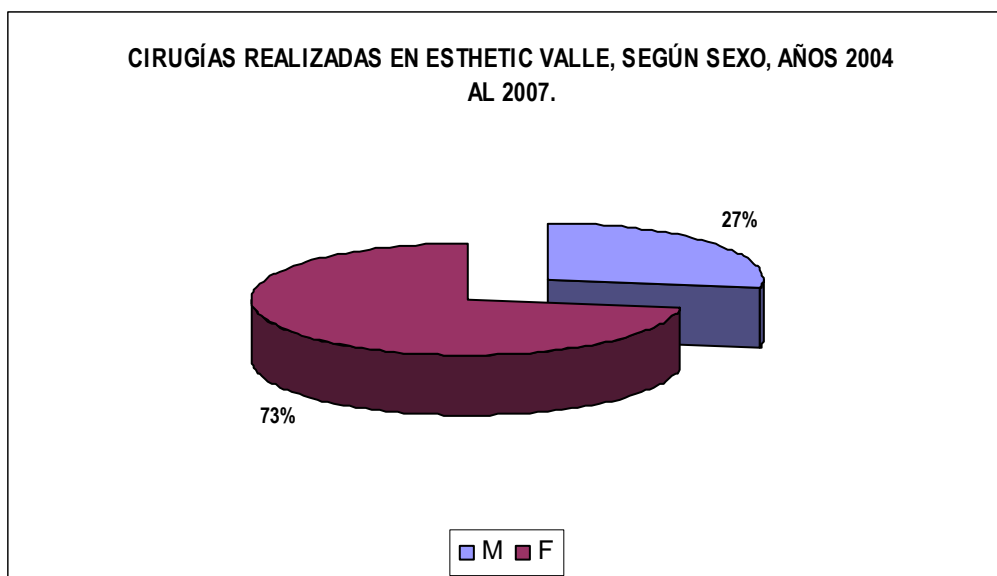
### 3.4.1.3 Cirugías según sexo, años 2004-2007

Del total de cirugías realizadas en la clínica en los cuatro períodos analizados, la mayoría corresponde a mujeres con un 73%(143), el menor porcentaje a hombres con un 27%(54). Ver tabla No19 y gráfico No 35.

**TABLA No 19  
TOTAL CIRUGÍAS SEGÚN SEXO, AÑOS 2004-2007**

SEXO	CIRUGIAS
M	54
F	143
TOTAL	197

Fuente: Clínica Esthetic Valle Elaborado por: Yánez Olga

**GRÁFICO No 35**

Fuente: Clínica Esthetic Valle

Elaborado por: Yánez Olga

En la tabla No 20 y gráfico No 36, se observa que el mayor número de cirugías corresponde al sexo femenino en los cuatro años analizados.

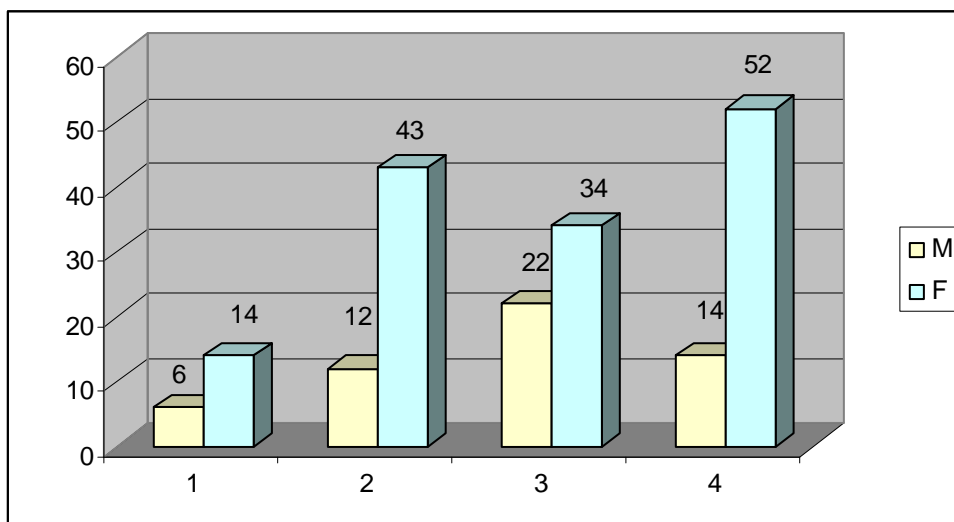
**TABLA No 20**  
**CIRUGÍAS SEGÚN SEXO, AÑOS 2004-2007**

SEXO	AÑOS				TOTAL
	2004	2005	2006	2007	
M	6	12	22	14	54
F	14	43	34	52	143
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>55</b>	<b>56</b>	<b>66</b>	<b>197</b>

Fuente: Clínica Esthetic Valle

Elaborado por: Yánez Olga

**GRÁFICO No 36**  
**CIRUGÍAS SEGÚN SEXO, AÑOS 2004-2007**



Fuente: Clínica Esthetic Valle

Elaborado por: Yánez Olga

#### 3.4.1.4 Cirugías según edad, años 2004-2007

En la distribución de cirugías según edad, tabla No 21 y gráfico No 37, se observa que el mayor porcentaje corresponde al grupo de 31 a 40 años con un 29% (58), seguida de 21 a 30 años con un 24%(47) y de 11 a 20 años con el 22%(44); el mínimo porcentaje corresponde al grupo de menor de 10 años y mayor de 60 años con un 3%(5).

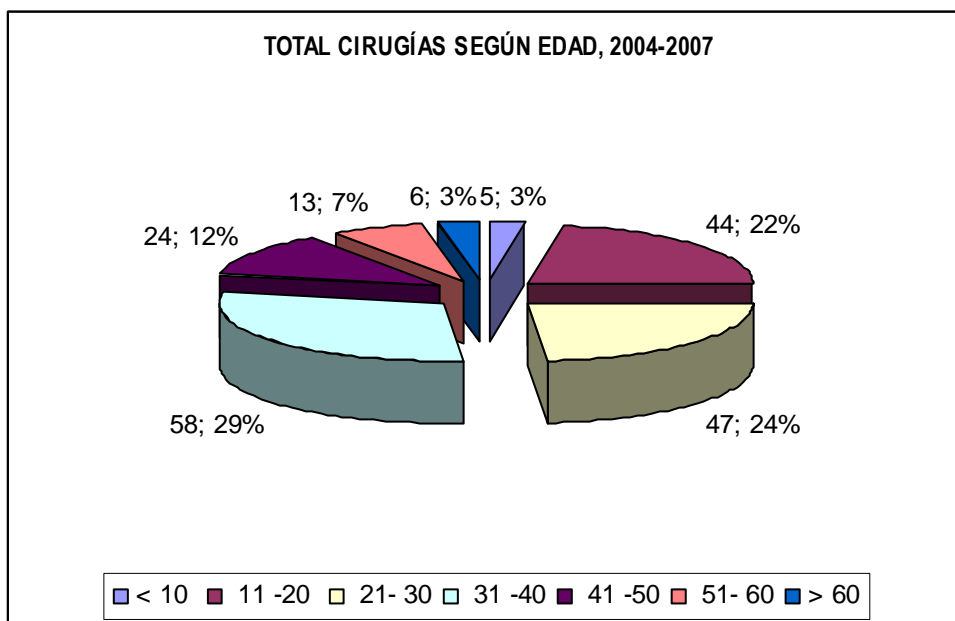
**TABLA No 21**  
**CIRUGÍAS SEGÚN EDAD, AÑOS 2004-2007**

EDAD	AÑOS				T
	2004	2005	2006	2007	
< 10	0	3	2	0	5
11 -20	8	12	14	10	44
21- 30	4	11	13	19	47
31 -40	3	20	18	17	58
41 -50	0	3	5	16	24
51- 60	2	5	3	3	13
> 60	3	1	1	1	6
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>55</b>	<b>56</b>	<b>66</b>	<b>197</b>

Fuente: Clínica Esthetic Valle

Elaborado por: Yánez Olga

GRÁFICO No 37

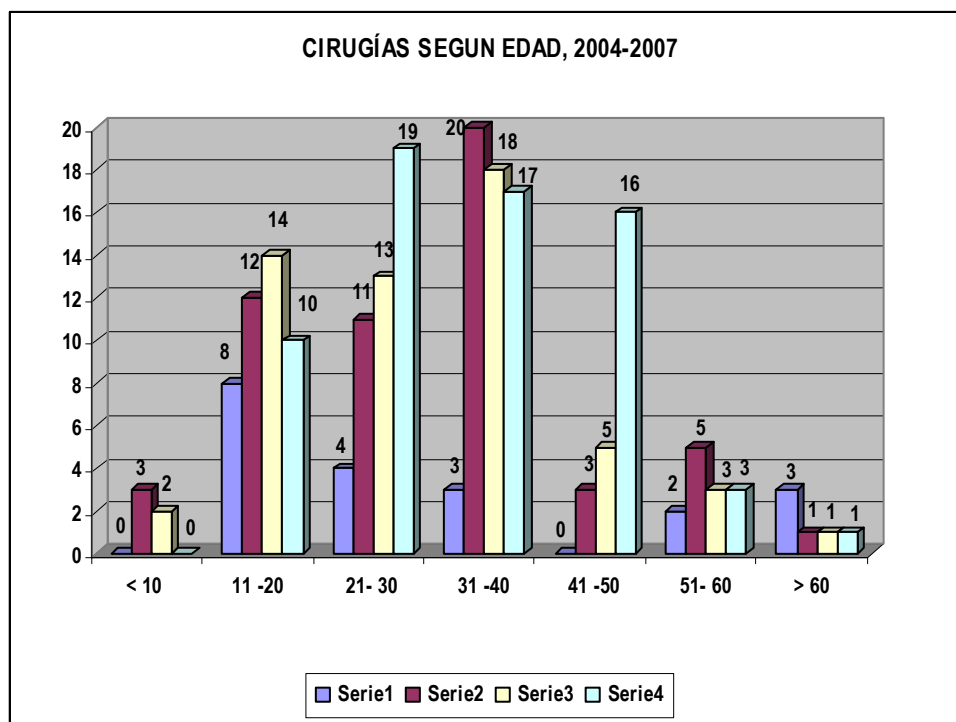


Fuente: Clínica Esthetic Valle

Elaborado por: Yánez Olga

En el gráfico No 38 se observa que hay un incremento en los grupos desde los 11 a los 50 años, pero sobre todo de 11 a 40 años en los años 2005,2006,2007, destacándose el grupo de 31 a 40 años en donde se observa en el 2005 (20) pacientes, 2006 (18) y 2007 (17).

GRÁFICO No 38



Fuente: Clínica Esthetic Valle

Elaborado por: Yánez Olga

### 3.4.1.5 Cirugías según procedencia, años 2004-2007

De los clientes intervenidos quirúrgicamente en la clínica, el mayor porcentaje procede de la ciudad de Quito, 58,9(116), seguido del Valle de los Chillos con 20,8%(41), en menor proporción proceden de provincias 16,2% y del extranjero. Ver tabla No 22 y gráfico No 39.

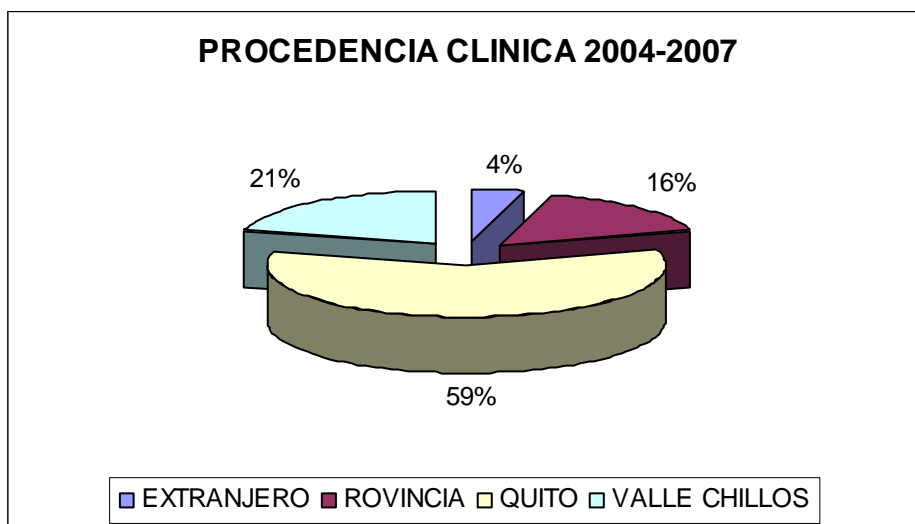
**TABLA No 22**  
**TOTAL CIRUGÍAS SEGÚN PROCEDENCIA, AÑOS 2004-2007**

PROCEDENCIA	CIRUGÍAS	%
EXTRANJERO	8	4,1
PROVINCIAS	32	16,2
QUITO	116	58,9
VALLE	41	20,8
<b>TOTAL</b>	<b>197</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Clínica Esthetic Valle

Elaborado por: Yánez Olga

GRÁFICO No 39

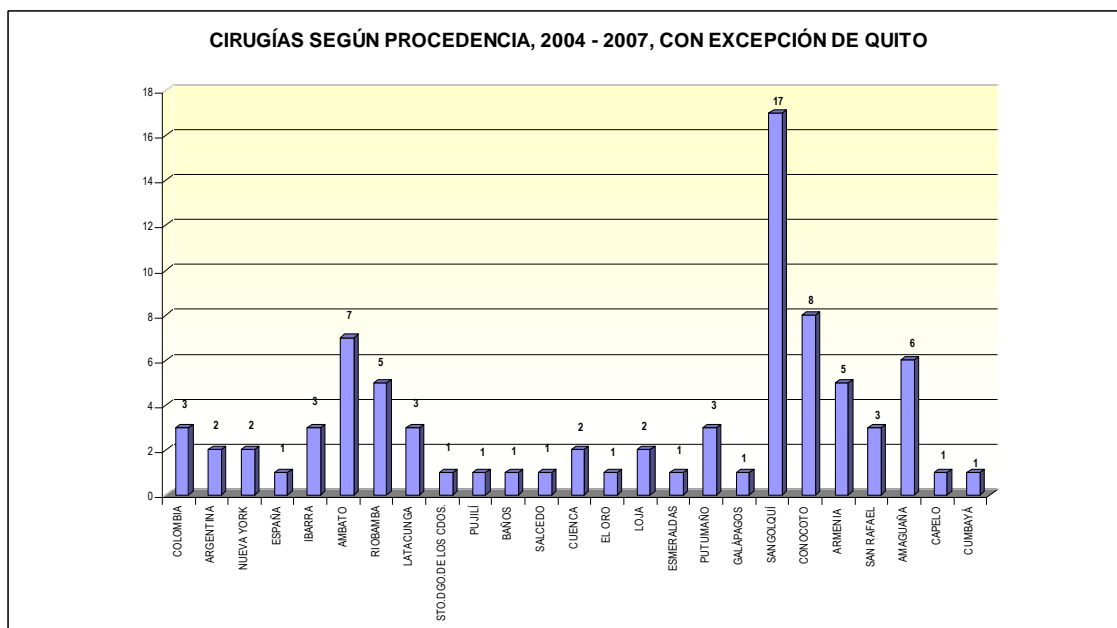


Fuente: Clínica Esthetic Valle

Elaborado por: Yánez Olga

Con el propósito de analizar la procedencia, en este gráfico se omite Quito por la cantidad, lo cual impide visualizar la procedencia del resto de lugares, es así que se observa una gran afluencia de clientes del Valle, en especial Sangolquí, Conocoto, Amaguaña, la Armenia, de las provincias la mayoría corresponde a Ambato y Riobamba, del extranjero Colombia, Argentina y Nueva York.

GRÁFICO No 40



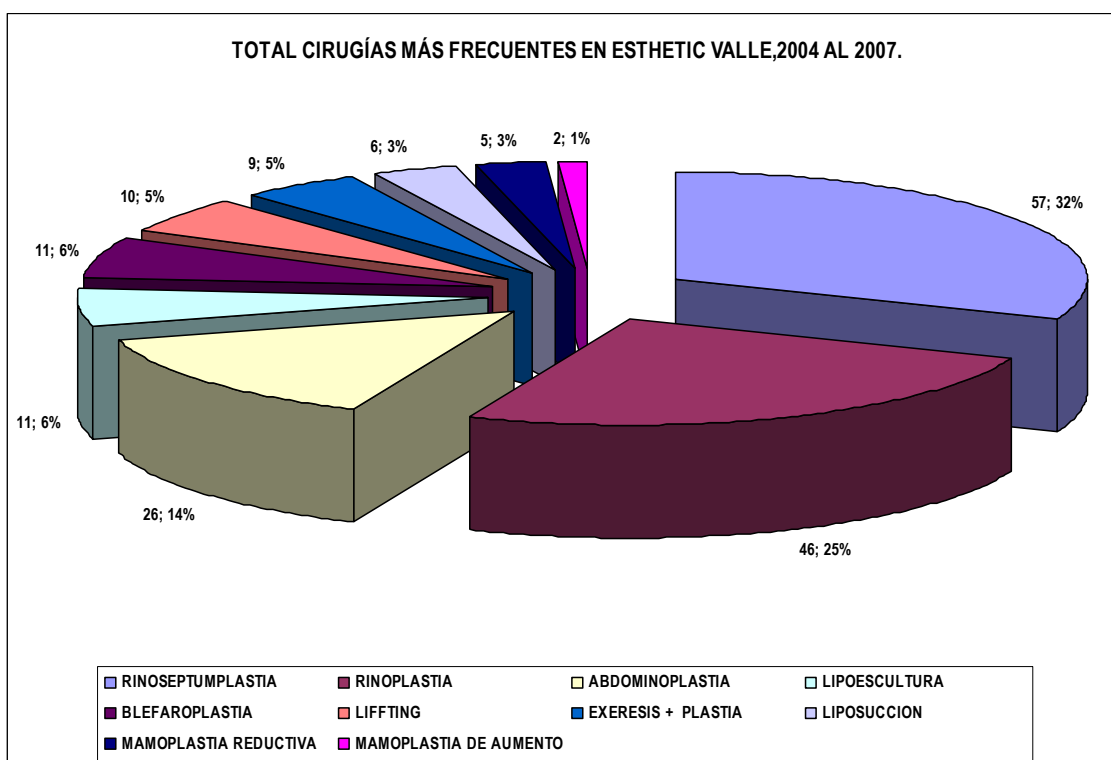
Fuente: Clínica Esthetic Valle

Elaborado por: Yánez Olga

### 3.4.1.6 Cirugías más frecuentes en la Clínica Esthetic Valle, años 2004-2007

Las cirugías más frecuentes en los cuatro períodos analizados corresponde ha Rinoseptumplastia con un 32%(57), seguida de Rinoplastia 25%(46) y Abdominoplastia 14%(26), en menor porcentaje el resto de cirugías como Mamoplastia de aumento con 1%(2). Ver gráfico No 41 y 42.

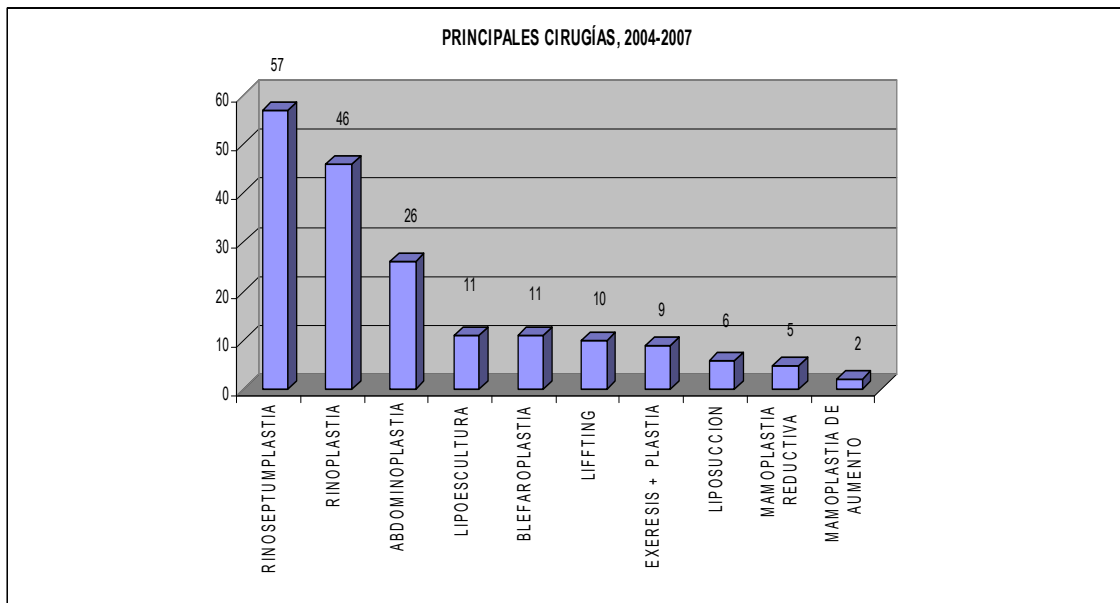
**GRÁFICO No 41**



Fuente: Clínica Esthetic Valle

Elaborado por: Yánez Olga

GRÁFICO No 42



Fuente: Clínica Esthetic Valle

Elaborado por: Yánez Olga



### 3.5 ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA COMPETENCIA

El mercado de servicios de salud está estructurado básicamente por el sector público (MSP) y privados, de acuerdo al registro determinado por la Dirección Provincial de Salud de Pichincha.

Se aprecia que la mayor parte de establecimientos privados son consultorios odontológicos (44) y consultorios médicos (36), centros médicos (16), de acuerdo a como se evidencian a continuación en la tabla No. 23 y gráfico No. 43, 44.

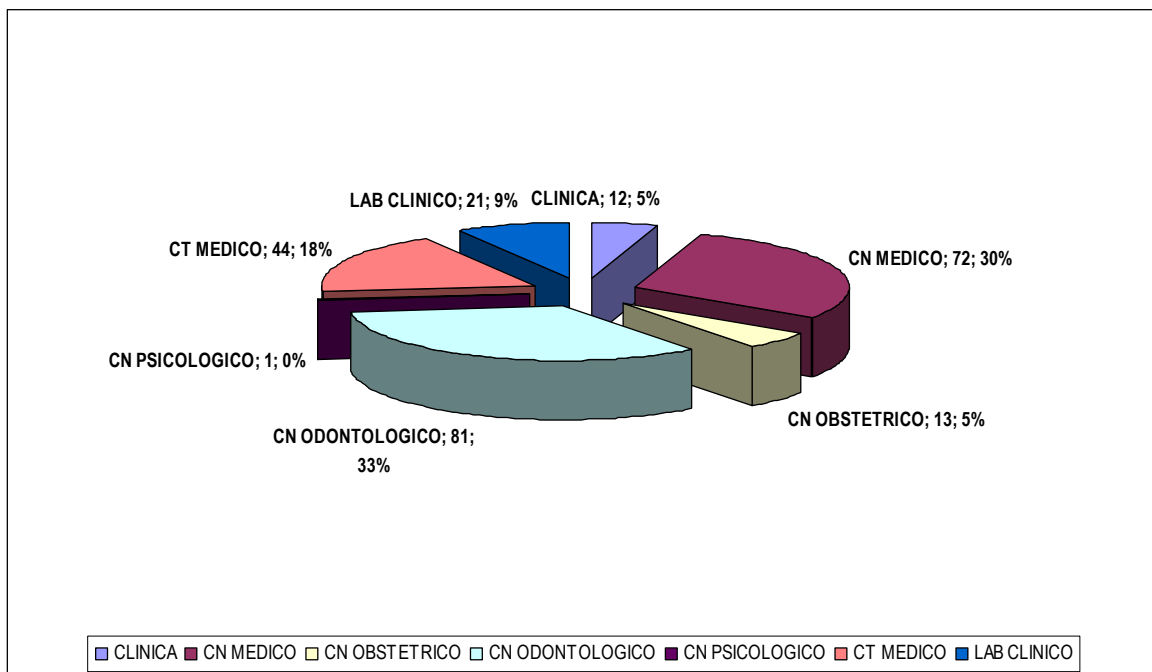
**TABLA No 23**  
**CONSULTORIOS Y CENTROS DE SALUD PRIVADOS, EN EL SECTOR**

ACTIVIDAD	ALANGASI	AMAGUAÑA	CONOCOTO	EL TINGO	PINTAG	SAN RAFAEL	SANGOLQUI
CT MEDICO	4	4	8	1		11	16
CN MEDICO	3	8	14	2	2	7	36
CN OBSTETRICO	1	5	2		1	1	3
CN ODONTOLOGICO	3	5	17	1		12	44
LAB CLINICO		3	2	1		4	11
CLINICA			2			3	6
CN PSICOLOGICO							1
TOTAL	11	25	45	5	3	38	117

Fuente: DPSP

Elaborado por: Yánez Olga

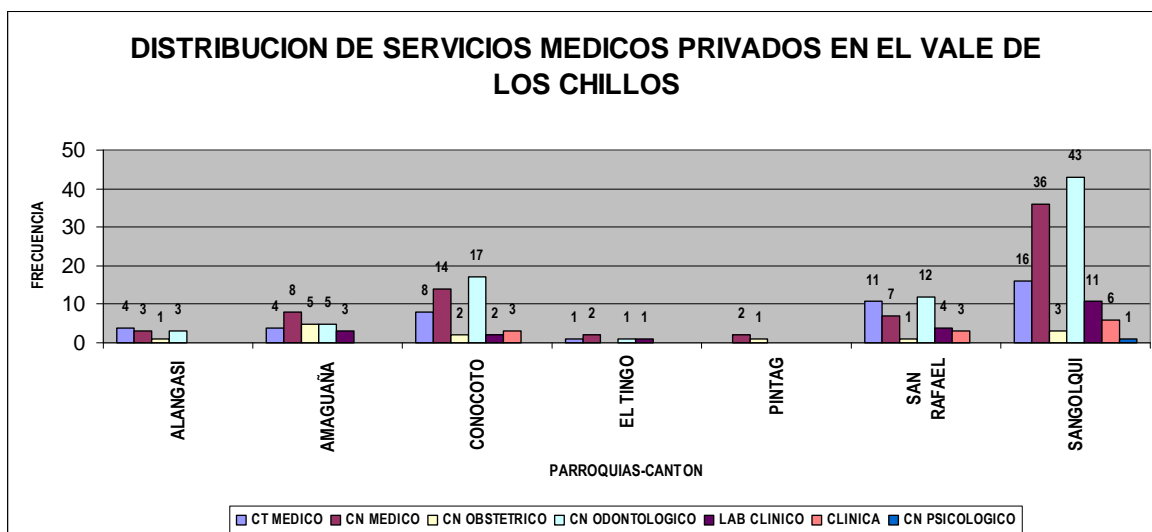
**GRÁFICO N.43**  
**SERVICIOS MEDICOS DEL VALLE DE LOS CHILLOS**



Fuente: DPSP

Elaborado por: Yáñez Olga

**GRÁFICO N.44**



Fuente: DPSP

Elaborado por: Yáñez Olga

**3.5.1 LA COMPETENCIA**, es el conjunto de entidades y/o empresas que ofrecen servicios similares a los de la clínica.

En la tabla No 24 y gráfico No 45 se evidencia las diferentes instituciones que ofrecen servicios de salud en el Valle de Los Chillos, similares a los de la clínica, es decir que entre los diferentes servicios que ofertan están los de cirugía plástica; mientras que Esthetic Valle es la única clínica que oferta servicios especializados y exclusivos en cirugía plástica en el sector del Valle.

**TABLA N.24**

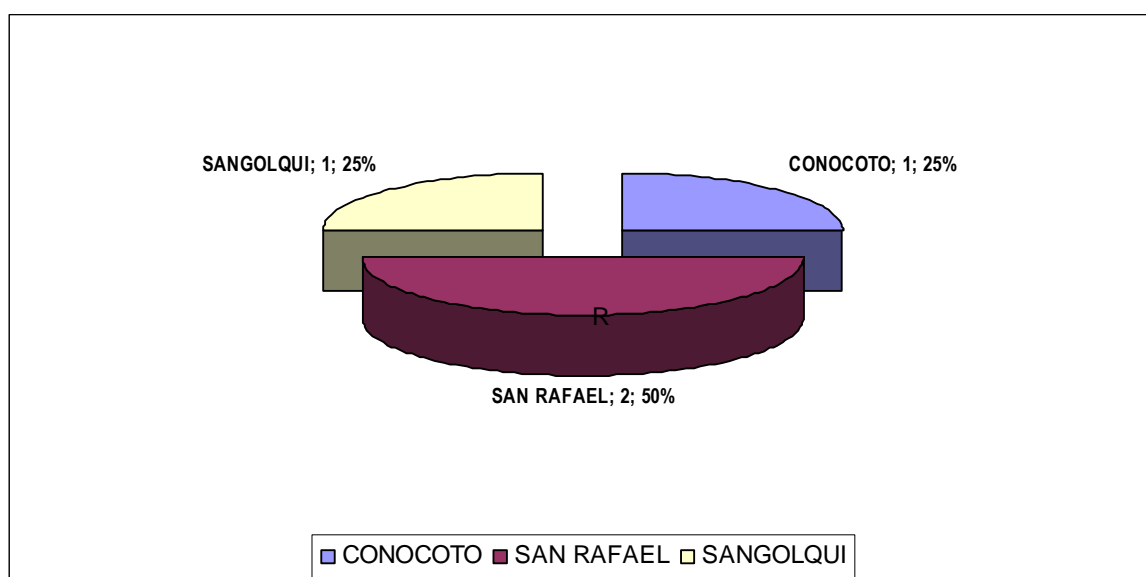
**SERVICIOS MEDICOS DE LA COMPETENCIA**

RAZON SOCIAL	TIPO E.	UBICACIÓN
CLINICA DE CIRUGÍA PLÁSTICA ESTHETIC VALLE	CLINICA	CONOCOTO
CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS CONOCOTO	CLINICA	CONOCOTO
CLINICA DE ESPECIALIDADES SAN RAFAEL	CLINICA	SAN RAFAEL
CLINICA MEDIC VALLE	CLINICA	SAN RAFAEL
CLINICA DE ESPECIALIDADES Y CENTRO MATERNAL SANTA MARIA	CLINICA	SANGOLQUI
CLINICA DEL DIA EMERG.MED.SAN FRANCISCO	CLINICA	SANGOLQUI
CLINICA DEL VALLE	CLINICA	SANGOLQUI

Fuente: DPSP

Elaborado por: Yánez Olga

**GRÁFICO No 45**  
**SERVICIOS MEDICOS DE LA COMPETENCIA**



Fuente: DPSP

Elaborado por: Yánez Olga

De acuerdo a la tabla No 25 detallada a continuación, se puede apreciar que los principales procedimientos quirúrgicos de la clínica Esthetic Valle, ofrecen una ventaja competitiva en precios, comparados con los hospitales 1 y 2, puesto que los precios de la competencia son más elevados.

**TABLA No 25**

**COMPARACIÓN DE PRECIOS ENTRE ESTHETIC VALLE Y DOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE QUITO**

TIPOS DE CIRUGÍA	PRECIOS				
	ESTHETIC VALLE	HOSPITAL 1	HOSPITAL 2	DIFERENCIA H1	DIFERENCIA H2
COLOCACION IMPLANTES EN GLUTEOS	1500		2350		850
RINOSEPTUMPLASTIA	800	1201,13	1400	401,13	600
ABDOMINOPLASTIA	2500	2800	3800	300	1300
BLEFAROPLASTIA	400	990,90	600	590,9	200
LIFFTING TOTAL	2500		3600		1100
RINOPLASTIA	600	667,46	1700	67,46	1100
LIPOSUCCION	800				
PEXIA MAMARIA	1500		1900		400
PLASTIA VAGINAL	500	1877,10		1377,1	
MAMOPLASTIA REDUCTIVA	2000	2715,95	2200	715,95	200
LIPOESCULTURA TOTAL	1600		3100		1500
MAMOPLASTIA DE AUMENTO	1000	1602,00	2100	602	1100
QUEILOPLASTIA	1000	1200	1300	200	300
PLASTIA PALATINA	1500		1950		450
OREJAS EN ASA	1000		1550		550
MICROTIAS 3-4 TIEMPOS	3500		3400		-100

Fuente: Clínica Esthetic Valle y H1, H2

Elaborado por: Yánez Olga

### 3.6 RESULTADOS INVESTIGACION DE MERCADO

#### 3.6.1 ANÁLISIS DE FRECUENCIA DE VARIABLES

Las encuestas fueron aplicadas en el Valle de los Chillos (san Rafael) y en el centro de la ciudad de Quito, los días sábados de los meses Noviembre y Diciembre del 2007.




### 3.6.2 RESULTADOS Y ANALISIS DE ENCUESTA

#### 3.6.2.1 Análisis de frecuencia de variables

De las 181 personas encuestadas, el mayor porcentaje 60.8%(110) corresponde a personas que residen en la Ciudad de Quito, el 39.5%(72) residen en el Valle de los Chillos. Ver tabla No 26.

**TABLA No 26**

#### RESIDE EN EL VALLE DE LOS CHILLOS. NOVIEMBRE, DICIEMBRE 2007

ResidVCh	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
<b>NO</b>	110	60,8%	60,8%	
<b>SI</b>	72	39,5%	100,0%	
<b>Total</b>	182	100,0%	100,0%	


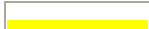


Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

Al realizar el análisis de procedencia, observamos que el 69.8%(127) proceden de la Ciudad de Quito, el 28.6%(52) del Valle de los Chillos y apenas el 1.6%(3) son de provincias. Según lo demuestra la tabla No 27

**TABLA No 27**

#### ENCUESTA SEGÚN PROCEDENCIA. NOVIEMBRE, DICIEMBRE 2007




Procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
<b>P</b>	3	1,6%	1,6%	
<b>Q</b>	127	69,8%	71,4%	
<b>V</b>	52	28,6%	100,0%	
<b>Total</b>	182	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

La mayor parte de personas encuestadas corresponde al sexo femenino con un 71.4%(130), el mínimo porcentaje corresponde al sexo masculino con un 28.6%(52). Ver tabla No 28

**TABLA No 28**  
**ENCUESTAS SEGÚN SEXO. NOVIEMBRE, DICIEMBRE 2007**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
<b>FEMENINO</b>	130	71,4%	71,4%	
<b>MASCULINO</b>	52	28,6%	100,0%	
<b>Total</b>	182	100,0%	100,0%	












Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

Al preguntar cuántas veces al mes visita un centro comercial; la mayoría responde cuatro que corresponde a un 42.9%(78), el menor porcentaje responde 12 veces con un 0,5%. Ver tabla No 29.

**TABLA No 29**

**FRECUENCIA DE VISITAS A UN CENTRO COMERCIA. NOVIEMBRE, DICIEMBRE 2007**



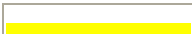

VisitasCC/Mes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
<b>1</b>	19	10,4%	10,4%	
<b>2</b>	5	2,7%	13,2%	
<b>3</b>	52	28,6%	41,8%	
<b>4</b>	78	42,9%	84,6%	
<b>5</b>	15	8,2%	92,9%	
<b>6</b>	5	2,7%	95,6%	
<b>7</b>	2	1,1%	96,7%	
<b>8</b>	3	1,6%	98,4%	
<b>12</b>	1	0,5%	98,9%	
<b>20</b>	2	1,1%	100,0%	
<b>Total</b>	182	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

La mayor parte de personas que asisten a un centro comercial, es para realizar sus compras que corresponde a un porcentaje de 91.7%(166), muy pocas van de visita, el 1.6%(3). Según lo demuestra la tabla No 30.

**TABLA No 30**  
**COMPRAS EN UN CENTRO COMERCIAL. NOVIEMBRE 2007**




ComprasCC	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
<b>A VECES</b>	13	7,2%	7,2%	
<b>NO</b>	3	1,6%	8,3%	
<b>SI</b>	166	91,7%	100,0%	
<b>Total</b>	182	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

De las personas encuestadas, el 67.6%(123) no hace ningún tipo de dieta; el 32.4%(59) corresponde a personas que si la hacen. Ver tabla No 31.

**TABLA No 31**  
**REALIZA DIETA. NOVIEMBRE, DICIEMBRE 2007**


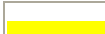

Dieta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
<b>NO</b>	123	67,6%	67,6%	
<b>SI</b>	59	32,4%	100,0%	
<b>Total</b>	182	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

De los resultados obtenidos con ejercicio y dieta, el 50.3%(90) fueron positivos; el 49.7%(89) no obtuvieron ningún resultado; convirtiéndose en candidatos para cirugía plástica. Según lo demuestra la tabla No 32.

**TABLA No 32**  
**RESULTADOS OBTENIDOS CON EJERCICIO Y DIETA. NOVIEMBRE, DICIEMBRE 2007**

ResultadosED	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
<b>NO</b>	89	49,7%	49,7%	
<b>SI</b>	90	50,3%	100,0%	
<b>Total</b>	179	100,0%	100,0%	




Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

La mayoría de personas conoce sobre los beneficios de la cirugía plástica, que corresponde a un porcentaje del 84.5%(153), apenas el 15.5%(28) desconoce. Según lo demuestra la tabla No 33.

**TABLA No 33**

**CONOCE BENEFICIOS DE CIRUGÍA PLÁSTICA. NOVIEMBRE, DICIEMBRE 2007**

BeneficiosCP	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
<b>NO</b>	28	15,5%	15,5%	
<b>SI</b>	153	84,5%	100,0%	
<b>Total</b>	181	100,0%	100,0%	


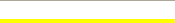

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

El 92.3%(168) de encuestados opinan que la cirugía plástica eleva el autoestima de las personas, un mínimo porcentaje considera que no; el 7,7%(14). Ver tabla No 34.

**TABLA No 34**

**CIRUGÍA PLÁSTICA ELEVA EL AUTOESTIMA. NOVIEMBRE, DICIEMBRE 2007**

AutoestimaE	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
<b>NO</b>	14	7,7%	7,7%	
<b>SI</b>	168	92,3%	100,0%	
<b>Total</b>	182	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta





Elaborado por: Yánez Olga

Al preguntar si al realizar sus compras, el pago lo hacen con tarjeta de crédito o en efectivo; la mayoría responde en efectivo que corresponde a un porcentaje del 47%(85); los demás con tarjeta de crédito16%(29) y en efectivo y tarjeta el 37%(67). Según lo demuestra la tabla No 35.



TABLA No 35

## PAGO DE COMPRAS. NOVIEMBRE 2007

Pago ET	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
EFFECTIVO	85	47,0%	47,0%	
EFFECTIVO Y TARJETA	67	37,0%	84,0%	
TARJETA DE CRÉDITO	29	16,0%	100,0%	
<b>Total</b>	<b>181</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	







Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

De las personas encuestadas, la mayoría se realiza un tratamiento de pedicure una vez al mes y corresponde a un porcentaje del 44.2%(76), en menor proporción las que se realizan más de dos y corresponde al 19,2%. Ver tabla No 36

TABLA No 36

## FRECUENCIA DE PEDICURE. NOVIEMBRE, DICIEMBRE 2007.

Pedicure	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
0	63	36,6%	36,6%	
1	76	44,2%	80,8%	
2	22	12,8%	93,6%	
3	9	5,2%	98,8%	
4	2	1,2%	100,0%	
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

Al preguntar al mes con que frecuencia visita un salón de belleza, la mayoría responde que 1 con un porcentaje de 61.5%(112), el menor porcentaje corresponde al 0,5%(1) que nunca asiste. Ver tabla No 37.

TABLA No 37

## VISITA SALÓN DE BELLEZA. NOVIEMBRE, DICIEMBRE 2007

#VecesSB	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
0	1	0,5%	0,5%	
1	112	61,5%	62,1%	
2	51	28,0%	90,1%	
3	12	6,6%	96,7%	
4	6	3,3%	100,0%	
<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

Al analizar si conocen o han visitado un Spa, el mayor porcentaje corresponde a que no conocen, con un 52,5%(94), el 47,5%(85) si lo ha visitado. Ver tabla No 38

TABLA No 38  
VISITA UN SPA. NOVIEMBRE, DICIEMBRE 2007

SPA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
NO	94	52,5%	52,5%	
SI	85	47,5%	100,0%	
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

De las personas que visitaron un Spa, la mayoría se realizaron un tratamiento facial, con un 77.8%(63), el menor porcentaje corresponde a los que se realizaron tratamientos corporales y faciales 6,2%(5). Según tabla No 39.

