

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL

Escuela de Postgrado en Administración de Empresas

**MAESTRIA DE GERENCIA HOSPITALARIA Y DE SERVICIOS DE
SALUD I**

TRABAJO DE ESPECIALIDAD

TEMA:

**Creación de un nuevo Punto Médico Familiar vs. Ampliación de los Puntos
Médicos Familiares existentes. Análisis de la demanda de servicios de
salud de medicina prepagada de la empresa SALUDSA.**

Investigación de Mercado

TUTORÍA:

Ing. Ximena Carrillo M.B.A.

AUTORES:

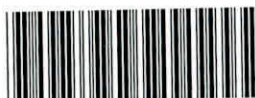
Dra. Sara Jara Sahona.

CPA. Christian Banda Maya.

Dra. Susana Rugel Kamarova.

PERÍODO LECTIVO:

2.004 - 2.005



DP-07998

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haber permitido la realización de este proyecto, a mis compañeros de esfuerzo y desvelos, a mis padres por su fe en mis aspiraciones, a mis maestros por haber compartido su conocimiento y haber sembrado la semilla del espíritu investigativo y a la Escuela Superior Politécnica del Litoral por permitirme el privilegio de educarme en sus prestigiosas aulas

Susana.

A Dios por darme luces en mi vida cada día, a mis compañeros inseparables por su apoyo en este nuevo logro, a mis profesores por todos sus conocimientos y experiencias, a mis hijos por su tiempo sacrificado y a Saludsa por darme todo su apoyo.

Christian.

Agradezco infinitamente a Dios por ser la luz que guía mi vida, a mis padres por el apoyo que me han brindado a lo largo de la travesía dura pero dulce de mi existencia y al amor único y verdadero de mi vida por su comprensión, respeto, inspiración y compañía.

Sarita.

Un agradecimiento especial a nuestra amiga Myriam Ramírez por su perseverante orientación, y por su enorme comprensión y apoyo.

Susana, Christian y Sarita.

DEDICATORIA

*Dedico este trabajo a mi amiga Bárbara quien se encuentra en el extranjero,
y cuya tranquilidad admiro... gracias por esos pequeños pero muy grandes
momentos y por todo el silencioso y oportuno apoyo...
y por la verdadera amistad.*

Con todo mi cariño.... Susana.

*A Dios y la Mater por sus planes puestos en mi, a mis padres por abrirme siempre
sus brazos, a mis hijos Ariana y Christian motor que impulsa mi vida y mis logros, a
mis hermanos, seres queridos y al amor porque todo lo puede.*

Christian

*Dedico este trabajo al Creador, por su iluminación divina en el trajín cotidiano, a mis
progenitores por su sabiduría y sus enseñanzas, y por haber formado en mi ser valores
y principios para desenvolverse en un mundo alternante y lleno de obstáculos.*

Sarita.

**Creación de un nuevo Punto Médico Familiar vs. Ampliación de los Puntos
Médicos Familiares existentes. Análisis de la demanda de servicios de
salud de medicina prepagada de la empresa SALUDSA.
Investigación de Mercado**

CONTENIDO:

- I. Introducción**
- II. Definición del Problema y Justificación del Estudio**
- III. Objetivos**
- IV. Diseño Metodológico**
 - a. Tipo de Estudio
 - b. Universo y Muestra
 - c. Definición del Universo
 - d. Tamaño de la Muestra
 - e. Método de selección de la muestra
 - f. Métodos, instrumentos y procedimientos de recolección
- V. Marco Teórico**
 - a. El Mercado de la Salud. Generalidades sobre Oferta y Demanda.
 - b. Seguros Privados de Salud. Medicina Prepagada.
 - c. Medicinas Prepagas en Ecuador. Análisis Situacional Actual.
 - d. Seguros Médicos Públicos y Privados en Latinoamérica.
 - e. La oferta de servicios médicos desde el punto de vista de la productividad.
- VI. Presentación de Resultados y Análisis de Datos**
- VII. Conclusiones**
- VIII. Recomendaciones**
- IX. Bibliografía**
- X. Anexos**

Creación de un nuevo Punto Médico Familiar vs. Ampliación de los Puntos Médicos Familiares existentes. Análisis de la demanda de servicios de salud de medicina prepagada de la empresa SALUDSA.
Investigación de Mercado

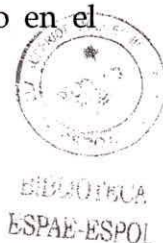
I. INTRODUCCIÓN

Como trabajo para la obtención de título de Especialidad en Gerencia de Salud correspondiente al título intermedio de la I Maestría en Gerencia Hospitalaria ESPAE-ESPOL con la tutoría de la MBA Ximena Carrillo, nos hemos propuesto dos doctoras y un contador publico, realizar una investigación de mercado para analizar la necesidad de la creación de un nuevo PMF (Punto Medico Familiar) vs. la ampliación de los ya existentes en la empresa de medicina prepagada SALUDSA.

Los programas de salud pública dependen de datos e información para orientar estrategias de salud, y crear mejores sistemas para que las estadísticas de salud sean realistas y valederas. Esperamos lograr, con el trabajo constante del día a día, que estos sistemas mejoran en todos los niveles, locales, nacionales y continentales. Por eso hoy en día hay que proponer sistemas, que intenten unificar criterios e información, y, en base a ello, y al sentido común que siempre es imperativo, lograr mejoras en los

sistemas de Salud Latinoamericanos, que adolecen de los mismos problemas. La información requerida deberá responder a las características demográficas, socioeconómicas de la población, a los riesgos de la salud más importantes, a la infraestructura en general de servicios, a las características de los establecimientos de salud y de sus organismos de dirección de los Recursos Humanos, físicos y financieros y a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y el Sistema General de Seguridad Social, en el caso específico de nuestro país.

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



Historia de la Compañía.

SALUDSA S.A. nace de una doble iniciativa: Seguros Equinoccial, empresa líder en seguros del Ecuador pensó en crear un producto especializado y moderno, que esté más cerca de los proveedores de salud y a la que toda la comunidad pueda acceder.

El Hospital Metropolitano comenzó a ver la posibilidad de participar en el financiamiento a los pacientes de sus programas de salud.

Se buscó asesoría en el extranjero, en Chile se inició conversaciones con Inversiones Navarra, compañía experta en medicina pre-pagada.

Las tres partes aportan toda su experiencia en el proyecto.

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

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

Las oficinas de Guayaquil, Cuenca, Ambato, Ibarra, Loja, Santo Domingo de los Colorados, Manta y Machala iniciaron sus actividades a pocos meses de la

apertura de Quito, pues el desafío era servir a todos los ecuatorianos.

Actualmente Salud cuenta con cerca de 400 empleados a nivel nacional.

MISIÓN: *"Nos ocupamos de su salud"*

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

Fortalezas

- Es una empresa prepaga, con servicios de salud ambulatorios al momento propios. Siendo los pioneros en el país. Solo Ecuasanitas tiene centros de atención ambulatorios.
- Tienen un staff de médicos bastante amplio y diferenciado. Son más de 1000 a nivel nacional. Además tienen planes en los cuales el cliente puede escoger el médico por el que desee ser atendido, aunque no pertenezcan al staff de la empresa. Presentando la factura y un detalle generado por su médico privado el desembolso le es realizado de forma casi inmediata. Apenas transcurren minutos entre la presentación de documentos y el reembolso del efectivo, siempre que todos los documentos estén en orden.
- Dos Puntos Médicos Familiares, que son centros ambulatorios que prestan atención médica y complementaria, característica que ha definido su diferenciación frente a otras prepagas. Además 50 clínicas privadas en



convenio con ella y un centenar de médicos privados hacia quienes se direcciona pacientes de determinados planes.

- Es una empresa prepaga abierta, es decir, el paciente puede atenderse con quien desee.
- El reembolso económico es inmediato gracias al sistema de información gerencial que poseen, característica para planes individuales o familiares, siendo para los corporativos optativo.
- Como sistema de información, posee uno considerado "amigable", ya que sin tenerse demasiados conocimientos informáticos, a través de ventanas, permite conocer, ingresar y analizar mucha información detallada y específica.

Oportunidades

- Como empresa han determinado la gran oportunidad de seguir creando centros médicos ambulatorios regentados por ellos mismos. Y, en un futuro mediano la construcción de un Hospital. Esto por supuesto que es su mas grande oportunidad de expansión y coberturas.
- Su personal tiene a bien escoger becas que cubren un 50% del total del estudio, siempre que estén dispuestos a quedarse por dos años fijos en la empresa.
- El SIG, a lo que ellos llaman SIGMEP está en proceso de modificación, para ingreso de otro tipo de información que hasta el momento no se lo hacía.

- Capacitación nueva del "Sistema Estadístico", que es muy específico, a diferencia del actual, en el que se debe bajar información y transformarla en estadística de acuerdo a requerimientos. Al momento en proceso.

Debilidades

- Segmento del mercado al que está dirigido es a una clase media y alta. Sólo a través de los planes corporativos pueden acceder clase económico con menor capacidad adquisitiva.
- Los planes corporativos direccionan a los clientes a profesionales con los que se realizan ciertos contratos, pero, debemos recordar que son pagados por producto y en libertad de acción completa. Esto implica a nuestro parecer, no tener el control completo del accionar profesional. Debido a esto se dan muchas quejas por la atención inadecuada, por no decir de baja calidad, que a momentos recibe el cliente.
- La selección del recurso humano para trabajar en dicha empresa no siempre es el más idóneo, por lo que es un RRHH que se resiste a cambios del conocimiento.
- Los contratos del personal limitan mucho.
- Como organización siguen centralizados desde la capital del país, en todas las fases del proceso. Esto hace que muchas decisiones deban esperar para ser tomadas en Quito.