TABLA No 39

## TIPO DE TRATAMIENTO COSMETOLÓGICO. NOVIEMBRE 2007

Ttocosmetológico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
<b>CORPORAL</b>	13	16,0%	16,0%	
<b>FACIAL</b>	63	77,8%	93,8%	
<b>FACIAL Y CORPORAL</b>	5	6,2%	100,0%	
<b>Total</b>	81	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

El 62%(111) corresponde al mayor porcentaje de personas que si realizan algún tipo de ejercicio para cuidar su figura, el menor porcentaje38%(68) corresponde a los que no lo hacen..Ver tabla No 40.

TABLA No 40

## REALIZA EJERCICIO. NOVIEMBRE 2007

Ejercicio	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
<b>NO</b>	68	38,0%	38,0%	
<b>SI</b>	111	62,0%	100,0%	
<b>Total</b>	179	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

El mayor porcentaje de personas encuestadas opinan que la cirugía plástica mejora la calidad de vida de las personas con un 87,3%(158), apenas el 12,7%(23) no están de acuerdo. Según lo demuestra la tabla No 41.

TABLA No 41

## CIRUGÍA PLÁSTICA, MEJORA LA CALIDAD DE VIDA. NOVIEMBRE 2007




CPCV	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
<b>NO</b>	23	12,7%	12,7%	
<b>SI</b>	158	87,3%	100,0%	
<b>Total</b>	181	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

Al preguntar si se realizaría algún tipo de cirugía plástica, el 68.1%(111), de personas responden afirmativamente, convirtiéndose en nuestros potenciales clientes; el menor porcentaje contesta que no, que corresponde al 31,9%(52). Ver tabla No 42.

**TABLA No 42**  
**REALIZARSE ALGÚN TIPO DE CIRUGÍA PLÁSTICA. NOVIEMBRE 2007**







RealizarseCP	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
<b>NO</b>	52	31,9%	31,9%	
<b>SI</b>	111	68,1%	100,0%	
<b>Total</b>	163	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

De las personas que se realizarían algún tipo de cirugía, el 31%(35) que corresponde al porcentaje más elevado desearía realizarse Rinoplastia, seguida de Liposucción con un 29.2%(33). Ver tabla No 43.

**TABLA No 43**  
**TIPO DE CIRUGÍA PLÁSTICA. NOVIEMBRE 2007**

TipoCP	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
<b>BLEFAROPLASTIA</b>	7	6,2%	6,2%	
<b>DERMOLIPECTOMIA</b>	9	8,0%	14,2%	
<b>LIPOSUCCIÓN</b>	33	29,2%	43,4%	
<b>OTRAS</b>	29	25,7%	69,0%	
<b>RINOPLASTIA</b>	35	31,0%	100,0%	
<b>Total</b>	113	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

Los meses preferidos por las personas encuestadas para someterse a una intervención quirúrgica de cirugía plástica, corresponden a Julio con un 23%(26) y

Agosto 20.4%(23), ya que es temporada vacacional y aprovecharían para recuperarse satisfactoriamente. Ver tabla No 44.

**TABLA No 44**  
**MESES PREFERIDOS PARA SER INTERVENIDOS. NOVIEMBRE 2007**

MesCP	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
ABRIL	6	5,3%	5,3%	
AGOSTO	23	20,4%	25,7%	
DICIEMBRE	10	8,8%	34,5%	
ENERO	8	7,1%	41,6%	
FEBRERO	5	4,4%	46,0%	
JULIO	26	23,0%	69,0%	
JUNIO	9	8,0%	77,0%	
MARZO	1	0,9%	77,9%	
MAYO	10	8,8%	86,7%	
NOVIEMBRE	3	2,7%	89,4%	
OCTUBRE	6	5,3%	94,7%	
SEPTIEMBRE	6	5,3%	100,0%	
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

De las personas que pagan sus gastos con tarjeta de crédito, la mayoría prefieren Diners, que corresponde a un porcentaje del 40.4%(44), seguida de Master 29,4%(32). Ver tabla No 45.

**TABLA No 45**  
**TARJETA DE CRÉDITO MÁS UTILIZADA. NOVIEMBRE 2007**

TarjetaC	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
DAINERS	44	40,4%	40,4%	
MASTER	32	29,4%	69,7%	
OTRAS		7,3%	77,1%	
VISA	25	22,9%	100,0%	
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	




Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

Al preguntar si algún amigo o familiar se ha realizado algún tipo de cirugía plástica, la mayoría responde que sí, lo cual representa el 73.1%(133), el menor porcentaje 26,9%(49) no conoce. De acuerdo a tabla No 46.

**TABLA No 46**

**AMIGO O FAMILIAR QUE SE REALIZÓ CIRUGÍA PLÁSTICA**

AmigoCP	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
<b>NO</b>	49	26,9%	26,9%	
<b>SI</b>	133	73,1%	100,0%	
<b>Total</b>	182	100,0%	100,0%	




Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

De las personas que se realizarían algún tipo de cirugía estética, el 98,2%(110) opinan que lo harían en una clínica especializada en cirugía plástica, ya que esto les genera seguridad, el menor porcentaje lo haría en cualquier clínica el 1.8%(2). Según lo demuestra la tabla No 47.

**TABLA No 47**

**OPERADA CLÍNICA ESPECIALIZADA EN CIRUGÍA PLÁSTICA. NOVIEMBRE 2007**

OperadaCECP	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
<b>NO</b>	2	1,8%	1,8%	
<b>SI</b>	110	98,2%	100,0%	
<b>Total</b>	112	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

La mayor parte de personas opinan que una clínica además de ofertar servicios de cirugía plástica, estética y reconstructiva, debería contar también con servicios como Spa ,Cosmetología, Cosmeatría, Estética dental, con un 43,2%(7), además otros servicios como psicología con un 11.7%.(19). Ver tabla No 48.

TABLA No 48

## OTROS SERVICIOS SOLICITADOS. NOVIEMBRE 2007

Otros serv#	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
ALTA PELUQUERÍA	1	0,6%	0,6%	
COSMEATRÍA	4	2,5%	3,1%	
COSMETOLOGÍA	5	3,1%	6,2%	
ESTÉTICA DENTAL	8	4,9%	11,1%	
OTROS	19	11,7%	22,8%	
SPA	55	34,0%	56,8%	
TODOS	70	43,2%	100,0%	
Total	162	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

De los encuestados, el 59.4%(92) dispone de correo electrónico, lo cual nos facilita para enviar ofertas promocionales a nuestros futuros clientes; además información sobre los beneficios de la cirugía plástica. Ver tabla No 49.

TABLA No 49

## DISPONE DEL SERVICIO DE INTERNET. NOVIEMBRE 2007

Internet	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
NO	63	40,6%	40,6%	
SI	92	59,4%	100,0%	
Total	155	100,0%	100,0%	




Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

Al preguntar si es que invierte en mejorar su calidad de vida, el 96.3%(157) responde que si lo hace, apenas el 3.7%(3.7) no lo hace. Ver tabla No 50.

TABLA No 50

## INVIERTE EN MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA. NOVIEMBRE 2007




InvierteCV	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
NO	6	3,7%	3,7%	
SI	157	96,3%	100,0%	
Total	163	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

De las personas encuestadas la mayoría va de vacaciones dentro del país con un 94,4%, apenas el 5.6%(9) se queda en la ciudad. Ver tabla No 51.

TABLA No 51  
VACACIONES DENTRO DEL PAÍS. NOVIEMBRE 2007

VACPais	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
NO	9	5,6%	5,6%	
SI	152	94,4%	100,0%	
Total	161	100,0%	100,0%	




Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

El 31,5%(47) corresponde a personas que salen de vacaciones fuera del país, mientras que el 68,5%(102) no lo hace. Ver tabla No 52

TABLA No 52

## VACACIONES FUERA DEL PAÍS. NOVIEMBRE 2008

VACfueraP	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
NO	102	68,5%	68,5%	
SI	47	31,5%	100,0%	
Total	149	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta




Elaborado por: Yánez Olga

El 93,3%(152) de personas encuestadas desean recibir información sobre los beneficios de la cirugía plástica, apenas el 6,7%(11) no le interesa. Ver tabla No 53



TABLA No 53

**DESEA INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIOS DE CIRUGÍA PLÁSTICA.  
NOVIEMBRE 2007**

INFORBCP	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
<b>NO</b>	11	6,7%	6,7%	
<b>SI</b>	152	93,3%	100,0%	
<b>Total</b>	163	100,0%	100,0%	




Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

El mayor porcentaje de personas encuestadas posee casa propia, con un 76.7%(125), el menor porcentaje corresponde a los que no la tienen con un 23,3%(38). De acuerdo a tabla No 54.

TABLA No 54

**TIENE CASA PROPIA. NOVIEMBRE 2007**

Casa	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
<b>NO</b>	38	23,3%	23,3%	
<b>SI</b>	125	76,7%	100,0%	
<b>Total</b>	163	100,0%	100,0%	




Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

El 70,6%(115) que es el mayor porcentaje, corresponde a las personas que tienen vehículo propio, el menor porcentaje, el 29,4%(48) no disponen de éste servicio. Ver tabla No 55.

TABLA No 55

**TIENE VEHÍCULO PROPIO. NOVIEMBRE 2007**

Auto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
<b>NO</b>	48	29,4%	29,4%	
<b>SI</b>	115	70,6%	100,0%	
<b>Total</b>	163	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

### 3.6.2.2 Contingencia de variables

En la correlación entre si conoce los beneficios de la cirugía plástica (BCP) y realizarse la cirugía plástica misma (CP), el producto cruzado es de 2,19, la p es igual 0,0516523440, lo cual representa que tiene un alto nivel de significación estadística, esta relación. Según lo demuestra la tabla No 56.

**TABLA No 56**

#### TABLA DE CONTINGENCIA ENTRE BENEFICIOS CIRUGÍA PLÁSTICA Y REALIZARCE CIRUGÍA PLÁSTICA

<b>REALIZARSECP</b>			
<b>BeneficiosCP</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>TOTAL</b>
<b>NO</b>	16	13	29
% Fila	55,2	44,8	100,0
% Columna	22,5	11,7	15,9
<b>SI</b>	55	98	153
% Fila	35,9	64,1	100,0
% Columna	77,5	88,3	84,1
<b>TOTAL</b>	71	111	182
% Fila	39,0	61,0	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Elaborado por: Yánez Olga

Odds Ratio (producto cruzado) 2,1930

Chi cuadrado: sin corregir 3,7870 0,0516523440

En la correlación entre si cree que la cirugía plástica eleva el autoestima (E) y realizarse la cirugía plástica misma (CP), el producto cruzado es de 4,07, la p es igual  $P=0,0435966980$ , lo cual representa que tiene un alto nivel de significación estadística, esta relación. Ver tabla No 57.

TABLA No 57

**TABLA DE CONTINGENCIA ENTRE ELEVA EL AUTOESTIMA Y REALIZARCE CIRUGÍA PLÁSTICA. NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2007.**

<b>REALIZARSECP</b>			
<b>AutoestimaE</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>TOTAL</b>
<b>NO</b>	9	5	14
% Fila	64,3	35,7	100,0
% Columna	12,7	4,5	7,7
<b>SI</b>	62	106	168
% Fila	36,9	63,1	100,0
% Columna	87,3	95,5	92,3
<b>TOTAL</b>	71	111	182
% Fila	39,0	61,0	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Elaborado por: Yánez Olga

Odds Ratio (producto cruzado) 3,0774

Chi cuadrado: sin corregir 4,0722 P=0,0435966980

En la correlación entre realizarse la cirugía plástica para mejorar la calidad de vida (CP) y realizarse la cirugía plástica misma (CP), el producto cruzado es de 3,5, la p es igual  $P = 0,0051482140$ , lo cual representa que tiene un alto nivel de significación estadística, esta relación. Según lo demuestra la tabla No 58.

TABLA No 58

**TABLA DE CONTINGENCIA ENTRE CIRUGÍA PLÁSTICA MEJORA LA CALIDAD DE VIDA Y REALIZARCE CIRUGÍA PLÁSTICA. NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2007**

<b>REALIZARSECP</b>			
<b>CPCV</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>TOTAL</b>
<b>NO</b>	15	8	23
% Fila	65,2	34,8	100,0
% Columna	21,4	7,2	12,7
<b>SI</b>	55	103	158
% Fila	34,8	65,2	100,0
% Columna	78,6	92,8	87,3
<b>TOTAL</b>	70	111	181
% Fila	38,7	61,3	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Elaborado por: Yánez Olga

Odds Ratio (producto cruzado) 3,5114

Chi cuadrado: sin corregir 7,8270 P = 0,0051482140

En la correlación entre si un amigo se ha realizado la cirugía plástica (CP) y realizarse la cirugía plástica (CP) la p es igual  $P = 0,0069080293$ , lo cual representa que tiene un alto nivel de significación estadística, esta relación. Según lo demuestra la tabla No 59.

TABLA No 59

**TABLA DE CONTINGENCIA ENTRE AMIGO REALIZADO CIRUGÍA PLÁSTICA Y REALIZARCE CIRUGÍA PLÁSTICA. NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2007**

<b>REALIZARSECP</b>			
<b>AmigoCP</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>TOTAL</b>
<b>NO</b>	27	22	49
% Fila	55,1	44,9	100,0
% Columna	38,0	19,8	26,9
<b>SI</b>	44	89	133
% Fila	33,1	66,9	100,0
% Columna	62,0	80,2	73,1
<b>TOTAL</b>	71	111	182
% Fila	39,0	61,0	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Elaborado por: Yánez Olga

Odds Ratio (producto cruzado) 2,4824

Chi cuadrado: sin corregir 7,2970 P=0,0069080293

En lo relacionado a la correlación entre Invierte en mejorar la calidad de vida (CV) y realizarse la cirugía plástica (CP) la p es igual 0,0018437830, lo cual representa que esta relación tiene un alto nivel de significación estadística, Según lo demuestra la tabla No 60.

**TABLA No 60**  
**TABLA DE CONTINGENCIA ENTRE INVIERTE EN CALIDAD DE VIDA Y**  
**REALIZARCE CIRUGÍA PLÁSTICA. NOVIEMBRE, DICIEMBRE 2007.**

<b>REALIZARSE CP</b>			
<b>InvierteCV</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>TOTAL</b>
<b>NO</b>	6	0	6
% Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna	8,5	0,0	3,3
<b>SI</b>	65	111	176
% Fila	36,9	63,1	100,0
% Columna	91,5	100,0	96,7
<b>TOTAL</b>	71	111	182
% Fila	39,0	61,0	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

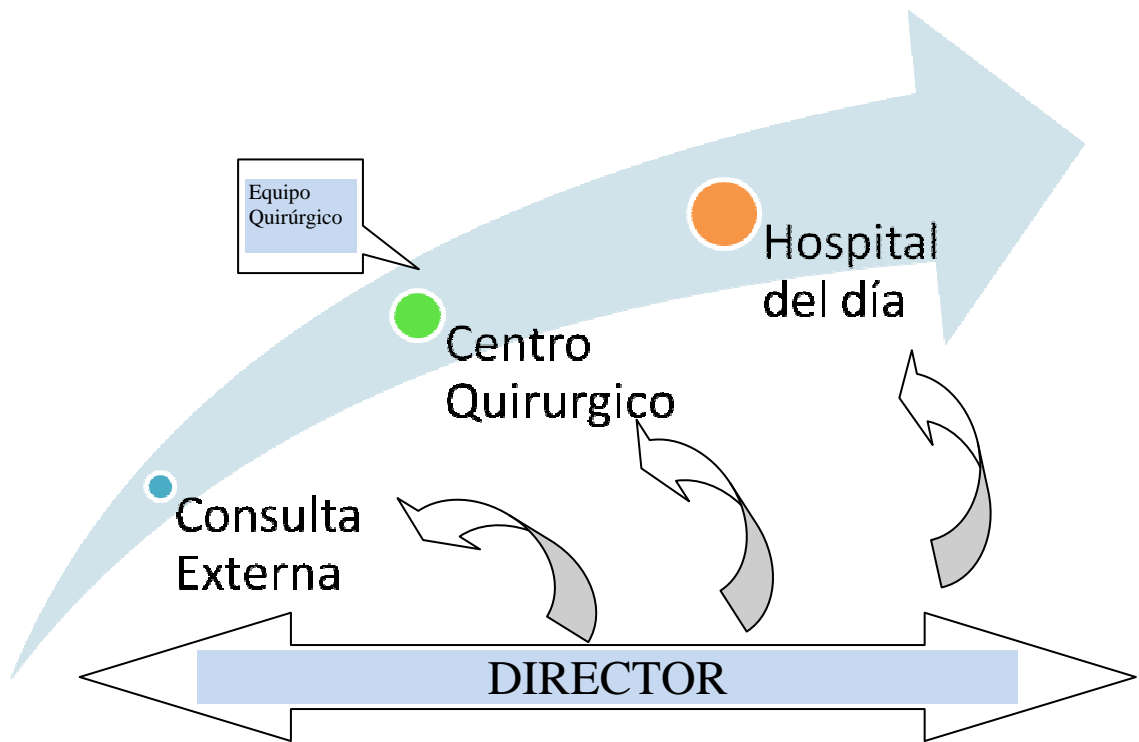
Fuente: Encuesta    Elaborado por: Yánez Olga

Chi cuadrado: sin corregir 9,7001    0,0018437830

### **3.7 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL ACTUAL**

Actualmente en Esthetic Valle, el director médico es quién se encarga de cumplir con la mayoría de las actividades y responsabilidades de la clínica, como de la consulta externa, del centro quirúrgico, de contratar el personal que conforma el equipo quirúrgico, de realizar las cirugías, de la valoración y control de los pacientes en hospital del día, del control post-operatorio, de adquirir los insumos, etc. lo cual ha ocasionado algunas debilidades en la clínica; para el efecto funciona de acuerdo al gráfico No 46.

**GRÁFICO No 46**  
**ORGANIGRAMA ACTUAL DE ESTHETIC VALLE**



Elaborado por: Yánez Olga

### **3.8 SITUACION FINANCIERA CLINICA ESTHETIC VALLE**

Con el objeto de proyectar los datos de la clínica , partiendo de su comportamiento en base al año 2007 se procedió al levantamiento de datos y cálculos correspondientes en relación a lo ejecutado en este año, luego de lo cual, se pudo observar lo siguiente:

- La Clínica no contaba con registros contables de ninguna naturaleza.
- Los precios de las cirugías estaban siendo estimados en relación a los precios de Centros Médicos que ofertan similares servicios.
- No se tenían claros los costos reales de las cirugías, es decir no se evidenciaban los costos fijos y variables.
- No se calculaban los precios de las cirugías tomando en consideración los costos incurridos.
- No se conocía si la inversión generaba rentabilidad o pérdida.
- No se tenía claro el mercado objetivo

No existía un registro contable y estadístico formal y se tuvo que construir a partir de la verificación de los archivos, facturas de compras, etc.



## CAPITULO IV

### 4. MODELO: PLAN DE NEGOCIOS

#### 4.1 BALANCE SCORE CARD

El Balance Scorecard es una herramienta que permite traducir la visión de la organización, expresada a través de su estrategia, en términos y objetivos específicos para su difusión a todos los niveles, estableciendo un sistema de medición del logro de dichos objetivos; se le denomina también: tablero de comando, tablero de mando, cuadro de mando, cuadro de mando integral, sistema balanceado de medidas.

Es un tipo de evaluación empresarial que se dedica en parte a la valoración del recurso humano y la gestión del capital intelectual, es la principal herramienta metodológica que traduce la estrategia en un conjunto de medidas de la actuación empresarial, las cuales proporcionan la estructura necesaria para un sistema de medición que permite definir y desarrollar las estrategias que deben emprender las empresas con el fin de lograr sus objetivos a corto, mediano y largo plazo.

Es un sistema de medición que ayuda a las empresas a administrar mejor la creación de valor en el largo plazo, que busca realzar los inductores no financieros de creación de valor como son: ***las relaciones estratégicas con proveedores, los procesos internos críticos, los recursos humanos y los sistemas de información***, entre otros.

##### 4.1.1 OBJETIVOS

Busca evaluar el desempeño de las empresas, combinando indicadores financieros con no financieros, logrando así un balance entre el desempeño de la organización día a día y la construcción de un futuro promisorio, cumpliendo así la

misión organizacional.

Los objetivos pueden ser medidos a corto, mediano y largo plazo, medibles en tiempo y cantidad, los principales objetivos son: *alcanzar enfoque gerencial, desarrollar liderazgo, intervención estratégica, educar a la organización, fijar metas estratégicas, alinear programas e inversiones para enlazarlo al sistema de incentivos, mejorar el sistema de indicadores actuales*

#### 4.1.2 BENEFICIOS

A partir del cumplimiento de los objetivos se enumeran los principales beneficios esperados:

- Alineación de los empleados hacia la visión de la empresa.
- Comunicación hacia todo el personal de los objetivos y su cumplimiento.
- Redefinición de la estrategia en base a resultados.
- Traducción de la visión y estrategias en acción
- Favorece en el presente la creación de valor futuro
- Integración de información de diversas áreas de negocio.
- Capacidad de análisis.
- Mejoría en los indicadores financieros.
- Desarrollo laboral de los promotores del proyecto.

Entre las necesidades de gestión a las que da respuesta el BSC, se incluyen las siguientes:

- **Integrar los indicadores cuantitativos y cualitativos**

Orientación al cliente, la implicación del personal en los resultados de la empresa y la calidad de servicio entre otros, son factores críticos para el éxito; el cuadro de mando integral, CMI integra los indicadores cuantitativos y cualitativos, eliminando las duplicidades y asegurando que el conjunto de indicadores de la actividad son homogéneos y fiables.

- **Proporcionar información concisa, fiable y a tiempo, a un menor costo**

El CMI aporta información de gestión integrada a un menor coste, ya que esta herramienta permite integrar la información clave para la gestión, sin necesidad de que ésta tenga que elaborarse repetitivamente a partir de un volumen importante de datos, utiliza una fuente única de datos, lo que garantiza la fiabilidad de la información que se obtiene y elimina la necesidad de conciliaciones.

- **Proporcionar y homogeneizar los indicadores de la empresa como negocio y los de la actividad de la empresa.**

En el CMI se concatenan los resultados de la actividad de la empresa – incorporando los efectos de las acciones de mejora con los resultados de la empresa como negocio, esto permite evaluar el avance en el grado de cumplimiento de los objetivos, tanto a corto como a largo plazo.

Kaplan y Norton, basan el desarrollo del CMI en cinco principios:

- **Traducir la estrategia a términos operativos.** Consiste en tomar los objetivos estratégicos como punto de partida y guía para definir cómo debemos realizar la actividad, el modelo presenta una herramienta, el “Mapa Estratégico”, en el que los objetivos de la actividad se jerarquizan, agrupan e interrelacionan para asegurar su coherencia con los objetivos estratégicos y/o del plan de gestión.
- **Alinear la actividad diaria del trabajo a la estrategia,** lo que implica organizar los medios y las directrices a seguir para alcanzar los objetivos, traducir los objetivos a largo en objetivos a corto y muy corto plazo, para poder situar los resultados de la actividad diaria con respecto a los objetivos a corto y a largo plazo.

- **Hacer que todos los miembros de la organización participen en la estrategia** supone comunicar e informar regularmente sobre el avance que se está consiguiendo con respecto a los objetivos; como consecuencia del trabajo que cada miembro de la organización desempeña.  
El cuadro de mando propone una herramienta de gestión visual, que apoyada por reuniones operativas, asegura la transmisión de la información y la participación en la gestión.
- **Hacer de la estrategia un proceso continuo**, esto se consigue desplegando los objetivos a largo plazo en objetivos operativos a corto y muy corto plazo, y concatenando los indicadores a todos los niveles, de esta forma, el seguimiento y control de las desviaciones y la puesta en marcha de acciones de mejora incorpora los objetivos a largo plazo.
- **Promocionar el cambio mediante el liderazgo**, la implantación del CMI como herramienta de gestión lleva implícito un proceso de cambio, para ello es necesario contar con un liderazgo sólido y efectivo, capaz de cohesionar una organización inmersa en un proceso de revisión continua, en un entorno incierto y cambiante.

#### 4.1.3 COMPONENTES

- *Cadena de relaciones causa-efecto*: expresan el conjunto de hipótesis de la estrategia a través de objetivos estratégicos y su logro mediante indicadores de desempeño.
- *Enlace a los resultados financieros*: los objetivos del negocio y sus respectivos indicadores, deben reflejar la composición sistemática de la estrategia, a través de cuatro perspectivas (financiera, clientes, procesos internos y aprendizaje); los resultados deben traducirse finalmente en logros financieros que conlleven a la maximización del valor creado por el negocio para sus accionistas.
- *Balance de indicadores de resultados e indicadores guía*: además de los indicadores que reflejan el desempeño final del negocio, se requieren un

conjunto de indicadores que reflejan las cosas que se necesitan hacer bien, para cumplir con los objetivos; estos miden el progreso de las acciones que nos acercan al logro del objetivo, el propósito es canalizar acciones y esfuerzos orientados hacia la estrategia del negocio.

- *Mediciones que generen e impulsen el cambio:* la medición motiva determinados comportamientos, asociado tanto al logro como a la comunicación de los resultados organizacionales, de equipo e individuales; el componente fundamental es definir indicadores que generen los comportamientos esperados, particularmente aquellos que orienten a la organización a la adaptabilidad ante un entorno de permanente y acelerado cambio.
- *Alineación de iniciativas o proyectos:* relacionarse directamente con el apalancamiento de los logros esperados para los diferentes objetivos expresados a través de sus indicadores.
- *Consenso del equipo directivo de la organización:* el BSC es el resultado del dialogo entre los miembros del equipo directivo, para lograr reflejar la estrategia del negocio, y de un acuerdo de cómo medir y respaldar lo que es importante para el logro de dicha estrategia.

#### 4.1.4 PERSPECTIVAS DEL BSC

El BSC conjuga los indicadores financieros y no financieros en cuatro diferentes perspectivas a través de las cuales es posible observar la empresa en su conjunto, estas son:

- **Perspectiva financiera**, históricamente los indicadores financieros han sido los más utilizados, pues son el reflejo de lo que está ocurriendo con las inversiones y el valor añadido económico, de hecho, todas las medidas que forman parte de la relación causa-efecto, culminan en la mejor actuación financiera.
- **Perspectiva del cliente**, como parte de un modelo de negocios, se identifica el mercado y el cliente hacia el cual se dirige el servicio o producto, es un reflejo del mercado en el cual se está compitiendo.

Brinda información importante para generar, adquirir, retener y satisfacer a los clientes, obtener cuota de mercado, rentabilidad, etc. "La perspectiva del cliente permite a los directivos de unidades de negocio articular la estrategia de cliente basada en el mercado, que proporcionará unos rendimientos financieros futuros de categoría superior." (Kaplan & Norton)

- **Perspectiva procesos internos**, para alcanzar los objetivos de clientes y financieros es necesario realizar con excelencia ciertos procesos que dan vida a la empresa, en los que se debe ser excelente son los que identifican los directivos y ponen especial atención para que se lleven a cabo de una forma perfecta, y así influyan a conseguir los objetivos de accionistas y clientes.
- **Perspectiva de formación y crecimiento**, es la perspectiva donde más tiene que ponerse atención, sobre todo si piensan obtenerse resultados constantes a largo plazo, hay que lograr formación y crecimiento en 3 áreas: *personas, sistemas y clima organizacional*; normalmente son intangibles, pues son identificadores relacionados con *capacitación a personas, software o desarrollos, máquinas e instalaciones, tecnología* y todo lo que hay que potenciar para alcanzar los objetivos de las perspectivas anteriores.

#### 4.1.5 FASES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL BALANCE SCORECARD

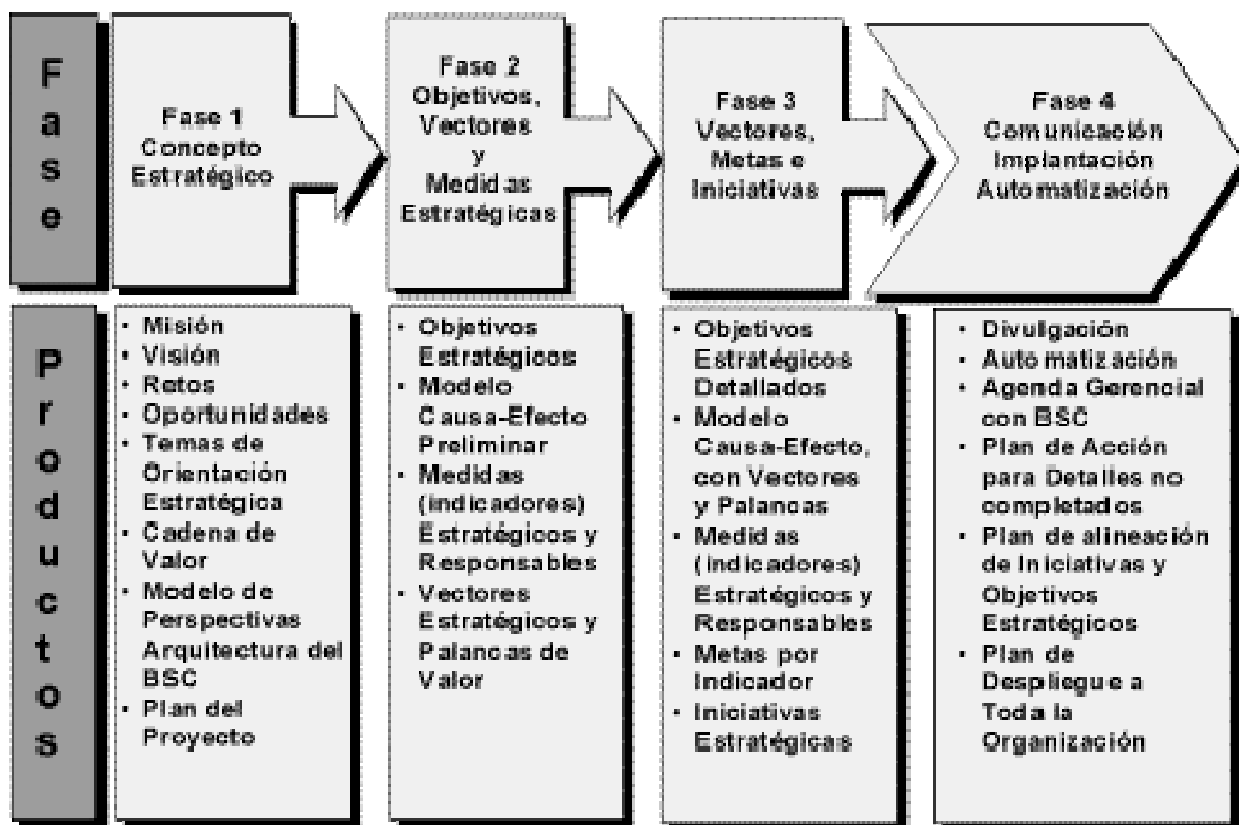
El marco metodológico general planteado por los autores Robert Kaplan y David Norton, puede expresarse, para efectos de su implementación en lo que denominamos "El modelo de las cuatro fases", esta secuencia de diseño e implantación ha sido adoptada por diferentes empresas, pues se asegura tanto la comprensión de las bases conceptuales de la metodología por parte de los diferentes actores de su desarrollo como la puesta en práctica de la herramienta en su contexto operacional asociado a la agenda ejecutiva de la organización que lo adopte.

La metodología puede tener sus variantes, dependiendo de la complejidad de la organización, de su dinámica organizacional y del dialogo y aprendizaje estratégico que se produzca como resultado de la aplicación de la misma. En algunos casos el mismo involucramiento de los niveles ejecutivos de la organización puede acelerar el proceso, produciéndose la integración de algunas de las actividades que se ejecutan en cada una de las fases, tareas y talleres que forman parte del proceso.

La secuencia asegura el que se capturen y traduzcan a un sistema de indicadores o de medición, los temas y objetivos estratégicos de la organización, sobre una variedad de situaciones estratégicas y operacionales a las que es aplicable; a continuación se ilustra, en el gráfico No 47 la secuencia del proceso de las cuatro fases,

**GRÁFICO No 47**

**FASES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL BALANCE SCORECARD**



Elaborado por: Yánez Olga

## **4.1.6 ANALISIS DEL AMBIENTE INTERNO Y EXTERNO**

### **4.1.6.1 Análisis ambiente externo**

En el análisis del ambiente externo se deben considerar las oportunidades con que cuenta la clínica y las amenazas a las cuales está expuesta.

En el cuadro No 1, se pueden observar las oportunidades con las que cuenta la clínica, tomando en consideración las 4 perspectivas, de las cuales se pueden priorizar las principales como son la difusión, los avances y las ventajas de la cirugía plástica, elevar el autoestima y mejorar la calidad de vida; lo cual nos permite ofertar servicios especializados en cirugía plástica, estética y reconstructiva, para satisfacer las necesidades de nuestros futuros clientes.



**CUADRO No 1**  
**ANÁLISIS DE OPORTUNIDADES**

<b>OPORTUNIDADES</b>				
<b>PERSPECTIVA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>URGENCIA</b>	<b>TENDENCIA</b>	<b>IMPACTO</b>
<b>FINANCIERA</b>	Precios elevados en los mercados competitivos, en especial en los internacionales	7	9	8
	Pagos con tarjetas de crédito	8	7	8
	Migrantes que solicitan los servicios	7	7	7
	Clientes extranjeros y de provincias	7	7	7
	Rentabilidad	8	8	8
<b>CLIENTES</b>	Elevar el autoestima y mejorar la calidad de vida	10	9	9
	Confianza, seguridad en la técnica y tecnología	9	9	9
	Beneficios CP mejora la calidad de vida y autoestima	8	8	8
	Atención personalizada y precios bajos	9	9	9
	Precios competitivos	8	8	8
	Los cambios socioculturales favorecen los estilos de vida (CP)	8	8	8
	Cambios actitudes favorece la demanda en CP	8	8	8
<b>PROCESOS INTERNOS</b>	calidad técnica y científica	10	10	10
	Tendencia a bajar los costos de prestación de servicios	8	8	8
	Capacidad competitiva	9	9	9
	Procedimientos con tecnología de punta	10	10	10
	Desarrollo de procedimientos integrales de cirugía plástica y cosmetología y cosmeatría.	8	8	8
<b>INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE</b>	Conocimiento del comportamiento del mercado	9	9	9
	Difusión de los avances y ventajas de la cirugía plástica	10	10	10
	Tecnología de punta, TIC al alcance	9	9	9
	Innovación en procedimientos de cirugía plástica	8	8	8
	Avances en cosmetología y cosmeatría	8	8	8
Conocimiento de los costos del mercado	9	9	9	
<b>PRIORIDAD</b>				
1	Difusión de los avances y ventajas de la cirugía plástica			
2	Elevar el autoestima y mejorar la calidad de vida			
3	Confianza, seguridad en la técnica y tecnología			
4	Atención personalizada y precios bajos			
5	Tecnología de punta, TIC al alcance			
6	Conocimiento de los costos del mercado			
7	Rentabilidad			
8	Precios competitivos			

Elaborado por: Yánez Olga

En el cuadro No 2 se puede observar, las principales amenazas a las que está expuesta Esthetic Valle; tomando en consideración las 4 perspectivas; de las cuales las más importantes en orden de prioridad son, el temor de los clientes a la anestesia y procedimiento quirúrgico, el desconocimiento del comportamiento del mercado, desconocimiento de los costos del mercado, lo cual nos permitirá diseñar estrategias para contrarrestar las mismas.

## CUADRO No 2

### ANÁLISIS DE AMENAZAS

AMENAZAS				
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN	OCURRENCIA	TENDENCIA	IMPACTO
FINANCIERA	Construcción de un nuevo hospital del valle de los chillos	7	7	10
	Aumento de los centros de cirugía plástica, cosmetología y cosmética	8	8	8
	Desconocimiento de los precios del mercado	8	8	8
	Incremento de los precios de los insumos importados (LET)	8	8	8
	Incremento de la inflación	7	7	7
CLIENTES	Desconocimiento de las bondades de la cirugía plástica	8	8	8
	Temor a la anestesia y procedimientos quirúrgicos.	9	9	10
	Desprestigio de los centros de cirugía plástica	7	7	9
PROCESOS INTERNOS	Plan de promoción y ventas del nuevo hospital (competencia)	7	7	10
INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE	Desconocimiento del comportamiento del mercado	8	8	9
	Desconocimiento de los costos del mercado	8	8	9
PRIORIDAD				
1	Temor a la anestesia y procedimientos quirúrgicos.			
2	Desconocimiento del comportamiento del mercado			
3	Desconocimiento de los costos del mercado			
4	Construcción de un nuevo hospital del valle de los chillos			
5	Aumento de los centros de cirugía plástica, cosmetología y cosmética			
6	Desconocimiento de los precios del mercado			
7	Desconocimiento de las bondades de la cirugía plástica			
8	Plan de promoción y ventas del nuevo hospital (competencia)			

Elaborado por: Yánez Olga

#### 4.1.6.2 Análisis ambiente interno

En el análisis del ambiente interno, se debe tomar en cuenta las fortalezas con las que cuenta la clínica y las debilidades de la misma; lo cual nos permitirá formular estrategias adecuadas y tomar decisiones acertadas.

Tomando en consideración las 4 perspectivas que nos demuestra el cuadro No 3, para el análisis interno de las fortalezas de la clínica, las principales en orden de prioridad son: la seguridad y confianza en los procedimientos quirúrgicos, atención personalizada y con calidez, clientes satisfechos, personal especializado y con muchos años de experiencia; lo cual nos permite garantizar y ofertar servicios especializados en cirugía plástica con calidad.

**CUADRO No 3**  
**ANÁLISIS DE FORTALEZAS**

<b>FORTALEZAS</b>				
<b>PERSPECTIVA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>URGENCIA</b>	<b>TENDENCIA</b>	<b>IMPACTO</b>
<b>FINANCIERA</b>	Costos bajos y precios accesibles	9	9	9
	Edificio propio	9	9	9
	Utilización de tarjeta de crédito.	8	8	8
	Incremento de cirugías en 37% en 2007	8	8	8
	Cirugía mas frecuente rinoseptumplastia (57; 32%)	8	8	8
	Precios mas bajos que la competencia	8	8	8
	Total cirugías por procedencia Quito 116 hasta el 2007	8	8	8
<b>CLIENTES</b>	Clientes satisfechos	10	10	10
	Requerimientos de los clientes de otros procedimientos quirúrgicos	8	8	9
	Autoestima elevada	9	9	10
	Mujeres deciden en un 73% en relación a hombres por CP; entre 25 y 49 años.	8	8	8
	Mejora de la calidad de vida	9	9	10
	Familias felices			
<b>PROCESOS INTERNOS</b>	Seguridad y confianza en los procedimientos quirúrgicos	10	10	10
	Atención personalizada y con calidez	10	10	10
	Permanencia del cirujano 24 hrs.	9	9	10
	Servicio de hotelería	8	8	8
	Servicio de cosmetología y cosmetría	8	8	9
	Equipo quirurgico de alto nivel y experiencia en Cirugía plastica	8	8	9
	Servicios que generan valor agregado como piscina,sauna, turco	8	8	8
	Parqueadero para clientes	7	7	8
<b>INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE</b>	Personal especializado, con muchos años de experiencia	10	10	10
	Infraestructura moderna: cómodas habitaciones, amplio quirófano	9	9	10
	Tecnología moderna	9	9	10
	Alojamiento para familiares o acompañantes	7	7	7
	Servicio de transporte, desde el domicilio,aeropuerto, clínica y viceversa.	7	7	7
<b>PRIORIDAD</b>				
1	Seguridad y confianza en los procedimientos quirúrgicos			
2	Atención personalizada y con calidez			
3	Clientes satisfechos			
4	Personal especializado, con muchos años de experiencia			
5	Mejora de la calidad de vida			
6	Permanencia del cirujano 24 hrs.			
7	Infraestructura moderna: cómodas habitaciones, amplio quirófano			
8	Tecnología moderna			

**Elaborado por: Yánez Olga**

En el análisis de las debilidades de la clínica, podemos observar que las principales en orden de prioridad son: la baja demanda, el desconocimiento de la ubicación de la clínica, la falta de posicionamiento en el mercado, la infraestructura subutilizada, la ubicación alejada de la ciudad, la escasa publicidad y promoción de los servicios; según lo demuestra el cuadro No 4, tomando en consideración la perspectiva de innovación y aprendizaje, procesos internos, clientes y financiera; lo cual genera una subutilización de los recursos, por ende baja rentabilidad para la clínica

**CUADRO No 4**  
**ANÁLISIS DE DEBILIDADES**

<b>DEBILIDADES</b>				
<b>PERSPECTIVA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>URGENCIA</b>	<b>TENDENCIA</b>	<b>IMPACTO</b>
<b>FINANCIERA</b>	Baja rentabilidad	8	8	8
	No existe estudio de costos	7	7	7
<b>CLIENTES</b>	Baja demanda	9	9	9
	Desconocimiento de la ubicación de la clínica	9	9	9
	Desconocimiento de los servicios que presta	8	8	8
<b>PROCESOS INTERNOS</b>	Ausencia de base de datos de clientes atendidos	8	8	8
	Proceso de planificación deficiente	8	8	8
	Infraestructura subutilizada	8	8	9
	Estructura organizacional incipiente	8	8	8
	Ubicación alejada de la ciudad	8	8	9
	No fuerza de ventas	8	8	9
	Medios promocionales que no generan impacto	8	8	9
	Falta de un sistema de información	8	8	8
<b>INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE</b>	Falta de posicionamiento en el mercado	8	8	10
	Escasa publicidad y promoción de los servicios.	8	8	9
	Escaso manejo de cartera de clientes	8	8	9
	Publicación revista 2007, no genera demanda.	8	8	9
<b>PRIORIDAD</b>				
1	Baja demanda			
2	Desconocimiento de la ubicación de la clínica			
3	Falta de posicionamiento en el mercado			
4	Infraestructura subutilizada			
5	Ubicación alejada de la ciudad			
6	Escasa publicidad y promoción de los servicios.			
7	Escaso manejo de cartera de clientes			
8	Desconocimiento de los servicios que presta			

Elaborado por: Yáñez Olga

#### 4.1.7 ANÁLISIS FODA

En el cuadro No 5 se puede apreciar el análisis del ambiente externo e interno, en un resumen que establece la priorización de acuerdo al instrumento utilizado.

**CUADRO No 5**  
**ANÁLISIS FODA**

<b>MATRIZ FODA</b>	
<b>ENTORNO (MEDIO EXTERNO)</b>	
1	2
<b>OPORTUNIDADES (+)</b>	<b>AMENAZAS (-)</b>
1 Difusión de los avances y ventajas de la cirugía plástica	1 Temor a la anestesia y procedimientos quirúrgicos.
2 Elevar el autoestima y mejorar la calidad de vida	2 Desconocimiento del comportamiento del mercado
3 Confianza, seguridad en la técnica y tecnología	3 Desconocimiento de los costos del mercado
4 Atención personalizada y precios bajos	4 Construcción de un nuevo hospital del valle de los chillos
5 Tecnología de punta, TIC al alcance	5 Aumento de los centros de cirugía plástica, cosmetología y cosmetría
6 Conocimiento de los costos del mercado	6 Desconocimiento de los precios del mercado
7 Rentabilidad	7 Desconocimiento de las bondades de la cirugía plástica
8 Precios competitivos	8 Plan de promoción y ventas del nuevo hospital (competencia)
3	4
<b>FORTALEZAS (+)</b>	<b>DEBILIDADES (-)</b>
1 Seguridad y confianza en los procedimientos quirúrgicos	1 Baja demanda
2 Atención personalizada y con calidez	2 Desconocimiento de la ubicación de la clínica
3 Clientes satisfechos	3 Falta de posicionamiento en el mercado
4 Mejora de la calidad de vida	4 Infraestructura subutilizada
5 Personal especializado, con muchos años de experiencia	5 Ubicación alejada de la ciudad
6 Permanencia del cirujano 24 hrs.	6 Escasa publicidad y promoción de los servicios.
7 Infraestructura moderna: cómodas habitaciones, amplio quirófano	7 Escaso manejo de cartera de clientes
8 Tecnología moderna	8 Desconocimiento de los servicios que presta
<b>INSTITUCION (MEDIO INTERNO)</b>	

Elaborado por: Yánez Olga

#### 4.1.8 ORDENAMIENTO DE FACTORES

La estructura de un sistema, es decir la red de relaciones entre sus componentes, es esencial para comprender su evolución, puesto que esa estructura conserva cierta permanencia; el análisis estructural se puede utilizar para determinar el sentido de las relaciones entre las variables.

El objetivo es poner de relieve la estructura de las relaciones entre variables cualitativas, cuantificables o no, que caracterizan un sistema; este método permite estudiar estas relaciones e identificar las variables esenciales.

- **Identificación de las variables**, se realiza una lista lo más exhaustiva posible de las variables que caracterizan el sistema.
- **Determinación de las interrelaciones entre variables**, se fundamenta en el hecho de que una variable tiene sentido en función de sus relaciones.
- **Clasificación de las variables y determinación de las variables estratégicas clave**, se clasifican e identifican las variables que tengan los indicadores más altos de motricidad y dependencia.

CUADRO No 6

ORDENAMIENTO DE FACTORES SEGÚN MOTRICIDAD Y DEPENDENCIA			
NUMERO	VARIABLE	MOTRICIDAD	DEPENDENCIA
1	Difusión de los avances y ventajas de la cirugía plástica	28	18
2	Elevar el autoestima y mejorar la calidad de vida	11	6
3	Confianza, seguridad en la técnica y tecnología	14	12
4	Atención personalizada y precios bajos	13	10
5	Tecnología de punta, TIC al alcance	8	15
6	Conocimiento de los costos del mercado	8	6
7	Rentabilidad	25	7
8	Precios competitivos	18	9
9	Temor a la anestesia y procedimientos quirurgicos.	12	3
10	Desconocimiento del comportamiento del mercado	4	3
11	Desconocimiento de los costos del mercado	1	1
12	Construcción de un nuevo hospital del valle de los chilli	12	10
13	Aumento de los centros de cirugía plástica, cosmetolog	10	12
14	Desconocimiento de los precios del mercado	1	1
15	Desconocimiento de las bondades de la cirugía plástica	1	3
16	Plan de promoción y ventas del nuevo hospital (compet	11	6
17	Seguridad y confianza en los procedimientos quirúrgico	12	15
18	Atención personalizada y con calidez	11	12
19	Clientes satisfechos	17	18
20	Mejora de la calidad de vida	11	11
21	Personal especializado, con muchos años de experienc	5	14
22	Permanencia del cirujano 24 hrs.	5	13
23	Infraestructura moderna: cómodas habitaciones, amplio	9	13
24	Tecnología moderna	11	17
25	Baja demanda	12	1
26	Desconocimiento de la ubicación de la clínica	5	7
27	Falta de posicionamiento en el mercado	5	10
28	Infraestructura subutilizada	6	3
29	Ubicación alejada de la ciudad	5	7
30	Escasa publicidad y promoción de los servicios.	4	10
31	Escaso manejo de cartera de clientes	2	13
32	Desconocimiento de los servicios que presta	5	8

Elaborado por: Yánez Olga

#### **4.1.9 CLASIFICACIÓN DE FACTORES SEGÚN SU NATURALEZA ANÁLISIS**

Al desarrollar la tercera etapa se obtiene como resultado el llamado plano de coordenadas Dependencia Motricidad, en el cual se clasifican las variables de un sistema en los siguientes sectores:

En el sector 1 se sitúan las variables con coordenada alta de motricidad y baja de dependencia; son las variables motrices explicativas del sistema, fuertemente condicionadas de las demás.

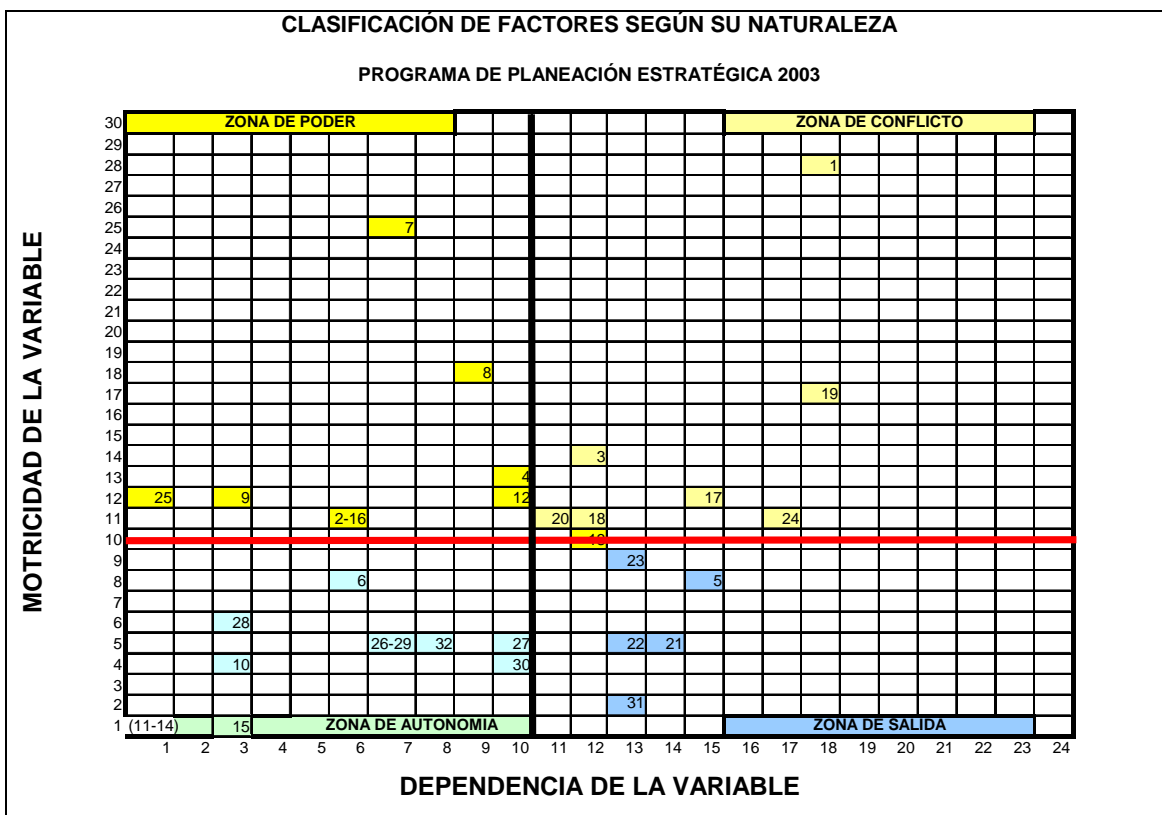
En el sector 2 se sitúan las variables en coordenada alta de motricidad y también alta de dependencia; son variables de enlace, inestables por naturaleza; resulta claro que cualquier acción sobre estas variables repercutirá sobre el resto y tendrá un efecto de rebote sobre ellas mismas que amplificará o atenuará el impulso inicial; son las variables estratégicas clave, VEC, cuanto más alejada se sitúen del eje estratégico, atenuándose más sus efectos acercándose al origen.

En el sector 3 se sitúan las variables con coordenada baja de motricidad y alta de dependencia; pueden calificarse de variables resultantes, cuya evolución se explica por las que se sitúan en los sectores 1 y 2.

En el sector 4 se sitúan las variables con coordenada de baja motricidad y baja dependencia, es decir, variables que pueden calificarse como autónomas y en consecuencia se puede prescindir de ellas.



## GRÁFICO No 48 CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES SEGÚN SU NATURALEZA



Elaborado por: Yánez Olga

#### 4.1.10 PASOS DEL BALANCE SCORE CARD

El enfoque del Balanced Scorecard, es una metodología para la FORMULACIÓN e IMPLEMENTACIÓN de estrategias (plan estratégico) en las organizaciones: sean estas empresas de cualquier tipo.

El Balanced Scorecard sirve para traducir la visión (y en general todo el plan estratégico) en acción por medio de un conjunto coherente de objetivos, indicadores e iniciativas agrupados en perspectivas.

Partiendo de una planeación estratégica clara aplicar esta herramienta gerencial implica siete pasos, ver cuadro No. 7:

- *Identificar el enfoque de la organización a través de sus perspectivas (columna 1)*
- *Definir los objetivos estratégicos (los logros esperados) para cada una las perspectivas seleccionadas (columna 2)*
- *Graficar los objetivos estratégicos en un esquema (mapa) de enlaces causa-efecto, tratando de identificar que objetivos aportan a cuales; este mapa permite ver la estrategia de la institución y comunicar a todos los empleados el rumbo a seguir.*
- *Definir claramente los indicadores que van a utilizarse para evaluar el cumplimiento de los objetivos estratégicos. (columna 3-4)*
- *Especificar las metas, es decir definir el valor del indicador en un momento de tiempo dado. (columna 5)*
- *Dentro del mapa de enlaces se pueden identificar los caminos o ramales de la estrategia, lo cual denominamos vectores estratégicos.*
- *Identificar las iniciativas, programas o proyectos que van a permitir el logro de las metas en el camino seleccionado, y que posiblemente impliquen un esfuerzo extra institucional.(columna 6 )*

## CUADRO No 7

## CLÍNICA ESTHETIC VALLE, BALANCED SCORECARD

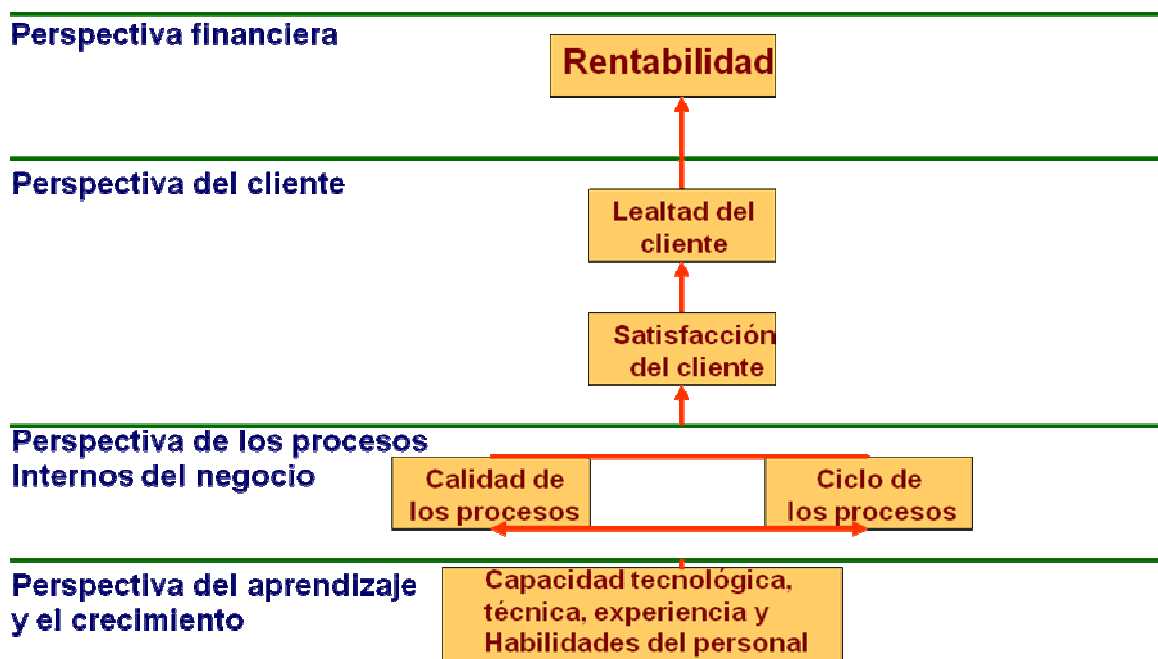
1	2	3	4	5		6
				Metas		
				Actual	2008	
Perspectiva	Objetivos estratégicos	Indicadores estratégicos	Fórmula			Iniciativas Estrategias
Financiera	Incrementar la rentabilidad de la Clínica	% de ingreso neto por servicio	Total superavit- pérdida año 1/Total superavit- pérdida año 0	0%	>100%	Plan de escenarios financieros
	Establecer una estrategia de promoción que promueva el incremento de la demanda	% de clientes que efectivizan los servicios promocionados	No de clientes que asisten a los servicios promocionados/total de servicios gratuitos ofrecidos	33%	50%	Plan promocional: Servicios gratuitos de limpieza facial, consulta de cirugía plástica, masajes relajantes.
		% de clientes que fueron intervenidos quirúrgicamente resultado de servicios promocionados	No de clientes operados por servicios promocionados (L F) / total de clientes que asisten a los servicios promocionados	13%	35%	
Clientes	Lograr la lealtad del cliente	% clientes operados por recomendación de	No de clientes operados por recomendación de clientes satisfechos/Total clientes operados	0%	30%	Plan de registro y análisis
	Mejorar la satisfacción de los usuarios	% de satisfacción del usuario	Nº de clientes satisfechos / Nº de clientes encuestados	0%	95%	Plan de encuestas
	Fortalecer la imagen corporativa de la clínica	% de sugerencias en la atención	Nº de pacientes que dan sugerencias de la atención recibida del equipo en un mes / Nº total de pacientes atendidos en el mismo mes * 100	0%	40%	Plan de implementación de sugerencias
Procesos internos	Brindar servicio al cliente	% de clientes que utilizan los servicios adicionales	Nº de clientes que utilizan los servicios adicionales/ Total de promociones entregadas	33%	50%	Plan de promoción
	Realizar Tratamientos quirúrgicos	% de clientes con resolución quirúrgica	Nº de clientes intervenidos/Total clientes atendidos en consulta externa * 100.	50%	75%	Plan de relación médico paciente
	Ofertar los servicios	% de servicios ofertados	No de servicios ofertados/total servicios que oferta la clínica	71%	75%	Plan de incremento de servicios
	Identificar los servicios requeridos	% de clientes que consideran mejorar la calidad de vida	Nº de clientes que consideran que la cirugía plástica mejora la calidad de vida/Total encuestados * 100.	87%	100%	Plan de encuestas
	Conocer y seleccionar el mercado	% de crecimiento	Total de usuarios del año 1/Total usuarios del año 0	33%	35%	Plan de mercadotecnia
Innovación y aprendizaje	Gestión tecnológica de maquinarias y equipos médicos	% de gestión tecnológica	Nº de mantenimientos preventivos y/o correctivos realizados / total de equipos.	0%	75%	Plan de mantenimiento preventivo y correctivo
	Desarrollar el proceso de mejoramiento continuo de la calidad	% de personal de la clínica que aplican el manual de calidad	No de personas de la clínica que conocen el manual de calidad/ Total de usuarios internos.	0%	100%	Plan de calidad
	Fomentar una cultura corporativa para el logro de la visión de la clínica	% de personal de la clínica empoderada	Nº de usuarios internos que se encuentran empoderados / Nº total del personal	0%	100%	Plan de incentivos
	Implementar un sistema	% de ptes. Registrados	Número de ptes. registrados/Total de ptes.	0%	90%	sistema de información.

Elaborado por: Yánez Olga

A continuación se detalla las relaciones causa efecto que se aprecia desde la perspectiva de crecimiento y desarrollo hasta la financiera.

**GRÁFICO No 49**

**MAPA DE ENLACES CAUSA - EFECTO**



Elaborado por: Yánez Olga

El siguiente cuadro amplía los criterios, respecto de cada una de las perspectivas

**CUADRO No 8**

## **MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO ESTRATÉGICO**

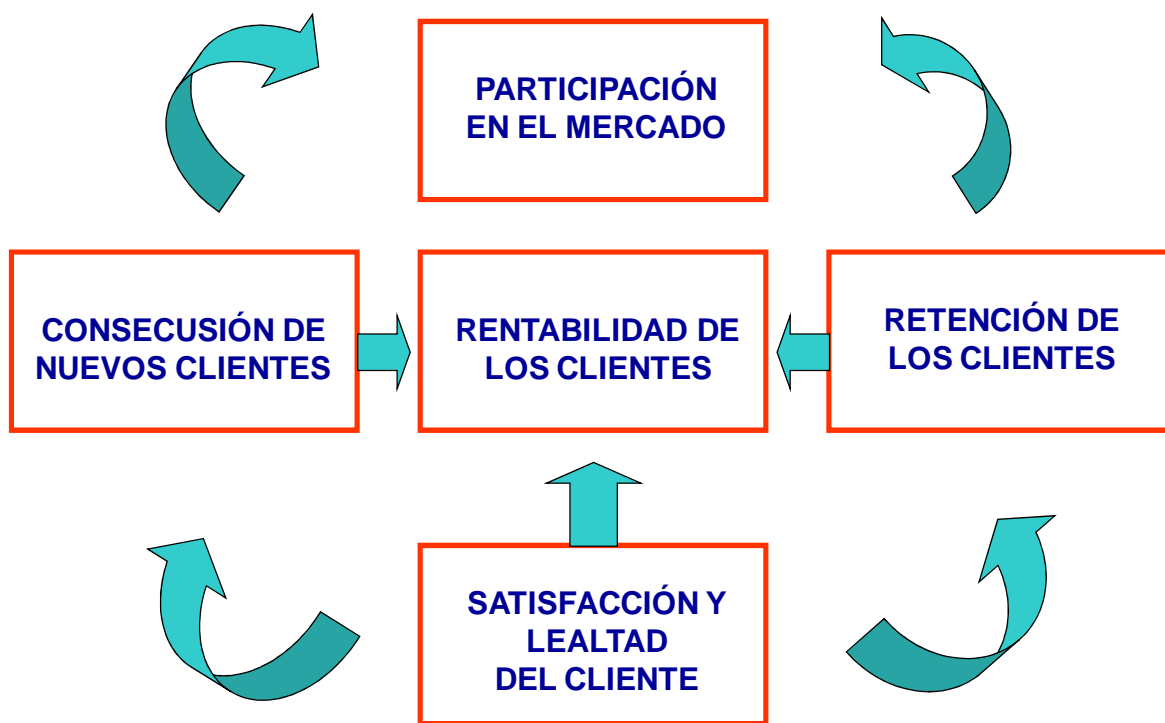
<b>PERSPECTIVA</b>	<b>MEDIDA GENÉRICA</b>
<b>Financiera</b>	<b>Retorno sobre la inversión (RSI) y Valor Económico Agregado (VEA)</b>
<b>Cliente</b>	<b>Satisfacción, retención, participación en el mercado y en las utilidades</b>
<b>Procesos Internos</b>	<b>Calidad, tiempo de respuesta, costo y nueva introducción de servicios</b>
<b>Aprendizaje y Crecimiento</b>	<b>Satisfacción del empleado y disponibilidad de los sistemas de información</b>

Elaborado por: Yánez Olga

Las siguientes relaciones establecen las vinculaciones existentes para lograr la rentabilidad a partir de los clientes.

**GRÁFICO No 50**

**MEDIDAS ESENCIALES EN LA  
PERSPECTIVA DEL CLIENTE**



Elaborado por: Yánez Olga

De igual manera se detalla y amplia a continuación los elementos esenciales en la perspectiva del cliente.

### CUADRO No 9

## MEDIDAS ESENCIALES EN LA PERSPECTIVA DEL CLIENTE

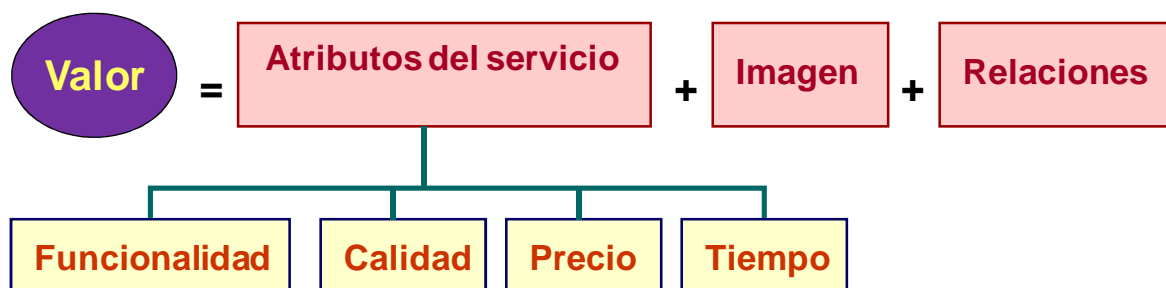
<b>Participación en el mercado</b>	Refleja la proporción del negocio en un mercado específico (# de clientes, \$ gastados o volumen de unidades vendidas)
<b>Consecución de nuevos clientes</b>	Mide en términos absolutos o relativos la tasa a la cual el negocio es capaz de atraer o ganar nuevos clientes o negocios
<b>Retención de clientes</b>	Ilustra en términos absolutos o relativos, la tasa a la cual el negocio retiene o mantiene relaciones permanentes con sus clientes
<b>Satisfacción y lealtad de los clientes</b>	Permite conocer el nivel de satisfacción de los clientes con criterios de desempeño específicos, dentro de una proposición de valor
<b>Rentabilidad de los clientes</b>	Mide la rentabilidad neta para un cliente o segmento, luego de distribuir los gastos necesarios para mantener dicho cliente

Elaborado por: Yánez Olga

Los atributos del servicio en términos de funcionalidad, calidad, precio y tiempo; que unidos a imagen y relaciones, permiten generar valor para el cliente. Ver grafico No. 51

### GRÁFICO No 51

## PROPOSICIÓN DE VALOR PARA EL CLIENTE



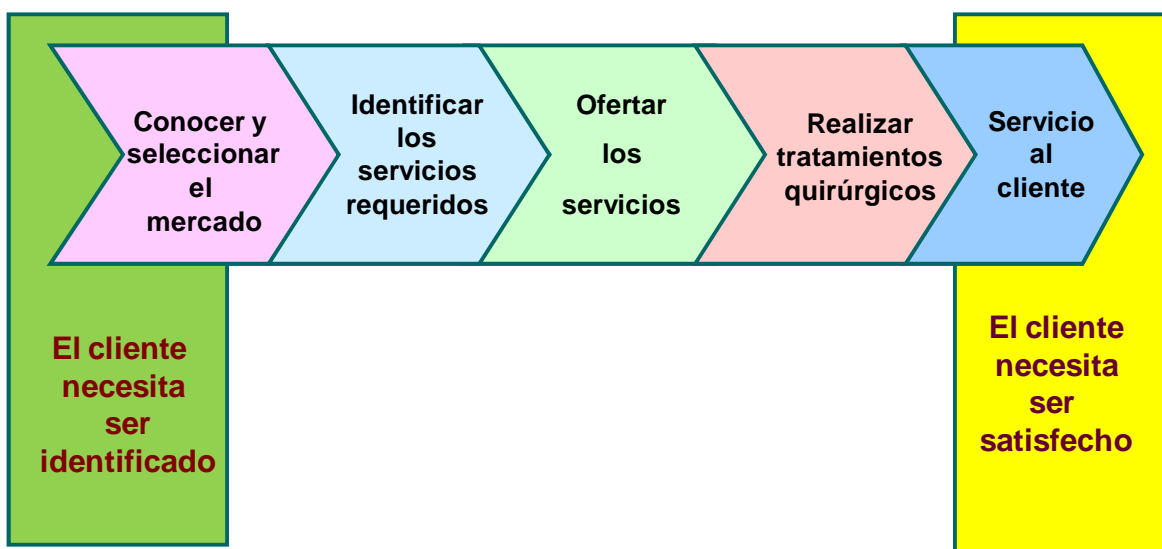
Elaborado por: Yánez Olga



El siguiente gráfico señala la cadena de valor de los procesos internos en la clínica Esthetic Valle.

**GRÁFICO No 52**

**LA CADENA DE VALOR DE LOS PROCESOS INTERNOS DE NEGOCIO**



Elaborado por: Yánez Olga

A continuación el gráfico No. 53 detalla el flujo de relaciones con el propósito de lograr concientizar, es decir que cada empleado conozca los procesos internos y externos en la vinculación con el cliente, es decir que haya compromiso y empoderamiento en función del conocimiento que genera aprendizaje y crecimiento.

**GRÁFICO No 53**

## **LA ESTRUCTURA DE MEDICIÓN DEL APRENDIZAJE Y EL CRECIMIENTO**



Elaborado por: Yánez Olga

En el cuadro No. 10 se visualiza la interrelación entre competencias directivas, infraestructura tecnológica y clima organizacional, en el aprendizaje y crecimiento.

**CUADRO No 10**

### **Conductores de situaciones específicas del aprendizaje y el crecimiento**

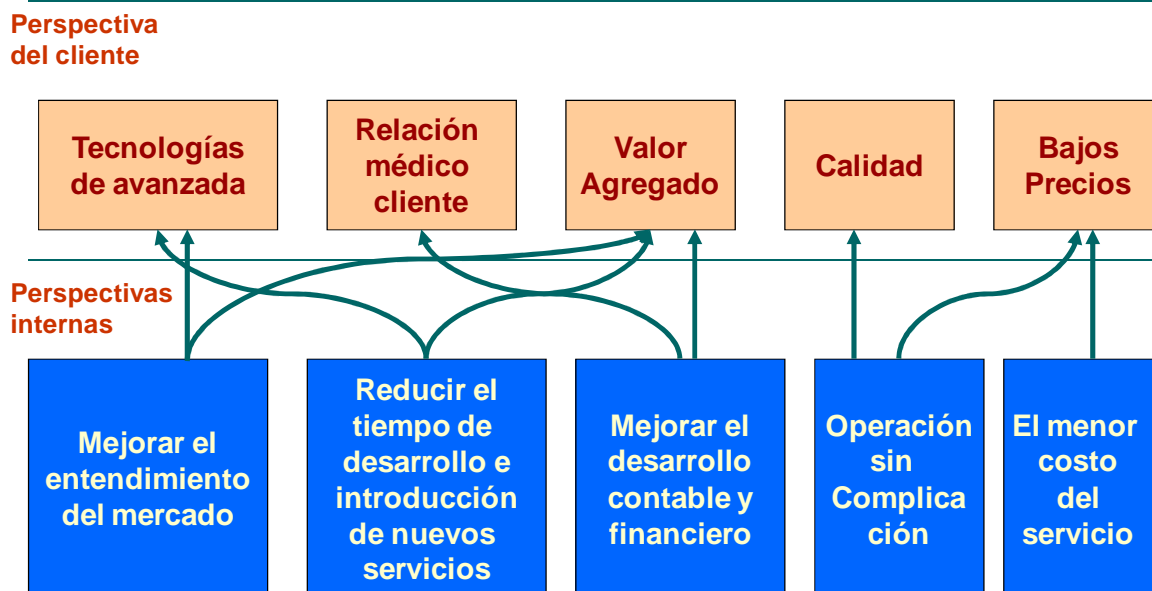
<b>Competencias directivas</b>	<b>Infraestructura Tecnológica</b>	<b>Clima Organizacional</b>
<b>Habilidades Estratégicas</b>	<b>Tecnologías Estratégicas</b>	<b>Decisiones Claves</b>
<b>Habilidades de Entrenamiento</b>	<b>Bases de Datos Estratégicas</b>	<b>Posicionamiento Estratégico</b>
<b>Apalancamiento de las Habilidades*</b>	<b>Captura de la Experiencia</b>	<b>Empoderamiento del nivel directivo</b>
	<b>Sistema de información</b>	<b>Alineación del Personal</b>
		<b>Equipo Quirúrgico</b>
<b>* Utilizar las habilidades con el fin de incrementar el rendimiento de la Clínica</b>		

Elaborado por: Yánez Olga

El gráfico No. 54 establece las vinculaciones que se requieren para convertir los objetivos de los clientes en las prioridades internas de la Clínica Esthetic Valle.

## GRÁFICO No 54

## CONVERTIR LOS OBJETIVOS DE LOS CLIENTES EN LAS PRIORIDADES INTERNAS



Elaborado por: Yánez Olga

A continuación se detalla algunas de las unidades de medida, que permitan convertir los objetivos de los clientes en prioridades internas.

CUADRO No 11

## CONVERTIR LOS OBJETIVOS DE LOS CLIENTES EN LAS PRIORIDADES INTERNAS

OBJETIVO	UNIDAD DE MEDIDA
<b>Entendimiento del mercado:</b> Mejorar el entendimiento de nuestro mercado para conseguir nuevos clientes y ofrecer otros servicios	Porcentaje de los ingresos en el último año, provenientes de los servicios en el mercado
<b>Introducción de nuevos servicios:</b> Reducir el tiempo de introducción de nuevos servicios en el mercado	Tiempo de introducción de nuevos servicios
<b>Desarrollo contable y financiero:</b> Clarificar el rol del equipo de finanzas bajo el enfoque del valor agregado	Auditoría estratégica
<b>Operaciones sin complicaciones:</b> Realizar procedimientos quirúrgicos competitivos en costo con un equipo de alto nivel técnico y muchos años de experiencia	Satisfacción del cliente con los procedimientos quirúrgicos
<b>El menor costo del servicio:</b> Mantener costos bajos sobre la competencia en los servicios.	Indicadores competitivos de precios

Elaborado por: Yáñez Olga

### 4.2 MERCADO OBJETIVO

Un análisis de segmentación desemboca en una elección de segmentos objetivos, y consecuentemente, en una política de servicio; se pueden distinguir tres grandes orientaciones estratégicas:

Una estrategia de marketing indiferenciado, que consiste en tratar al mercado como un todo y poner el acento en lo que es común a las necesidades, más que en lo que es diferente; una estrategia de marketing diferenciado a través de la cual la empresa se acerca al conjunto del mercado con servicios adaptados a las necesidades específicas de cada segmento; una estrategia de marketing

concentrado, por la cual la empresa se especializa en un segmento y renuncia a cubrir la totalidad del mercado.

#### **4.2.1 MARKETING ESTRATÉGICO<sup>51</sup>**

La reflexión estratégica de la clínica se materializa en un programa de acción que precisa los objetivos y los medios para poner en marcha la estrategia de desarrollo elegida; a *corto plazo*, el éxito de la clínica depende esencialmente del equilibrio financiero de las diferentes actividades emprendidas; a largo plazo la supervivencia y su desarrollo dependen de su capacidad de anticiparse a la evolución del mercado y modificar la estructura y composición de la cartera de servicios.

En el plano práctico esta reflexión debe ser sistematizada a fin de “organizar el futuro” y preparar las acciones a emprender, comunicar y aplicar; esta labor es difícil y compleja cuando más incierto es el futuro.

El plan de marketing estratégico tiene como objetivo primordial el expresar de forma clara y sistemática las opciones elegidas por la clínica para asegurar las acciones a mediano y largo plazo.

#### **4.2.2 ESTRUCTURA DEL PLAN DE MARKETING ESTRATÉGICO**

La gestión del marketing estratégico se articula alrededor de 6 preguntas claves, las respuestas a las mismas constituyen los objetivos elegidos por la clínica.

- ¿Cuál es el mercado de referencia y cuál es la misión estratégica en dicho mercado?
- En este mercado de referencia ¿cuál es la diversidad de servicios – mercados? y cuáles son los posicionamientos susceptibles de ser adoptados?

---

<sup>51</sup> Lambin Jean Jacques. Marketing estratégico, segunda edición. MacGraw-Hill. España, 1994.

- ¿Cuáles son los atractivos intrínsecos de los servicios- mercados y cuáles son las oportunidades y amenazas de su entorno?
- Por servicio-mercado ¿cuáles son sus bases de la empresa, sus fortalezas y debilidades y el tipo de ventaja detectada?
- ¿Qué estrategia de cobertura y de desarrollo adoptara y que nivel de ambición estratégica seleccionara para los servicios-mercados que forman parte de la cartera de la clínica?
- ¿Cómo traducir los objetivos estratégicos seleccionados a nivel de cada una de las variables del marketing operacional?

#### **4.2.3 MERCADO DE REFERENCIA Y DE LA MISIÓN ESTRATÉGICA**

“La clínica inicia sus actividades como centro quirúrgico, en el Batán (norte de la ciudad de Quito), en el año 1991; a partir del año 2002 inicia sus actividades en San Rafael, en Diciembre del 2006 con infraestructura propia en el Valle de los Chillos (La Armenia); a lo largo de éste período se ha logrado incorporar una experiencia muy importante por parte del equipo quirúrgico en el ámbito de la cirugía plástica, logrando la satisfacción, confianza y fidelidad de los clientes”.

En el ámbito de actividad, la clínica es especializada en servicios de cirugía plástica, estética y reconstructiva, encaminadas a mejorar la calidad de vida, y elevar el autoestima de las personas.

Los objetivos prioritarios están orientados a fortalecer el equipo quirúrgico, los procesos, el desarrollo eficaz y eficiente de los procesos internos en materia técnico científica, gestión y calidad de atención; a fin de que permitan satisfacer las necesidades y los requerimientos de los clientes.

**Visión:** En el año 2015, la clínica es un centro que logrará el posicionamiento en el mercado nacional e internacional, con alta competitividad, que ofrece servicios especializados de calidad, en cirugía plástica, estética y reconstructiva, con atención personalizada y tecnología acorde a los avances científicos y tecnológicos, a fin de elevar el autoestima y mejorar la calidad de vida.

La estrategia competitiva de la clínica se fundamenta: **primero** en capitalizar el mercado del Valle de los Chillos, **segundo** ampliar la demanda del resto de la ciudad de Quito (DMQ), **tercero** establecer nexos para receptar transferencias de otras ciudades y/o provincias del país, y **cuarto** consolidar la logística interna y externa para la atención de clientes del exterior.

También es importante visualizar la estrategia del especialista, pues la clínica especializada en cirugía plástica, estética y reconstructiva, se interesa en los segmentos señalados anteriormente y por tanto no en la totalidad del mercado; el objetivo perseguido es: *ser cabeza de ratón en vez de cola de león*, esta es una de las **estrategias de concentración** y por tanto la clave es la **especialización en este nicho de mercado**.

Para ser rentable y duradero, según Kotler debe poseer 5 características:

- Representar un potencial de beneficio suficiente:  
El ámbito de la cirugía plástica está orientada a los servicios quirúrgicos reconstructivos y estéticos que mejoran el autoestima y la calidad de vida.
- Tener un potencial de crecimiento  
***El potencial de crecimiento está definido en el mercado del Valle, expandirse a la ciudad de Quito, ciudades o provincias del país y clientes del exterior.***
- Ser poco atractivo para la competencia

El mercado de Quito para la clínica, según procedencia desde el 2004 al 2007 es del 59%, mientras que la segmentación por sexo corresponde a un 73% en mujeres entre los años 2004-2007. La clínica no es amenaza para la competencia.

- Corresponder a las capacidades distintivas de la empresa



La clínica a mas de ofertar los servicios de cirugía plástica, estética y reconstructiva, ofrece servicios de cosmetología, cosmeatría, alta peluquería, a futuro se abrirá un spa (piscina, hidromasaje, sauna y turco), contribuyen al valor agregado nutrición, hotelería, insumos que no incrementan las tarifas, atención personalizada del equipo de salud y del cirujano plástico en recuperación e internación; además el paciente intervenido quirúrgicamente se hace acreedor a un tratamiento cosmetológico posterior a su recuperación, equipo quirúrgico con alto nivel técnico, científico y experiencia,

- Poseer una barrera de entrada defendible.

Los precios bajos en relación a la competencia, lealtad y confianza del cliente que permite recomendar a familiares, amigos y conocidos.

En resumen la clínica se caracteriza por:

- Clientes: 73 % son mujeres
- Servicios: se realizan diferentes tipos de cirugías entre las más frecuentes están Rinoseptumplastia (29%), Rinoplastia (24%), Dermolipectomía (15%), Exeresis más plastia (7%) Blefaroplastia (6%), Lifting (4%), Mamoplastia reductiva (3%), Liposucción(3%).
- Localización: más del 59% proceden de Quito
- Tecnología: Centro quirúrgico equipado con tecnología de punta (máquinas de anestesia, monitores, oxímetros, electrocauterio, etc.)
- Objetivos de supervivencia: incremento de la demanda en base a promoción, precios competitivos.
- Filosofía: valores, creencias y aspiraciones
- Imagen propia: equipo de profesionales especializados y con mucha experiencia (15 años), infraestructura moderna, tecnología de punta, atención de calidad y personalizada.