- No hay área de estadísticas, por lo que no se reporta con frecuencia determinada incidencias, prevalencias, etc. Aunque el SIG si tiene como obtenerlas, algunas de ellas con errores, porque muchos datos se ingresan de forma manual (en papel) por personal no idóneo en los centros ambulatorios. Básicamente esto se da porque no hay una definición clara del objetivo final de los PMFS.

Amenazas

- Su mayor amenaza es la centralización en la que todavía están envueltos como empresa, y que crea una gran diferenciación con otras empresas prepagas.
- Todavía ser parte de la administración empresarial, en la que la toma de decisiones no es en base a información producida, sino tan sólo a síntomas, "apagando incendios".
- Quejas frecuentes de sus clientes externos, por la no cobertura de medicamentos, vacunas, tratamientos, que como empresa no consideran básicos. Lo que hace que exista alta rotación de clientes, con cambios de planes frecuentes. Aunque al momento trabajan para elevar el nivel de sus asociados, sacrificando la apertura de sus médicos externos a la empresa, direccionando al usuario a sus PMFS estrictamente.

- El escaso involucramiento del personal médico y paramédico en el sistema de información gerencial. No les interesa complicarse aprendiendo un poco más. Implica diferencia con otras prepagas que exigen eso en el perfil.

II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Desde la apertura de los Puntos Médicos Familiares (PMF) se ha tenido un incremento constante en la demanda de la consulta externa (PMF Norte: 37% en 11 meses: desde mayo 2004 - marzo 2005, y 19% en el PMF Sur en el mismo período) -Ver tabla 3 -, así como también las continuas quejas de los afiliados por el servicio (27% de insatisfacción de acuerdo a la encuesta que consta en el anexo 1), y la capacidad de respuesta de estos, la falta de disponibilidad de turnos para consultas en varias especialidades (largas listas de espera) siendo un servicio privado, han sido estos los factores que motivaron la realización de este estudio.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar en base a un estudio de mercado la necesidad de la creación de un nuevo PMF por la empresa SALUDSA de Medicina Prepagada versus la ampliación del servicio existente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar en base a los porcentajes de utilización la necesidad de ampliar la capacidad máxima instalada o crear un nuevo Punto Medico Familiar.
- Proyectar la utilización, en base a los datos históricos de las consultas mensuales dadas desde hace un año en el PMF.
- Determinar la localización de un nuevo PMF mediante un estudio de concentración de clientes actuales de SALUDSA.
- Determinar mediante encuestas entre los usuarios del PMF Kennedy la disposición de acudir al nuevo PMF.
- Determinar la disposición de personas no afiliadas a SALUDSA de acudir al nuevo PMF.

- Medir la calidad de atención de cada uno de los servicios que se prestan con la capacidad instalada actual, mediante una encuesta de satisfacción al cliente.

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

El presente es un estudio observacional, descriptivo y transversal.

DEFINICION DEL UNIVERSO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Siendo el universo los clientes actuales afiliados a SALUDSA en Guayaquil un total de 50.000 usuarios, se ha escogido de manera aleatoria 250 personas afiliadas y no afiliadas, en edad productiva de ambos sexos, con diferentes niveles de ingresos económicos. La muestra corresponde al 0,5% del universo de estudio.

Criterios de exclusión: Se excluye de la encuesta a personas económicamente no productivas. No se realiza distinción de edad ni género.

MÉTODOLOGÍA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se ha empleado como métodos de investigación la encuesta y la observación directa, así como el análisis y procesamiento de datos estadísticos

relacionados con la capacidad de atención máxima instalada de los PMF y el porcentaje de utilización actual, por mes. Se han realizado 3 tipos de encuestas diferentes: una encuesta de satisfacción al cliente, y dos encuestas de predisposición de acudir al nuevo PMF (una para clientes afiliados y otra para no afiliados a SALUDSA). Se realizaron preguntas objetivas de opción múltiple (Ver anexos 1, 3 y 4).

V. MARCO TEÓRICO

EL MERCADO DE LA SALUD. Generalidades sobre Oferta y Demanda.

El mercado, conformado por vendedores (oferta) y compradores (demanda), se encuentra establecido físicamente en una extensión geográfica. La demanda es la cantidad de un bien o servicio que los sujetos están dispuestos a adquirir y además poseen la capacidad económica para hacerlo.

La política para el sector salud debe ser analizada a la luz de la economía de la salud, siendo el punto clave la optimización de recursos, así como evitar las expansiones organizacionales sin antes considerar los niveles de rendimiento, productividad y proyección de la demanda potencial para dicha expansión.



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

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

SEGUROS PRIVADOS DE SALUD. Medicina Prepagada.

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

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

Para efecto de esta Ley, al usuario del servicio se lo denomina **contratante, beneficiario, cotizante, afiliado o dependiente**, mientras que a los servicios de salud y medicina prepagada se los denominará también **sistemas o planes**, que son sistemas establecidos por los cuales el afiliado como titular, su cónyuge o conviviente legal, sus hijos, padres u otros familiares o cargas legales, reciben a cambio de una cotización o aportación individual las prestaciones y beneficios oportunos y de calidad en centros de atención médica y de laboratorios, adscritos o no al sistema, así como provisión de medicinas. El monto dependerá del plan o sistema contratado. Los planes de financiamiento son de carácter abierto, cerrado o mixto. La calidad de contratante de un plan de salud se lo obtiene en virtud de la suscripción del **Contrato de Prestación de Servicios de Salud y Medicina Prepagada**, el cual debe ser aprobado por el Ministerio de Salud Pública, el cual lleva adjunto previo a la suscripción la declaración jurada de salud (anamnesis) del estado actual de salud, declaración de enfermedades preexistentes de las que adolece, e historia clínica pasada de accidentes, cirugías y enfermedades padecidas.



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

La Ley contempla también que el precio de cada plan deberá ser revisado anualmente, e irá de acuerdo al nivel de inflación en los costos de los servicios de salud registrado por el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) y el comportamiento de la morbilidad registrada por cada plan.

La empresa no podrá unilateralmente dar por terminado el contrato dentro del primer año de cobertura. En caso de fallecimiento del titular del contrato, sus dependientes contractuales quedarán afiliados por un año a partir de la fecha del deceso, sin pagar cuota alguna.

Respecto a las Coberturas

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

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

Ante una situación emergente, el usuario o sus dependientes podrán elegir el centro de atención médica al cual acudir, o solicitar la presencia de un servicio de ambulancias para su traslado. En ambas

situaciones, la empresa se encuentra en la obligación de reembolsar los valores pertinentes según el plan contratado.

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

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

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

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

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



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

MEDICINAS PREPAGAS EN ECUADOR. Análisis Situacional Actual.

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

a esta edad cuando empiezan a preocuparse y a ver cerca la jubilación, mientras que los menores tienen otras prioridades.

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

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

Del 47,1% de los encuestados que considera que pertenecer al IESS tiene algún beneficio, el 25% resalta la posibilidad de contar con atención médica,

el 9,4% la ayuda de los préstamos quirografarios, el 8,5% la jubilación y el 5,1% las medicinas.

El porcentaje restante (52%) de ese grupo que siente que es beneficioso tener al IESS se distribuye entre los que no responden y aquellos que mencionan servicios como la maternidad y fondos de reserva.

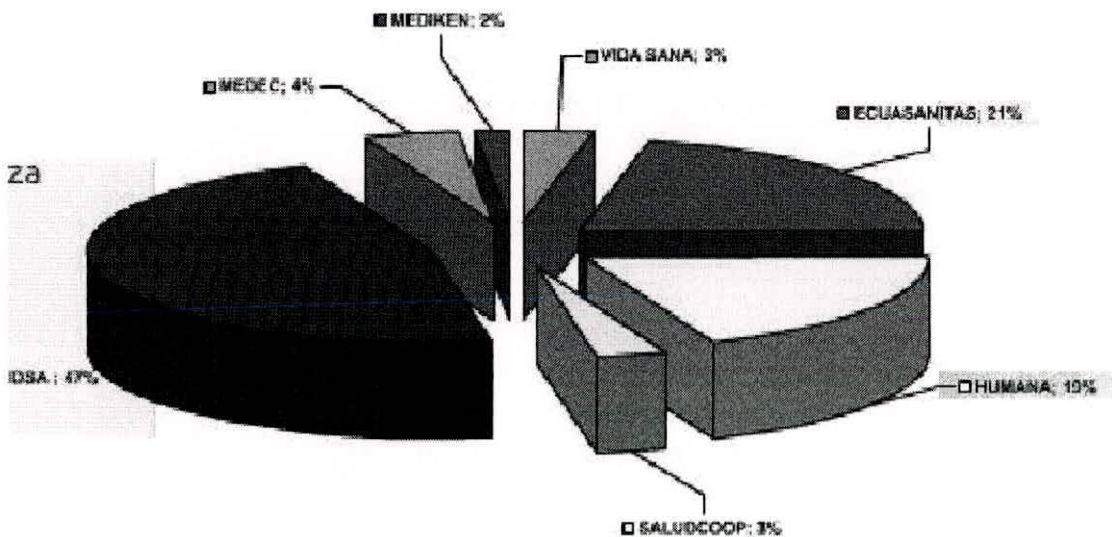
También se les preguntó a los afiliados sobre las prestaciones que han solicitado al IESS, el 39,3% contestó que no ha utilizado ninguna prestación (préstamo, fondos de reserva, montepío, etc.) del Seguro Social.