**Misión:** Brindar servicios médicos de calidad en la especialidad de cirugía plástica, estética y reconstructiva, con profesionales especializados, de mucha experiencia, en un ambiente de infraestructura moderna y tecnología de punta para satisfacer los requerimientos de los clientes.

**Política de calidad:** Nuestra actividad esta orientada a brindar servicios especializados en cirugía plástica, estética y reconstructiva para elevar el autoestima y mejorar la calidad de vida.

#### **4.2.4 ESTRATEGIA DE COBERTURA DE SERVICIOS-MERCADOS (SEGMENTACIÓN)**

***Promoción de los servicios de especialidad ofertados mediante publicidad, la pagina Web, correo electrónico, promociones (limpiezas faciales, chequeos prequirúrgicos gratuitos) comunicación, entrevistas.***

***Posicionamiento:*** en base a los servicios de cirugía plástica estética y reconstructiva ofertados, se desarrollará procesos internos y externos de gestión, así como logística, para incrementar la demanda en base a acuerdos de referencia que reconozcan del 10% al 25% por paciente referido dependiendo del tipo de cirugía, complejidad y procedencia del paciente.

Según encuesta y de acuerdo a las expectativas de clientes y potenciales clientes se incrementará SPA, estética dental y otros servicios.

*Comprar acciones en el nuevo hospital San Luís para garantizar la captación de clientes del Valle de los Chillos.*

Fortalecer la imagen corporativa a través del área de recepción mediante la capacitación en herramientas de atención al cliente, “proceso y eficiencia en el

servicio al cliente”<sup>52</sup>, además es necesario establecer identificaciones y uniformes para la clínica.

**La imagen del equipo de trabajo**, es importante destacar que además de las instalaciones físicas, el comportamiento y las actitudes del personal crean la imagen de la clínica ante los clientes.

- El personal debe usar uniforme o mandil, únicamente dentro de la clínica para evitar infecciones.
- Usar identificación con la función que desempeñan.
- El equipo de trabajo debe mantener apariencia de limpieza, con un buen estado de salud tanto físico como mental.
- El personal debe mostrar una sonrisa acogedora( una sonrisa agradable transmite afecto, cordialidad y amistad)
- Las mujeres deben mantener el cabello recogido y bien peinado, la cara arreglada pero no exagerada

#### **Lo que no debe hacer el personal de la clínica delante del cliente**

- No tocarse ni acomodarse el cabello
- No rascarse en ningún lugar
- No sonarse
- No sacudirse ni limpiarse la ropa
- No tocarse los zapatos
- No limpiarse las uñas
- No comer, masticar chicle o fumar.
- No hacer comentarios negativos al cliente
- De presentarse un problema, no decirlo delante del cliente
- No llamar la atención delante del cliente.

**El teléfono una herramienta de comunicación y mercadotecnia**, debido al ritmo tan acelerado de vida de las personas, si no contesta el teléfono con prontitud puede hacerla pensar que no hay nadie en la clínica y esto denota falta

---

<sup>52</sup> Paras Ayala J, Estrada Gabriela. Administre su consultorio como una empresa de servicios, 2005

de organización y de disponibilidad; para evitar esto la recepcionista debe contestar el teléfono en la primera o segunda llamada.

Al contestar el teléfono se debe hacerlo con voz tranquila y sin prisa, de ésta manera cubrirá dos aspectos que los clientes esperan, prontitud y amabilidad; se busca informar al que llama cualquier duda sobre el lugar que está llamando y evitará pérdida de tiempo; como el teléfono es un instrumento que puede acercar o alejar a las personas que le llaman, utilice un tono amigable, demuestre confianza e interés.

El tono de voz que utiliza al contestar el teléfono denota interés por servir y satisfacer las necesidades del cliente, sobre todo los que llaman por primera vez,

Ejemplo: Esthetic Valle, le habla Maritza, buenos días, con quién tengo el gusto de hablar, en qué podemos servirle; esto le permite conocer el motivo de la llamada, sin perder el dominio de la conversación y podrá identificar el objeto de la llamada y a la persona.

En la clínica se reciben muchos tipos de llamadas, establezca con la recepcionista las políticas sobre las llamadas que se recibirán para definir con cuales llamadas puede interrumpir en el caso de estar en consulta, cuáles solo toma nota del mensaje para comunicarle posteriormente.

**Comparación con la competencia:** equipo de profesionales con mucha experiencia (15 años), infraestructura moderna, tecnología de punta, atención de calidad y personalizada; precios competitivas (costos bajos).

**Análisis del entorno:** los shows televisivos han difundido los beneficios en torno a la cirugía plástica reconstructiva y estética para elevar el autoestima y mejorar la calidad de vida; esto ha despertado el interés y es aceptado por las personas.

#### 4.2.5 ANÁLISIS DE TENDENCIAS DEL MERCADO

***El ciclo de vida de los productos comprende 4 fases:*** una fase de despegue o introducción, una fase exponencial (crecimiento-turbulencia), una fase estacionaria (madurez-saturación), y una fase de declive (finalización o petrificación); bajo este esquema la clínica Esthetic Valle se encuentra todavía en fase de introducción, a pesar de haberse iniciado hace muchos años atrás, en tal virtud su inicio fue en el Batán, luego se traslado a San Rafael y finalmente al sector de la Armenia con edificio propio; su evolución ha sido relativamente lenta ya que si analizamos los cuatro últimos años con respecto al total, se establece que se inicia con un 11%(2004), 24%(2005), 28%(2006) y 37%(2007), esto se debe a una falta de estrategia de promoción y publicidad de sus servicios; quedando un mercado sin explotarlo al ritmo necesario; además los potenciales clientes desconocen su imagen por escasa comunicación e información técnico científica de las bondades de la cirugía plástica, sólo los más receptivos a las bondades que ofrecen estos procedimientos pueden aceptar eventualmente el servicio a medida en que este grupo esté informado.

Al realizar el estudio de costos del año 2007, nos podemos dar cuenta, que en esta etapa los flujos de caja de algunas cirugías han sido negativos, la importancia de la ventaja de la cirugía plástica es elevar el autoestima y mejorar la calidad de vida con los procedimientos de cirugía plástica y estética, y ésta ventaja es percibida y comprendida por las personas que miran los resultados de los procedimientos quirúrgicos en mención, así como la difusión de experiencias y resultados obtenidos en procedimientos de cirugía estética en otros países, la clínica en función de los costos bajos, establece precios accesibles a los clientes y competitivos en función del mercado.

Para la identificación de los determinantes del ciclo de vida de los servicios que ofrece la clínica, es necesario considerar como variable independiente el ciclo de vida, la misma que se encuentra opcionada por factores del entorno fuera de control, como una variable dependiente, determinada por las acciones del marketing de la clínica. En lo que concierne a la evolución de la tecnología en el

tema de la cirugía plástica, se cuenta con tecnología de punta; mientras que en lo relativo a la evolución son los hábitos de consumo de la cirugía plástica con fines reconstructivos y estéticos, la difusión dada de experiencias en otros países a través de la televisión ha motivado el interés de clientes potenciales que desean elevar el autoestima y mejorar la calidad de vida.

Más adelante se observará la estructura de los costos y el flujo de caja vinculada con ciertos supuestos

Para determinar el mercado potencial se considera la población económicamente activa, que en el DMQ corresponde a **1.397.698, según censo del 2001, a partir de lo cual se considera las proyecciones para el 2007, 2008, 2009, 2010 y 2011, según el grupo de mujeres de 25 a 49 años considerando un 40%.**

Las tendencias demuestran que hay un ligero incremento, es así que el porcentaje de crecimiento para el 2007 fue del 37% en función del total, en cuanto a las innovaciones de las prestaciones quirúrgicas reincorporan los siguientes servicios: *cosmetología, cosmeatría y Spa, además la primera consulta prequirúrgica gratuita de acuerdo al plan de promoción y se ofrece los servicios recién implementados de manera gratuita, la primera sesión posterior a la cirugía.*

En virtud de que en el mercado la demanda no es muy elevada, la variación de los precios promedios por estos procedimientos tiene tendencia a incrementarse (procedimientos que producen pérdida), los medios publicitarios a utilizarse son: página web, promoción a través de entrevistas, rótulos publicitarios, trípticos.

#### **4.2.6 ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DE LOS COMPRADORES**

Los diferentes niveles de respuesta de los clientes se pueden agrupar en tres categorías: la respuesta cognitiva que pone de relieve las informaciones retenidas y el conocimiento, la respuesta afectiva que corresponde a la actitud y al sistema de evaluación y la respuesta compartamental que describe la acción, es decir, no solamente el acto de la decisión del procedimiento quirúrgico si no también el

comportamiento después de los resultados obtenidos con dichos procedimientos; de acuerdo a los modelos no compensatorios esto es: modelo disyuntivo (atributos dominantes), modelo conjuntivo (mínimo aceptable), modelo léxico gráfico (de manera secuencial); en el presente caso los clientes lo hacen en su mayoría a través de los atributos dominantes (ambiente de la clínica, conocimiento técnico-científico y experiencia del equipo quirúrgico, atención personalizada, tecnología moderna, referencias de clientes sobre los procedimientos quirúrgicos).

El perfil sociodemográfico de los clientes que requieren estos procedimientos quirúrgicos en su mayoría fluctúan entre 25 y 49 años, los clientes en su mayoría son mujeres en un 73% que deciden el procedimiento estético, que luego del examen realizado por el cirujano plástico, mismo que informa y prescribe el procedimiento a efectuarse, la decisión está fundamentada en la confianza que imprime el profesional, y los móviles determinantes de la decisión respecto al procedimiento quirúrgico están fundamentados en los atributos señalados anteriormente; el periodo en el cual se aprecia la mayor demanda de estos procedimientos ocurre entre Julio y Octubre, debido a que son meses de vacaciones y esto permite a los pacientes recuperarse satisfactoriamente; la satisfacción de las clientes están vinculados de acuerdo a los resultados obtenidos de las cirugías estéticas, las mismas que deben responder de acuerdo a los requerimientos planteados por el cliente previa a la misma, los clientes son sensibles al servicio prequirúrgico, quirúrgico y post quirúrgico, así como también al precio.

***Análisis de la estructura competitiva***, en el sector inmediato, los competidores directos se aprecian en el cuadro No 12 y gráfico No 55.

**CUADRO No 12****COMPETIDORES DIRECTOS**

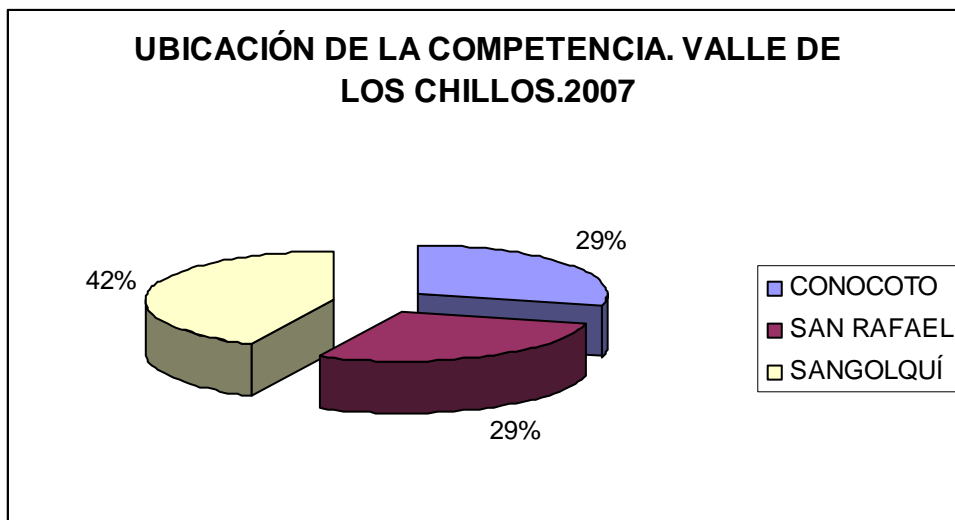
<b>RAZON SOCIAL</b>	<b>TIPO E.</b>	<b>UBICACIÓN</b>
CLINICA DE CIRUGÍA PLÁSTICA ESTHETIC VALLE	CLINICA	CONOCOTO
CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS CONOCOTO	CLINICA	CONOCOTO
CLINICA DE ESPECIALIDADES SAN RAFAEL	CLINICA	SAN RAFAEL
CLINICA MEDIC VALLE	CLINICA	SAN RAFAEL
CLINICA DE ESPECIALIDADES Y CENTRO MATERNAL SANTA MARIA	CLINICA	SANGOLQUI
CLINICA DEL DIA EMERG.MED.SAN FRANCISCO	CLINICA	SANGOLQUI
CLINICA DEL VALLE	CLINICA	SANGOLQUI

Fuente: DPSP

Elaborado por: Yánez Olga



GRÁFICO No 55



Fuente: DPSP

Elaborado por: Yánez Olga

#### 4.2.7 ESTRATEGIA DE DESARROLLO: ANÁLISIS DE CARTERA DE SERVICIOS

Consiste en caracterizar la posición estratégica de cada procedimiento, en referencia a las dos posiciones independientes: el atractivo de mercado de referencia donde se ejercen dichos procedimientos quirúrgicos en cirugía estética y reconstructiva y la fuerza competitiva de la clínica en cada servicio- mercado considerado; para el efecto se plantea la matriz desarrollada por el Boston Consulting Group (BCG), la misma que está construida en torno a dos criterios: la tasa de crecimiento del mercado de referencia, que sirve de indicador del atractivo, y la cuota de mercado relativa al líder, que es utilizada como indicador de la competitividad detentada.

Subyacentes al análisis del BCG, se encuentra dos hipótesis fundamentales, una que se apoya en la presencia de efectos de experiencia y la otra en el ciclo de vida del servicio; se precisa, **efecto de experiencia**, una cuota de mercado relativa elevada, implica una ventaja competitiva en términos de costos en relación a los competidores; inversamente, una cuota de mercado relativa débil implica una desventaja en términos de costo unitario.

El hecho de estar situada en un **mercado de crecimiento**, implica una necesidad elevada de liquidez para financiar el crecimiento; inversamente, la necesidad de liquidez es débil para un servicio situado en un mercado de débil crecimiento.

En la medida de estas hipótesis se pueden identificar cuatro grupos de servicios-mercados respecto a los cuales se puede formular un diagnóstico preciso.

- **Las vacas lecheras**, servicios cuyo mercado de referencia está en débil crecimiento, pero para los cuales la empresa posee una cuota de mercado elevada; estas unidades deben en principio proporcionar liquidez financiera importante y consumir poco; el objetivo estratégico prioritario es cosechar.
- **Los pesos muertos**, servicios cuya cuota de mercado relativa es débil en un sector que envejece, aumentar la cuota de mercado debería hacerse frente a competidores con ventajas en costos y por tanto, resulta poco factible; mantener viva tal actividad se traduce generalmente en una sangría financiera sin esperanza de mejoría; el objetivo es retirarse o en todo caso vivir modestamente.
- **Los dilemas**, se encuentran en este grupo, los productos con débil cuota de mercado relativa en un mercado de expansión rápida y que exige importantes fondos para financiar el crecimiento; se trata de identificar actividades que pueden ser promovidas con posibilidades de éxito, a pesar de su desventaja con relación al líder y mantenerles.
- **Las estrellas**, servicios líderes en su mercado, el cual está en crecimiento rápido; estas actividades exigen medios financieros importantes para sostener el crecimiento; pero debido a su ventaja competitiva, generarán beneficios importantes y tomarán en el futuro el relevo de los servicios vacas lecheras.

Las estrategias a considerar para cada servicio: mantenimiento de liderazgo para las estrellas; abandono o perfil bajo para los pesos muertos; inversión y desarrollo selectivo para los dilemas; rentabilización máxima para las vacas lecheras.

La posición sobre la matriz permite apreciar las necesidades financieras y el potencial de rentabilidad; el beneficio es en principio, función de la posición competitiva, la necesidad de financiación es generalmente función de la fase del ciclo de vida, es decir, del grado de madurez del mercado de referencia.

El reparto de la cifra de ventas según los cuadrantes permite evaluar el equilibrio de la cartera de actividades; el ideal es de disponer de servicios susceptibles de generar recursos y de productos en fase de introducción o de crecimiento, encargados de asegurar la renovación a tiempo de la empresa, siendo financiadas las necesidades de los segundos por los primeros.

En el presente estudio los servicios de la clínica Esthetic valle constituyen los procedimientos quirúrgicos de cirugía estética y reconstructiva tales como: Rinoplastia, Rinoseptumplastia, Liposucción abdominal, Abdominoplastia Lipoescultura, Mamoplastia reductiva, Mamoplastia de aumento, Blefaroplastia superior e inferior, plastia vaginal, Lifting, etc.

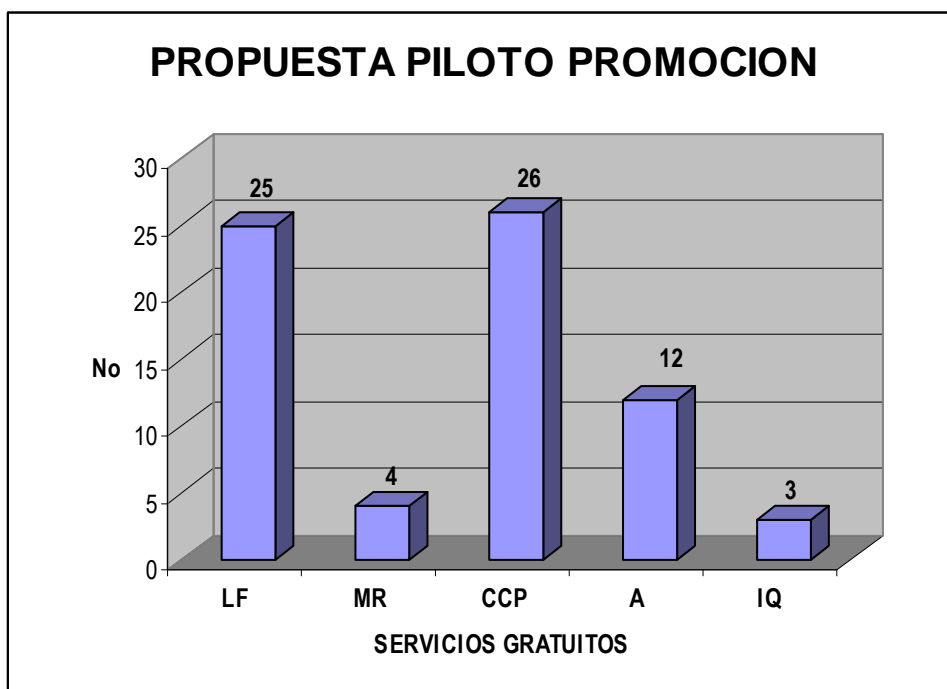
De acuerdo al análisis se establece que la Septumrrinoplastia, Rinoplastia, y Abdominoplastia de acuerdo a la matriz de BCG, se encuentran en el cuadrante de dilemas, ya que constituyen un servicio con débil cuota de mercado relativa en un mercado de expansión rápida y que exigen importantes fondos para financiar el crecimiento.

#### **4.2.8 ANÁLISIS DE LA COMUNICACIÓN: PROPAGANDA PROMOCIÓN**

Durante el año 2007 se realizaron cinco publicaciones de los servicios que oferta la clínica, en la revista El Valle, con un monto que asciende a 1350, no existe un plan de medios, es una revista de buena calidad, se ha observado que no existe una eficacia comunicacional mediante este medio.

En los meses de Noviembre y Diciembre del año 2007, se realizaron 174 encuestas, para establecer potenciales clientes, de igual manera se realizó una propuesta piloto de promoción que incluye servicios gratuitos (55) de: limpieza facial (25) a mujeres, de las cuales 14 corresponden a Quito y 11 al Valle; masaje relajante (4) a hombres de las cuales 2 en Quito y 2 en el Valle; y consulta de cirugía plástica(26) entre hombres(6) y mujeres(20) de los cuales 19 en Quito y 7 en el Valle. De las 25 limpiezas faciales entregadas asisten 10 mujeres, 5 proceden del Valle y 5 de Quito que corresponde al 40%. De las 10 mujeres que asistieron al servicio promocional, 3 fueron intervenidas quirúrgicamente, que representa el 25% de la relación con las limpiezas faciales entregadas, de las cuales corresponden 2 al Valle y 1 a Quito.

**GRÁFICO No 56**



Elaborado por: Yánez Olga

Se entregó 25 limpiezas faciales a mujeres que corresponde al 86,2% y 4 masajes relajantes a hombres que corresponde al 12,5%; posteriormente a esta promoción asisten a la Clínica Esthetic Valle, 10 mujeres (40%), para recibir limpieza facial, de las cuales, 3 fueron intervenidas quirúrgicamente (Lifting,

rinoplastia y Rinoseptumplastia), que representa el 12% de la relación con las limpiezas faciales entregadas.

De los servicios promocionales entregados se desprende que hay una respuesta importante a las limpiezas faciales (40%), comparado con las consultas externas gratuitas.

#### **4.2.9 ELECCIÓN DEL CAMINO ESTRATÉGICO**

Los objetivos financieros están planteados para los años 2008 hasta el 2011, bajo los siguientes supuestos:

Escenario para proyección:

- No existirá modificación de la capacidad instalada
- No endeudamiento
- No inversión en activos Fijos
- Profesionales cancelados por honorarios
- Impuestos como persona natural

Variables para proyección

- Porcentaje de crecimiento de cirugías (población).- se toman las 10 cirugías más frecuentes, para las proyecciones anuales con base en el porcentaje de participación según estadísticas.
- Porcentaje de crecimiento de costos fijos
- Porcentaje de incremento de precios en cirugías
- No. de personas que trabajan bajo dependencia
- Honorarios pagados a los profesionales que intervienen en las cirugías.

Según anexos de proyección financiera y ventas.

Los objetivos de comunicación y promoción, a mas de lo señalado anteriormente, se plantea una valla publicitaria, la misma que estará ubicada en la autopista General Rumiñahui, a la altura del puente 3, para dar a conocer la ubicación de la clínica y los servicios que oferta.

De acuerdo a la propuesta piloto efectuada en el 2007 y de acuerdo a los resultados obtenidos se plantea realizar promociones con la entrega de limpiezas faciales, que representa el 12% de probabilidad en intervenciones quirúrgicas reconstructivas y/o estéticas.

Con el fin de ampliar la distribución del servicio y establecer una alianza con la competencia y que beneficie a la clínica, el gerente propietario adquirirá acciones en el nuevo hospital San Luís del Valle, lo cual ampliará la cobertura e incrementará la demanda.

Estratégicamente para atender a los pacientes referidos por los profesionales de provincia se plantea establecer porcentajes por cada paciente referido por el facultativo respectivo que fluctuará dependiendo del proceso de negociación del 10 al 20%.

Para el caso de clientes que vienen de otros países por recomendaciones de clientes que ya recibieron el servicio se plantea brindar todo el apoyo logístico incluido pasajes de ida y vuelta al país de origen y el servicio de transporte del aeropuerto a la clínica y de la clínica al aeropuerto (este servicio se proporcionará también a clientes de provincia)

Dentro del plan de comunicación se plantea el desarrollo de una página web, promocionando los servicios que oferta la clínica e informando de las bondades de la cirugía plástica, estética y reconstructiva.

## CUADRO No 13

## Matriz de análisis de riesgo del plan estratégico de mercadotecnia.

Oportunidad	Validez	Factibilidad	Coherencia	Vulnerabilidad	Flexibilidad	Rentabilidad
Con la aplicación del plan se incrementará la demanda	Los supuestos para la propuesta financiera proyectan solidez, la información es de fuente primaria	Se cuenta con los recursos humanos, (Los conocimientos técnicos, científicos, experiencia, capacidad de trabajo en equipo), financieros, el saber hacer y la voluntad de éxito.	Existe coherencia interna y externa (factores ambientales)	La influencia de los medios de comunicación en la difusión e impacto de las bondades de la cirugía plástica, estética y reconstructiva, sobre la calidad de vida y el autoestima se imponen sobre un mercado competitivo	En la medida en que se trata de una clínica en que está iniciando su desarrollo básicamente contando con infraestructura y equipamiento propios y pago por productos le permite tener una alta flexibilidad	El atractivo financiero es en función del incremento de la demanda. La rentabilidad, es compatible con los objetivos de la clínica, los escenarios financieros para el cumplimiento de los objetivos están planteados hasta el 2011.

Elaborado por: Yánez Olga

## **4.3 EVALUACIÓN FINANCIERA**

### **4.3.1 ESCENARIO PARA PROYECCIÓN**

Los supuestos considerados para la proyección son:

- No existirá modificación de la capacidad instalada
- No endeudamiento
- No inversión en activos Fijos
- Profesionales Cancelados por Honorarios
- Impuestos como persona natural

### **4.3.2 VARIABLES PARA PROYECCION**

Las variables consideradas para la proyección son:

- Porcentaje de crecimiento de cirugías (población).- se toman 10 cirugías para las proyecciones anuales con base en el porcentaje de participación según estadísticas.
- Porcentaje de crecimiento de costos fijos
- Porcentaje de crecimiento de costos de medicamentos e insumos
- Porcentaje de incremento de precios en cirugías
- No. de personas que trabajan bajo dependencia
- Honorarios pagados a los profesionales que intervienen en las cirugías.

### **4.3.3 PROYECCION FINANCIERA Y CALCULO DE TIR**

Para el cálculo de los diferentes escenarios posibles para el desenvolvimiento de la gestión financiera de la Clínica se ha tomado ciertas premisas: como el que no existirán modificaciones en la capacidad instalada de la Clínica, no existirá endeudamiento, no se efectuarán inversiones en activos fijos, los profesionales



serán cancelados por honorarios profesionales y los impuestos serán cancelados como persona natural<sup>53</sup> además se considera el entorno económico del Distrito Metropolitano de Quito y se parte de la utilización de datos históricos de la clínica (año 2007), por tanto se han considerado las siguientes variables:

- Porcentaje de crecimiento de cirugías (población).- se toman 10 cirugía para las proyecciones anuales con base en el porcentaje de participación según estadísticas.
- Porcentaje de crecimiento de costos fijos
- Porcentaje de crecimiento de costos de medicamentos e insumos
- Porcentaje de incremento de precios en cirugías
- No. de personas que trabajan bajo dependencia
- Honorarios pagados a los profesionales que intervienen en las cirugías.

Con estas variables se han efectuado las proyecciones financieras con el objeto de obtener el valor del TIR, considerando tres escenarios posibles, uno pesimista, uno medio y otro optimista, de los cuales se puede concluir lo siguiente:

#### **4.3.4 ESCENARIOS**

Se han considerado tres escenarios: pesimista, intermedio y optimista.

##### **4.3.4.1 ESCENARIO PESIMISTA**

Se parte de los siguientes supuestos:

- Porcentaje de crecimiento de cirugías (población).- se toman 10 cirugía para las proyecciones anuales con base en el porcentaje de participación según estadísticas 33% (promedio de crecimiento entre el 2005 al 2007)
- Porcentaje de crecimiento de costos fijos de acuerdo a la inflación

---

<sup>53</sup> Al momento de la realización del cálculo financiero en relación al pago de impuestos no se disponía del nuevo Reglamento a la Nueva Ley de Régimen Tributario Interno, debido a lo cual se supuso el valor para llevar contabilidad y con esto pagar la participación a los empleados

- Porcentaje de crecimiento de costos de medicamentos e insumos en base a la inestabilidad coyuntural 20%(2008), 10%(2009) 10%(2010), 10% (2011)
- Porcentaje de incremento de precios en cirugías de acuerdo a la inflación
- No. de personas que trabajan bajo dependencia 1
- Honorarios pagados a los profesionales que intervienen en las cirugías como porcentajes de participación de acuerdo al año 2007.

En este escenario se toma como porcentaje de crecimiento el valor de 33% cantidad resultante del promedio de crecimiento entre los años 2006 y 2007, (14% y 51% respectivamente), de otro lado para determinar el porcentaje de crecimiento de costos fijos se toma de referencia el crecimiento de la inflación, cabe mencionar que los valores correspondientes los años 2006 y 2007 se han tomado de los datos publicados por el –Banco Central del Ecuador, mientras que los datos correspondientes a los años 2008,2009,2010 y 2011 han sido proyectados tomando en consideración, el comportamiento de los índices inflacionarios comprendidos entre el 2004 al 2008.

Por otro lado, en relación al porcentaje de crecimiento de costos de medicamentos e insumos se han tomado valores considerando la inestabilidad coyuntural en relación a reformas legales a inicios del año 2008 y la volatilidad de los precios en medicamentos e insumos especializados en el área de salud, ya que tratándose de insumos y medicamentos para cirugías plásticas, estos tienen muy pocos distribuidores y sus valores tienden a incrementarse a un ritmo mayor que el de la inflación.

En relación al incremento de precios en cirugías de la Clínica se tomo en cuenta los porcentajes de la inflación, por otro lado se determino únicamente que trabajaría bajo dependencia una persona.

Con respecto a los honorarios profesionales se considero el incremento tomando como base el porcentaje de participación de los valores de conformidad con el resultado obtenido en el año 2007.

Con todos estos insumos se pudo obtener lo siguiente:

Se parte del hecho que la Clínica realizaría 71 cirugías plásticas en el año 2007 generándose un incremento hasta 225 cirugías en el año 2011, sin embargo del incremento, existirían cinco cirugías que generaría perdida, por lo cual, se pudo obtener un resultado negativo al obtener un costo total mayor al ingreso total, lo cual desemboco en perdida dentro del estado de resultados, no así en el flujo de efectivo y en el de presupuesto, valores utilizados para el cálculo de la TIR, sin embargo el indicador resultante corresponde al 0,6%, cantidad mínima si tomamos en cuenta que este porcentaje comparado con el valor que paga cualquier banco en plazo fijo o en ahorros es del 5% hubiera sido mejor invertir en el sistema financiero ya que no justificaría el riesgo de la inversión total realizada (\$ 312.500). Ver Anexo No 1.

#### **4.3.4.2 ESCENARIO MEDIO**

Se parte de los siguientes supuestos:

- Porcentaje de crecimiento de cirugías (población).- se toman 10 cirugía para las proyecciones anuales con base en el porcentaje de participación según estadísticas 33%(promedio de crecimiento entre el 2005 al 2007)
- Porcentaje de crecimiento de costos fijos de acuerdo a la inflación
- Porcentaje de crecimiento de costos de medicamentos e insumos tomando cuenta un incremento de acuerdo a la inflación.
- Porcentaje de incremento de precios en cirugías considerando lo siguiente:
  - ✓ el incremento del 30% sobre los costos de aquellas cirugías que se obtuvo pérdida en el año 2007
  - ✓ incremento del resto de cirugías de acuerdo a la inflación
- No. de personas que trabajan bajo dependencia 1
- Honorarios pagados a los profesionales que intervienen en las cirugías como porcentajes de participación de acuerdo al año 2007.

En un escenario medio de proyección se determinó el crecimiento de costos de medicamentos e insumos de conformidad con la variación de la inflación, considerando que en un sistema dolarizado este indicador debe tener un crecimiento mínimo.

De otro lado y luego de analizados los resultados del costeo del año 2007, dentro del cual se produjo pérdida en 4 cirugías se proyectaría un incremento del precio, considerando un incremento del 30% sobre los costos de éstas y estableciendo un incremento de acuerdo a la inflación del resto de cirugías.

En lo relacionado al incremento en número de cirugías, costos fijos, honorarios profesionales y personal bajo dependencia se tomo el mismo criterio utilizado para el escenario pesimista.

Con todo lo expuesto se pudo obtener lo siguiente.

Se partió con 71 cirugías en el año 2007 hasta llegar a 225 en el año 2011, además se pudo observar que en el costeo anual durante el año 2007 se evidencian 4 cirugías que producen pérdida, lo cual se mantiene hasta el año 2008, sin embargo a partir del año 2009 estos valores negativos se transforman en positivos, lo cual permite que se pase de una utilidad de \$ 2.894 en el año 2007 a \$ 87.839 en el año 2011, valores que luego de los cálculos correspondientes de impuestos generan un flujo de efectivo positivo para la inversión realizada, y se puede obtener un TIR del 18,2%, valor aceptable y cantidad que justificaría la inversión ya que comparada con los porcentajes del sistema financiero están por encima del retorno que estos producirían, en el supuesto de que la inversión se hubiera ubicado en el sistema financiero. Ver Anexo No. 2

#### **4.3.4.3 ESCENARIO OPTIMISTA**

Se parte de los siguientes supuestos:

- Porcentaje de crecimiento de cirugías (población).- se toman 10 cirugía para las proyecciones anuales con base en el porcentaje de participación según estadísticas 33% promedio de crecimiento entre el 2005 al 2007)
- Porcentaje de crecimiento de costos fijos de acuerdo a la inflación
- Porcentaje de crecimiento de costos de medicamentos e insumos de acuerdo a la inflación
- Porcentaje de incremento de precios en todas las cirugías en el 30% sobre los costos del año anterior.
- No. de personas que trabajan bajo dependencia 1
- Honorarios pagados a los profesionales que intervienen en las cirugías como porcentajes de participación de acuerdo al año 2007.

En el escenario optimista se mantiene los supuestos considerados en el escenario medio en relación al crecimiento de cirugías, de costos fijos, de medicamento e insumos, de personal bajo dependencia y de honorarios profesionales, no así el porcentaje de incremento de precios de las cirugías ya que en estas se toma en cuenta un crecimiento del 30% sobre los costos del año anterior en todas las cirugías y de esto se desprenden los siguientes resultados:

Al igual que en el escenario medio se parte de una utilidad de \$ 2.894 en el año 2007, sin embargo existe un incremento en este escenario hasta llegar a un valor por concepto de utilidad de \$ 97.702 lo cual indica un valor de \$ 9.863 superior a la utilidad obtenida en el año 2011 dentro del escenario medio, valor que impulsa a un leve incremento en el flujo para el cálculo del TIR, obteniéndose un valor de 20,3% lo cual indica 2,1% superior al resultado en el escenario medio y 19,7% superior al resultado del escenario pesimista.

Indicador que justifica la inversión efectuada ya que al igual que en los escenarios anteriores podríamos compararlos con las tasa de interés del sistema financiero y encontraríamos una rentabilidad importante para los propietarios de la clínica. Ver Anexo No. 3.

#### **4.3.5 PUNTO DE EQUILIBRIO**

En relación a los tres escenarios se debe mencionar que se toma una capacidad instalada que parte del 27% en el año 2007 al 86% en el año 2011.

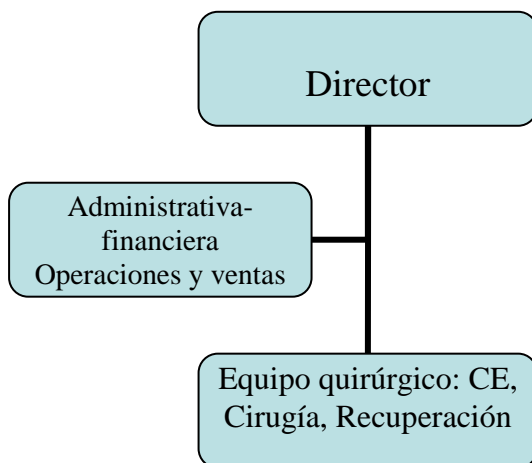
Con el objeto de establecer valores mínimos y máximos de ingresos y de número de cirugías que eviten la generación de pérdidas se procedió además a efectuar el cálculo de punto de equilibrio para cada uno de los años desde el 2007 al año 2011 dentro de los tres diferentes escenarios, es así y tomando el escenario medio podemos decir que el punto de equilibrio en ingresos para el año 2007 sería de \$ 81.376, mientras que deberían hacer 69 cirugías, de la misma manera para el año 2008 el punto de equilibrio de ingresos sería \$ 120.113 con 85 cirugías, para el año 2009 el punto de equilibrio en ingresos corresponde a \$147.121 con 89 cirugías, para el año 2010 el valor sería de \$ 177.028 con 95 cirugías y para el año 2011 el punto de equilibrio en ingresos corresponde a \$ 210.311 con 105 cirugías.

#### **4.4 ESTRUCTURA**

Es una empresa pequeña de servicios, por tanto se sugiere una estructura sencilla, flexible y dinámica, a media que vaya creciendo, que racionalice los recursos y establezca normas de calidad, a fin de adaptarse al mercado cambiante. Ver gráfico 57

## GRÁFICO No 57

### ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL FUTURA



Elaborado por: Yánez Olga

#### 4.4.1 CALIDAD

La calidad de atención en salud es un concepto multidimensional y multifacético, sustentado en principios del mundo científico, pero interactuante con juicios de valor, creencias y perspectivas sobre lo que constituye una buena o mala calidad de atención; esta ausencia de uniformidad en las explicaciones y las visiones, explica el enorme número de definiciones de los conceptos de calidad existentes, así como los diversos enfoques propuestos para medirla.

La medición de la calidad es por tanto, un proceso polémico, con una direccionalidad múltiple y una perspectiva de acción directamente referida a la metodología y enfoque que uno pueda emplear para su evaluación en los servicios.

Puede decirse de manera general, que dos escuelas han sido las que han agrupado los diversos enfoques existentes sobre la medición de la calidad; por una parte, el enfoque desarrollado a partir de las ciencias de la salud y por otra, el enfoque desarrollado a partir de la gerencia o las ciencias de la administración;

cada uno de ellos ha logrado establecer metodologías y técnicas que se usan de manera similar en los servicios de salud.

El enfoque de las ciencias de la salud, a partir de Donabedian consiste en una propuesta conceptual basada en tres elementos: Estructura, Proceso y Resultado. Cada uno de estos elementos formó parte de un eje organizador de indicadores, guías, prácticas de evaluación y estándares de medición y desempeño.

Por “Estructura”, se define a los insumos concretos y cuantificables de edificaciones, equipamiento, medicamentos, insumos médicos, vehículos, personal, dinero y sistemas organizacionales; todos ellos necesarios, pero no suficientes para brindar una adecuada calidad de atención; denota atributos concretos, mensurables y a menudo visibles.

Por “Proceso” se entiende todo aquello que se realiza actualmente para que el paciente reciba una adecuada prestación; el proceso de atención podría decirse que es el elemento clave para asegurar la calidad; asumiendo que exista un mínimo de condiciones adecuadas de medicamentos, equipo e insumos, un adecuado “proceso” de atención tiene una alta probabilidad de producir un resultado satisfactorio de la atención.

Por “Resultado” se entiende una adecuada culminación del proceso de atención al paciente, con el tiempo e insumos requeridos; los resultados son medidos normalmente por indicadores de mortalidad y morbilidad y capacidad o discapacidad funcional producida por las enfermedades; sin embargo, indicadores favorables pueden estar afectados por factores que no se encuentren directamente bajo el control de profesionales y trabajadores de la salud; los factores culturales, viviendas con saneamiento básico y agua potable disponibles, dieta balanceada, medio ambiente, genética y otros, son condicionantes externos con directa relación a resultados adecuados y a una óptima calidad de vida y de salud; por tanto, los éxitos de un adecuado proceso de atención no están ni clara ni unívocamente relacionados al accionar de los profesionales y trabajadores de la salud; Donabedian define como enfoques que permiten adquirir información acerca de la presencia de atributos que constituyen o definen la calidad.



La Organización Internacional de Normalización (ISO) es una federación mundial de organismos nacionales de normalización (organismos miembros de ISO); los comités técnicos de ISO normalmente llevan a cabo el trabajo de preparación de las Normas Internacionales; cada organismo miembro, interesado en un tema para el cual se haya establecido un comité técnico, tiene el derecho de estar representado en dicho comité.

Para una organización, la adopción de un sistema de administración de la calidad debe ser una decisión estratégica; el diseño e implantación de un sistema de administración de calidad en una organización, es influenciado por diferentes necesidades, objetivos particulares, productos suministrados, los procesos empleados y el tamaño y estructura de la organización; no es la intención de esta Norma Internacional promover la uniformidad en la estructura de los sistemas de administración de calidad o la uniformidad de la documentación.

Los requerimientos del sistema de administración de la calidad, especificados en esta Norma Internacional, son complementarios a los requisitos para el producto. La información marcada con “Nota” es una guía para el entendimiento o aclaración de requerimientos asociados.