Para cubrir las deficiencias en la atención, muchas empresas deciden dotar a sus trabajadores de un seguro privado que les garantice asistencia médica. En un sondeo en cinco empresas de Guayaquil, que suman alrededor de 3.100 empleados, los jefes de los departamentos de Recursos Humanos de cuatro de las compañías dijeron que cuentan con un seguro privado. La quinta empresa posee un dispensario propio que ofrece atención médica primaria.

Compañías aseguradoras como Atlas y Humana, que ofertan seguros médicos individuales y corporativos, registran entre sus usuarios a 15.000

trabajadores de cerca de 200 empresas de Guayaquil. En la encuesta de Datanálisis, el 56,40% de los encuestados afirma que si tuviera la oportunidad de escoger entre una aseguradora privada y el IESS optaría por la primera opción. El 39,50% seguiría con el Seguro Social y el 4,10% no respondió.

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



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



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

Según investigaciones privadas realizadas a fines del 98, se proyectó que el número de afiliados a los servicios de medicina prepagada crecía a una tasa promedio de 5% anual, principalmente en las metrópolis del país: Quito y Guayaquil. La dinámica de crecimiento se mantiene, sin embargo no es posible asegurar que la medicina prepagada sea una elección masiva. Aún así, cada día más personas buscan proteger su salud y descubren que la medicina prepagada es una inversión.

La Ley no distingue entre medicina prepagada y servicios de salud, de modo que ambas prestaciones se combinan en la práctica en el país, según un

estudio elaborado por la Tribuna Ecuatoriana de Consumidores y Usuarios (TECU) en 1999.

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

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

Junto con Vida Sana, Ecuasanitas se orienta hacia un nicho de mercado de clase media. Según las investigaciones realizadas por Tribuna del Consumidor, un promedio de 400 nuevos afiliados se incorpora mensualmente a las nóminas de Vida Sana. Esta organización ofrece 20 tipos de planes de cobertura, tanto individual como corporativa. La oferta va desde el plan para una familia de tres miembros por un valor mensual de USD.20 con una cobertura de 4 000 dólares hasta el plan de USD.146 que brinda una

cobertura de hasta 18 500 dólares a una familia de igual número de miembros. La organización ofrece servicios en dos modalidades. Una es la atención especializada en su propio centro médico, a un costo de 40 centavos de dólar por consulta. Y la segunda modalidad es la más común en los servicios de medicina prepagada en el medio: el reembolso de gastos médicos, por un tope de hasta USD.4 por consulta en el plan más económico y USD.13 por consulta en el plan más extenso.

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

El estudio de Tribuna del Consumidor exploró los contratos de tres de las más importantes organizaciones de medicina prepagada en el país: Salud, Humana y Ecuasanitas, y confrontó sus servicios con los parámetros establecidos por la ley. La Ley determina que los contratos de medicina prepagada son de adhesión. Es decir, el consumidor debe firmar un formulario aprobado por el Ministerio de Salud, con cláusulas

preestablecidas y sin opción a modificaciones. En el caso de la duración y el término del contrato, la Ley determina que no puede darse por terminado dentro del primer año de cobertura o mientras se esté cubriendo un problema de salud, a menos que el usuario incurra en el incumplimiento de sus obligaciones contractuales. Pues bien, según el estudio citado, tanto Ecuasanitas como Salud no cumplen esta obligación, mientras que Humana es la única que sí lo hace.

Según la Ley, el usuario tiene derecho a elegir el centro médico que lo va a atender y a llamar una ambulancia en caso de que no pudiera movilizarse. En ambos casos, la empresa debe reembolsar los valores, según el plan contratado.

Otro de los aspectos analizados se refiere al escenario en caso del fallecimiento del titular. Según la Ley vigente, sus dependientes contractuales deben quedar afiliados hasta un año después de la fecha del deceso, sin tener que pagar cuota alguna. Del análisis efectuado, Salud y Humana cumplen al pie de la letra esta obligación, en tanto que Ecuasanitas restringe el derecho considerablemente. "En su contrato se compromete a prestar únicamente atención de consulta a los beneficiarios menores de edad durante un mes luego del fallecimiento del titular", concluye la Tribuna.

Respecto de las enfermedades preexistentes, el cliente está obligado por ley a declarar aquellas enfermedades de las que tenga conocimiento, bajo el riesgo de ser acusado de fraude. Como contraparte, si informa que posee alguna, puede ofrecerse a pagar más y solicitar ser atendido del mismo modo - es lo que se llama contrato con agravantes. El problema es que muchas empresas no tienen disponible esta alternativa para sus clientes. En caso de agravante, el cliente puede tener una cobertura parcial, por un período de dos años, pero no cubre cirugía, internación de alta tecnología y procedimientos de alta complejidad; por lo tanto, solamente recibe atención ambulatoria para su enfermedad preexistente.

SEGUROS MEDICOS PUBLICOS y PRIVADOS en LATINOAMERICA

Hoy en América Latina hay dos grandes tendencias de políticas de Estado en Salud, que a su vez generan dos grandes tendencias de la situación sanitaria en el Continente: una, que entiende la salud como un bien privado y la incorpora en la esfera de los mercados privados de salud, con marcado énfasis en la atención a la enfermedad y la otra busca garantizar la salud de la población mediante la estructuración de Sistemas Nacionales de Salud Públicos y Universales, con énfasis en la promoción y la prevención. La primera tendencia de política de salud es hegemónica en el Continente,

impulsada desde comienzos de los 90 por los organismos financiadores internacionales (Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional), a partir de la orientación neoliberal de reducción de los Estados y el fortalecimiento de los mercados como mecanismo fundamental para el impulso al desarrollo de las naciones.

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

Este mandato fue acogido y desarrollado en un primer momento con la reforma del sistema de salud chileno a comienzos de los 80, en la que se crearon las ISAPRES, y luego, a comienzos de los 90 en Colombia, creando las



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

EPS. Estos dos modelos, y más centralmente el modelo colombiano, al entender y desarrollar mejor las orientaciones de mercado, han sido un molde 'adecuado' para el conjunto de reformas en salud que se impulsan en el Continente.

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

En relación a los efectos que han traído estas políticas en el Continente, se pueden destacar los siguientes aspectos:

- La propuesta neoliberal ha hecho que la salud se comprenda como un bien privado de consumo, que opere con las lógicas del mercado, lo que produce exclusiones e inequidades propias del mercado. Hay una salud para ricos (medicina privada), una salud para sectores asalariados (aseguramiento) y una salud para pobres (redes públicas de salud).
- En este aspecto, el modelo de gestión del riesgo ligado al aseguramiento juega un papel clave en la configuración de las actuales reformas en salud. Se puede decir que efectivamente se han incrementado las tasas de cobertura del aseguramiento, pero se han reducido las de acceso real a los servicios. Acá se hace necesario diferenciar entre aseguramiento y acceso real a los servicios. La lógica de mercado produce una serie de barreras administrativas, económicas, geográficas y culturales para el acceso a los servicios, como mecanismos para el aumento de las utilidades del actor de mercado más beneficiado: las aseguradoras privadas.
- Los campos de la salud pública y la promoción de la salud han sido marginados y disminuidos en su potencial transformador de la situación de salud de los pueblos latinoamericanos. Esto obedece a la lógica de mercado que los sitúa en el campo de las externalidades y los asigna como responsabilidad central de un Estado que se debilita

paulatinamente. En la lógica de mercado, promocionar y prevenir la salud no es rentable; el negocio está en la venta de servicios individuales de atención a la enfermedad.

- Este modelo es homogeneizante, y no reconoce diferencias en términos de territorio, clase, etnia, género y diversidad sexual.
- Por último, es evidente que las políticas neoliberales de acuerdos comerciales refuerzan la onda privatizadora en el sector salud, como es el caso de los TLC suscritos por parte de México y Chile con Estados Unidos, especialmente en relación con el tema de medicamentos por vía de los derechos de propiedad intelectual.



BIBLIOTECA
ESPAL-ESPOL

Colombia.

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



BIBLIOTECA
ESPAL-ESPOL

demanda, presione a los oferentes. Pero, al mismo tiempo, reconocía que estos mercados son imperfectos en el campo de la salud, por lo cual deberían ser regulados por un ente, en este caso el Estado, mediante una serie de estrategias minuciosas. Sin embargo, no se logró la universalidad del aseguramiento (Ley 100). Hasta el año 2003 el 38% de la población no estaba asegurado.

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

El simple sistema de salud colombiano evolucionó en 10 años a una velocidad inusitada: la existencia de EPSs, ARPs, IPSs y Medicina Prepagada han confundido a los colombianos y los ha llevado -incluso- a que estén afiliados

a más de una de estas entidades, lo que ha ocasionado, en algunos casos, el pago doble de los servicios de salud.

Así como antes de los noventa operaba una diferencia entre la medicina pública y la privada, hoy opera una dicotomía entre la medicina obligatoria (POS - Plan Obligatorio de Salud) y la voluntaria (Medicina Prepagada).

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

En un país con una limitada capacidad económica y una buena prestación de la medicina obligatoria, según la Organización Mundial de la Salud OMS, el tamaño de la Medicina por Prepago es aún reducida. Se vinculó en una

década a una población de 15 millones de nuevos usuarios, convirtiendo el sistema en el más equitativo de América Latina, "aún por encima del mito cubano", según el informe de la propia OMS.

Las posibilidades de crecimiento son interesantes: hace dos años, la cantidad de usuarios por Prepagado era mínima, hoy la ocupación de sus casi 300 camas, está dada en un 60% por este tipo de afiliados.