Esta Norma Internacional puede utilizarse por partes internas y externas, incluyendo organismos de certificación para evaluar la capacidad de una organización para satisfacer los requisitos del cliente, los reglamentarios, y los requerimientos propios de la organización.

Esta Norma Internacional estimula la adopción de una orientación a procesos cuando se desarrolla, implanta y mejora la efectividad del sistema de administración de la calidad, para incrementar la satisfacción del cliente, a través de conocer sus requerimientos.

Para que las organizaciones funcionen eficazmente, tienen que identificar y gestionar numerosas actividades interrelacionadas; una actividad que utiliza

recursos, y administrada para permitir su transformación de entradas (inputs) en salidas (output) puede ser considerada como un proceso; frecuentemente la salidas de un proceso constituyen directamente la entrada del siguiente proceso.

La aplicación de un sistema de procesos dentro de una organización, conjuntamente con la identificación e interacción de estos procesos, y su administración, puede ser referida como “enfoque de procesos”.

Una ventaja del enfoque de procesos es el control continuo que éste provee sobre el enlace entre procesos individuales dentro de un sistema de procesos, así como sobre su combinación e interacción.

Cuando este enfoque es utilizado dentro de un sistema de administración de calidad, se enfatiza la importancia de:

- entender y cumplir los requerimientos;
- la necesidad de considerar los procesos en términos de valor agregado;
- obtener resultados del desempeño y efectividad de los procesos; y
- mejoramiento continuo de procesos basados en mediciones objetivas.

Adicionalmente, la metodología conocida como “Planificar-Hacer-Revisar-Actuar” (PDCA) puede ser aplicada a todos los procesos; PDCA puede ser descrita brevemente de acuerdo a grafico No. 58, como:

**Planificar:** Establecer los objetivos y procesos necesarios para proporcionar resultados de acuerdo a los requerimientos del cliente y políticas de la organización.

**Hacer:** Implementar los procesos.

**Revisar:** Monitorear y medir los procesos y productos contra las políticas, objetivos y requerimientos para el producto, y reportar los resultados.

**Actuar:** Tomar acción para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.

**GRÁFICO 58**  
**MODELO DE UN SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD BASADO**  
**EN PROCESOS**



Con el propósito de generar los insumos necesarios para avanzar en el Sistema de Gestión de Calidad, se incorpora en Anexo No. 4 el procedimiento de Rinoseptumplastia y Anexo No. 5 Manual de Calidad.

#### **4.5 SISTEMA DE INFORMACIÓN**

El sistema de información y/o estadísticas para monitoreo y evaluación se sugiere una base de datos en Excel, Epi Info, para lo que respecta a historias clínicas, producciones, etc.; para la parte contable se sugiere la contratación de servicios profesionales para llevar los estados financieros para el cumplimiento de normativas legales (impuestos, SRI, etc.) en función de que la clínica es pequeña y la demanda de pacientes no es elevada.

## 4.6 ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN

La estrategia de implementación en el presente caso no requiere de mucha resistencia a los cambios, por tratarse de una empresa privada, pequeña, con personal comprometido, de mucha experiencia, interés en mejorar la rentabilidad, y gran capacidad de adaptación a los cambios, en función de supervivencia; sin embargo es necesario considerar las barreras para la implantación de la estrategia, de acuerdo al gráfico No.59

GRAFICO No.59

### LAS CUATRO BARRERAS PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA ESTRATEGIA



Fuente: BSC

Elaborado por: Yáñez Olga

## GRÁFICO No 60

## UN NUEVO SISTEMA GERENCIAL PARA IMPLANTAR LA ESTRATEGIA



Fuente: BSC

Elaborado por: Yáñez Olga

Bajo el criterio observado y requerido de realizar una propuesta de promoción de los servicios que ofrece la Clínica Esthetic Valle, se realizó una propuesta piloto de promoción que incluye los siguientes servicios gratuitos ( 55 ):

- 25 limpiezas faciales
- 4 masajes relajantes
- 26 consultas externas de cirugía plástica

Se entregó 25 limpiezas faciales a mujeres que corresponde al 86,2% y 4 masajes relajantes a hombres que corresponde al 12,5%; posteriormente a esta promoción asisten a la Clínica Esthetic Valle, 10 mujeres (40%), para recibir limpieza facial, de las cuales, 3 fueron intervenidas quirúrgicamente (Lifting, rinoplastia y Rinoseptumplastia), que representa el 12% de la relación con las limpiezas faciales entregadas. Ver tabla No 61

Por tanto con 100 promociones de limpiezas faciales entregadas a mujeres, se puede tener 12 clientes probables para cirugía plástica estética y/o reconstructiva

**TABLA No 61**

**SERVICIOS GRATUITOS PROMOCIONALES. NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2007**

PostencuestLFMR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
LIMPIEZA FACIAL	25	86,2%	86,2%	
MASAJE RELAJANTE	4	12,5%	100,0%	
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga

Dentro de la propuesta piloto de promoción también se entregó servicios gratuitos de consulta de cirugía plástica a 26 personas (hombres y mujeres), de los cuales asisten apenas el 15.5% (4), la mayoría no asiste que representa al 84,6%(22). Estos pacientes son potenciales, ya que aceptan la cirugía en fecha posterior (vacaciones escolares), por tanto no se puede valorar la certeza de que se efectivicen las cirugías. Ver tabla No 62

**TABLA No 62**

**PROMOCION NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2007. CONSULTA EXTERNA CIRUGIA PLASTICA GRATUITA**

Cons. C.P.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
SI	4	15,3%	26,9%	
NO	22	84,6%	100,0%	
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Yánez Olga



## **4.7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **4.7.1 CONCLUSIONES**

Hacer que todos los miembros de la organización participen en la estrategia supone comunicar e informar regularmente sobre el avance que se está consiguiendo con respecto a los objetivos; como consecuencia del trabajo que cada miembro de la organización desempeña.

Se concluye que los objetivos de la clínica y sus respectivos indicadores, deben reflejar la composición sistemática de la estrategia, a través de cuatro perspectivas (financiera, clientes, procesos internos y aprendizaje); los resultados deben traducirse finalmente en logros financieros que conlleven a la maximización del valor creado por el negocio.

Para que la empresa funcione adecuadamente dentro de una perspectiva de calidad y dentro de un proceso de mejoramiento continuo es necesario implementar un manual de calidad y sus procedimientos.

De las encuestas realizadas se concluye que de 100 promociones de limpiezas faciales entregadas a mujeres, se puede tener 12 clientes probables para cirugía plástica estética y/o reconstructiva

De acuerdo a los escenarios financieros optimista, medio y pesimista, se concluye que la aplicación de los mismos dependen del trabajo que se desarrolle a partir de la promoción y trabajo de mercadotecnia, en función de elevar la demanda.



#### 4.7.2 RECOMENDACIONES

- En materia de calidad con los insumos de calidad (manual y procedimientos) es necesario proceder a las auditorias internas y externas, cerrar las no conformidades y certificar a la Clínica Esthetic Valle mediante la norma ISO 9001-2000
- Es necesario aplicar los planes generados en el BSC, a partir de las iniciativas estratégicas (estrategia de implementación)
- Se recomienda aplicar progresivamente la estrategia competitiva de la clínica, la cual se fundamenta en: **primero** en capitalizar el mercado del Valle de los Chillos, **segundo** ampliar la demanda del resto de la ciudad de Quito (DMQ), **tercero** establecer nexos para receptar transferencias de otras ciudades y/o provincias del país, y **cuarto** consolidar la logística interna y externa para la atención de clientes del exterior.
- Trabajar en el tema de promoción de acuerdo a los resultados encontrados en la propuesta piloto (limpiezas faciales gratuitas a mujeres), para obtener clientes potenciales para cirugía plástica estética y/o reconstructiva.
- En la fase inicial del presente año se recomienda aplicar el escenario medio, ya que se eleva el valor de las cirugías que generan perdidas, ya que este procedimiento no afecta la demanda.

## 4.8 BIBLIOGRAFIA

1. FISCHER Laura y ESPEJO Jorge. Mercadotecnia. Tercera Edición, Mc Graw Hill, Págs. 34 al 57.
2. KOTLER P. Dirección de Mercadotecnia. Octava Edición, Prentice Hall, Págs. 13 y 14.
3. KOTLER y ARMSTRONG. Fundamentos de Marketing. 6ta Edición, Prentice Hall, P. 470 y 476.
4. Breilh Jaime. Nuevos conceptos y técnicas de investigación, Guía pedagógica para un taller de mitología, CEAS. Segunda edición, Quito Ecuador 1995.
5. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Documentos Básicos. Ginebra: OMS, 43 ed. 2001.
6. O'DONNEL, MP. Definition of health promotion. Amer J Health Promot, 1986.p:4-5.
7. ROOTMAN, I. y RAEBURN , J. The concept of health. In: Pederson A, O'Neill M, Rootman I, editors. Health promotion in Canada: provincial, national and international perspectives. Toronto: Saunders WB; 994.p.56-71.
8. DEVER Alan GE. Epidemiología y Administración de Servicios de salud. Rockville Maryland: Aspen Publishers;1991
9. HEALTH Canada. Hacia un entendimiento común, clarificación de los conceptos básicos de la salud de la población. Ottawa: Government of Canada, 1996.
10. EVANS, RG. y STODDART, GL. Producing health, consuming health care. Soc Sci Med, 1990.
11. BREILH, Jaime. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. CEAS, 1 ed. Ecuador, 1994.p.240
12. ISBN, OPS. Módulo de principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, 2 ed. Washington, DC., 2002. p.26
13. HEALTH Canada. The social determinants of health, an overview of the implications for policy and the role of the health sector. Ottawa. York Univesity, 2002.

14. DEVER, Alan. G.E. Epidemiología y administración de servicios de salud Ed. OPS/OMS, 1991. pp 417.
15. ANÓNIMO. Epidemiología y prevención (MS) 1990, pp. 7
16. ROJAS, R. Armijo. Epidemiología básica en atención primaria, ed. Días de Santos, S.A., 1994. pp. 295.
17. O'NEILL, M. Healthy cities indicators: a few lessons to learn from Europe. In: FEATHER, J. MATHUR, B, editors. Proceedings of an invitational workshop: indicators for healthy communities. Winnipeg: Prairie Region Network on Health Promotion Knowledge Development, 1990. P. 33-38.
18. RACHLIS, M. KUSHNER C. Second opinion: What's wrong with Canada's health care system and how to fix it. Toronto: Harper & Collins, 1989.
19. OPS. Programa de Formación en Salud Internacional. Documento Resumen. Taller de Formulación y Análisis de Políticas de Salud, Washington: OPS; 1999
20. ISALUD, MSP. Proyecto de modernización de los servicios de salud MODERSA. Proyecto APS. Convenio Ecuatoriano Belga. Diplomado Superior de Gerencia de hospitales, Modulo 1. Diciembre 2002-Abril 2003
21. Placencia Marcelo, Salud para el Bienestar y Desarrollo en Quito del Siglo XXI. 2001. Quito-Ecuador
22. MALAGÓN, G. GALÁN, R. y PONTON, G. Administración, 1 ed. Bogota, Editorial Médica Internacional, 1996. p. 115- 124
23. ISALUD, MSP. Proyecto de modernización de los servicios de salud MODERSA. Proyecto APS. Convenio Ecuatoriano Belga. Diplomado Superior de Gerencia de hospitales, Modulo 2. Diciembre 2002-Abril 2003
24. BERLINCHES, Andrés. Calidad [las nuevas ISO 9000:2000, sistemas de gestión de la calidad]
25. ZURITA GARZA, BEATRÍZ. Calidad de la Atención de la Salud. Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Copyright, 1999
26. RUBIO CEBRIÁN, Santiago. "Glosario de Economía de la Salud". Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud, Vol. 57. España, 1995.
27. ALARID, Jaime Humberto. Modelos de Atención y Calidad de los Servicios. OPS/OMS Honduras, Tegucigalpa, Abril de 2000.

28. Dr. DE MORAES NOVAES, Humberto. \* Asesor Regional en Administración de Hospitales y Sistemas de Salud, Programa Desarrollo de Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, Washington, D.C.
29. MASSANARI, R.M. Editorial: Risk Management. An epidemiologic approach. *Infection Control*, 1987; 8(1):3-6.
30. Martín Sánchez Francisco Javier. *Gestión de la Administración Pública, Módulo 1: Organización administrativa y toma de decisiones* 10<sup>a</sup> edición, septiembre 2007. España.
31. ISALUD, MSP. Proyecto de modernización de los servicios de salud MODERSA. Proyecto APS. Convenio Ecuatoriano Belga. Diplomado Superior de Gerencia de hospitales, Modulo 3. Diciembre 2002-Abril 2003.p. 3-4
32. Fundación ISALUD. Instituto Universitario ISALUD. Diplomado Superior En Gerencia de Hospitales. Módulo 3 Gestión Ecuador, Diciembre 2002/ Abril 2003.
33. ISALUD, MSP. Proyecto de modernización de los servicios de salud MODERSA. Proyecto APS. Convenio Ecuatoriano Belga. Diplomado Superior de Gerencia de hospitales, Modulo 6. Diciembre 2002-Abril 2003.p. 3-4
34. Borrás Marimón Francisco. *Gestión de la Administración Pública, Módulo 2: Planificación, programación y presupuestación*, 10<sup>a</sup> edición, Septiembre 2007.
35. CHACÓN, H. *Indicadores de Gestión para la toma de decisiones, Modulo IV. Evaluación de servicios de salud*. Costa Rica, 2005. p. 1-29.
36. ONU. *Pautas básicas para el seguimiento y evaluación de programas*, Mimeo FECS, 1984.P.18
37. Files / Folders in zip file: 2. *Sistemas de información Laudon*. doc.
38. KOTLER, P. y ARMSTRONG, G. *Marketing*, Pearson Educación, 8 ed. México, 2001.
39. LUDEÑA, J. *Marketing para los servicios de salud*. Maestría en gerencia de salud para el
40. *desarrollo local*, 1 ed. Loja, Universidad técnica particular de Loja, 2007, p. 18, 19, 20,27- 43.

41. KOTLER, P. Dirección de la mercadotecnia. Análisis, planeación, implementación y control. 6 ed. 1992
42. Piedra María del Carmen, Desarrollo local y salud, Módulo I, Universidad Técnica Particular de Loja, marzo 2003
43. Topología de Katzman combina el método directo (NBI) con el indirecto (capacidad de consumo hogares)
44. MSP; SITUACION DE SALUD DEL ECUADOR, PAG 17
45. Lambin Jean Jacques. Marketing estratégico, segunda edición. MacGraw-Hill. España, 1994.
46. Paras Ayala J, Estrada Gabriela. Administre su consultorio como una empresa de servicios, 2005

## **4.9 ANEXOS**

## CLINICA ESTHETIC DEL VALLE

2007

## ANEXO No 1

## ESCENARIO PESIMISTA

A RESUMEN DE INFORMACION		TOTAL											
			Rinoplastia	Rinoseptum lastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominopla stia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	lifting	
<b>A</b>	<b>1 VOLUMEN DE SERVICIOS</b>												
A	2 Volumen de servicios para este periodo	71	19	17	6	8	12	1	2	3	1	2	
A	3 Mezcla de servicios	100%	26,76%	23,94%	8,45%	11,27%	16,90%	1,41%	2,82%	4,23%	1,41%	2,82%	
<b>A</b>	<b>4 COSTOS POR SERVICIO</b>												
<b>A</b>	<b>5 COSTOS VARIABLES</b>												
A	6 Comisión		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	7 Honorarios profesionales por servicio		320	410	470	700	1.150	910	610	270	290	1.140	
A	8 Medicamentos utilizados		52	41	163	199	473	212	165	21	31	278	
A	9 Anticonceptivos utilizados		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	10 Suministros clínicos utilizados		36	46	64	71	306	97	64	27	36	162	
A	11 TOTAL DE COSTOS VARIABLES		408	497	697	970	1.929	1.219	839	318	357	1.580	
<b>A</b>	<b>12 COSTOS FIJOS</b>												
A	13 Costos directos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	14 Costos indirectos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	15 Depreciación de equipo especial		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	16 Otros costos fijos de operación		151	184	259	360	716	453	312	118	133	587	
A	17 TOTAL DE COSTOS FIJOS		151	184	259	360	716	453	312	118	133	587	
<b>A</b>	<b>18 COSTOS DE APOYO REGIONAL/CENTRAL</b>		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
A	19 TOTAL DE COSTOS POR SERVICIO	1.209	559	681	956	1.330	2.645	1.672	1.151	436	490	2.167	
<b>A</b>	<b>20 INGRESOS POR SERVICIO</b>												
A	21 Ingreso neto por servicio	1.270	600	800	800	1.600	2.500	2.000	1.000	400	500	2.500	
A	22 Superávit/pérdida por servicio	61	41	119	-156	270	-145	328	-151	-36	10	333	
<b>A</b>	<b>23 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS PARA LAS CATEGORIAS DE SERVICIOS</b>												
<b>A</b>	<b>CATEGORIA DE SERVICIOS UNO</b>												
A	35 Porcentaje de costos recuperados	104%	107%	117%	84%	120%	95%	120%	87%	92%	102%	115%	
<b>A</b>	<b>36 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS DEL ESTABLECIMIENTO</b>												
A	37 Total de ingreso neto	83.300	11.400	13.600	4.800	12.800	30.000	2.000	2.000	1.200	500	5.000	
A	38 Total de costos variables, fijos y de apoyo	80.406	10.623	11.577	5.730	10.634	31.738	1.672	2.301	1.308	490	4.333	
A	39 Total de superávit/pérdida	2.894	777	2.023	-930	2.166	-1.738	328	-301	-108	10	667	
A	40 Porcentaje de costos recuperados	104%	107%	117%	84%	120%	95%	120%	87%	92%	102%	115%	

## CLINICA ESTHETIC DEL VALLE

2008

A RESUMEN DE INFORMACION		TOTAL												
			Rinoplastia	Rinoseptum plastia	Liposucción abdominal	Lipoescultur a	Abdominopl astia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting		
A	<b>1 VOLUMEN DE SERVICIOS</b>													
A	2 Volumen de servicios para este periodo	96	26	23	8	11	16	1	3	4	1	3		
A	3 Mezcla de servicios	100%	26,76%	23,94%	8,45%	11,27%	16,90%	1,41%	2,82%	4,23%	1,41%	2,82%		
A	<b>4 COSTOS POR SERVICIO</b>													
A	5 <i>COSTOS VARIABLES</i>													
A	6 Comisión		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	7 Honorarios profesionales por servicio		332	425	488	726	1.193	944	633	280	301	1.183		
A	8 Medicamentos utilizados		62	49	191	238	567	254	197	25	31	333		
A	9 Anticonceptivos utilizados		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
A	10 Suministros clínicos utilizados		43	55	77	85	367	116	77	33	43	77		
A	11 <i>TOTAL DE COSTOS VARIABLES</i>		437	529	756	1.049	2.127	1.314	907	338	375	1.593		
A	12 <i>COSTOS FIJOS</i>													
A	13 Costos directos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
A	14 Costos indirectos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
A	15 Depreciación de equipo especial		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
A	16 Otros costos fijos de operación		196	237	338	470	952	588	406	151	168	713		
A	17 <i>TOTAL DE COSTOS FIJOS</i>		196	237	338	470	952	588	406	151	168	713		
A	18 <i>COSTOS DE APOYO REGIONAL/CENTRAL</i>		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
A	19 <i>TOTAL DE COSTOS POR SERVICIO</i>	1.012	633	766	1.094	1.519	3.079	1.902	1.313	489	543	2.306		
A	<b>20 INGRESOS POR SERVICIO</b>													
A	21 Ingreso neto por servicio	824	623	830	830	1.660	2.594	2.075	1.038	415	519	2.594		
A	22 Superávit/pérdida por servicio	-189	-10	64	-264	141	-485	173	-275	-74	-24	288		
A	<b>23 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS PARA LAS CATEGORIAS DE SERVICIOS</b>													
CATEGORIA DE SERVICIOS UNO														
A	<b>36 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS DEL ESTABLECIMIENTO</b>													
A	37 Total de ingreso neto	116.835	16.187	19.092	6.641	18.262	41.504	2.075	3.113	1.660	519	7.782		
A	38 Total de costos variables, fijos y de apoyo	123.687	16.194	17.540	8.837	16.361	49.744	2.561	3.538	1.974	731	6.207		
A	39 Total de superávit/pérdida	-6.852	-7	1.552	-2.196	1.901	-8.240	-486	-425	-314	-212	1.575		
A	40 Porcentaje de costos recuperados	94%	100%	109%	75%	112%	83%	81%	88%	84%	71%	125%		

## CLINICA ESTHETIC DEL VALLE

2009

A RESUMEN DE INFORMACION			TOTAL	Rinoplastia	Rinoseptum plastia	Liposucción abdominal	Lipoescultur a	Abdominopl astia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	lifting
A	<b>1 VOLUMEN DE SERVICIOS</b>												
A	2 Volumen de servicios para este periodo	127	34	30	11	14	21	2	4	5	2	4	
A	3 Mezcla de servicios	100%	26,76%	23,94%	8,45%	11,27%	16,90%	1,41%	2,82%	4,23%	1,41%	2,82%	
A	<b>4 COSTOS POR SERVICIO</b>												
A	5 <b>COSTOS VARIABLES</b>												
A	6 Comisión		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	7 Honorarios profesionales por servicio		346	444	509	758	1.245	985	660	292	314	1.234	
A	8 Medicamentos utilizados		69	54	203	262	624	280	217	27	34	367	
A	9 Anticonceptivos utilizados		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	10 Suministros clínicos utilizados		47	60	84	93	404	128	85	36	48	214	
A	11 <b>TOTAL DE COSTOS VARIABLES</b>		462	558	796	1.113	2.273	1.393	962	355	396	1.815	
A	12 <b>COSTOS FIJOS</b>												
A	13 Costos directos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	14 Costos indirectos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	15 Depreciación de equipo especial		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	16 Otros costos fijos de operación		192	231	330	461	942	577	399	147	164	752	
A	17 <b>TOTAL DE COSTOS FIJOS</b>		192	231	330	461	942	577	399	147	164	752	
A	18 <b>COSTOS DE APOYO REGIONAL/CENTRAL</b>		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
A	19 <b>TOTAL DE COSTOS POR SERVICIO</b>	1.061	654	789	1.126	1.574	3.215	1.970	1.361	502	560	2.567	
A	<b>20 INGRESOS POR SERVICIO</b>												
A	21 Ingreso neto por servicio	859	649	866	866	1.732	2.706	2.165	1.082	433	541	2.706	
A	22 Superávit/pérdida por servicio	-202	-5	77	-260	158	-509	195	-279	-69	-19	139	
A	<b>23 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS PARA LAS CATEGORIAS DE SERVICIOS</b>												
A	<b>CATEGORIA DE SERVICIOS UNO</b>												
A	<b>36 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS DEL ESTABLECIMIENTO</b>												
A	37 Total de ingreso neto	161.358	22.077	25.973	9.524	24.242	56.816	4.329	4.329	2.164	1.082	10.822	
A	38 Total de costos variables, fijos y de apoyo	171.300	22.240	24.033	12.090	22.551	69.083	3.528	4.875	2.702	1.002	9.196	
A	39 Total de superávit/pérdida	-9.942	-163	1.940	-2.566	1.691	-12.267	801	-546	-538	80	1.626	
A	40 Porcentaje de costos recuperados	94%	99%	108%	79%	107%	82%	123%	89%	80%	108%	118%	



## CLINICA ESTHETIC DEL VALLE

2010

A RESUMEN DE INFORMACION		TOTAL												
			Rinoplastia	Rinoseptum plastia	Liposucción abdominal	Lipoescultur a	Abdominopl astia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting		
<b>A</b>	<b>1 VOLUMEN DE SERVICIOS</b>													
A	2 Volumen de servicios para este periodo	169	45	40	14	19	29	2	5	7	2	5		
A	3 Mezcla de servicios	100%	26,76%	23,94%	8,45%	11,27%	16,90%	1,41%	2,82%	4,23%	1,41%	2,82%		
<b>A</b>	<b>4 COSTOS POR SERVICIO</b>													
A	5 <b>COSTOS VARIABLES</b>													
A	6 Comisión		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
A	7 Honorarios profesionales por servicio		363	465	533	794	1.305	1.033	692	306	329	1.294		
A	8 Medicamentos utilizados		76	60	224	289	689	309	240	30	38	405		
A	9 Anticonceptivos utilizados		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
A	10 Suministros clínicos utilizados		52	66	93	103	444	141	94	40	52	236		
A	11 <b>TOTAL DE COSTOS VARIABLES</b>		491	591	850	1.186	2.438	1.483	1.026	376	419	1.935		
A	12 <b>COSTOS FIJOS</b>													
A	13 Costos directos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
A	14 Costos indirectos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
A	15 Depreciación de equipo especial		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
A	16 Otros costos fijos de operación		178	214	308	430	884	537	372	136	152	701		
A	17 <b>TOTAL DE COSTOS FIJOS</b>		178	214	308	430	884	537	372	136	152	701		
A	18 <b>COSTOS DE APOYO REGIONAL/CENTRAL</b>		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
A	19 <b>TOTAL DE COSTOS POR SERVICIO</b>	1.094	669	805	1.158	1.616	3.322	2.020	1.398	512	571	2.636		
<b>A</b>	<b>20 INGRESOS POR SERVICIO</b>													
A	21 Ingreso neto por servicio	901	681	908	908	1.816	2.837	2.270	1.135	454	568	2.837		
A	22 Superávit/pérdida por servicio	-193	12	103	-250	200	-485	250	-263	-58	-3	201		
<b>A</b>	<b>23 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS PARA LAS CATEGORIAS DE SERVICIOS</b>													
	<b>CATEGORIA DE SERVICIOS UNO</b>													
<b>A</b>	<b>36 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS DEL ESTABLECIMIENTO</b>													
A	37 Total de ingreso neto	225.127	30.637	36.311	12.709	34.495	82.266	4.539	5.674	3.177	1.135	14.184		
A	38 Total de costos variables, fijos y de apoyo	234.161	30.248	32.605	16.543	30.802	94.929	4.808	6.654	3.661	1.361	12.550		
A	39 Total de superávit/pérdida	-9.034	389	3.706	-3.834	3.693	-12.663	-269	-980	-484	-226	1.634		
A	40 Porcentaje de costos recuperados	96%	101%	111%	77%	112%	87%	94%	85%	87%	83%	113%		

## CLINICA ESTHETIC DEL VALLE

2011

A RESUMEN DE INFORMACION			TOTAL	Rinoplastia	Rinoseptum plastia	Liposucción abdominal	Lipoescultur a	Abdominopl astia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting
<b>A</b>	<b>1</b>	<b>VOLUMEN DE SERVICIOS</b>											
A	2	Volumen de servicios para este período	225	60	54	19	25	38	3	6	10	3	6
A	3	Mezcla de servicios	100%	26,76%	23,94%	8,45%	11,27%	16,90%	1,41%	2,82%	4,23%	1,41%	2,82%
<b>A</b>	<b>4</b>	<b>COSTOS POR SERVICIO</b>											
A	5	<i>COSTOS VARIABLES</i>											
A	6	Comisión		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	7	Honorarios profesionales por servicio		383	491	563	838	1.377	1.090	731	323	347	1.365
A	8	Medicamentos utilizados		83	66	245	317	756	339	263	33	42	444
A	9	Anticonceptivos utilizados		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	10	Suministros clínicos utilizados		57	73	102	113	488	155	103	44	58	259
A	11	<b>TOTAL DE COSTOS VARIABLES</b>		523	630	910	1.268	2.621	1.584	1.097	400	447	2.068
A	12	<i>COSTOS FIJOS</i>											
A	13	Costos directos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	14	Costos indirectos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	15	Depreciación de equipo especial		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	16	Otros costos fijos de operación		159	192	277	386	798	482	334	122	136	630
A	17	<b>TOTAL DE COSTOS FIJOS</b>		159	192	277	386	798	482	334	122	136	630
A	18	<i>COSTOS DE APOYO REGIONAL/CENTRAL</i>		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
A	19	<b>TOTAL DE COSTOS POR SERVICIO</b>	1.126	682	822	1.187	1.654	3.419	2.066	1.431	522	583	2.698
<b>A</b>	<b>20</b>	<b>INGRESOS POR SERVICIO</b>											
A	21	Ingreso neto por servicio	951	719	958	958	1.916	2.994	2.395	1.198	479	599	2.994
A	22	Superávit/pérdida por servicio	-175	37	136	-229	262	-425	329	-233	-43	16	296
<b>A</b>	<b>23</b>	<b>INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS PARA LAS CATEGORIAS DE SERVICIOS</b>											
		<b>CATEGORIA DE SERVICIOS UNO</b>											
<b>A</b>	<b>36</b>	<b>INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS DEL ESTABLECIMIENTO</b>											
A	37	Total de ingreso neto	313.673	43.116	51.740	18.205	47.907	113.780	7.186	7.186	4.791	1.797	17.965
A	38	Total de costos variables, fijos y de apoyo	319.304	41.089	44.211	22.567	41.940	129.993	6.542	9.062	4.958	1.846	17.096
A	39	Total de superávit/pérdida	-5.631	2.027	7.529	-4.362	5.967	-16.213	644	-1.876	-167	-49	869
A	40	Porcentaje de costos recuperados	98%	105%	117%	81%	114%	88%	110%	79%	97%	97%	105%

CLINICA ESTHETIC DEL VALLE										
BALANCE GENERAL										
	AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2007		AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2008		AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2009		AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2010		AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2011	
	parcial	total	parcial	total	parcial	total	parcial	total	parcial	total
<b>ACTIVOS</b>										
<b>Activos Corrientes</b>										
Efectivo	2.894		-6.852		-9.942		-9.034		-5.631	
Otras cuentas por cobrar	0									
Inventarios	0									
<b>Total Activos Corrientes</b>		2894		-6852		-9942		-9034		-5631
<b>Activos no Corrientes</b>										
Edificios	240000		240000		240000		240000		240000	
Dep. Acum Edificios	4320		8640		12960		17280		21600	
Maquinaria y Equipo	65500		65500		65500		65500		65500	
Dep. Acum Maquinaria y Equipo	5895		11790		17685		23580		29475	
Muebles y Enseres	5000		5000		5000		5000		5000	
Dep. Acum Muebles y Enseres	450		900		1350		1800		2250	
Equipos de computación	2000		2000		2000		2000		2000	
Dep. Acum Equipos de Computación	360		720		1080		1440		1800	
Otros Activos										
<b>Total Activos no Corrientes</b>		301475		290450		279425		268400		257375
<b>TOTAL ACTIVOS</b>		<b>304369</b>		<b>283598</b>		<b>269483</b>		<b>259366</b>		<b>251744</b>
<b>PASIVOS</b>										
<b>Pasivos Corrientes</b>										
Préstamos a corto plazo	0									
Cuentas por pagar comerciales	0									
Otras cuentas por pagar	0									
<b>Total Pasivos Corrientes</b>		0		0		0		0		0
<b>Pasivos no corrientes</b>										
Deudas a largo plazo	0									
<b>Total Pasivo no corriente</b>		0		0		0		0		0
<b>TOTAL PASIVOS</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>
<b>PATRIMONIO</b>										
Capital pagado	301475		290450		279425		268400		257375	
Reservas	0									
Utilidades/(pérdidas) acumuladas	2.894		-6.852		-9.942		-9.034		-5.631	
<b>Total Patrimonio</b>		304369		283598		269483		259366		251744
<b>TOTAL PASIVOS Y PATRIMONIO</b>		<b>304369</b>		<b>283598</b>		<b>269483</b>		<b>259366</b>		<b>251744</b>

<b>ESTADO DE RESULTADOS</b>					
	AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2007	AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2008	AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2009	AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2010	AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2011
Ventas Netas	83.300	116.835	161.358	225.127	313.673
- Costo de Ventas	58.638	85.447	121.097	171.867	244.782
<b>Utilidad Bruta en Ventas</b>	<b>24.662</b>	<b>31.388</b>	<b>40.261</b>	<b>53.260</b>	<b>68.891</b>
Gastos Administrativos	2.879	8.065	8.652	9.308	10.018
Gastos Generales	3.594	3.713	3.873	4.061	4.286
Gastos de Ventas	4.270	4.412	4.601	4.825	5.092
Depreciación activos fijos	11.025	22.050	33.075	44.100	55.125
<b>Utilidad del Ejercicio</b>	<b>2.894</b>	<b>-6.852</b>	<b>-9.941</b>	<b>-9.034</b>	<b>-5.631</b>
<b>Conciliación Tributaria</b>					
Utilidad gravable	2.894	-6.852	-9.941	-9.034	-5.631
+ Gastos no deducibles	0	0	0	0	0
- <b>15% participación trab</b>		0	0	0	0
- 100% de Ingresos Exentos(dividendos)	0	0	0	0	0
- Amortización pérdida años anteriores	0	0	0	0	0
<b>Utilidad gravable</b>	<b>2.894</b>	<b>-6.852</b>	<b>-9.941</b>	<b>-9.034</b>	<b>-5.631</b>
x tarifa del impuesto	0%	0%	0%	0%	0%
Impuesto a la renta causado		0	0	0	0
- Anticipo impuesto a la renta	0	0	0	0	0
- Retenciones en la Fuente	0	0	0	0	0
<b>Impuesto a la renta por pagar</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

## CLINICA ESTHETIC DEL VALLE

### FLUJO DE CAJA

	2007	2008	2009	2010	2011
Efectivo Disponible (a principio del año)	0	13.919	29.117	52.252	87.318
<b>RECIBOS DE EFECTIVO</b>					
Ventas en Efectivo	83.300	116.835	161.358	225.127	313.673
<b>TOTAL DE INGRESOS DE EFECTIVO</b>	<b>83.300</b>	<b>116.835</b>	<b>161.358</b>	<b>225.127</b>	<b>313.673</b>
Efectivo Total Disponible (antes de los retiros)	83.300	130.754	190.475	277.379	400.991
<b>EFECTIVO PAGADO</b>					
Costos Variables	58.638	85.447	121.097	171.867	244.782
Costos Fijos	10.743	16.190	17.127	18.194	19.397
15% Particip. Utilidades	0	0	0	0	0
Impuesto a la renta	0	0	0	0	0
<b>SUBTOTAL</b>	<b>69.381</b>	<b>101.637</b>	<b>138.224</b>	<b>190.061</b>	<b>264.179</b>
<b>TOTAL DE EFECTIVO PAGADO</b>	<b>69.381</b>	<b>101.637</b>	<b>138.224</b>	<b>190.061</b>	<b>264.179</b>
Posición de Efectivo (final de año) 1	13.919	29.117	52.252	87.318	136.812

<b>CLINICA ESTHETIC DEL VALLE</b>					
<b>PRESUPUESTO</b>					
	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>INGRESOS</b>					
VENTA DE SERVICIOS	83.300	116.835	161.358	225.127	313.673
OTROS INGRESOS					
SALDOS DISPONIBLES		13919	33868	61956	102217
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>83.300</b>	<b>130.754</b>	<b>195.226</b>	<b>287.083</b>	<b>415.890</b>
<b>GASTOS</b>					
REMUNERACIONES UNIFICADAS	2040	2400	2760	3120	3480
DECIMO TERCER SUELDO	169,17	197,50	169,17	169,17	169,17
DECIMO CUARTO SUELDO	170	200	230	260	290
HONORARIOS PROFESIONALES	40.780	56970	79032	110208	154711
AGUA POTABLE	600	620	647	678	716
ENERGIA ELECTRICA	1.200	1.240	1.293	1.356	1.431
TELECOMUNICACIONES	720	744	776	814	859
SERVICIO DE VIGILANCIA	360	372	388	407	429
TRANSPORTE	900	930	970	1.017	1.073
DIFUSION, INFORMACION Y PUBLICIDAD	1.350	1.395	1.455	1.525	1.610
MATERIALES DE OFICINA	500	517	539	565	596
INSUMOS MEDICOS	6.739	10.572	15.931	23.318	34.104
MEDICAMENTOS	11.119	17.905	26.134	38.341	55.967
MANTENIMIENTO (EQUIPOS, MOBILIARIO)	1.800	1.860	1.940	2.034	2.147
LIMPIEZA Y LAVANDERIA	100	103	108	113	119
OTROS GASTOS	834	862	899	942	995
IMPUESTOS	0	0	0	0	0
15% Participación Utilidades	0	0	0	0	0
<b>TOTAL GASTOS</b>	<b>69381</b>	<b>96886</b>	<b>133269</b>	<b>184867</b>	<b>258696</b>
<b>SUPERVIT</b>	<b>13919</b>	<b>33868</b>	<b>61956</b>	<b>102217</b>	<b>157194</b>

**TIR.** - La tasa de rendimiento es igual a su tasa esperada de rendimiento, y si la tasa interna de rendimiento es superior al costo de los fondos que se usaron para financiar el proyecto quedará un superavit

<b>INVERSION</b>						
	<b>AÑO 0</b>					
Edificios	240000					
Maquinaria y Equipo	65500					
Muebles y Enseres	5000					
Vehículos	0					
Instalaciones	0					
Equipos de computac	2000					
	312500					
<b>AÑO 0 ( 2006)</b>	<b>AÑO 1 (2007)</b>	<b>AÑO 1 (2008)</b>	<b>AÑO 1 (2009)</b>	<b>AÑO 1 (2010)</b>	<b>AÑO 1 (2011)</b>	
-312500	13.919	29.117	52.252	87.318	136.812	
<b>0,6% TIR</b>						

CLINICA ESTHETIC DEL VALLE											
PUNTO DE EQUILIBRIO											
		Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	lifting
<b>Año 2007</b>											
PE-INGRESOS	81376										
PE-CANTIDAD	69	16	12	12	5	14	1	3	4	1	1
<b>Año 2008</b>											
PE-INGRESOS	171113										
PE-CANTIDAD	137	28	21	29	10	29	1	8	7	1	3
<b>Año 2009</b>											
PE-INGRESOS	245935										
PE-CANTIDAD	186	37	26	42	12	41	2	11	9	2	4
<b>Año 2010</b>											
PE-INGRESOS	342216										
PE-CANTIDAD	243	45	32	61	15	57	2	14	11	2	4
<b>Año 2011</b>											
PE-INGRESOS	458109										
PE-CANTIDAD	311	52	37	90	18	72	2	17	14	3	5



	2007		2008		2009		2010		2011	
<b>POBLACION DMQ</b>	378810		386425		394056		401704		409377	
<b>PEA</b>	40%	151524	40%	154570	40%	157622	40%	160681	40%	163751
<b>Preg. 14 Usted Realiza dieta para mejorar su figura</b>	31,3%	47427	31,3%	48380	31,3%	49336	31,3%	50293	31,3%	51254
<b>Porcentaje de personas que cuentan con seguro de salud</b>	7,83%	3714	7,83%	3788	7,83%	3863	7,83%	3938	7,83%	4013
<b>Porcentaje de personas que acudieron a hospital o clínica de las personas que cuentan cons seguro privado</b>	29,50%	1095	29,50%	1118	29,50%	1140	29,50%	1162	29,50%	1184
<b>Preg. 24 (SPA )</b>	33,3%	365	33,3%	372	33,3%	379	33,3%	387	33,3%	394
<b>Promedio mes</b>		30		31		32		32		33
<b>Promedio semana</b>		8		8		8		8		8

**PROYECCION DE NUMERO DE CIRUJIAS TOMANDO PORCENTAJES DE CRECIMIENTO ESTADISTICAS**

**CAPACIDAD INSTALADA VS.PROYECCION DE NUMERO DE CIRUJIAS (POBLACION)**

Población Objetivo inicial	Porcentaje de Crecimiento	% de Población Meta	Año	Promedio mes	Capacidad Mes	Utilización mes	Capacidad Año	Utilización año
81	33,00%	22%	2007	8	30	27%	300	27%
108	33,00%	29%	2008	11	30	36%	300	36%
143	33,00%	38%	2009	14	30	48%	300	48%
191	33,00%	49%	2010	19	30	64%	300	64%
253		64%	2011	25	30	84%	300	84%