El mercado es liderado por la española Colsánitas, cuyo éxito radica en que es al mismo tiempo Medicina Prepagada, Empresa Promotora de Salud e Institución Prestadora de Salud, debido a que cuenta con su propia Clínica y Centros de Atención y Consulta. Sin embargo, existen otras empresas que reportan grandes utilidades: Susalud, Colmena, Colpatria y Coomeva.

Brasil. El 17 de febrero de este año, se reunieron en la sede del Consejo Regional de Medicina del Estado de San Pablo cerca de 80 entidades representativas de los usuarios, profesionales de la salud y trabajadores vinculados a empresas de medicina prepaga, entre ellos, el IDEC, Consejo Federal de Medicina, PROCON San Pablo y el Consejo Nacional de Salud. Crearon el Foro de Seguimiento de la Reglamentación de los Planes de Salud y aprobaron una declaración donde acusan que la Ley 9.656/98 no eliminó

los diversos abusos cometidos contra los usuarios de medicina prepaga, como por ejemplo la negativa de atención a diversas patologías, las exclusiones de procedimientos y exámenes, eliminación de la cartilla de la red contratada (hospitales, médicos y laboratorios), reajustes abusivos de las cuotas, incluyendo aumentos por cambio en el rango de edad, además de no haber presentado soluciones para la relación entre la empresa, el usuario y el prestatario de los servicios.

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

Sin embargo, cabe aclarar que fueron obtenidos algunos avances a partir de la reglamentación de los planes de salud, principalmente si los comparamos con los proyectos de Ley y el que había sido anteriormente aprobado por el Poder Legislativo. Entre las conquistas obtenidas por la Ley 9656/98, está la de prohibir la exclusión de un usuario en función de su edad, enfermedad



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

preexistente o deficiencia, a pesar que aún permite el aumento de la cuota, lo que es considerado como una "exclusión pecuniaria" por las entidades representativas de los usuarios. La nueva legislación restringió la eliminación de las cartillas de los prestatarios, hospitales, clínicas y laboratorios, que solamente será aceptada cuando sean reemplazados por otros del mismo nivel y obligando al prestatario a completar el tratamiento de aquellas personas internadas.

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

con un plan para empresas, el derecho de permanecer en el mismo plan, siempre que asuman el pago (la misma cuota que paga la empresa). Finalmente, la Ley del año '98 definió el resarcimiento al Sistema Único de Salud (SUS), cada vez que un usuario de un plan de salud sea atendido en hospitales públicos. Incluso ya ha sido editado el TUNEP - nomenclador único de procedimientos de planes - que sólo puede ser usado con el fin de establecer el resarcimiento al SUS.

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

En los últimos años surgieron en Venezuela diversidad de compañías que ofrecen el servicio de medicina prepagada, sin embargo, este sistema no

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

LA OFERTA DE SERVICIOS MEDICOS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA PRODUCTIVIDAD.

Planeación de la Capacidad.

La capacidad es la tasa de producción máxima de una empresa. La planificación de la capacidad es fundamental para el éxito a largo plazo de una organización. La capacidad excesiva puede ser igual de fatal que la capacidad insuficiente. Es necesario conocer cuánto "colchón" se necesita para manejar la demanda incierta y variable y si es o no necesario expandir la capacidad antes de que la demanda se sature.

La planificación de la capacidad requiere el conocimiento de la capacidad actual y su utilización. La utilización a su vez se expresa como un porcentaje:

$$\text{Utilización} = \frac{\text{Tasa de producción promedio}}{\text{Capacidad máxima}} \times 100$$

La **capacidad máxima** puede ser de 2 tipos: capacidad pico y capacidad efectiva.

La **capacidad pico** es la máxima producción que se puede lograr en un proceso bajo condiciones ideales, utilizando métodos de producción marginales tales como: horas extra, turnos adicionales, reducción temporal de las actividades de mantenimiento, personal complementario, etc. No es posible sostener por mucho tiempo los picos temporales de producción, se corre riesgo de que la calidad se vea afectada. Cuando una empresa opera cerca de su capacidad pico corre el riesgo de obtener ganancias mínimas e inclusive de perder dinero a mediano plazo a pesar del incremento de ventas iniciales, debido a la fatiga de sus empleados que influye directamente en el nivel de productividad.

En cambio, la máxima producción que una empresa es capaz de sostener económicamente en condiciones normales se denomina **capacidad efectiva**.

Es así como la tasa de utilización también se subdivide en **utilización pico** y

utilización efectiva, dependiendo del denominador de la fórmula respectivamente.

Antes de tomar decisiones respecto a la capacidad, es necesario examinar 3 dimensiones de la estrategia de capacidad: el cálculo del tamaño de los colchones de capacidad, la determinación del momento oportuno y la magnitud de la expansión.

Cálculo del "colchón" de capacidad. La tasa de utilización promedio no deberá acercarse demasiado al 100%, cuando así sucede es señal de que es necesario incrementar la capacidad con el fin de evitar un descenso de la productividad. El "colchón" de capacidad es la cantidad de capacidad que una empresa mantiene como reserva para afrontar los incrementos repentinos de la demanda:

$$\text{Colchón de capacidad} = 100 - \text{porcentaje de utilización.}$$

Debido a que los servicios de consultas médicas tienen canales de ingreso, producción y egresos muy diversos y en cualquier parte del proceso pueden variar, a este tipo de servicios se los denomina como una Línea de Producción Flexible. Según la bibliografía consultada los productos o servicios que se

encuentran en líneas de producción flexibles se los debe mantener como máximo en la producción del 70% porque pasado este punto los niveles de calidad empiezan a verse disminuidos lo cual afecta al producto final, es decir, mantener grandes colchones de capacidad, sobre todo cuando la demanda futura es incierta.

En cuanto a la elección del momento oportuno y la magnitud de la expansión (estrategia expansionista), minimiza la oportunidad de perder ventas por capacidad insuficiente, va siempre delante de la demanda. Varios factores favorecen la estrategia expansionista: generalmente, la expansión ocasiona economías de escala y una tasa de aprendizaje más rápida, lo que ayuda a las empresas a reducir sus costos y competir a base de precios. Dicha estrategia incrementa la participación del mercado de la compañía. Al realizar una gran expansión de su capacidad o anunciar que la misma es inminente, la empresa utiliza esa capacidad para invalidar de antemano la expansión de otras compañías (12).



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

VI. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

A continuación se detalla el análisis individual de cada uno de los objetivos descritos anteriormente.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

- Determinar en base a los porcentajes de utilización la necesidad de ampliar la capacidad máxima instalada o crear un nuevo punto medico familiar.

Para lograr este objetivo se realizo dos análisis uno en base a la CAPACIDAD OFERTADA y otro en base a la CAPACIDAD INSTALADA de los Puntos Médicos Familiares de la Kennedy y Sur.

A continuación se realizara el análisis de las tablas y gráficos por separado en Capacidad Ofertada y Capacidad Instalada y de ambos PMFs lo que nos permitirá tener una apreciación de manera objetiva e individual para finalmente emitir el análisis, conclusiones y recomendaciones generales de este objetivo.

UTILIZACION DE LOS PUNTOS MEDICOS FAMILIARES KENNEDY Y SUR

Para analizar la utilización actual de los servicios de los PMF se emplearon los datos históricos con que cuenta SALUDSA, y tomando como base la

prestación de consultas mensuales atendidas y comparándola contra la consultas ofertadas, se obtuvieron los respectivos porcentajes de utilización mensual desde mayo /2004 hasta marzo/2005.

Vamos a realizar un análisis por separado de la utilización de los PMF Kennedy y Sur en relación a la capacidad ofertada entre los periodos Mayo 2004 y Marzo 2005. Estos cuadros no servirán para apreciar el manejo que se le ha estado dando a la oferta de consultas en ambos PMFs.

Tabla # 1

Porcentaje de Utilización Mensual según Capacidad Ofertada Mensual

PMF Kennedy Guayaquil Mayo 2004 a Marzo 2005

<i>Mes</i>	<i>Consultas Ofertadas</i>	<i>Consultas Atendidas</i>	<i>Porcentaje de Utilización</i>
Mayo/ 04	2667	1627	61%
Junio	3124	2062	66%
Julio	3058	2324	66%
Agosto	3686	2802	76%
Septiembre	4018	3174	79%
Octubre	4200	3109	74%
Noviembre	4264	3155	74%
Diciembre	4563	3605	79%
Enero/05	5756	4154	72%
Febrero	5265	3972	75%
Marzo	6936	4865	79%

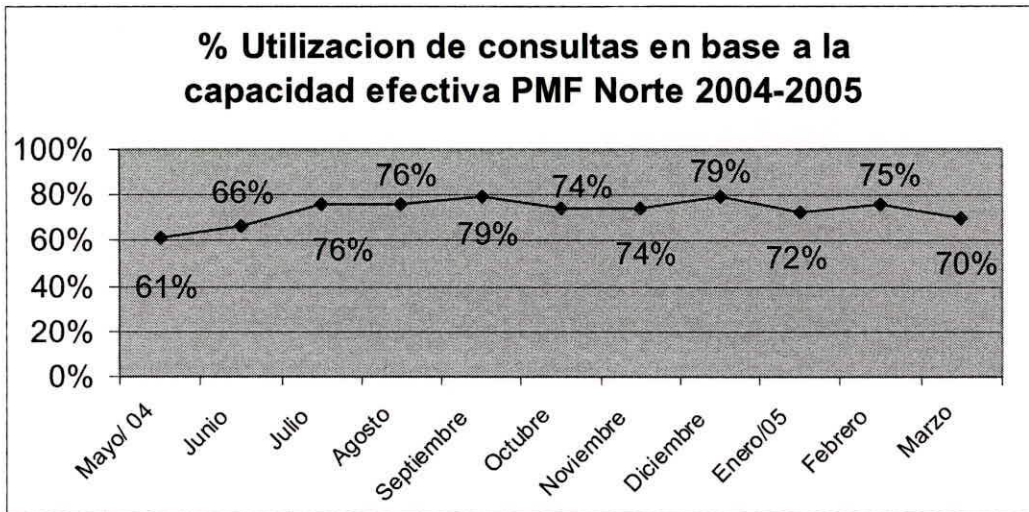


BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

Grafico # 1

Porcentaje de Utilización Mensual según Capacidad Ofertada Mensual

PMF Kennedy Guayaquil Mayo 2004 a Marzo 2005



Análisis de la oferta del PMF Kennedy

Podemos ver que los porcentajes de utilización en relación a la capacidad ofertada se han mantenido bastante regulares durante el periodo estudiado lo que nos permite apreciar que las contrataciones de los doctores tratantes estuvieron y se mantuvieron muy acertadas. Esto solo tomando en consideración que la pendiente se mantuvo estable a lo largo del periodo estudiado.