**PROYECCION DE CLASES DE CIRUJIAS TOMANDO EN CUENTA LA PROYECCION DEL NUMERO DE CIRUJIAS**

	2007	2008	2009	2010	2011
RINOSEPTUMPLASTIA	17	23	30	40	53
DERMOLIPECTOMÍA (ABDOMINOPLASTIA	12	16	21	28	38
INYECCIÓN DE GRASA EN GLÚTEOS (LIF	4	5	7	9	13
BLEFAROPLASTIA	3	4	5	7	9
DERMOABRASIÓN DE LABIO SUPERIOR		0	0	0	0
RINOPLASTIA	19	25	34	45	59
MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN	1	1	2	2	3
LIPOESCULTURA	8	11	14	19	25
EXERESIS + PLASTIA	4	5	7	9	13
PLASTIA DE GINECOMASTIA		0	0	0	0
RECONSTRUCCIÓN AURICULAR EN 3 TIEMPOS		0	0	0	0
RETIDOPLASTIA		0	0	0	0
OSTEOTOMÍA		0	0	0	0
LIFFTING	2	3	4	5	6
VAGINOPLASTIA	1	1	2	2	3
MAMOPLASTIA DE AUMENTO	2	3	4	5	6
PEXIA DE GLUTIOS	1	1	2	2	3
ABDOMINOPLASTIA		0	0	0	0
LIPOSUCCION	6	8	11	14	19
FARINGOPLASTIA	1	1	2	2	3
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>108</b>	<b>143</b>	<b>191</b>	<b>253</b>

	AÑO 1 (2007)	AÑO 2 (2008)	AÑO 3(2009)	AÑO 4(2010)	AÑO 5(2011)
Porcentaje de Incremento de valores costos fijos (datos para proyección)	3,32%	3,76%	4,30%	4,85%	5,55%
<b>ESTADISTICAS DE CIRUGIAS CLINICA ESTHETIC DEL VALLE</b>					
TIPOS DE CIRUGIA	A	N	O	S	
	2004	2005	2006	2007	
RINOSEPTUMPLASTIA	6	11	23	17	
DERMOLIPECTOMÍA (ABDOMINOPL	3	7	4	12	
LIFFTING	2	4	2	2	
BLEFAROPLASTIA	2	4	2	3	
DERMOABRASIÓN DE LABIO SUPE	2	1	1		
RINOPLASTIA	5	9	13	19	
MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN	1	2	1	1	
LIPOESCULTURA		2	1	8	
EXERESIS + PLASTIA		7	2	4	
PLASTIA DE GINECOMASTIA			1		
RECONSTRUCCIÓN AURICULAR EN 3 TIEMPOS			1		
RETIDOPLASTIA			1		
OSTEOTOMÍA			1		
INYECCIÓN DE GRASA EN GLÚTEOS (LIPOESCULTURA)			1	4	
VAGINOPLASTIA				1	
MAMOPLASTIA DE AUMENTO				2	
PEXIA DE GLUTIOS				1	
ABDOMINOPLASTIA				3	
LIPOSUCCION				6	
FARINGOPLASTIA				1	
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>47</b>	<b>54</b>	<b>84</b>	
		2,238095238	1,14893617	1,555555556	
Fuente: Archivos de la clínica Esthetic Valle				4,942586964	
Elaborado por: Lcda. Olga Yáñez			Promedio 3	1,647528988	
				2,704491726	
			Promedio 2	1,352245863	

Porcentaje de Incremento Precios Medicamentos e insumos (datos para proyección)	3,32%	20,00%	10,00%	10,00%	10,00%
<b>PROYECCION DE PRECIOS PARA CIRUGIAS</b>					
		3,76%	4,30%	4,85%	5,55%
	<b>AÑO 1 (2007)</b>	<b>AÑO 2 (2008)</b>	<b>AÑO 3(2009)</b>	<b>AÑO 4(2010)</b>	<b>AÑO 5(2011)</b>
BLEFAROPLASTIA INFERIOR-SUPERIOR	400	415	433	454	479
DERMOLIPECTOMÍA ABDOMINAL(Abdominoplastia)	2500	2594	2706	2837	2994
LIFFTING TOTAL	2500	2594	2706	2837	2994
LIPOESCULTURA TOTAL	1600	1660	1732	1816	1916
LIPOSUCCIÓN ABDOMINAL	800	830	866	908	958
MAMOPLASTÍA DE AUMENTO	1000	1038	1082	1135	1198
MAMOPLASTÍA REDUCTIVA	2000	2075	2164	2269	2395
PLASTIA VAGINAL	500	519	541	567	599
RINOPLASTIA	600	623	649	681	719
RINOSEPTUMPLASTIA	800	830	866	908	958

<b>HONORARIOS AÑO 2007</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting	
CP	180	240	240	480	750	600	300	120	150	750	
AYUDANTE	40	50			80	60	50		40	80	
ANESTEC.	60	80	120	120	200	150	150	60	60	200	
INSTRUMENT	30	30	50	40	50	40	50	40	30	50	
CIRCULANTE	10	10	10	10	20	10	10	10	10	10	
ENFERMERA			50	50	50	50	50	40		50	
<b>TOTAL</b>	<b>320</b>	<b>410</b>	<b>470</b>	<b>700</b>	<b>1150</b>	<b>910</b>	<b>610</b>	<b>270</b>	<b>290</b>	<b>1140</b>	<b>6270</b>
<b>PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE HONORARIOS DE PRECIOS</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting	
CP	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	
AYUDANTE	7%	6%	0%	0%	3%	3%	5%	0%	8%	3%	
ANESTEC.	10%	10%	15%	8%	8%	8%	15%	15%	12%	8%	
INSTRUMENT	0.05	4%	6%	3%	2%	2%	5%	10%	6%	2%	
CIRCULANTE	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	3%	2%	0%	
ENFERMERA	0%	0%	6%	3%	2%	3%	5%	10%	0%	2%	
<b>TOTAL</b>	<b>53%</b>	<b>51%</b>	<b>59%</b>	<b>44%</b>	<b>46%</b>	<b>46%</b>	<b>61%</b>	<b>68%</b>	<b>58%</b>	<b>46%</b>	
<b>PROYECCION HONORARIOS 2008</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting	
CP	187	249	249	498	778	623	311	125	156	778	
AYUDANTE	42	52	0	0	83	62	52	0	42	83	
ANESTEC.	62	83	125	125	208	156	156	62	62	208	
INSTRUMENT	31	31	52	42	52	42	52	42	31	52	
CIRCULANTE	10	10	10	10	21	10	10	10	10	10	
ENFERMERA	0	0	52	52	52	52	52	42	0	52	
<b>TOTAL</b>	<b>332</b>	<b>425</b>	<b>488</b>	<b>726</b>	<b>1193</b>	<b>944</b>	<b>633</b>	<b>280</b>	<b>301</b>	<b>1183</b>	<b>6506</b>

<b>PROYECCION HONORARIOS 2009</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting	
CP	195	260	260	519	812	649	325	130	162	812	
AYUDANTE	43	54	0	0	87	65	54	0	43	87	
ANESTEC.	65	87	130	130	216	162	162	65	65	216	
INSTRUMENT	32	32	54	43	54	43	54	43	32	54	
CIRCULANTE	11	11	11	11	22	11	11	11	11	11	
ENFERMERA	0	0	54	54	54	54	54	43	0	54	
<b>TOTAL</b>	<b>346</b>	<b>444</b>	<b>509</b>	<b>758</b>	<b>1245</b>	<b>985</b>	<b>660</b>	<b>292</b>	<b>314</b>	<b>1234</b>	<b>6785</b>
<b>PROYECCION HONORARIOS 2010</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting	
CP	204	272	272	545	851	681	340	136	170	851	
AYUDANTE	45	57	0	0	91	68	57	0	45	91	
ANESTEC.	68	91	136	136	227	170	170	68	68	227	
INSTRUMENT	34	34	57	45	57	45	57	45	34	57	
CIRCULANTE	11	11	11	11	23	11	11	11	11	11	
ENFERMERA	0	0	57	57	57	57	57	45	0	57	
<b>TOTAL</b>	<b>363</b>	<b>465</b>	<b>533</b>	<b>794</b>	<b>1305</b>	<b>1033</b>	<b>692</b>	<b>306</b>	<b>329</b>	<b>1294</b>	<b>7115</b>
<b>PROYECCION HONORARIOS 2011</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting	
CP	216	287	287	575	898	719	359	144	180	898	
AYUDANTE	48	60	0	0	96	72	60	0	48	96	
ANESTEC.	72	96	144	144	240	180	180	72	72	240	
INSTRUMENT	36	36	60	48	60	48	60	48	36	60	
CIRCULANTE	12	12	12	12	24	12	12	12	12	12	
ENFERMERA	0	0	60	60	60	60	60	48	0	60	
<b>TOTAL</b>	<b>383</b>	<b>491</b>	<b>563</b>	<b>838</b>	<b>1377</b>	<b>1090</b>	<b>731</b>	<b>323</b>	<b>347</b>	<b>1365</b>	<b>7509</b>

<b>Salario Basico Unificado 2007</b>					
	<b>170</b>				
	1	2	3	4	5
<b>Trabajador</b>	<b>Salario Anual 2007</b>	<b>Salario Unificado para calcular 13</b>	<b>13 sueldo 2/12</b>	<b>14 sueldo</b>	<b>total</b>
En general	2040	2030	169,17	170	2379,17
<b>Salario Basico Unificado 2008</b>					
	<b>200</b>				
	1	2	3	4	5
<b>Trabajador</b>	<b>Salario Anual 2008</b>	<b>Salario Unificado para calcular 13</b>	<b>13 sueldo 2/12</b>	<b>14 sueldo</b>	<b>total</b>
En general	2400	2370	197,50	200	2797,50
<b>Salario Basico Unificado 2009</b>					
	<b>230</b>				
	1	2	3	4	5
<b>Trabajador</b>	<b>Salario Anual 2009</b>	<b>Salario Unificado para calcular 13</b>	<b>13 sueldo 2/12</b>	<b>14 sueldo</b>	<b>total</b>
En general	2760	2730	169,17	230	3159,17
<b>Salario Basico Unificado 2010</b>					
	<b>260</b>				
	1	2	3	4	5
<b>Trabajador</b>	<b>Salario Anual 2010</b>	<b>Salario Unificado para calcular 13</b>	<b>13 sueldo 2/12</b>	<b>14 sueldo</b>	<b>total</b>
En general	3120	3090	169,17	260	3549,17
<b>Salario Basico Unificado 2011</b>					
	<b>290</b>				
	1	2	3	4	5
<b>Trabajador</b>	<b>Salario Anual 2011</b>	<b>Salario Unificado para calcular 13</b>	<b>13 sueldo 2/12</b>	<b>14 sueldo</b>	<b>total</b>
En general	3480	3450	169,17	290	3939,17

TIPO DE BIEN	VIDA UTIL ESTIMADA (Años)		
	Administ.	Producción	Proyectos
<b>Edificaciones</b>			
Hormigón Armado y Ladrillo	50	40	50
• Ladrillo (o Bloque)	40	35	40
• Mixto (Ladrillo o Bloque y Adobe o Madera)	35	30	35
• Adobe	25	20	25
• Madera	20	15	20
Maquinaria y Equipos	10 UPE *		10
Muebles y Enseres	10	10	10
Instalaciones	10 UPE		10
Equipos de Computación	5	5	5
Vehículos	5 UPE		5

\* UPE. Unidades de Producción Estimadas.

La vida útil de maquinarias, equipos, vehículos e instalaciones especializadas, será la establecida en los catálogos o especificaciones técnicas del fabricante.

Para los bienes de larga duración, se determinará un valor residual equivalente al 10% de su valor contable.

Fuente: Acuerdo 331 RO.23-Sept-2004

**CLINICA ESTHETIC DEL VALLE**  
**CUADRO DE DEPRECIACION**  
**AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2007**

						10%	
	cant.	valor unitario	valor total	Valor de Inventario	Vida Util (en años)	10% Porcentaje de Valor Residual	Depreciación
Edificios	1	240000	240000	240000	50	24000	4320
Maquinaria y Equipo				65500	10	6550	5895
Maquina de anestecia	1	15000	15000				
Mesa Quirúrgica	1	10000	10000				
Electrobisturi	1	5000	5000				
Lipoaspirador	1	10000	10000				
lampara cielitica	1	10000	10000				
monitor	1	2500	2500				
oximetro de pulso	1	1500	1500				
frontolus	1	1500	1500				
instrumental	1	5000	5000				
esterilizador	1	3000	3000				
bombas de infución	1	2000	2000				
Muebles y Enseres		5000	5000	5000	10	500	450
Vehiculos		0	0	0	5	0	0
Instalaciones		0	0	0	10	0	0
Equipos de Computación		2000	2000	2000	5	200	360
			312500				11025
Depreciación anual = $\frac{\text{costo de adquisición} - \text{valor residual del activo}}{\text{vida util estimada}}$							

<b>TABLA DE DEPRECIACION DE EDIFICIOS</b>	años	Cargo de depreciación	Depreciación acumulada	valor en libros
	0			240000
	1	4320	4320	235680
	2	4320	8640	231360
	3	4320	12960	227040
	4	4320	17280	222720
	5	4320	21600	218400
	6	4320	25920	214080
	7	4320	30240	209760
	8	4320	34560	205440
	9	4320	38880	201120
	10	4320	43200	196800
	11	4320	47520	192480
	12	4320	51840	188160
	13	4320	56160	183840
	14	4320	60480	179520
	15	4320	64800	175200
	16	4320	69120	170880
	17	4320	73440	166560
	18	4320	77760	162240
	19	4320	82080	157920
	20	4320	86400	153600
	21	4320	90720	149280
	22	4320	95040	144960
	23	4320	99360	140640
	24	4320	103680	136320
	25	4320	108000	132000
	26	4320	112320	127680
	27	4320	116640	123360
	28	4320	120960	119040
	29	4320	125280	114720
	30	4320	129600	110400
	31	4320	133920	106080
	32	4320	138240	101760
	33	4320	142560	97440
	34	4320	146880	93120
	35	4320	151200	88800
	36	4320	155520	84480
	37	4320	159840	80160
	38	4320	164160	75840
	39	4320	168480	71520
	40	4320	172800	67200
	41	4320	177120	62880
	42	4320	181440	58560
	43	4320	185760	54240
	44	4320	190080	49920
	45	4320	194400	45600
	46	4320	198720	41280
	47	4320	203040	36960
	48	4320	207360	32640
	49	4320	211680	28320
	50	4320	216000	24000
<b>TABLA DE DEPRECIACION MAQUINARIA Y EQUIPO</b>	años	Cargo de depreciación	Depreciación acumulada	valor en libros
	0			65500
	1	5895	5895	59605
	2	5895	11790	53710
	3	5895	17685	47815
	4	5895	23580	41920
	5	5895	29475	36025
	6	5895	35370	30130
	7	5895	41265	24235
	8	5895	47160	18340
	9	5895	53055	12445
	10	5895	58950	6550



<b>TABLA DE DEPRECIACION MUEBLES Y ENSERES</b>	años	Cargo de depreciación	Depreciación acumulada	valor en libros
	0			5000
	1	450	450	4550
	2	450	900	4100
	3	450	1350	3650
	4	450	1800	3200
	5	450	2250	2750
	6	450	2700	2300
	7	450	3150	1850
	8	450	3600	1400
	9	450	4050	950
	10	450	4500	500
<b>TABLA DE DEPRECIACION EQUIPOS DE COMPUTACION</b>	años	Cargo de depreciación	Depreciación acumulada	valor en libros
	0			2000
	1	360	360	1640
	2	360	720	1280
	3	360	1080	920
	4	360	1440	560
	5	360	1800	200

COSTOS POR UNIDADES DE MEDICAMENTOS, ANTICONCEPTIVOS Y SUMINISTROS CLINICOS														
MEDICAMENTOS					ANTICONCEPTIVOS					SUMINISTROS CLINICOS				
Item	Unidad Base	Cantidad de Unidades Adquiridas	Precio de Compra	Costo por Unidad	Item	Unidad Base	Cantidad de Unidades Adquiridas	Precio de Compra	Costo por Unidad	Item	Unidad Base	Cantidad de Unidades Adquiridas	Precio de Compra	Costo por Unidad
Adrenalina	amp.	1	1	1,00					0,00	aguja N.16	unidad	1,00	0,23	0,23
Atropina	amp.	1	1	1,00					0,00	aguja n.25	unidad	1,00	0,23	0,23
Bicarbonato	amp.	1	3	3,00					0,00	aguja n.27	unidad	1,00	0,30	0,30
Cefacidal	amp.	1	9	9,00					0,00	Aistrip	sobre	1,00	8,00	8,00
Cefacidal	amp.	1	9	9,00					0,00	apósitos	sobre	1,00	5,00	5,00
Ciprofloxacina	fco.	1	5	5,00					0,00	bisturi N.15	sobre	1,00	0,50	0,50
Cloruro de sodio 0.9%	frasco	1	2	2,00					0,00	bisturi No. 12	unidad	1,00	0,50	0,50
D+SS09%	fcos.	1	2	2,00					0,00	compresas	paquetes	1,00	10,00	10,00
Dolgenal	amp.	1	6	6,00					0,00	extensión	unidad	1,00	4,00	4,00
Dormicum	amp.	1	5	5,00					0,00	fixomull	un rollo 10 m	1,00	3,00	3,00
Fentanyl	amp.	1	10	10,00					0,00	funda recolectora	unidad	1,00	2,00	2,00
Garamicina oftalmica	tubo	1	4	4,00					0,00	Gasa	paquete	1,00	3,00	3,00
Kenacort	frasco	1	10	10,00					0,00	Guantes quirúrgicos	par	1,00	0,50	0,50
Lactato Ringer	fcos.1000	1	2	2,00					0,00	Jeringuilla 10cc	unidad	1,00	0,60	0,60
Metroclorpramida	amp.	1	1	1,00					0,00	Jeringuilla 5cc	unidad	1,00	0,60	0,60
pavulón	amp.	1	2,5	2,50					0,00	jeringuilla de 20cc	unidades	1,00	1,00	1,00
Povidyne	cc	100	10	0,10					0,00	Jeringuilla de 50 cc	unidad	1,00	1,50	1,50
Prostigmine	amp.	1	1,5	1,50					0,00	Jeringuilla de 3cc	unidades	1,00	0,60	0,60
Ranitidina	amp.	1	3	3,00					0,00	clisis + catlón + llave 3 vias	unidad	1,00	10,00	10,00
Ranitidina	amp.	1	3	3,00					0,00	Metamisol	ampolla	1,00	1,00	1,00
Remifentanyl	amp.	1	18	18,00					0,00	Microgotero	unidad	1,00	4,00	4,00
Sevorane	cc	250	280	1,12					0,00	Micropore 1/2	rollo	1,00	1,37	1,37
Tiopental	fco	1	10	10,00					0,00	Micropore de 5cc	rollo	1,00	5,00	5,00
Ungüento dérmico antibiótico	tubo	1	3	3,00					0,00	Nylon 3-0	sobre	1,00	4,93	4,93
Xilocaina	cc	50	5	0,10					0,00	Nylon 4/0	sobres	1,00	3,61	3,61
Metamisol	amp.			0,00					0,00	Nylon 5/0	sobre	1,00	4,93	4,93
				0,00					0,00	Nylon 6/0	sobres	1,00	4,93	4,93
				0,00					0,00	prolene n.1	sobres	1,00	7,00	7,00
				0,00					0,00	sonda vesical	unidad	1,00	1,50	1,50
				0,00					0,00	sondas succión	paquete	1,00	1,50	1,50
				0,00					0,00	surgicel	sobre	1,00	20,00	20,00
				0,00					0,00	tapon vaginal	paquete	1,00	3,00	3,00
				0,00					0,00	taponas nasales	paquete	1,00	3,00	3,00
				0,00					0,00	Tensoplast	un rollo	1,00	17,00	17,00
				0,00					0,00	vicryl 2/ 0	sobres	1,00	4,64	4,64
				0,00					0,00	vicryl 3/ 0	sobres	1,00	5,43	5,43
				0,00					0,00	vicryl 4/0	sobres	1,00	4,64	4,64
				0,00					0,00	Vicryl 5/0	sobre	1,00	5,30	5,30
				0,00					0,00	yeso	rollo	1,00	8,00	8,00

CLINICA ESTHETIC DEL VALLE	Fecha:	20-Jun-08					
Rinoplastia							
<b>TIEMPO DEL PERSONAL</b>							
<b>Tiempo de Servicio (Minutos)</b>							
Actividad	Cirujano Plástico	Ayudante	Anestesiologo	Instrumentista	Circulante	Enfermera	Total
Procedimiento	120	120	120	120	120		600
Post operatorio							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
<b>TOTAL DE TIEMPO DEL PERSONAL CLINIC</b>	120	120	120	120	120	0	<b>600</b>
<b>MEDICAMENTOS, ANTICONCEPTIVOS Y SUMINISTROS CLINICOS UTILIZADOS</b>							
<b>Medicamentos</b>							
Item	Costo por Unidad	Unidades Utilizadas	Costo de Este Item				
Cloruro de sodio 0.9%	2,00	1	2,00				
Fentanyl	10,00	1	10,00				
Adrenalina	1,00	1	1,00				
Dolgenal	6,00	1	6,00				
Xilocaina al 2% sin epinefrina	0,10	20	2,00				
Kenacort	10,00	1	10,00				
Cefacidal	9,00	2	18,00				
Unguento dérmico antibiótico	3,00	1	3,00				
			0,00				
			0,00				
			0,00				
			0,00				
			0,00				
			0,00				
<b>COSTO TOTAL DE ESTE SERVICIO</b>			<b>52,00</b>				
<b>Suministros Clínicos</b>							
Item	Costo por Unidad	Unidades Utilizadas	Costo de Este Item				
Jeringuilla de 10cc	0,60	3,00	1,80				
Jeringuilla de 5cc	0,60	2,00	1,20				
Jeringuilla de 3cc	0,60	2,00	1,20				
Kit-Equip. de venoclisis + catlón + llave 3 vias	10,00	1,00	10,00				
Guantes quirúrgicos	0,50	3,00	1,50				
Vicryl 5/0	5,30	1,00	5,30				
Naylon 5/0	4,93	1,00	4,93				
bisturí N.15	0,50	1,00	0,50				
aguja n.27	0,30	1,00	0,30				
gasa	3,00	2,00	6,00				
tapones nasales	3,00	1,00	3,00				
			0,00				
			0,00				
			0,00				
<b>COSTO TOTAL DE ESTE SERVICIO</b>			<b>35,73</b>				

CLINICA ESTHETIC DEL VALLE	Fecha:	20-Jun-08					
RINOSEPTUPLASTIA							
TIEMPO DEL PERSONAL							
<b>Tiempo de Servicio (Minutos)</b>							
Actividad	Cirujano Plástico	Ayudante	Anestesiologo	Instrumentista	Circulante	Enfermera	Total
Procedimiento	180	180	180	180	180		900
Post operatorio							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
<b>TOTAL DE TIEMPO DEL PERSONAL CLINICO</b>	180	180	180	180	180	0	<b>900</b>
MEDICAMENTOS, ANTICONCEPTIVOS Y SUMINISTROS CLINICOS UTILIZADOS							
<b>Medicamentos</b>							
Item	Costo por Unidad	Unidades Utilizadas	Costo de Este Item				
Cloruro de sodio 0.9% 1000cc	2,00	1,00	2,00				
Fentanyl	10,00	1,00	10,00				
Adrenalina	1,00	1,00	1,00				
Dolgenal	6,00	1,00	6,00				
Xilocaina al 2% sin epinefrina	0,10	1,00	0,10				
Kenacort	10,00	1,00	10,00				
Cefacidal	9,00	1,00	9,00				
Unguento dérmico antibiótico	3,00	1,00	3,00				
			0,00				
			0,00				
			0,00				
			0,00				
			0,00				
			0,00				
			0,00				
<b>COSTO TOTAL DE ESTE SERVICIO</b>			<b>41,10</b>				
<b>Suministros Clinicos</b>							
Item	Costo por Unidad	Unidades Utilizadas	Costo de Este Item				
Kit-Equip. de venoclisis + catlón + llave 3 vias	10,00	1,00	10,00				
Jeringuilla de 10cc	0,60	3,00	1,80				
Jeringuilla de 5cc	0,60	2,00	1,20				
Jeringuilla de 3cc	0,60	2,00	1,20				
Bisturí N° 15	0,50	2,00	1,00				
Aguas NJ° 27	0,30	2,00	0,60				
Gasa	3,00	5,00	15,00				
Guantes quirúrgicos	0,50	3,00	1,50				
Vicryl 5/0	5,30	1,00	5,30				
Naylon 5/0	4,93	1,00	4,93				
tapones nasales	3,00	1,00	3,00				
			0,00				
			0,00				
			0,00				
			0,00				
<b>COSTO TOTAL DE ESTE SERVICIO</b>			<b>45,53</b>				

CLINICA ESTHETIC DEL VALLE	Fecha:	22- Feb. 2008
LIFTING TOTAL		

## TIEMPO DEL PERSONAL

## Tiempo de Servicio (Minutos)

Actividad	Cirujano Plástico	Ayudante	Anestesiologo	Instrumentista	Cirulante	Enfermera	Total
Procedimiento	240	240	240	240	240	720	1920
Pstoperatorio							0
<b>TOTAL DE TIEMPO DEL PERSONAL CLINICO</b>	240	240	240	240	240	720	<b>1920</b>

## MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS CLINICOS UTILIZADOS

## Medicamentos

Item	Costo por Unidad	Unidades Utilizadas	Costo de Este Item
Cloruro de Na	2,00	6,00	12,00
Lactato Ringer	2,00	2,00	4,00
Adrenalina	1,00	1,00	1,00
Fentanyl	10,00	1,00	10,00
pavulón	2,50	4,00	10,00
Xilocaina	0,10	1,00	0,10
Remifentanyl	18,00	1,00	18,00
Sevorane	1,12	125,00	140,00
Atropina	1,00	1,00	1,00
Ciprofloxacina	5,00	4,00	20,00
Dolgenal	6,00	4,00	24,00
D+SS09%	2,00	2,00	4,00
Ranitidina	3,00	4,00	12,00
Povidyne	0,10	60,00	6,00
Metroclorpramida	1,00	1,00	1,00
Dormicum	5,00	1,00	5,00
Tiopental	10,00	1,00	10,00
<b>COSTO TOTAL DE ESTE SERVICIO</b>			<b>278,10</b>

## Suministros Clínicos

Item	Costo por Unidad	Unidades Utilizadas	Costo de Este Item
Kit-Equip. de venoclisis + catlón + llave 3 vias	10,00	1,00	10,00
Microgotero	4,00	1,00	4,00
Jeringuilla de 50 cc	1,50	1,00	1,50
extención	4,00	1,00	4,00
jeringuillas de 10cc	0,60	6,00	3,60
jeringuillas de 5cc	0,60	8,00	4,80
jeringuilla de 3cc	0,60	4,00	2,40
guantes	0,50	3,00	1,50
jeringuilla de 20cc	1,00	2,00	2,00
agujas N. 27	0,30	4,00	1,20
bisturí N.15	0,50	4,00	2,00
vicryl 3/ 0	5,43	3,00	16,29
Nylon 5/0	4,93	5,00	24,65
Nylon 6/0	4,93	2,00	9,86
Gasas	3,00	10,00	30,00
compresas	10,00	3,00	30,00
sondas succión	1,50	3,00	4,50
Nylon 3-0	4,93	2,00	9,86
<b>COSTO TOTAL DE ESTE SERVICIO</b>			<b>162,16</b>

CLINICA ESTHETIC DEL VALLE	Fecha:	29-jun-08
LIPOSUCCION ABDOMINAL		

## TIEMPO DEL PERSONAL

## Tiempo de Servicio (Minutos)

Actividad	Cirujano Plástico	Ayudante	Anestesiologo	Instrumentista	Circulante	Enfermera	Total
Procedimiento	120	120	120	120	120	720	1320
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
<b>TOTAL DE TIEMPO DEL PERSONAL CLINICO</b>	120	120	120	120	120	720	<b>1320</b>

## MEDICAMENTOS, ANTICONCEPTIVOS Y SUMINISTROS CLINICOS UTILIZADOS

## Medicamentos

Item	Costo por Unidad	Unidades Utilizadas	Costo de Este Item
Cloruro de Na	2,00	4	8,00
Lactato Ringer	2,00	2	4,00
Adrenalina	1,00	1	1,00
Fentanyl	10,00	1	10,00
pavulón	2,50	2	5,00
Xilocaina	10,00	1	10,00
Remifentanyl	18,00	1	18,00
Atropina	1,00	1	1,00
Ciprofloxacina	5,00	3	15,00
Dolgenal	6,00	3	18,00
D+SS09%	2,00	2	4,00
Ranitidina	3,00	2	6,00
Povidine	0,10	100	10,00
Metroclorpramida	1,00	1	1,00
Bicarbonato	3,00	1	3,00
sevorane	1,12	30	33,60
Dormicum	5,00	1	5,00
Tiopental	10,00	1	10,00
<b>COSTO TOTAL DE ESTE SERVICIO</b>			<b>162,60</b>

## Suministros Clínicos

Item	Costo por Unidad	Unidades Utilizadas	Costo de Este Item
Kit-Equip. de venoclisis + catlón + llave 3 vias	10,00	1,00	10,00
Microgotero	4,00	1,00	4,00
Jeringuilla de 50 cc	1,50	2,00	3,00
extención	4,00	1,00	4,00
jeringuillas de 10cc	0,60	6,00	3,60
jeringuillas de 5cc	0,60	4,00	2,40
jeringuilla de 3cc	0,60	4,00	2,40
guantes	0,50	5,00	2,50
bisturí N.15	0,50	1,00	0,50
Nylon 5/0	4,93	1,00	4,93
Casas	3,00	5,00	15,00
compresas	10,00	1,00	10,00
sonda succión	1,50	1,00	1,50
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
<b>COSTO TOTAL DE ESTE SERVICIO</b>			<b>63,83</b>

CLINICA ESTHETIC DEL VALLE	Fecha:	20-Jun-08					
LIPOESCULTURA							
<b>TIEMPO DEL PERSONAL</b>							
<b>Tiempo de Servicio (Minutos)</b>							
Actividad	Cirujano Plástico	Ayudante	Anestesiologo	Instrumentista	Circulante	Enfermera	Total
Procedimiento	120	120	120	120	120	720	1320
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
<b>TOTAL DE TIEMPO DEL PERSONAL CLINIC</b>	120	120	120	120	120	720	<b>1320</b>

**MEDICAMENTOS, ANTICONCEPTIVOS Y SUMINISTROS CLINICOS UTILIZADOS**
**Medicamentos**

Item	Costo por Unidad	Unidades Utilizadas	Costo de Este Item
Cloruro de Na	2,00	6,00	12,00
Lactato Ringer	2,00	4,00	8,00
Adrenalina	1,00	2,00	2,00
Fentanyl	10,00	1,00	10,00
pavulón	2,50	3,00	7,50
Xilocaína	0,10	1,00	0,10
Remifentanyl	18,00	1,00	18,00
Atropina	1,00	1,00	1,00
Ciprofloxacina	5,00	4,00	20,00
Dolgenal	6,00	3,00	18,00
D+SS09%	2,00	2,00	4,00
Ranitidina	3,00	2,00	6,00
Povidine	0,10	200,00	20,00
Metroclorpramida	1,00	1,00	1,00
Sevorane	1,12	50,00	56,00
Dormicum	5,00	1,00	5,00
Tiopental	10,00	1,00	10,00
			0,00
<b>COSTO TOTAL DE ESTE SERVICIO</b>			<b>198,60</b>

**Suministros Clínicos**

Item	Costo por Unidad	Unidades Utilizadas	Costo de Este Item
Kit-Equip. de venoclisis + catlón + llave 3 vias	10,00	1,00	10,00
Microgotero	4,00	1,00	4,00
Jeringuilla de 50 cc	1,50	2,00	3,00
extención	4,00	1,00	4,00
jeringuillas de 10cc	0,60	6,00	3,60
jeringas de 20 cc	1,00	4,00	4,00
jeringuillas de 5cc	0,60	4,00	2,40
jeringuilla de 3cc	0,60	4,00	2,40
guantes	0,50	6,00	3,00
bisturí N.15	0,50	2,00	1,00
Nylon 5/0	4,93	1,00	4,93
Gasas	3,00	5,00	15,00
compresas	10,00	1,00	10,00
aguja N.16	0,23	2,00	0,46
sonda succión	1,50	2,00	3,00
<b>COSTO TOTAL DE ESTE SERVICIO</b>			<b>70,79</b>





CLINICA ESTHETIC VALLE	Fecha: 22-feb-08
MAMOPLASTIA REDUCTIVA	

## TIEMPO DEL PERSONAL

## Tiempo de Servicio (Minutos)

Actividad	Cirujano Plástico	Ayudante	Anestesiologo	Instrumentista	Circulante	Enfermera	Total
Procedimiento	210	210	210	210	210	720	1770
							0
<b>TOTAL DE TIEMPO DEL PERSONAL CLINICO</b>	210	210	210	210	210	720	<b>1770</b>

## MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS CLINICOS UTILIZADOS

## Medicamentos

Item	Costo por Unidad	Unidades Utilizadas	Costo de Este Item
Cloruro de Na	2,00	4	8,00
Lactato Ringer	2,00	2	4,00
Adrenalina	1,00	1	1,00
Fentanyl	10,00	1	10,00
pavulón	2,50	2	5,00
Xilocaína	0,10	1	0,10
Remifentanyl	18,00	1	18,00
Sevorane	1,12	100	112,00
Atropina	1,00	1	1,00
Ciprofloxacina	5,00	3	15,00
Dolgenal	6,00	4	24,00
D+SS09%	2,00	2	4,00
Ranitidina	3,00	1	3,00
Povidine	0,10	60	6,00
Metoclopramida	1,00	1	1,00
<b>COSTO TOTAL DE ESTE SERVICIO</b>			<b>212,10</b>

## Suministros Clínicos

Item	Costo por Unidad	Unidades Utilizadas	Costo de Este Item
Kit-Equip. de venoclisis + catlón + llave 3 vias	10,00	1,00	10,00
microgotero	4,00	1,00	4,00
Jeringuilla de 50 cc	1,50	1,00	1,50
extención	4,00	1,00	4,00
jeringuillas de 10cc	0,60	4,00	2,40
jeringuillas de 5cc	0,60	2,00	1,20
jeringuilla de 3cc	0,60	5,00	3,00
guantes	0,50	3,00	1,50
agujas N. 27	0,30	1,00	0,30
visturí N.15	0,50	4,00	2,00
vicryl 3/0	5,43	3,00	16,29
vicryl 2/0	4,64	2,00	9,28
Nylon 5/0	4,93	2,00	9,86
Nylon 6/0	4,93	1,00	4,93
Gasas	3,00	5,00	15,00
compresas	10,00	1,00	10,00
sondas succión	1,50	1,00	1,50
<b>COSTO TOTAL DE ESTE SERVICIO</b>			<b>96,76</b>

CLINICA ESTHETIC DEL VALLE	Fecha:	20-Jun-08						
MAMOPLASTIA DE AUMENTO								
TIEMPO DEL PERSONAL								
<b>Tiempo de Servicio (Minutos)</b>								
Actividad	Cirujano Plástico	Ayudante	Anestesiologo	Instrumentista	Circulante	Enfermera	Total	
Procedimiento	120	120	120	120	120	720	1320	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	
<b>TOTAL DE TIEMPO DEL PERSONAL CLINICO</b>	120	120	120	120	120	720	<b>1320</b>	
MEDICAMENTOS, ANTICONCEPTIVOS Y SUMINISTROS CLINICOS UTILIZADOS								
<b>Medicamentos</b>								
Item	Costo por Unidad	Unidades Utilizadas	Costo de Este Item					
Cloruro de Na	2,00	2,00	4,00					
Lactato Ringer	2,00	2,00	4,00					
Adrenalina	1,00	1,00	1,00					
Fentanyl	10,00	1,00	10,00					
pavulón	2,50	1,00	2,50					
Remifentanyl	18,00	1,00	18,00					
Sevorane	1,12	60,00	67,20					
Atropina	1,00	1,00	1,00					
Ciprofloxacina	5,00	3,00	15,00					
Dolgenal	6,00	4,00	24,00					
D+SS09%	2,00	2,00	4,00					
Ranitidina	3,00	1,00	3,00					
Povidine	0,10	100,00	10,00					
Metrocloramida	1,00	1,00	1,00					
			0,00					
			0,00					
			0,00					
			0,00					
			0,00					
<b>COSTO TOTAL DE ESTE SERVICIO</b>			<b>164,70</b>					
<b>Suministros Clínicos</b>								
Item	Costo por Unidad	Unidades Utilizadas	Costo de Este Item					
Kit-Equip. de venoclisis + catlón + llave 3 vias	10,00	1,00	10,00					
Microgotero	4,00	1,00	4,00					
Jeringuilla de 50 cc	1,50	1,00	1,50					
extención	4,00	1,00	4,00					
jeringuillas de 10cc	0,60	4,00	2,40					
jeringuillas de 5cc	0,60	2,00	1,20					
jeringuilla de 3cc	0,60	5,00	3,00					
guantes	0,50	3,00	1,50					
agujas N. 27	0,50	1,00	0,50					
visturí N. 15	0,50	1,00	0,50					
vicryl 3/0	5,43	1,00	5,43					
Nylon 5/0	4,93	1,00	4,93					
Nylon 6/0	4,93	1,00	4,93					
Gasas	3,00	3,00	9,00					
compresas	10,00	1,00	10,00					
sondas succión	1,50	1,00	1,50					
			0,00					
			0,00					
			0,00					
<b>COSTO TOTAL DE ESTE SERVICIO</b>			<b>64,39</b>					

CLINICA ESTHETIC DEL VALLE	Fecha:	20-Jun-08					
BLEFAROPLASTIA SUPERIOR INFERIOR							
TIEMPO DEL PERSONAL							
<b>Tiempo de Servicio (Minutos)</b>							
Actividad	Cirujano Plástico	Ayudante	Anestesiologo	Instrumentista	Circulante	Enfermera	Total
Procedimiento	45	45	45	45	45	720	945
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
<b>TOTAL DE TIEMPO DEL PERSONAL CLINIC</b>	45	45	45	45	45	720	<b>945</b>
MEDICAMENTOS, ANTICONCEPTIVOS Y SUMINISTROS CLINICOS UTILIZADOS							
<b>Medicamentos</b>							
Item	Costo por Unidad	Unidades Utilizadas	Costo de Este Item				
Cloruro de sodio 0.9% 1000cc	2,00	1,00	2,00				
Fentanyl	10,00	1,00	10,00				
Adrenalina	1,00	1,00	1,00				
Dolgenal	6,00	1,00	6,00				
Xilocaina al 2% sin epinefrina	0,10	15,00	1,50				
			0,00				
			0,00				
			0,00				
			0,00				
			0,00				
			0,00				
			0,00				
			0,00				
			0,00				
			0,00				
<b>COSTO TOTAL DE ESTE SERVICIO</b>			<b>20,50</b>				
<b>Suministros Clinicos</b>							
Item	Costo por Unidad	Unidades Utilizadas	Costo de Este Item				
Kit-Equip. de venoclisis + catlón + llave 3 vias	10,00	1,00	10,00				
Guantes quirúrgicos	0,50	2,00	1,00				
nylon 6/0	4,93	1,00	4,93				
Naylon 5/0	4,93	1,00	4,93				
aguja n.27	0,30	2,00	0,60				
jeringuilla 10	0,60	2,00	1,20				
jeringuilla 5	0,60	1,00	0,60				
jeringuilla 3	0,60	2,00	1,20				
gasa	3,00	1,00	3,00				
			0,00				
			0,00				
			0,00				
			0,00				
			0,00				
<b>COSTO TOTAL DE ESTE SERVICIO</b>			<b>27,46</b>				

CLINICA ESTHETIC DEL VALLE	Fecha:	20-Jun-08				
PLASTIA VAGINAL						
TIEMPO DEL PERSONAL						
<b>Tiempo de Servicio (Minutos)</b>						
Actividad	Cirujano Plástico	Ayudante	Anestesiologo	Instrumentista	Circulante	Total
Procedimiento	60	60	60	60	60	300
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
<b>TOTAL DE TIEMPO DEL PERSONAL CLINIC</b>	60	60	60	60	60	<b>300</b>
MEDICAMENTOS, ANTICONCEPTIVOS Y SUMINISTROS CLINICOS UTILIZADOS						
<b>Medicamentos</b>						
Item	Costo por Unidad	Unidades Utilizadas	Costo de Este Item			
Cloruro de sodio 0.9% 1000cc	2,00	1,00	2,00			
Fentanyl	10,00	1,00	10,00			
Adrenalina	1,00	1,00	1,00			
Dolgenal	6,00	1,00	6,00			
Xilocaina al 2% sin epinefrina	0,10	20,00	2,00			
Dormicum de 15 mg	5,00	1,00	5,00			
			0,00			
			0,00			
			0,00			
			0,00			
			0,00			
			0,00			
			0,00			
			0,00			
			0,00			
<b>COSTO TOTAL DE ESTE SERVICIO</b>			<b>26,00</b>			
<b>Suministros Clínicos</b>						
Item	Costo por Unidad	Unidades Utilizadas	Costo de Este Item			
Kit-Equip. de venocclisis + catlón + llave 3 vias	10,00	1,00	10,00			
Guantes quirúrgicos	0,50	2,00	1,00			
Vicryl 2/0	4,64	2,00	9,28			
tapon vaginal	3,00	1,00	3,00			
aguja n.27 largas	0,30	2,00	0,60			
jeringuilla 10	0,60	1,00	0,60			
gasa	3,00	2,00	6,00			
jeringuilla 3cc	0,60	1,00	0,60			
apósito	5,00	1,00	5,00			
			0,00			
			0,00			
			0,00			
			0,00			
			0,00			
<b>COSTO TOTAL DE ESTE SERVICIO</b>			<b>36,08</b>			

<b>CLINICA ESTHETIC DEL VALLE</b>											
<b>PUNTO DE EQUILIBRIO DETALLE</b>											
<b>AÑO 2007</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplasia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	lifting	
Costo Variable	408	497	697	970	1.929	1.219	839	318	357	1.580	
Precio de Venta	600	800	800	1.600	2.500	2.000	1.000	400	500	2.500	
Participación en las ventas	13,69%	16,33%	5,76%	15,37%	36,01%	2,40%	2,40%	1,44%	0,60%	6,00%	100,00%
Costo Fijo Total	21.768										
Costo Fijo	2979	3554	1254	3345	7840	523	523	314	131	1307	
<b>Punto de equilibrio en cantidad <math>Q=CF/PV-CVU</math></b>	16	12	12	5	14	1	3	4	1	1	<b>69</b>
<b>Punto de Equilibrio Ingresos = <math>Qe \cdot Pv</math></b>	9310	9383	9742	8495	34324	1338	3246	1530	457	3551	<b>81376</b>
<b>AÑO 2008</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplasia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	lifting	
Costo Variable	423	515	961	1.004	2.389	1.264	1.150	432	365	1.537	
Precio de Venta	623	830	1.243	1.660	3.439	2.075	1.496	567	519	2.594	
Participación en las ventas	11,93%	14,08%	7,33%	13,46%	40,56%	1,53%	3,31%	1,67%	0,38%	5,74%	100,00%
Costo Fijo Total	38.239										
Costo Fijo	4564	5383	2803	5149	15511	585	1266	639	146	2194	
<b>Punto de equilibrio en cantidad <math>Q=CF/PV-CVU</math></b>	23	17	10	8	15	1	4	5	1	2	<b>85</b>
<b>Punto de Equilibrio Ingresos = <math>Qe \cdot Pv</math></b>	14216	14181	12355	13029	50802	1497	5472	2684	493	5384	<b>120113</b>

<b>AÑO 2009</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplasia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	lifting	
Costo Variable	441	537	1.278	1.050	2.872	1.319	1.544	591	381	1.711	
Precio de Venta	649	866	1.775	1.732	4.411	2.165	2.124	798	541	2.706	
Participación en las ventas	10,36%	12,18%	9,16%	11,37%	43,45%	2,03%	3,99%	1,87%	0,51%	5,08%	100,00%
Costo Fijo Total	50.202										
Costo Fijo	5199	6117	4597	5709	21815	1020	2001	940	255	2549	
<b>Punto de equilibrio en cantidad <math>Q=CF/PV-CVU</math></b>	25	19	9	8	14	1	3	5	2	3	<b>89</b>
<b>Punto de Equilibrio Ingresos = <math>Qe \cdot Pv</math></b>	16223	16101	16418	14499	62525	2609	7328	3623	862	6931	<b>147121</b>
<b>AÑO 2010</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplasia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	lifting	
Costo Variable	463	564	1.573	1.099	3.218	1.383	1.924	759	399	1.793	
Precio de Venta	681	908	2.258	1.816	5.075	2.270	2.729	1.044	568	2.837	
Participación de las Ventas	9,54%	11,31%	9,85%	10,74%	45,84%	1,41%	4,25%	2,28%	0,35%	4,42%	100,00%
Costo Fijo Total	62.294										
Costo Fijo	5945	7046	6134	6693	28558	881	2647	1418	220	2752	
<b>Punto de equilibrio en cantidad <math>Q=CF/PV-CVU</math></b>	27	20	9	9	15	1	3	5	1	3	<b>95</b>
<b>Punto de Equilibrio Ingresos = <math>Qe \cdot Pv</math></b>	18570	18597	20220	16952	78047	2254	8975	5194	740	7479	<b>177028</b>
<b>AÑO 2011</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplasia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	lifting	
Costo Variable	488	595	1.824	1.161	3.437	1.460	2.260	925	421	1.892	
Precio de Venta	719	958	2.662	1.916	5.446	2.395	3.255	1.284	599	2.994	
Participación de las Ventas	9,38%	11,26%	11,01%	10,42%	45,02%	1,56%	4,25%	2,79%	0,39%	3,91%	100,00%
Costo Fijo Total	74.522										
Costo Fijo	6991	8389	8202	7768	33553	1165	3167	2083	291	2913	
<b>Punto de equilibrio en cantidad <math>Q=CF/PV-CVU</math></b>	30	23	10	10	17	1	3	6	2	3	<b>105</b>
<b>Punto de Equilibrio Ingresos = <math>Qe \cdot Pv</math></b>	21760	22140	26055	19713	90956	2985	10360	7448	981	7914	<b>210311</b>

## CLINICA ESTHETIC DEL VALLE

2007

## ANEXO No 2 ESCENARIO MEDIO

A RESUMEN DE INFORMACION		TOTAL											
			Rinoplastia	Rinoseptum lastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominopla stia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	lifting	
<b>A</b>	<b>1 VOLUMEN DE SERVICIOS</b>												
A	2 Volumen de servicios para este periodo	71	19	17	6	8	12	1	2	3	1	2	
A	3 Mezcla de servicios	100%	26,76%	23,94%	8,45%	11,27%	16,90%	1,41%	2,82%	4,23%	1,41%	2,82%	
<b>A</b>	<b>4 COSTOS POR SERVICIO</b>												
A	5 <i>COSTOS VARIABLES</i>												
A	6 Comisión		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	7 Honorarios profesionales por servicio		320	410	470	700	1.150	910	610	270	290	1.140	
A	8 Medicamentos utilizados		52	41	163	199	473	212	165	21	31	278	
A	9 Anticonceptivos utilizados		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	10 Suministros clínicos utilizados		36	46	64	71	306	97	64	27	36	162	
A	11 <i>TOTAL DE COSTOS VARIABLES</i>		408	497	697	970	1.929	1.219	839	318	357	1.580	
A	12 <i>COSTOS FIJOS</i>												
A	13 Costos directos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	14 Costos indirectos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	15 Depreciación de equipo especial		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	16 Otros costos fijos de operación		151	184	259	360	716	453	312	118	133	587	
A	17 <i>TOTAL DE COSTOS FIJOS</i>		151	184	259	360	716	453	312	118	133	587	
A	18 <i>COSTOS DE APOYO REGIONAL/CENTRAL</i>		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
A	19 <b>TOTAL DE COSTOS POR SERVICIO</b>	1.209	559	681	956	1.330	2.645	1.672	1.151	436	490	2.167	
<b>A</b>	<b>20 INGRESOS POR SERVICIO</b>												
A	21 Ingreso neto por servicio	1.270	600	800	800	1.600	2.500	2.000	1.000	400	500	2.500	
A	22 Superávit/pérdida por servicio	57		119	-156	270	-145	328	-151	-36	10	333	
<b>A</b>	<b>23 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS PARA LAS CATEGORIAS DE SERVICIOS</b>												
	<b>CATEGORIA DE SERVICIOS UNO</b>												
A	35 Porcentaje de costos recuperados	104%	107%	117%	84%	120%	95%	120%	87%	92%	102%	115%	
<b>A</b>	<b>36 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS DEL ESTABLECIMIENTO</b>												
A	37 Total de ingreso neto	83.300	11.400	13.600	4.800	12.800	30.000	2.000	2.000	1.200	500	5.000	
A	38 Total de costos variables, fijos y de apoyo	80.406	10.623	11.577	5.730	10.634	31.738	1.672	2.301	1.308	490	4.333	
A	39 Total de superávit/pérdida	2.894	777	2.023	-930	2.166	-1.738	328	-301	-108	10	667	
A	40 Porcentaje de costos recuperados	104%	107%	117%	84%	120%	95%	120%	87%	92%	102%	115%	

## CLINICA ESTHETIC DEL VALLE

2008

A	RESUMEN DE INFORMACION	TOTAL										
			Rinoplastia	Rinoseptum plastia	Liposucción abdominal	Lipoescultur a	Abdominopl astia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting
A	<b>1 VOLUMEN DE SERVICIOS</b>											
A	2 Volumen de servicios para este periodo	96	26	23	8	11	16	1	3	4	1	3
A	3 Mezcla de servicios	100%	26,76%	23,94%	8,45%	11,27%	16,90%	1,41%	2,82%	4,23%	1,41%	2,82%
A	<b>4 COSTOS POR SERVICIO</b>											
A	5 <b>COSTOS VARIABLES</b>											
A	6 Comisión		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	7 Honorarios profesionales por servicio		332	425	730	726	1.582	944	913	383	301	1.183
A	8 Medicamentos utilizados		54	43	165	205	490	220	170	21	27	288
A	9 Anticonceptivos utilizados		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	10 Suministros clínicos utilizados		37	47	66	73	317	100	67	28	37	66
A	11 <b>TOTAL DE COSTOS VARIABLES</b>		423	515	961	1.004	2.389	1.264	1.150	432	365	1.537
A	12 <b>COSTOS FIJOS</b>											
A	13 Costos directos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	14 Costos indirectos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	15 Depreciación de equipo especial		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	16 Otros costos fijos de operación		178	217	404	422	1.004	531	484	182	153	646
A	17 <b>TOTAL DE COSTOS FIJOS</b>		178	217	404	422	1.004	531	484	182	153	646
A	18 <b>COSTOS DE APOYO REGIONAL/CENTRAL</b>		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
A	19 <b>TOTAL DE COSTOS POR SERVICIO</b>	1.051	601	732	1.365	1.426	3.393	1.795	1.634	614	518	2.183
A	<b>20 INGRESOS POR SERVICIO</b>											
A	21 Ingreso neto por servicio	940	623	830	1.243	1.660	3.439	2.075	1.496	567	519	2.594
A	22 Superávit/pérdida por servicio	-110	22	98	-122	234	46	280	-138	-47	1	411
A	<b>23 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS PARA LAS CATEGORIAS DE SERVICIOS</b>											
	<b>CATEGORIA DE SERVICIOS UNO</b>											
A	<b>36 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS DEL ESTABLECIMIENTO</b>											
A	37 Total de ingreso neto	135.631	16.187	19.092	9.942	18.262	55.016	2.075	4.489	2.267	519	7.782
A	38 Total de costos variables, fijos y de apoyo	129.216	15.369	16.751	11.032	15.375	54.817	2.417	4.399	2.480	697	5.879
A	39 Total de superávit/pérdida	6.415	818	2.341	-1.090	2.887	199	-342	90	-213	-178	1.903
A	40 Porcentaje de costos recuperados	105%	105%	114%	90%	119%	100%	86%	102%	91%	74%	132%



## CLINICA ESTHETIC DEL VALLE

2009

A RESUMEN DE INFORMACION		TOTAL												
			Rinoplastia	Rinoseptum plastia	Liposucción abdominal	Lipoescultur a	Abdominopl astia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	lifting		
A	<b>1 VOLUMEN DE SERVICIOS</b>													
A	2 Volumen de servicios para este periodo	127	34	30	11	14	21	2	4	5	2	4		
A	3 Mezcla de servicios	100%	26,76%	23,94%	8,45%	11,27%	16,90%	1,41%	2,82%	4,23%	1,41%	2,82%		
A	<b>4 COSTOS POR SERVICIO</b>													
A	5 <i>COSTOS VARIABLES</i>													
A	6 Comisión		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	7 Honorarios profesionales por servicio		346	444	1.043	758	2.029	985	1.296	539	314	1.234		
A	8 Medicamentos utilizados		56	44	166	215	512	229	178	22	28	301		
A	9 Anticonceptivos utilizados		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
A	10 Suministros clínicos utilizados		39	49	69	77	331	105	70	30	39	176		
A	11 <b>TOTAL DE COSTOS VARIABLES</b>		441	537	1.278	1.050	2.872	1.319	1.544	591	381	1.711		
A	12 <i>COSTOS FIJOS</i>													
A	13 Costos directos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
A	14 Costos indirectos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
A	15 Depreciación de equipo especial		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
A	16 Otros costos fijos de operación		159	193	459	377	1.032	474	555	212	137	615		
A	17 <b>TOTAL DE COSTOS FIJOS</b>		159	193	459	377	1.032	474	555	212	137	615		
A	18 <i>COSTOS DE APOYO REGIONAL/CENTRAL</i>		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
A	19 <b>TOTAL DE COSTOS POR SERVICIO</b>	1.163	600	730	1.737	1.427	3.904	1.793	2.099	803	518	2.326		
A	<b>20 INGRESOS POR SERVICIO</b>													
A	21 Ingreso neto por servicio	1.110	649	866	1.775	1.732	4.411	2.165	2.124	798	541	2.706		
A	22 Superávit/pérdida por servicio	-52	49	136	38	305	507	372	25	-5	23	380		
A	<b>23 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS PARA LAS CATEGORIAS DE SERVICIOS</b>													
	CATEGORIA DE SERVICIOS UNO													
A	<b>36 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS DEL ESTABLECIMIENTO</b>													
A	37 Total de ingreso neto	213.162	22.077	25.973	19.520	24.242	92.629	4.329	8.497	3.991	1.082	10.822		
A	38 Total de costos variables, fijos y de apoyo	189.925	20.410	22.242	18.663	20.434	83.882	3.212	7.516	4.313	927	8.326		
A	39 Total de superávit/pérdida	23.237	1.667	3.731	857	3.808	8.747	1.117	981	-322	155	2.496		
A	40 Porcentaje de costos recuperados	112%	108%	117%	105%	119%	110%	135%	113%	93%	117%	130%		

## CLINICA ESTHETIC DEL VALLE

2010

A	RESUMEN DE INFORMACION	TOTAL											
			Rinoplastia	Rinoseptum plastia	Liposucción abdominal	Lipoescultur a	Abdominopl astia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting	
A	<b>1 VOLUMEN DE SERVICIOS</b>												
A	2 Volumen de servicios para este periodo	169	45	40	14	19	29	2	5	7	2	5	
A	3 Mezcla de servicios	100%	26,76%	23,94%	8,45%	11,27%	16,90%	1,41%	2,82%	4,23%	1,41%	2,82%	
A	<b>4 COSTOS POR SERVICIO</b>												
A	5 <b>COSTOS VARIABLES</b>												
A	6 Comisión		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	7 Honorarios profesionales por servicio		363	465	1.327	794	2.335	1.033	1.665	705	329	1.294	
A	8 Medicamentos utilizados		59	47	174	225	536	240	186	23	29	315	
A	9 Anticonceptivos utilizados		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	10 Suministros clínicos utilizados		41	52	72	80	347	110	73	31	41	184	
A	11 <b>TOTAL DE COSTOS VARIABLES</b>		463	564	1.573	1.099	3.218	1.383	1.924	759	399	1.793	
A	12 <b>COSTOS FIJOS</b>												
A	13 Costos directos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	14 Costos indirectos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	15 Depreciación de equipo especial		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	16 Otros costos fijos de operación		140	170	475	332	971	417	580	229	121	541	
A	17 <b>TOTAL DE COSTOS FIJOS</b>		140	170	475	332	971	417	580	229	121	541	
A	18 <b>COSTOS DE APOYO REGIONAL/CENTRAL</b>		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
A	19 <b>TOTAL DE COSTOS POR SERVICIO</b>	1.246	603	734	2.048	1.431	4.189	1.800	2.504	988	520	2.334	
A	<b>20 INGRESOS POR SERVICIO</b>												
A	21 Ingreso neto por servicio	1.262	681	908	2.258	1.816	5.075	2.270	2.729	1.044	568	2.837	
A	22 Superávit/pérdida por servicio	15	78	174	210	385	886	470	225	56	48	503	
A	<b>23 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS PARA LAS CATEGORIAS DE SERVICIOS</b>												
	<b>CATEGORIA DE SERVICIOS UNO</b>												
A	<b>36 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS DEL ESTABLECIMIENTO</b>												
A	37 Total de ingreso neto	321.046	30.637	36.311	31.613	34.495	147.181	4.539	13.644	7.307	1.135	14.184	
A	38 Total de costos variables, fijos y de apoyo	268.785	27.247	29.698	29.258	27.261	119.691	4.285	11.930	7.060	1.239	11.116	
A	39 Total de superávit/pérdida	52.261	3.390	6.613	2.355	7.234	27.490	254	1.714	247	-104	3.068	
A	40 Porcentaje de costos recuperados	119%	112%	122%	108%	127%	123%	106%	114%	103%	92%	128%	

## CLINICA ESTHETIC DEL VALLE

2011

A	RESUMEN DE INFORMACION	TOTAL											
			Rinoplastia	Rinoseptum plastia	Liposucción abdominal	Lipoescultur a	Abdominopl astia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting	
A	<b>1 VOLUMEN DE SERVICIOS</b>												
A	2 Volumen de servicios para este período	225	60	54	19	25	38	3	6	10	3	6	
A	3 Mezcla de servicios	100%	26,76%	23,94%	8,45%	11,27%	16,90%	1,41%	2,82%	4,23%	1,41%	2,82%	
A	<b>4 COSTOS POR SERVICIO</b>												
A	5 <b>COSTOS VARIABLES</b>												
A	6 Comisión		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	7 Honorarios profesionales por servicio		383	491	1.564	838	2.505	1.090	1.986	867	347	1.365	
A	8 Medicamentos utilizados		62	49	184	238	566	254	197	25	31	333	
A	9 Anticonceptivos utilizados		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	10 Suministros clínicos utilizados		43	55	76	85	366	116	77	33	43	194	
A	11 <b>TOTAL DE COSTOS VARIABLES</b>		488	595	1.824	1.161	3.437	1.460	2.260	925	421	1.892	
A	12 <b>COSTOS FIJOS</b>												
A	13 Costos directos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	14 Costos indirectos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	15 Depreciación de equipo especial		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	16 Otros costos fijos de operación		122	149	457	291	862	366	567	232	106	474	
A	17 <b>TOTAL DE COSTOS FIJOS</b>		122	149	457	291	862	366	567	232	106	474	
A	18 <b>COSTOS DE APOYO REGIONAL/CENTRAL</b>		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
A	19 <b>TOTAL DE COSTOS POR SERVICIO</b>	1.315	610	744	2.281	1.452	4.299	1.826	2.827	1.157	527	2.366	
A	<b>20 INGRESOS POR SERVICIO</b>												
A	21 Ingreso neto por servicio	1.389	719	958	2.662	1.916	5.446	2.395	3.255	1.284	599	2.994	
A	22 Superávit/pérdida por servicio	75	109	214	381	464	1.147	569	428	127	72	628	
A	<b>23 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS PARA LAS CATEGORIAS DE SERVICIOS</b>												
	<b>CATEGORIA DE SERVICIOS UNO</b>												
A	<b>36 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS DEL ESTABLECIMIENTO</b>												
A	37 Total de ingreso neto	459.609	43.116	51.740	50.586	47.907	206.937	7.186	19.531	12.844	1.797	17.965	
A	38 Total de costos variables, fijos y de apoyo	371.770	36.761	40.061	43.372	36.801	163.431	5.782	17.909	10.987	1.671	14.995	
A	39 Total de superávit/pérdida	87.839	6.355	11.679	7.214	11.106	43.506	1.404	1.622	1.857	126	2.970	
A	40 Porcentaje de costos recuperados	124%	117%	129%	117%	130%	127%	124%	109%	117%	108%	120%	

<b>CLINICA ESTHETIC DEL VALLE</b>										
<b>BALANCE GENERAL</b>										
	AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2007		AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2008		AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2009		AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2010		AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2011	
	parcial	total	parcial	total	parcial	total	parcial	total	parcial	total
<b>ACTIVOS</b>										
<b>Activos Corrientes</b>										
Efectivo	2.894		6.415		23.237		52.261		87.839	
Otras cuentas por cobrar	0									
Inventarios	0									
<b>Total Activos Corrientes</b>		2894		6415		23237		52261		87839
<b>Activos no Corrientes</b>										
Edificios	240000		240000		240000		240000		240000	
Dep. Acum Edificios	4320		8640		12960		17280		21600	
Maquinaria y Equipo	65500		65500		65500		65500		65500	
Dep. Acum Maquinaria y Equipo	5895		11790		17685		23580		29475	
Muebles y Enseres	5000		5000		5000		5000		5000	
Dep. Acum Muebles y Enseres	450		900		1350		1800		2250	
Equipos de computación	2000		2000		2000		2000		2000	
Dep. Acum Equipos de Computación	360		720		1080		1440		1800	
Otros Activos										
<b>Total Activos no Corrientes</b>		301475		290450		279425		268400		257375
<b>TOTAL ACTIVOS</b>		<b>304369</b>		<b>296865</b>		<b>302662</b>		<b>320661</b>		<b>345214</b>
<b>PASIVOS</b>										
<b>Pasivos Corrientes</b>										
Préstamos a corto plazo	0									
Cuentas por pagar comerciales	0									
Otras cuentas por pagar	0									
<b>Total Pasivos Corrientes</b>		0		0		0		0		0
<b>Pasivos no corrientes</b>										
Deudas a largo plazo	0									
<b>Total Pasivo no corriente</b>		0		0		0		0		0
<b>TOTAL PASIVOS</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>
<b>PATRIMONIO</b>										
Capital pagado	301475		290450		279425		268400		257375	
Reservas	0									
Utilidades/(pérdidas) acumuladas	2.894		6.415		23.237		52.261		87.839	
<b>Total Patrimonio</b>		<b>304369</b>		<b>296865</b>		<b>302662</b>		<b>320661</b>		<b>345214</b>
<b>TOTAL PASIVOS Y PATRIMONIO</b>		<b>304369</b>		<b>296865</b>		<b>302662</b>		<b>320661</b>		<b>345214</b>

<b>ESTADO DE RESULTADOS</b>					
	<b>AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2007</b>	<b>AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2008</b>	<b>AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2009</b>	<b>AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2010</b>	<b>AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2011</b>
Ventas Netas	83.300	135.631	213.162	321.046	459.609
- Costo de Ventas	58.638	90.977	139.723	206.491	297.248
<b>Utilidad Bruta en Ventas</b>	<b>24.662</b>	<b>44.654</b>	<b>73.439</b>	<b>114.555</b>	<b>162.361</b>
Gastos Administrativos	2.879	8.065	8.652	9.308	10.018
Gastos Generales	3.594	3.713	3.873	4.061	4.286
Gastos de Ventas	4.270	4.412	4.601	4.825	5.092
Depreciación activos fijos	11.025	22.050	33.075	44.100	55.125
<b>Utilidad del Ejercicio</b>	<b>2.894</b>	<b>6.414</b>	<b>23.237</b>	<b>52.261</b>	<b>87.839</b>
<b>Conciliación Tributaria</b>					
Utilidad gravable	2.894	6.414	23.237	52.261	87.839
+ Gastos no deducibles	0	0	0	0	0
- 15% participación trab	434	962	3486	7839	13176
- 100% de Ingresos Exentos(dividendos)	0	0	0	0	0
- Amortización pérdida años anteriores	0	0	0	0	0
<b>Utilidad gravable</b>	<b>2.460</b>	<b>5.452</b>	<b>19.752</b>	<b>44.422</b>	<b>74.663</b>
x tarifa del impuesto	0%	0%	15%	20%	30%
Impuesto a la renta causado		0	1371	5792	14057
- Anticipo impuesto a la renta	0	0	0	685	2896
- Retenciones en la Fuente	0	0	0	0	0
<b>Impuesto a la renta por pagar</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1370,78</b>	<b>5106,99</b>	<b>11160,82</b>

## CLINICA ESTHETIC DEL VALLE

### FLUJO DE CAJA

	2007	2008	2009	2010	2011
Efectivo Disponible (a principio del año)	0	13.485	40.987	92.443	175.173
<b>RECIBOS DE EFECTIVO</b>					
Ventas en Efectivo	83.300	135.631	213.162	321.046	459.609
<b>TOTAL DE INGRESOS DE EFECTIVO</b>	<b>83.300</b>	<b>135.631</b>	<b>213.162</b>	<b>321.046</b>	<b>459.609</b>
<b>Efectivo Total Disponible (antes de los retiros)</b>	<b>83.300</b>	<b>149.116</b>	<b>254.149</b>	<b>413.489</b>	<b>634.782</b>
<b>EFFECTIVO PAGADO</b>					
Costos Variables	58.638	90.977	139.723	206.491	297.248
Costos Fijos	10.743	16.190	17.127	18.194	19.397
15% Particip. Utilidades	434	962	3.486	7.839	13.176
Impuesto a la renta	0	0	1.371	5.792	14.057
<b>SUBTOTAL</b>	<b>69.815</b>	<b>108.129</b>	<b>161.706</b>	<b>238.316</b>	<b>343.878</b>
<b>TOTAL DE EFECTIVO PAGADO</b>	<b>69.815</b>	<b>108.129</b>	<b>161.706</b>	<b>238.316</b>	<b>343.878</b>
<b>Posición de Efectivo (final de año) 1</b>	<b>13.485</b>	<b>40.987</b>	<b>92.443</b>	<b>175.173</b>	<b>290.904</b>

<b>CLINICA ESTHETIC DEL VALLE</b>					
<b>PRESUPUESTO</b>					
	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>INGRESOS</b>					
VENTA DE SERVICIOS	83.300	135.631	213.162	321.046	459.609
OTROS INGRESOS					
SALDOS DISPONIBLES		13485	45737	102148	190071
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>83.300</b>	<b>149.116</b>	<b>258.899</b>	<b>423.194</b>	<b>649.680</b>
<b>GASTOS</b>					
REMUNERACIONES UNIFICADAS	2040	2400	2760	3120	3480
DECIMO TERCER SUELDO	169,17	197,50	169,17	169,17	169,17
DECIMO CUARTO SUELDO	170	200	230	260	290
HONORARIOS PROFESIONALES	40.780	66372	105226	158451	229723
AGUA POTABLE	600	620	647	678	716
ENERGIA ELECTRICA	1.200	1.240	1.293	1.356	1.431
TELECOMUNICACIONES	720	744	776	814	859
SERVICIO DE VIGILANCIA	360	372	388	407	429
TRANSPORTE	900	930	970	1.017	1.073
DIFUSION, INFORMACION Y PUBLICIDAD	1.350	1.395	1.455	1.525	1.610
MATERIALES DE OFICINA	500	517	539	565	596
INSUMOS MEDICOS	6.739	9.139	13.067	18.208	25.571
MEDICAMENTOS	11.119	15.466	21.430	29.832	41.954
MANTENIMIENTO (EQUIPOS, MOBILIARIO)	1.800	1.860	1.940	2.034	2.147
LIMPIEZA Y LAVANDERIA	100	103	108	113	119
OTROS GASTOS	834	862	899	942	995
IMPUESTOS	0	0	1.371	5.792	14.057
15% Participación Utilidades	434	962	3.486	7.839	13.176
<b>TOTAL GASTOS</b>	<b>69815</b>	<b>103378</b>	<b>156752</b>	<b>233122</b>	<b>338395</b>
<b>SUPERVIT</b>	<b>13485</b>	<b>45737</b>	<b>102148</b>	<b>190071</b>	<b>311285</b>

<b>CLINICA ESTHETIC DEL VALLE</b>						
<b>CALCULO DE TIR</b>						
<i>TIR</i> .- La tasa de rendimiento es igual a su tasa esperada de rendimiento, y si la tasa interna de rendimiento es superior al costo de los fondos que se usaron para financiar el proyecto quedará un superavit						
	<b>INVERSION</b>					
		<b>AÑO 0</b>				
	Edificios	240000				
	Maquinaria y Equipo	65500				
	Muebles y Enseres	5000				
	Vehículos	0				
	Instalaciones	0				
	Equipos de computac	2000				
		<b>312500</b>				
	<b>AÑO 0 ( 2006)</b>	<b>AÑO 1 (2007)</b>	<b>AÑO 2 (2008)</b>	<b>AÑO 3 (2009)</b>	<b>AÑO 4 (2010)</b>	<b>AÑO 5 (2011)</b>
	-312500	13.485	40.987	92.443	175.173	290.904
	<b>18,2% TIR</b>					



<b>CLINICA ESTHETIC DEL VALLE</b>											
<b>PUNTO DE EQUILIBRIO</b>											
		Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	lifting
<b>Año 2007</b>											
PE-INGRESOS	81376										
PE-CANTIDAD	69	16	12	12	5	14	1	3	4	1	1
<b>Año 2008</b>											
PE-INGRESOS	120113										
PE-CANTIDAD	85	23	17	10	8	15	1	4	5	1	2
<b>Año 2009</b>											
PE-INGRESOS	147121										
PE-CANTIDAD	89	25	19	9	8	14	1	3	5	2	3
<b>Año 2010</b>											
PE-INGRESOS	177028										
PE-CANTIDAD	95	27	20	9	9	15	1	3	5	1	3
<b>Año 2011</b>											
PE-INGRESOS	210311										
PE-CANTIDAD	105	30	23	10	10	17	1	3	6	2	3

Porcentaje de Incremento Precios Medicamentos e insumos (datos para proyección)	3,32%	3,76%	4,30%	4,85%	5,55%
<b>PROYECCION DE PRECIOS PARA CIRUGIAS</b>					
		3,76%	4,30%	4,85%	5,55%
	<b>AÑO 1 (2007)</b>	<b>AÑO 2 (2008)</b>	<b>AÑO 3(2009)</b>	<b>AÑO 4(2010)</b>	<b>AÑO 5(2011)</b>
BLEFAROPLASTIA INFERIOR-SUPERIOR	400	567	798	1044	1284
DERMOLIPECTOMÍA ABDOMINAL(Abdominoplastia)	2500	3439	4411	5075	5446
LIFTING TOTAL	2500	2594	2706	2837	2994
LIPOESCULTURA TOTAL	1600	1660	1732	1816	1916
LIPOSUCCIÓN ABDOMINAL	800	1243	1775	2258	2662
MAMOPLASTÍA DE AUMENTO	1000	1496	2124	2729	3255
MAMOPLASTÍA REDUCTIVA	2000	2075	2164	2269	2395
PLASTIA VAGINAL	500	519	541	567	599
RINOPLASTIA	600	623	649	681	719
RINOSEPTUMPLASTIA	800	830	866	908	958

<b>HONORARIOS AÑO 2007</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting	
CP	180	240	240	480	750	600	300	120	150	750	
AYUDANTE	40	50			80	60	50		40	80	
ANESTEC.	60	80	120	120	200	150	150	60	60	200	
INSTRUMENT	30	30	50	40	50	40	50	40	30	50	
CIRCULANTE	10	10	10	10	20	10	10	10	10	10	
ENFERMERA			50	50	50	50	50	40		50	
<b>TOTAL</b>	<b>320</b>	<b>410</b>	<b>470</b>	<b>700</b>	<b>1150</b>	<b>910</b>	<b>610</b>	<b>270</b>	<b>290</b>	<b>1140</b>	<b>6270</b>
<b>PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE HONORARIOS DE PRECIOS</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting	
CP	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	
AYUDANTE	7%	6%	0%	0%	3%	3%	5%	0%	8%	3%	
ANESTEC.	10%	10%	15%	8%	8%	8%	15%	15%	12%	8%	
INSTRUMENT	0,05	4%	6%	3%	2%	2%	5%	10%	6%	2%	
CIRCULANTE	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	3%	2%	0%	
ENFERMERA	0%	0%	6%	3%	2%	3%	5%	10%	0%	2%	
<b>TOTAL</b>	<b>53%</b>	<b>51%</b>	<b>59%</b>	<b>44%</b>	<b>46%</b>	<b>46%</b>	<b>61%</b>	<b>68%</b>	<b>58%</b>	<b>46%</b>	
<b>PROYECCION HONORARIOS 2008</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting	
CP	187	249	373	498	1032	623	449	170	156	778	
AYUDANTE	42	52	0	0	110	62	75	0	42	83	
ANESTEC.	62	83	186	125	275	156	224	85	62	208	
INSTRUMENT	31	31	78	42	69	42	75	57	31	52	
CIRCULANTE	10	10	16	10	28	10	15	14	10	10	
ENFERMERA	0	0	78	52	69	52	75	57	0	52	
<b>TOTAL</b>	<b>332</b>	<b>425</b>	<b>730</b>	<b>726</b>	<b>1582</b>	<b>944</b>	<b>913</b>	<b>383</b>	<b>301</b>	<b>1183</b>	<b>7519</b>

<b>PROYECCION HONORARIOS 2009</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting	
CP	195	260	532	519	1323	649	637	239	162	812	
AYUDANTE	43	54	0	0	141	65	106	0	43	87	
ANESTEC.	65	87	266	130	353	162	319	120	65	216	
INSTRUMENT	32	32	111	43	88	43	106	80	32	54	
CIRCULANTE	11	11	22	11	35	11	21	20	11	11	
ENFERMERA	0	0	111	54	88	54	106	80	0	54	
TOTAL	346	444	1043	758	2029	985	1296	539	314	1234	8986
<b>PROYECCION HONORARIOS 2010</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting	
CP	204	272	677	545	1523	681	819	313	170	851	
AYUDANTE	45	57	0	0	162	68	136	0	45	91	
ANESTEC.	68	91	339	136	406	170	409	157	68	227	
INSTRUMENT	34	34	141	45	102	45	136	104	34	57	
CIRCULANTE	11	11	28	11	41	11	27	26	11	11	
ENFERMERA	0	0	141	57	102	57	136	104	0	57	
TOTAL	363	465	1327	794	2335	1033	1665	705	329	1294	10308
<b>PROYECCION HONORARIOS 2011</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting	
CP	216	287	799	575	1634	719	977	385	180	898	
AYUDANTE	48	60	0	0	174	72	163	0	48	96	
ANESTEC.	72	96	399	144	436	180	488	193	72	240	
INSTRUMENT	36	36	166	48	109	48	163	128	36	60	
CIRCULANTE	12	12	33	12	44	12	33	32	12	12	
ENFERMERA	0	0	166	60	109	60	163	128	0	60	
TOTAL	383	491	1564	838	2505	1090	1986	867	347	1365	11437

<b>CLINICA ESTHETIC DEL VALLE</b>											
<b>PUNTO DE EQUILIBRIO DETALLE</b>											
<b>AÑO 2007</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	lifting	
Costo Variable	408	497	697	970	1.929	1.219	839	318	357	1.580	
Precio de Venta	600	800	800	1.600	2.500	2.000	1.000	400	500	2.500	
Participación en las ventas	13,69%	16,33%	5,76%	15,37%	36,01%	2,40%	2,40%	1,44%	0,60%	6,00%	100,00%
Costo Fijo Total	21.768										
Costo Fijo	2979	3554	1254	3345	7840	523	523	314	131	1307	
<b>Punto de equilibrio en cantidad <math>Q=CF/PV-CVU</math></b>	16	12	12	5	14	1	3	4	1	1	<b>69</b>
<b>Punto de Equilibrio Ingresos = <math>Qe*Pv</math></b>	9310	9383	9742	8495	34324	1338	3246	1530	457	3551	<b>81376</b>
<b>AÑO 2008</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	lifting	
Costo Variable	423	515	961	1.004	2.389	1.264	1.150	432	365	1.537	
Precio de Venta	623	830	1.243	1.660	3.439	2.075	1.496	567	519	2.594	
Participación en las ventas	11,93%	14,08%	7,33%	13,46%	40,56%	1,53%	3,31%	1,67%	0,38%	5,74%	100,00%
Costo Fijo Total	38.239										
Costo Fijo	4564	5383	2803	5149	15511	585	1266	639	146	2194	
<b>Punto de equilibrio en cantidad <math>Q=CF/PV-CVU</math></b>	23	17	10	8	15	1	4	5	1	2	<b>85</b>
<b>Punto de Equilibrio Ingresos = <math>Qe*Pv</math></b>	14216	14181	12355	13029	50802	1497	5472	2684	493	5384	<b>120113</b>

<b>AÑO 2009</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplasia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	lifting	
Costo Variable	441	537	1.278	1.050	2.872	1.319	1.544	591	381	1.711	
Precio de Venta	649	866	1.775	1.732	4.411	2.165	2.124	798	541	2.706	
Participación en las ventas	10,36%	12,18%	9,16%	11,37%	43,45%	2,03%	3,99%	1,87%	0,51%	5,08%	100,00%
Costo Fijo Total	50.202										
Costo Fijo	5199	6117	4597	5709	21815	1020	2001	940	255	2549	
<b>Punto de equilibrio en cantidad <math>Q=CF/PV-CVU</math></b>	25	19	9	8	14	1	3	5	2	3	<b>89</b>
<b>Punto de Equilibrio Ingresos = <math>Qe*Pv</math></b>	16223	16101	16418	14499	62525	2609	7328	3623	862	6931	<b>147121</b>
<b>AÑO 2010</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplasia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	lifting	
Costo Variable	463	564	1.573	1.099	3.218	1.383	1.924	759	399	1.793	
Precio de Venta	681	908	2.258	1.816	5.075	2.270	2.729	1.044	568	2.837	
Participación de las Ventas	9,54%	11,31%	9,85%	10,74%	45,84%	1,41%	4,25%	2,28%	0,35%	4,42%	100,00%
Costo Fijo Total	62.294										
Costo Fijo	5945	7046	6134	6693	28558	881	2647	1418	220	2752	
<b>Punto de equilibrio en cantidad <math>Q=CF/PV-CVU</math></b>	27	20	9	9	15	1	3	5	1	3	<b>95</b>
<b>Punto de Equilibrio Ingresos = <math>Qe*Pv</math></b>	18570	18597	20220	16952	78047	2254	8975	5194	740	7479	<b>177028</b>
<b>AÑO 2011</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplasia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	lifting	
Costo Variable	488	595	1.824	1.161	3.437	1.460	2.260	925	421	1.892	
Precio de Venta	719	958	2.662	1.916	5.446	2.395	3.255	1.284	599	2.994	
Participación de las Ventas	9,38%	11,26%	11,01%	10,42%	45,02%	1,56%	4,25%	2,79%	0,39%	3,91%	100,00%
Costo Fijo Total	74.522										
Costo Fijo	6991	8389	8202	7768	33553	1165	3167	2083	291	2913	
<b>Punto de equilibrio en cantidad <math>Q=CF/PV-CVU</math></b>	30	23	10	10	17	1	3	6	2	3	<b>105</b>
<b>Punto de Equilibrio Ingresos = <math>Qe*Pv</math></b>	21760	22140	26055	19713	90956	2985	10360	7448	981	7914	<b>210311</b>