Por otra parte cabe resaltar que los porcentajes de utilización estuvieron al borde de los límites de utilización para producciones de flujo flexibles esto es entre el 70% y 80% se mantuvo muy al borde de lo aceptado para brindar un servicio de calidad.

Conclusiones y recomendaciones

Se sugiere incrementar en un 10% la oferta de médicos tratantes para mantener un colchón de capacidad apropiado y poder brindar citas oportunamente y sobre todo en los servicios de pediatría y medicina general los cuales son los servicios mas demandados como se puede apreciar en el Anexo # 2

Tabla # 2

Porcentaje de Utilización Mensual según Capacidad Ofertada Mensual

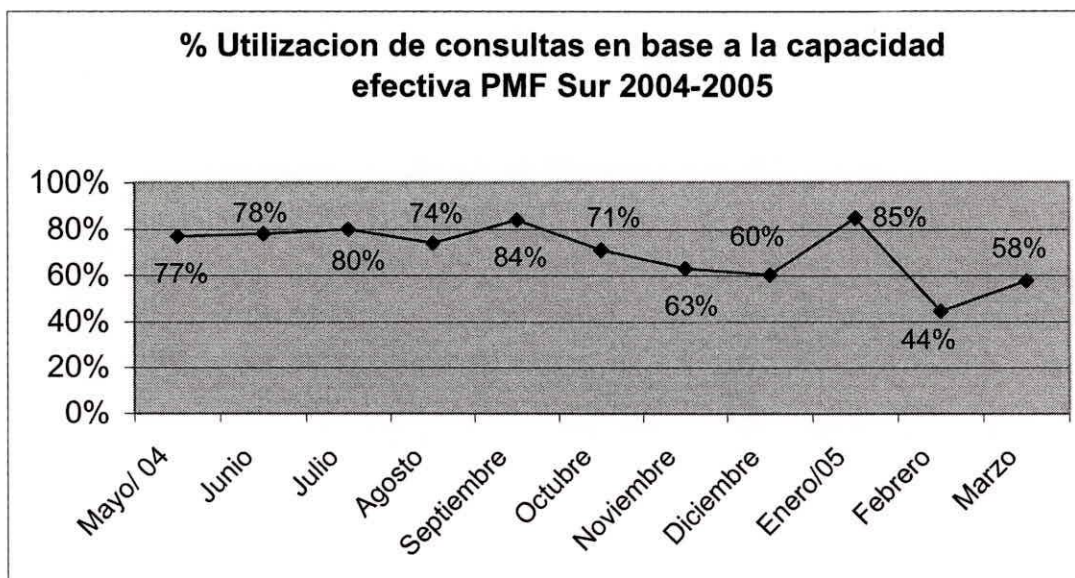
PMF Sur Guayaquil Mayo 2004 a Marzo 2005

Mes	Consultas Ofertadas	Consultas Atendidas	Porcentaje de Utilización
Mayo/ 04	1464	1127	77%
Junio	1656	1292	78%
Julio	1561	1249	80%
Agosto	1547	1145	74%
Septiembre	1603	1347	84%
Octubre	1730	1229	71%
Noviembre	1850	1166	63%
Diciembre	1985	1196	61%
Enero/05	1692	1438	84%
Febrero	2986	1328	44%
Marzo	2986	1725	58%

Grafico # 2

Porcentaje de Utilización Mensual según Capacidad Ofertada Mensual

PMF Sur Guayaquil Mayo 2004 a Marzo 2005



Análisis de la oferta del PMF Sur

Podemos apreciar que los porcentajes de utilización en relación a la capacidad ofertada se mantuvieron bastante regulares durante los primeros ocho meses del periodo estudiado, pero los meses de Febrero y Marzo del 2005 se incremento la oferta de consultas lo que hizo que se reflejara una mayor disponibilidad de citas. Respecto a los porcentajes de utilización se observa en el grafico 2 que estuvieron por encima del 70% lo que hace

suponer que la calidad de la atención fue mermada de cierta manera por lo expuesto referente a los procesos de producción flexible.

Conclusiones y recomendaciones

Al momento la oferta se encuentra en un 58% lo cual es un nivel bastante aceptable, pero también se debe tomar en consideración que esta oferta estaría pronta a entrar en el borde aceptable de las líneas de producción flexible. También se debería tener en consideración que en el PMF Sur el servicio que mas es demandado es el de Ginecología dato a tener en consideración al momento de incrementar la oferta.

PORCENTAJE DE UTILIZACION MENSUAL EN BASE A LA CAPACIDAD INSTALADA

Para calcular la capacidad máxima instalada de cada PMF debemos considerar que:

El PMF Norte cuenta con 12 consultorios que atienden 10 horas diarias de lunes a viernes, y 5 horas los días sábados, por 22 días de lunes a viernes y 4 sábados al mes y por 3 consultas / hora (considerando la duración de una consulta en 20 minutos) da un total de 8.640 consultas mensuales.

El PMF Sur, en cambio, cuenta con 5 consultorios que atienden 9 horas diarias de lunes a viernes, y 5 horas los días sábados, por 22 días de lunes a viernes y 4 sábados al mes y por 3 consultas / hora (considerando la duración de una consulta en 20 minutos) da un total de 3.270 consultas mensuales

De este modo tenemos que la capacidad máxima instalada de ambos PMF es de 8.640 y 3.270 consultas para el PMF Norte y Sur, respectivamente.

Tabla # 3

Porcentaje de Utilización Mensual según Capacidad Instalada Mensual

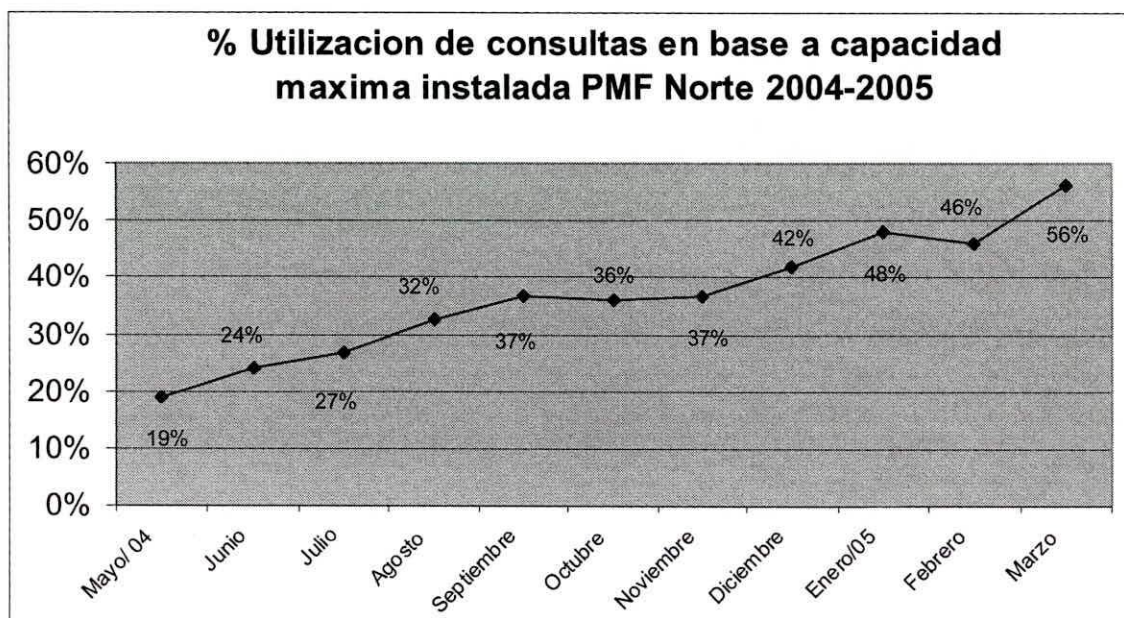
PMF Norte Guayaquil Mayo 2004 a Marzo 2005

<i>Mes</i>	<i>Capacidad Instalada</i>	<i>Consultas Atendidas</i>	<i>Porcentaje de Utilización</i>
Mayo/ 04	8640	1627	19%
Junio	8640	2062	24%
Julio	8640	2324	27%
Agosto	8640	2802	32%
Septiembre	8640	3174	37%
Octubre	8640	3109	36%
Noviembre	8640	3155	37%
Diciembre	8640	3605	42%
Enero/05	8640	4154	48%
Febrero	8640	3972	46%
Marzo	8640	4865	56%

Gráfico # 3

Porcentaje de Utilización Mensual según Capacidad Instalada Mensual

PMF Norte Guayaquil Mayo 2004 a Marzo 2005



Análisis de la capacidad instalada del PMF Norte

La tabla # 3 y su respectivo gráfico nos dan un excelente dato para la toma de nuestra decisión final, en el gráfico se puede apreciar claramente la tendencia a la utilización del Punto Medico Familiar Kennedy la cual se va incrementando gradual y homogéneamente hasta llegar al último mes de estudio en un 56%. Analizando los porcentajes de utilización en base a la capacidad instalada tenemos que de Mayo del 2004 a Marzo del 2005 ha habido un incremento del 37% y esta curva tiene un ascenso muy regular lo

que haría prever en el corto plazo bordear los límites de producción de las consultas.

Conclusiones y recomendaciones

La capacidad instalada del PMF Kennedy estará pronta a saturarse, por lo que hay que tomar medidas al respecto, al menos para aplacar la inminente sobre-demanda que va a tener este centro médico. Cualquier acción mediana en el corto plazo solo serviría para evitar problemas momentáneamente. Una medida que se podría tener es acortar el tiempo de las consultas medicas de 20 minutos a 15 con lo cual contaríamos con 2880 consultas disponibles, otra medida seria habilitar una de las oficinas administrativas como consultorio lo cual nos incrementaría en 720 citas a nuestra capacidad instalada. Pero como se dijo anteriormente esto solo seria momentáneo y teniendo en consideración que estas medidas mermarían la calidad en la atención, lo cual es muy peligroso tratándose de un servicio privado por el cual se paga una cantidad representativa.

De darse la implementación de un nuevo PMF esto ayudaría a descongestionar el PMF Kennedy ya que en la actualidad a este centro acuden personas de todas partes de la ciudad.

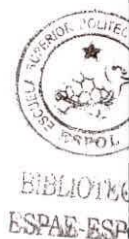


Tabla # 4. Porcentaje de Utilización Mensual según Capacidad Instalada

Mensual PMF Sur Guayaquil Mayo 2004 a Marzo 2005

PMF SUR

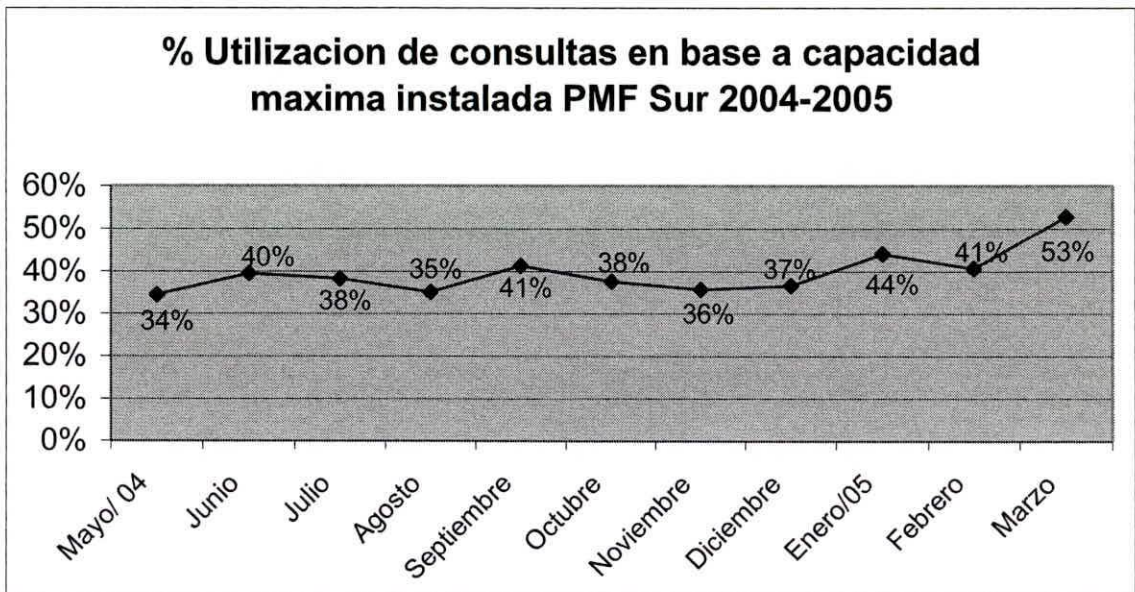
<i>Mes</i>	<i>Capacidad Instalada</i>	<i>Consultas Atendidas</i>	<i>Porcentaje de Utilización</i>
Mayo/ 04	3270	1127	34%
Junio	3270	1292	40%
Julio	3270	1249	38%
Agosto	3270	1145	35%
Septiembre	3270	1347	41%
Octubre	3270	1229	38%
Noviembre	3270	1166	36%
Diciembre	3270	1196	37%
Enero/05	3270	1438	44%
Febrero	3270	1328	41%
Marzo	3270	1725	53%

Análisis de la capacidad instalada del PMF Norte.

Se puede observar en el grafico # 4 que el comportamiento de la demanda en el PMF Sur es bastante regular hasta el mes de Febrero y Marzo, meses en los cuales se nota un aumento de la demanda. La curva de la demanda tiene una ligera pendiente ascendente, la cual no denota una mayor alarma como la vista en el grafico # 3, una ayuda importante para dar un diagnóstico definitivo sobre este PMF sería la proyección de esta curva la cual es presentada mas adelante.

Grafico # 4. Porcentaje de Utilización Mensual según Capacidad

Instalada Mensual PMF Sur Guayaquil Mayo 2004 a Marzo 2005



Conclusiones y recomendaciones de la utilización en base a la capacidad instalada del PMF Sur

El PMF Sur al momento no necesita ser aumentado, dado que el crecimiento a pesar de ser sostenido durante el periodo estudiado no es acelerado como para en el corto y mediano plazo optar por una ampliación mucho menos para instalar otro por lo expuesto en el análisis. Se recomienda ver en la proyección para determinar cuando el PMF Sur estaría llegando a los niveles recomendables de operación, para prever una situación que amerite una

ampliación o instalación de un nuevo PMF en el sector sur de la ciudad de Guayaquil.

Análisis General para Determinar en Base a la Utilización de los PMF s la Necesidad de Ampliar o Crear uno Nuevo.

Después de realizar el análisis individual, podemos apreciar con bastante facilidad en los gráficos 1-4 que el PMF Sur tiene una suficiente capacidad instalada la cual podría atender con normalidad la demanda presentada en este sector de la ciudad en un corto y mediano plazo dado que la curva de utilización a pesar de ser ascendente su crecimiento es lento.

Por el contrario, la utilización del PMF Kennedy nos muestra una curva ascendente con crecimiento progresivo que hace presumir una pronta saturación de no tomar medidas correctivas, dado que el crecimiento promedio que mantiene es de un 3.36% mensual, lo que obliga a tomar medidas correctivas para poder seguir atendiendo la demanda de consultas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Podemos concluir que es necesaria la creación de un nuevo PMF en el norte de la ciudad. Hasta realizar dicha creación se recomienda que para mantener la oferta de citas medicas y la oportunidad de las mismas se podría readecuar una de las oficinas administrativas y convertirlas en un consultorio provisionalmente hasta la creación de un nuevo PMF en el norte el cual ayudaría a la descongestión del actual PMF Kennedy.

Esta medida no pone en riesgo la calidad de la atención. Otra medida que se podría tomar aunque es menos recomendable seria la disminución del tiempo de las citas el cual en la actualidad es de 20 minutos a 15 minutos el cual es un estándar internacional, pero lo peligroso de tomar esta medida aunque temporal seria que la apreciación por parte de los pacientes respecto a la calidad de la atención se esta disminuyendo. Hay que tomar en consideración que el ampliar aunque momentáneamente la capacidad instalada, también tiene repercusiones en otras partes de la línea de producción como lo seria el ingreso, llámese a esto desde la toma de citas, pasando por el pago de la misma y la apertura de la ficha médica y toma de signos vitales por parte de las enfermeras asistenciales.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

- Proyectar la utilización, en base a los datos históricos de las consultas mensuales dadas durante el periodo mayo 2004 y marzo 2005 en los PMFs

Para lograr este objetivo se tomaron los datos de la utilización de los PMF actuales desde Mayo del 2004 a Febrero del 2005 tomando una media de crecimiento y aplicada de manera constante para una proyección de Marzo del 2005 a Marzo del 2006.

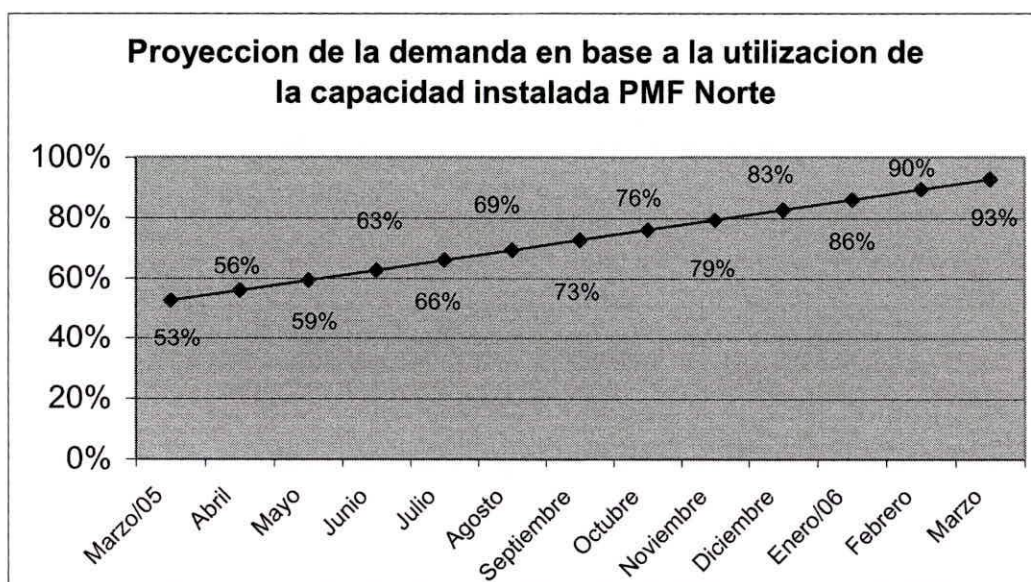
Tabla # 5.