## CLINICA ESTHETIC DEL VALLE

2007

## ANEXO No 3 ESCENARIO OPTIMISTA

A RESUMEN DE INFORMACION		TOTAL												
			Rinoplastia	Rinoseptoplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	lifting		
<b>A</b>	<b>1 VOLUMEN DE SERVICIOS</b>													
A	2 Volumen de servicios para este periodo	71	19	17	6	8	12	1	2	3	1	2		
A	3 Mezcla de servicios	100%	26,76%	23,94%	8,45%	11,27%	16,90%	1,41%	2,82%	4,23%	1,41%	2,82%		
<b>A</b>	<b>4 COSTOS POR SERVICIO</b>													
A	5 <i>COSTOS VARIABLES</i>													
A	6 Comisión		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	7 Honorarios profesionales por servicio		320	410	470	700	1.150	910	610	270	290	1.140		
A	8 Medicamentos utilizados		52	41	163	199	473	212	165	21	31	278		
A	9 Anticonceptivos utilizados		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
A	10 Suministros clínicos utilizados		36	46	64	71	306	97	64	27	36	162		
A	11 <i>TOTAL DE COSTOS VARIABLES</i>		408	497	697	970	1.929	1.219	839	318	357	1.580		
A	12 <i>COSTOS FIJOS</i>													
A	13 Costos directos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
A	14 Costos indirectos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
A	15 Depreciación de equipo especial		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
A	16 Otros costos fijos de operación		151	184	259	360	716	453	312	118	133	587		
A	17 <i>TOTAL DE COSTOS FIJOS</i>		151	184	259	360	716	453	312	118	133	587		
A	18 <i>COSTOS DE APOYO REGIONAL/CENTRAL</i>		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
A	19 <b>TOTAL DE COSTOS POR SERVICIO</b>	1.209	559	681	956	1.330	2.645	1.672	1.151	436	490	2.167		
<b>A</b>	<b>20 INGRESOS POR SERVICIO</b>													
A	21 Ingreso neto por servicio	1.270	600	800	800	1.600	2.500	2.000	1.000	400	500	2.500		
A	22 Superávit/pérdida por servicio	61	41	119	-156	270	-145	328	-151	-36	10	333		
<b>A</b>	<b>23 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS PARA LAS CATEGORIAS DE SERVICIOS</b>													
	<b>CATEGORIA DE SERVICIOS UNO</b>													
A	35 Porcentaje de costos recuperados	104%	107%	117%	84%	120%	95%	120%	87%	92%	102%	115%		
<b>A</b>	<b>36 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS DEL ESTABLECIMIENTO</b>													
A	37 Total de ingreso neto	83.300	11.400	13.600	4.800	12.800	30.000	2.000	2.000	1.200	500	5.000		
A	38 Total de costos variables, fijos y de apoyo	80.406	10.623	11.577	5.730	10.634	31.738	1.672	2.301	1.308	490	4.333		
A	39 Total de superávit/pérdida	2.894	777	2.023	-930	2.166	-1.738	328	-301	-108	10	667		
A	40 Porcentaje de costos recuperados	104%	107%	117%	84%	120%	95%	120%	87%	92%	102%	115%		

## CLINICA ESTHETIC DEL VALLE

2008

A RESUMEN DE INFORMACION		TOTAL											
			Rinoplastia	Rinoseptum lastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominopla stia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting	
<b>A</b>	<b>1 VOLUMEN DE SERVICIOS</b>												
A	2 Volumen de servicios para este periodo	96	26	23	8	11	16	1	3	4	1	3	
A	3 Mezcla de servicios	100%	26,76%	23,94%	8,45%	11,27%	16,90%	1,41%	2,82%	4,23%	1,41%	2,82%	
<b>A</b>	<b>4 COSTOS POR SERVICIO</b>												
A	5 <i>COSTOS VARIABLES</i>												
A	6 Comisión		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	7 Honorarios profesionales por servicio		388	454	730	756	1.582	989	913	383	369	1.285	
A	8 Medicamentos utilizados		54	43	165	205	490	220	170	21	27	288	
A	9 Anticonceptivos utilizados		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	10 Suministros clínicos utilizados		37	47	66	73	317	100	67	28	37	66	
A	11 <i>TOTAL DE COSTOS VARIABLES</i>		479	544	961	1.034	2.389	1.309	1.150	432	433	1.639	
A	12 <i>COSTOS FIJOS</i>												
A	13 Costos directos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	14 Costos indirectos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	15 Depreciación de equipo especial		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	16 Otros costos fijos de operación		195	222	392	422	974	534	469	176	177	668	
A	17 <i>TOTAL DE COSTOS FIJOS</i>		195	222	392	422	974	534	469	176	177	668	
A	18 <i>COSTOS DE APOYO REGIONAL/CENTRAL</i>		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
A	19 <b>TOTAL DE COSTOS POR SERVICIO</b>	1.083	674	766	1.353	1.456	3.363	1.843	1.619	608	610	2.307	
<b>A</b>	<b>20 INGRESOS POR SERVICIO</b>												
A	21 Ingreso neto por servicio	982	727	885	1.243	1.729	3.439	2.174	1.496	567	637	2.817	
A	22 Superávit/pérdida por servicio	-101	53	119	-110	273	76	331	-123	-41	27	510	
<b>A</b>	<b>23 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS PARA LAS CATEGORIAS DE SERVICIOS</b>												
	<b>CATEGORIA DE SERVICIOS UNO</b>												
<b>A</b>	<b>36 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS DEL ESTABLECIMIENTO</b>												
A	37 Total de ingreso neto	141.251	18.894	20.362	9.942	19.019	55.016	2.174	4.489	2.267	637	8.451	
A	38 Total de costos variables, fijos y de apoyo	132.039	17.233	17.514	10.933	15.696	54.330	2.482	4.360	2.458	821	6.212	
A	39 Total de superávit/pérdida	9.212	1.661	2.848	-991	3.323	686	-308	129	-191	-184	2.239	
A	40 Porcentaje de costos recuperados	107%	110%	116%	91%	121%	101%	88%	103%	92%	78%	136%	



## CLINICA ESTHETIC DEL VALLE

2009

A RESUMEN DE INFORMACION		TOTAL												
			Rinoplastia	Rinoseptum plastia	Liposucción abdominal	Lipoescultur a	Abdominopl astia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	liffing		
A	<b>1 VOLUMEN DE SERVICIOS</b>													
A	2 Volumen de servicios para este período	127	34	30	11	14	21	2	4	5	2	4		
A	3 Mezcla de servicios	100%	26,76%	23,94%	8,45%	11,27%	16,90%	1,41%	2,82%	4,23%	1,41%	2,82%		
A	<b>4 COSTOS POR SERVICIO</b>													
A	5 <b>COSTOS VARIABLES</b>													
A	6 Comisión		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A	7 Honorarios profesionales por servicio		467	510	1.033	828	2.011	1.090	1.284	534	460	1.368		
A	8 Medicamentos utilizados		56	44	166	215	512	229	178	22	28	301		
A	9 Anticonceptivos utilizados		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
A	10 Suministros clínicos utilizados		39	49	69	77	331	105	70	30	39	176		
A	11 <b>TOTAL DE COSTOS VARIABLES</b>		562	603	1.268	1.120	2.854	1.424	1.532	586	527	1.845		
A	12 <b>COSTOS FIJOS</b>													
A	13 Costos directos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
A	14 Costos indirectos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
A	15 Depreciación de equipo especial		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
A	16 Otros costos fijos de operación		192	206	433	382	973	486	522	200	180	629		
A	17 <b>TOTAL DE COSTOS FIJOS</b>		192	206	433	382	973	486	522	200	180	629		
A	18 <b>COSTOS DE APOYO REGIONAL/CENTRAL</b>		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
A	19 <b>TOTAL DE COSTOS POR SERVICIO</b>	1.224	754	809	1.701	1.502	3.827	1.910	2.054	786	707	2.474		
A	<b>20 INGRESOS POR SERVICIO</b>													
A	21 Ingreso neto por servicio	1.186	876	996	1.759	1.893	4.372	2.396	2.105	790	793	2.999		
A	22 Superávit/pérdida por servicio	-38	122	187	58	391	545	486	51	4	86	525		
A	<b>23 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS PARA LAS CATEGORIAS DE SERVICIOS</b>													
	<b>CATEGORIA DE SERVICIOS UNO</b>													
A	<b>36 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS DEL ESTABLECIMIENTO</b>													
A	37 Total de ingreso neto	228.067	29.791	29.874	19.348	26.499	91.810	4.792	8.419	3.952	1.586	11.996		
A	38 Total de costos variables, fijos y de apoyo	197.454	25.655	24.661	18.279	21.512	82.232	3.421	7.356	4.217	1.266	8.855		
A	39 Total de superávit/pérdida	30.613	4.136	5.213	1.069	4.987	9.578	1.371	1.063	-265	320	3.141		
A	40 Porcentaje de costos recuperados	116%	116%	121%	106%	123%	112%	140%	114%	94%	125%	135%		

## CLINICA ESTHETIC DEL VALLE

2010

A RESUMEN DE INFORMACION		TOTAL											
			Rinoplastia	Rinoseptum plastia	Liposucción abdominal	Lipoescultur a	Abdominopl astia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting	
A	<b>1 VOLUMEN DE SERVICIOS</b>												
A	2 Volumen de servicios para este período	169	45	40	14	19	29	2	5	7	2	5	
A	3 Mezcla de servicios	100%	26,76%	23,94%	8,45%	11,27%	16,90%	1,41%	2,82%	4,23%	1,41%	2,82%	
A	<b>4 COSTOS POR SERVICIO</b>												
A	5 <b>COSTOS VARIABLES</b>												
A	6 Comisión		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	7 Honorarios profesionales por servicio		523	539	1.299	854	2.289	1.130	1.629	690	533	1.467	
A	8 Medicamentos utilizados		59	47	174	225	536	240	186	23	29	315	
A	9 Anticonceptivos utilizados		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	10 Suministros clínicos utilizados		41	52	72	80	347	110	73	31	41	184	
A	11 <b>TOTAL DE COSTOS VARIABLES</b>		623	638	1.545	1.159	3.172	1.480	1.888	744	603	1.966	
A	12 <b>COSTOS FIJOS</b>												
A	13 Costos directos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	14 Costos indirectos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	15 Depreciación de equipo especial		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	16 Otros costos fijos de operación		178	183	443	332	909	424	541	213	173	563	
A	17 <b>TOTAL DE COSTOS FIJOS</b>		178	183	443	332	909	424	541	213	173	563	
A	18 <b>COSTOS DE APOYO REGIONAL/CENTRAL</b>		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
A	19 <b>TOTAL DE COSTOS POR SERVICIO</b>	1.313	801	821	1.988	1.491	4.081	1.904	2.429	957	776	2.529	
A	<b>20 INGRESOS POR SERVICIO</b>												
A	21 Ingreso neto por servicio	1.343	980	1.052	2.211	1.953	4.975	2.483	2.670	1.022	919	3.216	
A	22 Superávit/pérdida por servicio	29	179	231	223	462	894	579	241	65	143	687	
A	<b>23 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS PARA LAS CATEGORIAS DE SERVICIOS</b>												
A	<b>CATEGORIA DE SERVICIOS UNO</b>												
A	<b>36 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS DEL ESTABLECIMIENTO</b>												
A	37 Total de ingreso neto	341.901	44.109	42.068	30.958	37.099	144.278	4.966	13.351	7.153	1.838	16.081	
A	38 Total de costos variables, fijos y de apoyo	279.696	36.226	33.195	28.412	28.414	116.605	4.534	11.572	6.841	1.850	12.047	
A	39 Total de superávit/pérdida	62.205	7.883	8.873	2.546	8.685	27.673	432	1.779	312	-12	4.034	
A	40 Porcentaje de costos recuperados	122%	122%	127%	109%	131%	124%	110%	115%	105%	99%	133%	

## CLINICA ESTHETIC DEL VALLE

2011

A RESUMEN DE INFORMACION		TOTAL											
			Rinoplastia	Rinoseptum plastia	Liposucción abdominal	Lipoescultur a	Abdominopl astia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting	
A	<b>1 VOLUMEN DE SERVICIOS</b>												
A	2 Volumen de servicios para este período	225	60	54	19	25	38	3	6	10	3	6	
A	3 Mezcla de servicios	100%	26,76%	23,94%	8,45%	11,27%	16,90%	1,41%	2,82%	4,23%	1,41%	2,82%	
A	<b>4 COSTOS POR SERVICIO</b>												
A	5 <b>COSTOS VARIABLES</b>												
A	6 Comisión		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	7 Honorarios profesionales por servicio		555	547	1.518	848	2.440	1.126	1.926	840	585	1.499	
A	8 Medicamentos utilizados		62	49	184	238	566	254	197	25	31	333	
A	9 Anticonceptivos utilizados		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	10 Suministros clínicos utilizados		43	55	76	85	366	116	77	33	43	194	
A	11 <b>TOTAL DE COSTOS VARIABLES</b>		660	651	1.778	1.171	3.372	1.496	2.200	898	659	2.026	
A	12 <b>COSTOS FIJOS</b>												
A	13 Costos directos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	14 Costos indirectos del personal clínico		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	15 Depreciación de equipo especial		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A	16 Otros costos fijos de operación		159	157	429	283	815	361	531	217	159	489	
A	17 <b>TOTAL DE COSTOS FIJOS</b>		159	157	429	283	815	361	531	217	159	489	
A	18 <b>COSTOS DE APOYO REGIONAL/CENTRAL</b>		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
A	19 <b>TOTAL DE COSTOS POR SERVICIO</b>	1.362	819	808	2.207	1.454	4.187	1.857	2.731	1.115	818	2.515	
A	<b>20 INGRESOS POR SERVICIO</b>												
A	21 Ingreso neto por servicio	1.444	1.041	1.067	2.584	1.938	5.305	2.475	3.158	1.244	1.009	3.288	
A	22 Superávit/pérdida por servicio	82	222	259	377	484	1.118	618	427	129	191	773	
A	<b>23 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS PARA LAS CATEGORIAS DE SERVICIOS</b>												
A	<b>CATEGORIA DE SERVICIOS UNO</b>												
A	<b>36 INGRESOS Y RECUPERACION DE COSTOS DEL ESTABLECIMIENTO</b>												
A	37 Total de ingreso neto	480.840	62.478	57.634	49.104	48.458	201.601	7.426	18.946	12.441	3.026	19.726	
A	38 Total de costos variables, fijos y de apoyo	383.138	49.348	43.505	41.970	36.832	159.177	5.882	17.309	10.585	2.593	15.937	
A	39 Total de superávit/pérdida	97.702	13.130	14.129	7.134	11.626	42.424	1.544	1.637	1.856	433	3.789	
A	40 Porcentaje de costos recuperados	126%	127%	132%	117%	132%	127%	126%	109%	118%	117%	124%	

<b>CLINICA ESTHETIC DEL VALLE</b>										
<b>BALANCE GENERAL</b>										
	AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2007		AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2008		AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2009		AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2010		AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2011	
	parcial	total	parcial	total	parcial	total	parcial	total	parcial	total
<b>ACTIVOS</b>										
<b>Activos Corrientes</b>										
Efectivo	2.894		9.212		30.613		62.205		97.702	
Otras cuentas por cobrar	0									
Inventarios	0									
<b>Total Activos Corrientes</b>		2894		9212		30613		62205		97702
<b>Activos no Corrientes</b>										
Edificios	240000		240000		240000		240000		240000	
Dep. Acum Edificios	4320		8640		12960		17280		21600	
Maquinaria y Equipo	65500		65500		65500		65500		65500	
Dep. Acum Maquinaria y Equipo	5895		11790		17685		23580		29475	
Muebles y Enseres	5000		5000		5000		5000		5000	
Dep. Acum Muebles y Enseres	450		900		1350		1800		2250	
Equipos de computación	2000		2000		2000		2000		2000	
Dep. Acum Equipos de Computación	360		720		1080		1440		1800	
Otros Activos										
<b>Total Activos no Corrientes</b>		301475		290450		279425		268400		257375
<b>TOTAL ACTIVOS</b>		<b>304369</b>		<b>299662</b>		<b>310038</b>		<b>330605</b>		<b>355077</b>
<b>PASIVOS</b>										
<b>Pasivos Corrientes</b>										
Préstamos a corto plazo	0									
Cuentas por pagar comerciales	0									
Otras cuentas por pagar	0									
<b>Total Pasivos Corrientes</b>		0		0		0		0		0
<b>Pasivos no corrientes</b>										
Deudas a largo plazo	0									
<b>Total Pasivo no corriente</b>		0		0		0		0		0
<b>TOTAL PASIVOS</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>
<b>PATRIMONIO</b>										
Capital pagado	301475		290450		279425		268400		257375	
Reservas	0									
Utilidades/(pérdidas) acumuladas	2.894		9.212		30.613		62.205		97.702	
<b>Total Patrimonio</b>		<b>304369</b>		<b>299662</b>		<b>310038</b>		<b>330605</b>		<b>355077</b>
<b>TOTAL PASIVOS Y PATRIMONIO</b>		<b>304369</b>		<b>299662</b>		<b>310038</b>		<b>330605</b>		<b>355077</b>

<b>CLINICA ESTHETIC DEL VALLE</b>					
<b>ESTADO DE RESULTADOS</b>					
	<b>AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2007</b>	<b>AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2008</b>	<b>AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2009</b>	<b>AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2010</b>	<b>AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2011</b>
Ventas Netas	83.300	141.251	228.067	341.901	480.840
- Costo de Ventas	58.638	93.798	147.253	217.403	308.616
<b>Utilidad Bruta en Ventas</b>	<b>24.662</b>	<b>47.453</b>	<b>80.814</b>	<b>124.498</b>	<b>172.224</b>
Gastos Administrativos	2.879	8.065	8.652	9.308	10.018
Gastos Generales	3.594	3.713	3.873	4.061	4.286
Gastos de Ventas	4.270	4.412	4.601	4.825	5.092
Depreciación activos fijos	11.025	22.050	33.075	44.100	55.125
<b>Utilidad del Ejercicio</b>	<b>2.894</b>	<b>9.213</b>	<b>30.612</b>	<b>62.204</b>	<b>97.702</b>
<b>Conciliación Tributaria</b>					
Utilidad gravable	2.894	9.213	30.612	62.204	97.702
+ Gastos no deducibles	0	0	0	0	0
<b>- 15% participación trab</b>	<b>434</b>	<b>1382</b>	<b>4592</b>	<b>9331</b>	<b>14655</b>
- 100% de Ingresos Exentos(dividendos)	0	0	0	0	0
- Amortización pérdida años anteriores	0	0	0	0	0
<b>Utilidad gravable</b>	<b>2.460</b>	<b>7.831</b>	<b>26.021</b>	<b>52.873</b>	<b>83.047</b>
x tarifa del impuesto	0%	0%	15%	25%	35%
Impuesto a la renta causado		0	2311	7876	16724
- Anticipo impuesto a la renta	0	0	0	1156	3938
- Retenciones en la Fuente	0	0	0	0	0
<b>Impuesto a la renta por pagar</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>2311,09</b>	<b>6720,81</b>	<b>12786,24</b>

## CLINICA ESTHETIC DEL VALLE

### FLUJO DE CAJA

	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Efectivo Disponible</b> (a principio del año)	0	13.485	43.366	100.151	189.248
<b>RECIBOS DE EFECTIVO</b>					
Ventas en Efectivo	83.300	141.251	228.067	341.901	480.840
<b>TOTAL DE INGRESOS DE EFECTIVO</b>	83.300	141.251	228.067	341.901	480.840
<b>Efectivo Total Disponible</b> (antes de los retiros)	83.300	154.736	271.433	442.052	670.088
<b>EFECTIVO PAGADO</b>					
Costos Variables	58.638	93.798	147.253	217.403	308.616
Costos Fijos	10.743	16.190	17.127	18.194	19.397
15% Particip. Utilidades	434	1.382	4.592	9.331	14.655
Impuesto a la renta	0	0	2.311	7.876	16.724
<b>SUBTOTAL</b>	69.815	111.370	171.282	252.804	359.393
<b>TOTAL DE EFECTIVO PAGADO</b>	69.815	111.370	171.282	252.804	359.393
<b>Posición de Efectivo</b> (final de año) 1	13.485	43.366	100.151	189.248	310.695

<b>CLINICA ESTHETIC DEL VALLE</b>					
<b>PRESUPUESTO</b>					
	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>INGRESOS</b>					
VENTA DE SERVICIOS	83.300	141.251	228.067	341.901	480.840
OTROS INGRESOS					
SALDOS DISPONIBLES		13485	48117	109855	204147
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>83.300</b>	<b>154.736</b>	<b>276.184</b>	<b>451.756</b>	<b>684.987</b>
<b>GASTOS</b>					
REMUNERACIONES UNIFICADAS	2040	2400	2760	3120	3480
DECIMO TERCER SUELDO	169,17	197,50	169,17	169,17	169,17
DECIMO CUARTO SUELDO	170	200	230	260	290
HONORARIOS PROFESIONALES	40.780	69193	112756	169363	241091
AGUA POTABLE	600	620	647	678	716
ENERGIA ELECTRICA	1.200	1.240	1.293	1.356	1.431
TELECOMUNICACIONES	720	744	776	814	859
SERVICIO DE VIGILANCIA	360	372	388	407	429
TRANSPORTE	900	930	970	1.017	1.073
DIFUSION, INFORMACION Y PUBLICIDAD	1.350	1.395	1.455	1.525	1.610
MATERIALES DE OFICINA	500	517	539	565	596
INSUMOS MEDICOS	6.739	9.139	13.067	18.208	25.571
MEDICAMENTOS	11.119	15.466	21.430	29.832	41.954
MANTENIMIENTO (EQUIPOS, MOBILIARIO)	1.800	1.860	1.940	2.034	2.147
LIMPIEZA Y LAVANDERIA	100	103	108	113	119
OTROS GASTOS	834	862	899	942	995
IMPUESTOS	0	0	2.311	7.876	16.724
15% Participación Utilidades	434	1.382	4.592	9.331	14.655
<b>TOTAL GASTOS</b>	<b>69815</b>	<b>106619</b>	<b>166328</b>	<b>247610</b>	<b>353910</b>
<b>SUPERVIT</b>	<b>13485</b>	<b>48117</b>	<b>109855</b>	<b>204147</b>	<b>331077</b>

<b>CLINICA ESTHETIC DEL VALLE</b>					
<b>CALCULO DE TIR</b>					
<i>TIR</i> .- La tasa de rendimiento es igual a su tasa esperada de rendimiento, y si la tasa interna de rendimiento es superior al costo de los fondos que se usaron para financiar el proyecto quedará un superavit					
<b>INVERSION</b>					
<b>AÑO 0</b>					
Edificios	240000				
Maquinaria y Equipo	65500				
Muebles y Enseres	5000				
Vehículos	0				
Instalaciones	0				
Equipos de computac	2000				
	312500				
<b>AÑO 0 ( 2006)</b>	<b>AÑO 1 (2007)</b>	<b>AÑO 1 (2008)</b>	<b>AÑO 1 (2009)</b>	<b>AÑO 1 (2010)</b>	<b>AÑO 1 (2011)</b>
-312500	13.485	43.366	100.151	189.248	310.695
<b>20,3% TIR</b>					



CLINICA ESTHETIC DEL VALLE											
PUNTO DE EQUILIBRIO											
		Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	lifting
<b>Año 2007</b>											
PE-INGRESOS	81376										
PE-CANTIDAD	69	16	12	12	5	14	1	3	4	1	1
<b>Año 2008</b>											
PE-INGRESOS	118072										
PE-CANTIDAD	79	21	16	10	7	14	1	4	5	1	2
<b>Año 2009</b>											
PE-INGRESOS	143383										
PE-CANTIDAD	79	21	17	9	8	13	1	3	4	1	2
<b>Año 2010</b>											
PE-INGRESOS	173270										
PE-CANTIDAD	85	23	19	8	9	15	1	3	5	1	2
<b>Año 2011</b>											
PE-INGRESOS	207329										
PE-CANTIDAD	96	25	21	9	10	16	1	3	6	1	2

Porcentaje de Incremento Precios Medicamentos e insumos (datos para proyección)	3,32%	3,76%	4,30%	4,85%	5,55%
<b>PROYECCION DE PRECIOS PARA CIRUGIAS</b>					
	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
	<b>AÑO 1 (2007)</b>	<b>AÑO 2 (2008)</b>	<b>AÑO 3(2009)</b>	<b>AÑO 4(2010)</b>	<b>AÑO 5(2011)</b>
BLEFAROPLASTIA INFERIOR-SUPERIOR	400	567	790	1022	1244
DERMOLIPECTOMÍA ABDOMINAL(Abdominoplastia	2500	3439	4372	4975	5305
LIFFTING TOTAL	2500	2817	2999	3216	3288
LIPOESCULTURA TOTAL	1600	1729	1893	1953	1938
LIPOSUCCIÓN ABDOMINAL	800	1243	1759	2211	2584
MAMOPLASTÍA DE AUMENTO	1000	1496	2105	2670	3158
MAMOPLASTÍA REDUCTIVA	2000	2174	2396	2483	2475
PLASTIA VAGINAL	500	637	793	919	1009
RINOPLASTIA	600	727	876	980	1041
RINOSEPTUMPLASTIA	800	885	996	1052	1067

<b>HONORARIOS AÑO 2007</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting	
CP	180	240	240	480	750	600	300	120	150	750	
AYUDANTE	40	50			80	60	50		40	80	
ANESTEC.	60	80	120	120	200	150	150	60	60	200	
INSTRUMENT	30	30	50	40	50	40	50	40	30	50	
CIRCULANTE	10	10	10	10	20	10	10	10	10	10	
ENFERMERA			50	50	50	50	50	40		50	
<b>TOTAL</b>	<b>320</b>	<b>410</b>	<b>470</b>	<b>700</b>	<b>1150</b>	<b>910</b>	<b>610</b>	<b>270</b>	<b>290</b>	<b>1140</b>	<b>6270</b>
<b>PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE HONORARIOS DE PRECIOS</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting	
CP	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	
AYUDANTE	7%	6%	0%	0%	3%	3%	5%	0%	8%	3%	
ANESTEC.	10%	10%	15%	8%	8%	8%	15%	15%	12%	8%	
INSTRUMENT	0,05	4%	6%	3%	2%	2%	5%	10%	6%	2%	
CIRCULANTE	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	3%	2%	0%	
ENFERMERA	0%	0%	6%	3%	2%	3%	5%	10%	0%	2%	
<b>TOTAL</b>	<b>53%</b>	<b>51%</b>	<b>59%</b>	<b>44%</b>	<b>46%</b>	<b>46%</b>	<b>61%</b>	<b>68%</b>	<b>58%</b>	<b>46%</b>	
<b>PROYECCION HONORARIOS 2008</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting	
CP	218	266	373	519	1032	652	449	170	191	845	
AYUDANTE	48	55	0	0	110	65	75	0	51	90	
ANESTEC.	73	89	186	130	275	163	224	85	76	225	
INSTRUMENT	36	33	78	43	69	43	75	57	38	56	
CIRCULANTE	12	11	16	11	28	11	15	14	13	11	
ENFERMERA	0	0	78	54	69	54	75	57	0	56	
<b>TOTAL</b>	<b>388</b>	<b>454</b>	<b>730</b>	<b>756</b>	<b>1582</b>	<b>989</b>	<b>913</b>	<b>383</b>	<b>369</b>	<b>1285</b>	<b>7848</b>

<b>PROYECCION HONORARIOS 2009</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting	
CP	263	299	528	568	1312	719	631	237	238	900	
AYUDANTE	58	62	0	0	140	72	105	0	63	96	
ANESTEC.	88	100	264	142	350	180	316	119	95	240	
INSTRUMENT	44	37	110	47	87	48	105	79	48	60	
CIRCULANTE	15	12	22	12	35	12	21	20	16	12	
ENFERMERA	0	0	110	59	87	60	105	79	0	60	
TOTAL	467	510	1033	828	2011	1090	1284	534	460	1368	9585
<b>PROYECCION HONORARIOS 2010</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting	
CP	294	316	663	586	1493	745	801	307	276	965	
AYUDANTE	65	66	0	0	159	74	134	0	74	103	
ANESTEC.	98	105	332	146	398	186	401	153	110	257	
INSTRUMENT	49	39	138	49	100	50	134	102	55	64	
CIRCULANTE	16	13	28	12	40	12	27	26	18	13	
ENFERMERA	0	0	138	61	100	62	134	102	0	64	
TOTAL	523	539	1299	854	2289	1130	1629	690	533	1467	10952
<b>PROYECCION HONORARIOS 2011</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	Lifting	
CP	312	320	775	581	1592	743	947	373	303	986	
AYUDANTE	69	67	0	0	170	74	158	0	81	105	
ANESTEC.	104	107	388	145	424	186	474	187	121	263	
INSTRUMENT	52	40	162	48	106	50	158	124	61	66	
CIRCULANTE	17	13	32	12	42	12	32	31	20	13	
ENFERMERA	0	0	162	61	106	62	158	124	0	66	
TOTAL	555	547	1518	848	2440	1126	1926	840	585	1499	11886

<b>CLINICA ESTHETIC DEL VALLE</b>											
<b>PUNTO DE EQUILIBRIO DETALLE</b>											
<b>AÑO 2007</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	lifting	
Costo Variable	408	497	697	970	1.929	1.219	839	318	357	1.580	
Precio de Venta	600	800	800	1.600	2.500	2.000	1.000	400	500	2.500	
Participación en las ventas	13,69%	16,33%	5,76%	15,37%	36,01%	2,40%	2,40%	1,44%	0,60%	6,00%	100,00%
Costo Fijo Total	21.768										
Costo Fijo	2979	3554	1254	3345	7840	523	523	314	131	1307	
<b>Punto de equilibrio en cantidad <math>Q=CF/PV-CVU</math></b>	16	12	12	5	14	1	3	4	1	1	<b>69</b>
<b>Punto de Equilibrio Ingresos = <math>Qe \cdot Pv</math></b>	9310	9383	9742	8495	34324	1338	3246	1530	457	3551	<b>81376</b>
<b>AÑO 2008</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	lifting	
Costo Variable	479	544	961	1.034	2.389	1.309	1.150	432	433	1.639	
Precio de Venta	727	885	1.243	1.729	3.439	2.174	1.496	567	637	2.817	
Participación en las ventas	13,38%	14,42%	7,04%	13,46%	38,95%	1,54%	3,18%	1,60%	0,45%	5,98%	100,00%
Costo Fijo Total	38.241										
Costo Fijo	5115	5513	2692	5149	14895	589	1215	614	172	2288	
<b>Punto de equilibrio en cantidad <math>Q=CF/PV-CVU</math></b>	21	16	10	7	14	1	4	5	1	2	<b>79</b>
<b>Punto de Equilibrio Ingresos = <math>Qe \cdot Pv</math></b>	14995	14299	11864	12810	48783	1479	5255	2578	539	5471	<b>118072</b>
<b>AÑO 2009</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	lifting	
Costo Variable	562	603	1.268	1.120	2.854	1.424	1.532	586	527	1.845	
Precio de Venta	876	996	1.759	1.893	4.372	2.396	2.105	790	793	2.999	
Participación en las ventas	13,06%	13,10%	8,48%	11,62%	40,26%	2,10%	3,69%	1,73%	0,70%	5,26%	100,00%
Costo Fijo Total	50.201										
Costo Fijo	6557	6576	4259	5833	20209	1055	1853	870	349	2641	
<b>Punto de equilibrio en cantidad <math>Q=CF/PV-CVU</math></b>	21	17	9	8	13	1	3	4	1	2	<b>79</b>
<b>Punto de Equilibrio Ingresos = <math>Qe \cdot Pv</math></b>	18294	16665	15257	14284	58203	2600	6808	3369	1041	6862	<b>143383</b>

<b>AÑO 2010</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	lifting	
Costo Variable	623	638	1.545	1.159	3.172	1.480	1.888	744	603	1.966	
Precio de Venta	980	1.052	2.211	1.953	4.975	2.483	2.670	1.022	919	3.216	
Participación de las Ventas	12,90%	12,30%	9,05%	10,85%	42,20%	1,45%	3,90%	2,09%	0,54%	4,70%	100,00%
Costo Fijo Total	62.293										
Costo Fijo	8036	7665	5640	6759	26287	905	2432	1303	335	2930	
<b>Punto de equilibrio en cantidad <math>Q=CF/PV-CVU</math></b>	23	19	8	9	15	1	3	5	1	2	<b>85</b>
<b>Punto de Equilibrio Ingresos = <math>Qe \cdot Pv</math></b>	22061	19476	18725	16626	72533	2240	8305	4791	974	7538	<b>173270</b>
<b>AÑO 2011</b>											
	Rinoplastia	Rinoseptumplastia	Liposucción abdominal	Lipoescultura	Abdominoplastia	Mamoplastia Reductiva	Mamoplastia de Aumento	Blefaroplastia Sup-Inf	Plastia Vaginal	lifting	
Costo Variable	660	651	1.778	1.171	3.372	1.496	2.200	898	659	2.026	
Precio de Venta	1.041	1.067	2.584	1.938	5.305	2.475	3.158	1.244	1.009	3.288	
Participación de las Ventas	12,99%	11,99%	10,21%	10,08%	41,93%	1,54%	3,94%	2,59%	0,63%	4,10%	100,00%
Costo Fijo Total	74.522										
Costo Fijo	9683	8932	7610	7510	31245	1151	2936	1928	469	3057	
<b>Punto de equilibrio en cantidad <math>Q=CF/PV-CVU</math></b>	25	21	9	10	16	1	3	6	1	2	<b>96</b>
<b>Punto de Equilibrio Ingresos = <math>Qe \cdot Pv</math></b>	26457	22910	24398	18976	85749	2910	9679	6932	1352	7965	<b>207329</b>

**ANEXO No 4****PROCEDIMIENTO DE SEPTORINOPLASTIA EN LA CLÍNICA ESTHETIC VALLE****ELABORADO: Lcda.. Olga Yánez**

Cargo: Enfermera

Fecha: 15-02-08

**REVISADO: Dr. Patricio Padilla**

Cargo: Director Médico

Fecha: 16-02-08

**APROBADO: Dr. Patricio Padilla**

Cargo: Director Médico

Fecha: 16-02-08

**CONTENIDO****OBJETO****ALCANCE****DEFINICIONES****REFERENCIAS****RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD****PROCEDIMIENTO****ANEXOS****1.- OBJETO:**

El presente procedimiento define las actividades que permiten la realización de una cirugía estética y funcional de nariz en la Clínica Esthetic Valle

**2.- ALCANCE:**

El presente procedimiento comprende las actividades del médico cirujano plástico en la realización de Septorinoplastia.

**3.- DEFINICIONES:**

El objetivo de una intervención quirúrgica de Septorinoplastia, es lograr un buen resultado, reduciendo en su mínima expresión los riesgos operatorios

y suministrar a la nariz un aspecto natural y funcional; proporcionado con el resto del rostro, el cual no cambie con el tiempo.

Una corrección satisfactoria de la nariz puede involucrar tres pasos fundamentales:

**1.- La Septoplastia:** es toda intervención quirúrgica de movilización, modelado y redimensionamiento del cartílago cuadrangular; la acción sobre el cartílago del tabique debe completarse con la remoción o dislocación de la porción desviada del tabique óseo; el cartílago debe fijarse en una nueva y más adecuada posición manteniendo y en parte, renovando las conexiones con las estructuras circundantes.

**2.- La osteotomía:** es la remoción de la prominencia ósea, con la sierra, Escofina o el escalpelo de Cinelli, se sucede por lo general, en continuidad con la porción cartilaginosa; el fundamento para la corrección de la nariz desviada es la Osteotomía.

**3.- La corrección de la punta:** se refiere al redimensionamiento correctivo de los cartílagos alares, por lo general para la corrección de la punta se siguen dos direcciones, con la primera, el arco cartilaginoso es modificado y modelado sin moverlo de su lugar, con el segundo, las enmiendas sobre los cartílagos alares deben ser realizados durante la temporal exteriorización.

#### **4.- REFERENCIAS:**

- Protocolos de Rinoseptoplastia de la clínica

#### **5.- RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD:**

El Director médico es el responsable de la implantación y tiene la autoridad para hacer cumplir el presente procedimiento.

El Comité de Calidad tiene la autoridad para efectuar las modificaciones de este procedimiento.



El control de la documentación y datos se lo hará en función del documento **P423 “Procedimiento para el control de documentación y datos”**.

## **6.- PROCEDIMIENTO:**

Documento escrito, el mismo que será llenado por el Médico Cirujano Plástico, con todos los datos de filiación y requerimientos del estado del cliente, quien efectuara el procedimiento haciendo constar en el también al equipo de profesionales: ayudante, médico cirujano plástico asistencial o de post-grado, enfermera instrumentista y enfermera encargada de la circulación, este registro será incorporado a la historia clínica, a la cual se puede acceder en cualquier momento.

Estos procedimientos se llevan a cabo en coordinación entre el médico cirujano plástico y el anestesiólogo, determinando el estado en que atraviesa la paciente. Procediéndose a la evaluación en conjunto que será registrada en la historia clínica. Se solicita a la Enfermera el material a utilizar.

**Se procede según protocolo de Septorinoplastia.**

### **Primera consulta**

- Relación cirujano -paciente.
- Realizar examen físico y anamnesis
- Solicitar de exámenes: B.H, (RX,TAC en casos especiales)
- Fijar fecha y hora de cirugía.
- Informar al paciente sobre no consumir ningún tipo de fármacos especialmente salicilatos, ya que pueden interferir con la coagulación, además se prescribe dejar de fumar 10 días antes de la intervención y acudir en ayunas el día de la cirugía.

### **Fase preoperatorio**

- Ingreso de paciente por consulta externa
- Relación cirujano- paciente

- Realizar anamnesis detallada
- Revisión de exámenes: B.H, (RX,TAC en casos especiales)
- Evaluación semiológica nasal y evaluación del rostro
- Realizar estudio fotográfico del cliente, de todo el rostro, de tres cuartos derecho e izquierdo, un perfil sonriente y una fotografía inferior para el estudio de la base de la nariz, que serán útiles para darse cuenta de cómo y cuánto deberá ser modificada y la técnica a ser aplicada, durante la intervención.
- Consentimiento informado
- Paciente en N.P.O.
- Trasladar al paciente de la habitación al quirófano con gorro, bata, botas quirúrgicas, pelo recogido, retirado prótesis dentales, uñas despintadas.

### **Fase Trans-operatoria**

- Hidratar al paciente con Lactato Ringer.
- El tipo de anestesia en la mayoría de los casos es general, de sistema cerrado (flujo bajo).
- Colocar al paciente sobre la mesa operatoria con la cabeza elevada en 15 grados.
- Tamponar las fosas nasales durante 10 minutos con gasa, embebida en Xilocaína gel al 2 % y 1 ampolla de Adrenalina 1:1000
- Infiltrar en dirección caudal, solución de xilocaína al 1%, con solución de adrenalina al 1:1000, en la región glabellar, en el dorso, en la punta y las alas nasales, en la parte interna el espacio mucopericóndrico (tabique cartilaginoso) y la columella hasta la espina nasal, esperar 20 minutos hasta una adecuada vasoconstricción.
- Iniciar el tratamiento quirúrgico practicando una incisión vertical mucopericóndrica a 5 mm. de la parte inferior del tabique, la misma que debe ser transfixiante interseptocolumelar.
- Disección y levantamiento de 2 colgajos de mucosa subpericondríca, para exponer el cartílago septal.
- Identificación de la porción del septum deformada o desviada.

- Corrección de la porción deformada o desviada, mediante emparrillamiento, cuando no es severa o mediante resección y reconstrucción cuando esta es severa. Pudiendo llegarse al retiro total de todo el séptum y su reemplazo por un injerto cartilaginoso.
- Cierre por planos.
- Ferulación mediante taponamiento o utilizando placas de estabilización septal..
- Una vez terminada la parte funcional del tratamiento, continuar con la parte estética, de acuerdo al diagnóstico efectuado..

### **Terapia post-operatoria**

- Finalizada la intervención, suturar algunos puntos en los colgajos mucosos de la incisión cartilaginosa.
- Tamponar ambas fosas nasales y dejar por 24 a 72 horas.
- Colocar cuidadosamente micropore para evitar cualquier posible moviendo de los injertos.
- Aplicar una lámina “aquaplast” y mantener por 8 días, 15 en caso de fracturas.
- Trasladar a la sala de recuperación e iniciar terapias post- operatorias inmediatas.
- Elevar la cabeza del paciente en 30 grados y aplicar compresas de hielo en la región periorbital.
- Prescribir medicación (antibióticos, analgésicos)
- Dar el alta, con las indicaciones por escrito (dieta, ejercicio físico, medicación).

## **7.- ANEXOS:**

Historia clínica