PROYECCIÓN DE LAS CONSULTAS MÉDICAS EN EL PMF KENNEDY EN GUAYAQUIL DE MARZO DEL 2005 A MARZO DEL 2006

<i>Mes</i>	<i>Capacidad Instalada</i>	<i>Consultas Atendidas</i>	<i>Porcentaje de Utilización</i>
Marzo/05	8640	4545	53%
Abril	8640	4835	56%
Mayo	8640	5125	59%
Junio	8640	5416	63%
Julio	8640	5706	66%
Agosto	8640	5996	69%
Septiembre	8640	6286	73%
Octubre	8640	6577	76%
Noviembre	8640	6867	79%
Diciembre	8640	7157	83%
Enero/06	8640	7448	86%
Febrero	8640	7738	90%
Marzo	8640	8028	93%

Gráfico # 5

PROYECCIÓN DE LAS CONSULTAS MÉDICAS EN EL PMF KENNEDY EN GUAYAQUIL DE MARZO DEL 2005 A MARZO DEL 2006



Si nos remitimos a la tabla # 3 veremos que en tan solo 11 meses hubo un crecimiento de 37 puntos porcentuales esto es a un promedio de 3.36% mensual, valor que tomamos de referencia para realizar la proyección en el PMF Kennedy.



Análisis de la proyección del PMF Kennedy

En el gráficos # 5 podremos ver que en el corto plazo la ocupación del PMF Norte llegara al 93% lo cual bordea los niveles máximos de ocupación en

líneas de producción flexibles motivo por el cual se hace inminente tomar medidas al respecto para no tener que mermar la calidad del servicio.

Conclusiones y Recomendaciones

Se concluye fácilmente que se debería crear un nuevo PMF en el norte de la ciudad de Guayaquil debido a que el PMF Kennedy esta pronto a saturarse.

Se recomienda tomar con la debida anticipación la decisión de crear el nuevo PMF para que a finales de año empiece a operar, ya que en estos meses estaría llegando al 80% de ocupación el PMF Kennedy.

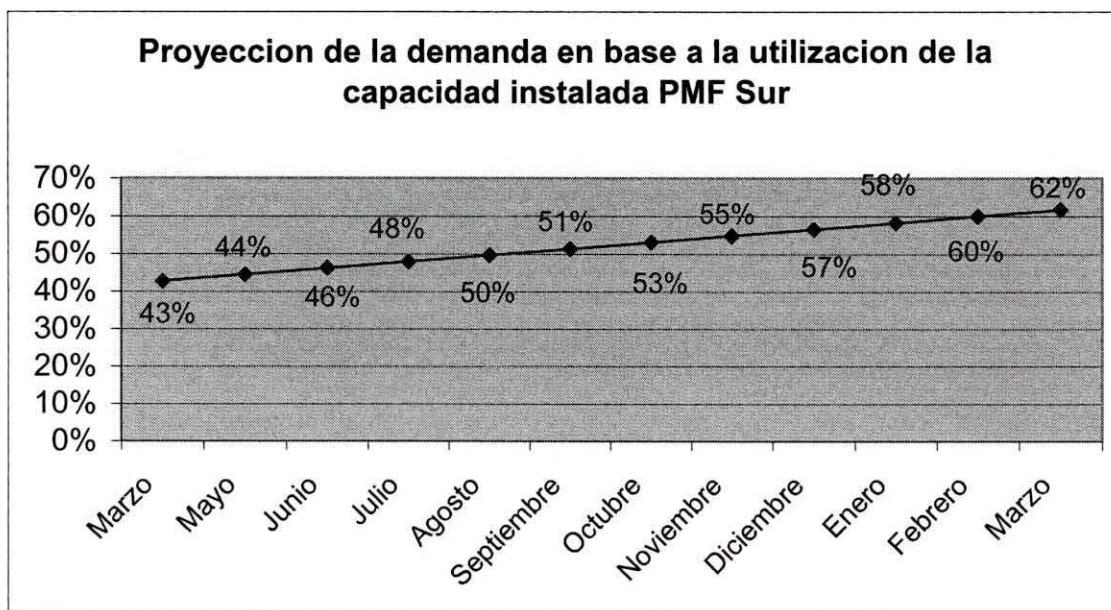
Tabla # 6

**PROYECCIÓN DE LAS CONSULTAS MÉDICAS EN EL PMF SUR EN
GUAYAQUIL DE MARZO DEL 2005 A MARZO DEL 2006**

<i>Mes</i>	<i>Capacidad Instalada</i>	<i>Consultas Atendidas</i>	<i>Porcentaje de Utilización</i>
Marzo/05	3270	1397	43%
Mayo	3270	1454	44%
Junio	3270	1510	46%
Julio	3270	1567	48%
Agosto	3270	1623	50%
Septiembre	3270	1680	51%
Octubre	3270	1736	53%
Noviembre	3270	1793	55%
Diciembre	3270	1849	57%
Enero/06	3270	1905	58%
Febrero	3270	1962	60%
Marzo	3270	2018	62%

Grafico # 6

**PROYECCIÓN DE LAS CONSULTAS MÉDICAS EN EL PMF SUR EN
GUAYAQUIL DE MARZO DEL 2005 A MARZO DEL 2006**



Si nos remitimos a la tabla # 4 veremos que en los 11 meses de estudio hubo un crecimiento del 19% esto da un promedio de 1.72% mensual, valor que tomamos de referencia para realizar la proyección en el PMF Sur.

Análisis de la proyección del PMF Sur

El crecimiento proyectado en el PMF Sur es mucho mas lento, por lo cual todavía no es necesario siquiera pensar en la adecuación o ampliación de este PMF, pero de igual manera podremos tener como marco de referencia este

análisis en un futuro a largo plazo. Si mantenemos dicho crecimiento en Marzo del 2007 recién estriamos llegando al 80% de utilización del PMF Sur.

Conclusiones y Recomendaciones.

Podemos decir que no es necesario por el momento ampliar ni crear un nuevo PMF en sector sur de la ciudad. Se recomienda mantener la buena administración de la disponibilidad en las citas. Y tomar en consideración una revisión del crecimiento de las consultas en Marzo del 2006.

Análisis general de la proyección de la utilización, en base a los datos históricos de las consultas mensuales dadas durante el periodo mayo 2004 y marzo 2005 en los PMF s.

Volvemos a confirmar con el análisis de este objetivo que el PMF Kennedy en el corto plazo estará llegando a la ocupación máxima, caso contrario a lo que sucede en el PMF Sur lo cual se aprecia en los gráficos 5 y 6.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se concluye que se debe crear un nuevo PMF en el sector norte de la ciudad y tenerlo operativo a finales del año 2005. Se recomienda realizar un nuevo análisis del crecimiento de las consultas en Marzo del 2006 en PMF Sur.

OBJETIVO ESPECIFICO 3

- Determinar la localización de un nuevo PMF mediante un estudio de concentración geográfica de clientes actuales de SALUDSA

Para la consecución de este objetivo se procedió a sacar de la base de datos de los afiliados a la empresa SALUDSA los domicilios y se los distribuyo en cinco zonas en Guayaquil.

Este estudio nos permitirá tener una visión más amplia y acertada de la localización de un posible nuevo PMF dependiendo del análisis de los otros objetivos específicos.

Tabla # 7.

Distribución geográfica por zonas de Guayaquil de los actuales afiliados a SALUDSA con subtotales por zona y porcentaje de representación a Marzo del 2005.

ZONA NORTE	Total	%
Via Daule	636	1.3%
La florida	951	1.9%
Alborada	1340	2.7%
Clinica K Alborada	1455	2.9%
Garzota	2594	5.2%
Guayacanes	1443	2.9%
Samanes	1758	3.5%
Sauces	888	1.8%
Adace	1735	3.5%
TOTAL	12800	25.6%

ZONA CENTRO	Total	%
Las Peñas	1157	2.3%
Municipio	659	1.3%
Rotonda	527	1.1%
Bahia	830	1.7%
Centro Dos	601	1.2%
Centros Bancos	962	1.9%
Finansur	1226	2.5%
Mercado central	447	0.9%
P P Gomez	636	1.3%
Barrio Garay	624	1.2%
TOTAL	7669	15.3%

ZONA DURAN	Total	%
Via Samborondón	1518	3.0%
Duran 1	1065	2.1%
Duran 2	1065	2.1%
El cisne	424	0.8%
TOTAL	4072	8.1%

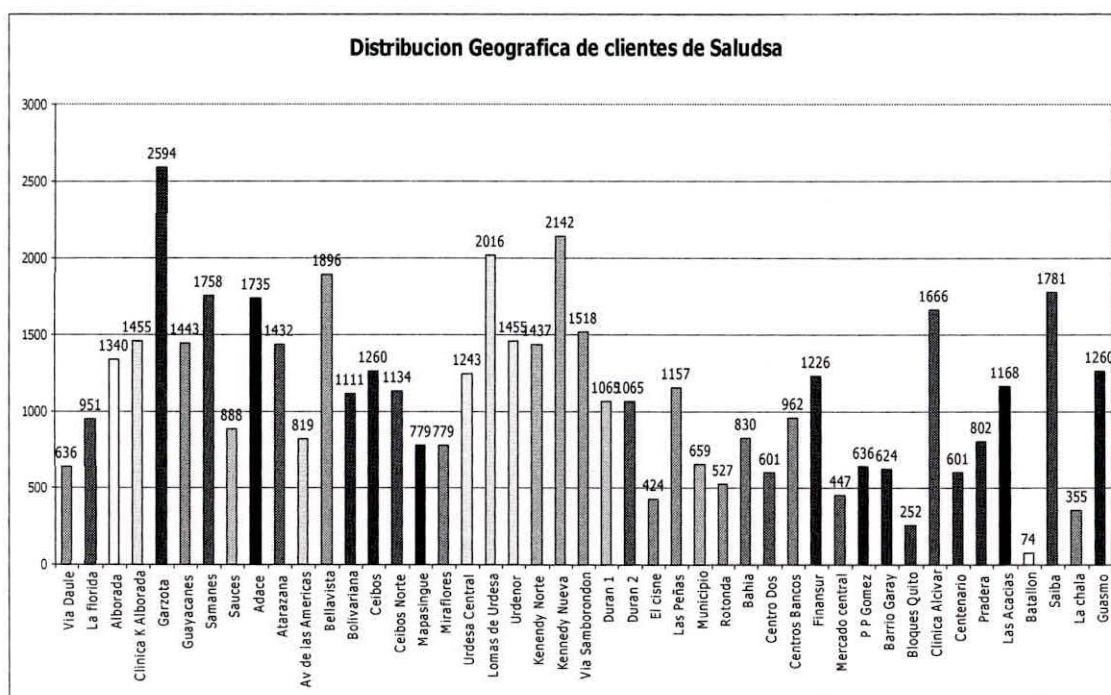
ZONA PMF SUR	Total	%
Bloques Quito	252	0.5%
Clinica Alcivar	1666	3.3%
Centenario	601	1.2%
Pradera	802	1.6%
Las Acacias	1168	2.3%
Batallon	74	0.1%
Saiba	1781	3.6%
La chala	355	0.7%
Guasmo	1260	2.5%
TOTAL	7959	15.9%



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

Gráfico # 7

Distribución geográfica por sectores de Guayaquil de los actuales afiliados a SALUDSA con totales por zona a Marzo del 2005.

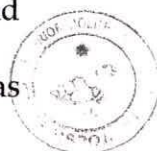


**ANÁLISIS GENERAL DE LA LOCALIZACIÓN DE UN NUEVO PMF
MEDIANTE UN ESTUDIO DE CONCENTRACIÓN DE CLIENTES
ACTUALES DE SALUDSA.**

Como se muestra en las tablas # 7 la zona en donde mayormente se encuentran concentrados los actuales clientes, es la zona de influencia del

PMF Kennedy que cuenta con 17503 potenciales usuarios esto es decir el 35% de todos los afiliados de SALUDSA en guayaquil, lo que corrobora que este PMF este atendiendo una gran cantidad de consultas.

Podemos apreciar que la segunda zona en cantidad de usuarios es la zona norte de la ciudad que cuenta con 12800 usuarios esto representa el 25.6% los cuales probablemente se están haciendo atender en el PMF Kennedy debido a que en este sector no hay un PMF lo que dificulta y a la vez detiene a los afiliados a acudir a un PMF por lo que esta lejos de su domicilio o lugar de trabajo, es importante tener en consideración que la zona por donde la ciudad sigue creciendo es hacia el norte por lo que en el futuro seria mucho mas necesario y provechoso tener un PMF en esta zona de la ciudad.



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

El tercer puesto lo ocupa la zona de influencia del PMF Sur con 7959 usuarios que representan 15.9% a los cuales se les esta dando la atención en el PMF Sur.

La cuarta zona no muy lejos de la tercera es el centro de la ciudad que cuenta con 7669 usuarios lo que representa un 15.3% del total de afiliados a SALUDSA en Guayaquil, como podemos apreciar es una cantidad representativa de personas que no estarían siendo atendidas, pero debemos

tomar en consideración que los afiliados en esta zona pueden ser atendidos o bien en el PMF Sur o en el PMF Kennedy.

La quinta zona es la de Durán y vía a Samborondón la cual no es muy representativa con 4072 afiliados que representan el 8.1% de los usuarios. Los cuales pueden ser atendidos en centros médicos cerca de sus domicilios.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Podemos concluir que la zona norte de la ciudad es una zona donde hay una gran cantidad de clientes potenciales para acudir al PMF, lo que hace suponer que un PMF en esta zona tendría una buena acogida además de otros potenciales clientes que se tendría al tener un servicio de prestigio y conocido a nivel nacional como lo es la Medicina Pre-Pagada SALUDSA. Se recomienda correlacionar los datos que se obtengan en la encuesta de aceptación del nuevo PMF para llegar a una conclusión más contundente de la necesidad de abrir otro PMF en la Zona norte de la ciudad de Guayaquil

OBJETIVO ESPECIFICO 4

Determinar mediante encuestas la disposición de acudir al nuevo PMF

Resultados de la encuesta de disposición de acudir al nuevo PMF.

Con el objetivo de medir la potencial aceptación y disposición de los afiliados y no afiliados para acudir al probable nuevo PMF se realizó una encuesta con las siguientes preguntas:

ENCUESTA DE PREDISPOSICIÓN DE ACUDIR AL NUEVO PMF

- 1.- *Esta afiliado a un seguro medico o medicina pre-pagada?*
- 2.- *Estaría dispuesto a afiliarse a uno que tenga un centro medico cerca de su hogar?*
- 3.- *Tiene un medico de cabecera?*
- 4.- *Si esta afiliado a salud, estaría dispuesto a acudir a un nuevo PMF en el sector alborada – la garzota?*
- 5.- *Estaría dispuesto a acudir a un centro medico con todas las especialidades medicas, donde encuentre servicios de laboratorio, rx, y farmacia en el mismo lugar?*
- 6.- *Que monto mensual estaría dispuesto a pagar por un seguro de medicina que tenga un centro medico de especialidades, con laboratorio, rx, y farmacia dentro de las mismas instalaciones?*

La encuesta fue realizada por vía telefónica a una muestra de 150 personas del sector noroeste, tomando como referencia el dato expuesto en el análisis del objetivo específico anterior en el que se demostraba que a esa zona corresponde la mayor concentración de clientes en la actualidad. Los resultados se presentan en los anexos 3 y 4.

Análisis de la encuesta de la disposición de acudir al nuevo PMF.

Como resultado de la pregunta # 1 se obtuvo que un 46 % de la población encuestada estaba afiliada a un seguro médico o de medicina pre-pagada y el otro 54% restante no estaba afiliado a ningún sistema. De este 46% observamos que un 61% estaba afiliado a Ecuasanitas, principal competidor en el servicio de medicina pre-pagada con centros médicos propios, y el otro 39% restante a SALUDSA.

Analizando el resultado de la pregunta # 2 tenemos que un 98% de la población encuestada tiene una buena predisposición para afiliarse a un sistema de seguro médico que tenga su propio centro médico, este alto porcentaje de aceptación nos da una buena pauta de los potenciales clientes que se tendría en esta zona.



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

Haciendo una relación entre las preguntas 1 y 2, tenemos que, del 54% de la población que no esta afiliada a seguro médico alguno, el 98% tiene una amplia aceptación para afiliarse a este tipo de servicio médico.

Como resultado a la pregunta # 6 se observa que un 72% de los encuestados tiene una capacidad de pago de un seguro médico de entre 15 a 30 dólares monto que estaría dentro de los rangos de los precios de un seguro médico de circulo cerrado esto quiere decir direccionado a donde la compañía de medicina pre-pagada se lo indique (generalmente al propio centro medico) de esta manera se logra obtener unos precios muy competitivos y para SALUDSA se amplia el target ya no solo de media alta como lo ha sido siempre, si no que su target a la población de clase media y media baja.

La pregunta # 3 en la que se mide si hay o no un medico de cabecera nos da un resultado de que el 62% de los encuestados tiene un medico de cabecera, y un 38% que no lo tiene esto nos da la pauta para analizar la fidelidad que podrían tener las personas encuestadas o real disposición de acudir a un centro medico, pero también se debe tomar en cuenta que este centro medico es un centro de especialidades, y por lo general los médicos de cabecera son doctores en medicina general o medicina interna, por lo que solo habría que

tomar en cuenta este dato para la especialidad de medicina general, en el momento de llegarse a implementar el nuevo PMF.

La pregunta # 5 trata de medir la disposición de acudir a un centro de especialidades con todos los servicios de diagnóstico ambulatorios como rayos x, laboratorio clínico y patológico, ecos, tomografías, mamografías, banco de vacunas y farmacia. Como se aprecia en el resultado hay una aceptación del 90% dado que la mayoría de los encuestados hacían referencia a lo cerca que les quedaría el centro medico y las facilidades que en este se prestaría ya que evitaría estar movilizándose de un lugar a otro en búsqueda de los servicios de diagnostico antes mencionado, lo cual concluye en un ahorro de tiempo y dinero.



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

Conclusiones y Recomendaciones.

Podemos concluir que como hay un alto porcentaje de población que no tiene seguro médico y por tanto un nicho de mercado importante se abriría debido a la alta tasa de interés en adquirir alguno.

También se debe tomar en consideración la competencia que existiría con el centro médico de Ecuasanitas ubicado en la ciudadela La Garzota, como recomendación seria tener un PMF ubicado mejor estratégicamente en un

lugar de fácil acceso en transporte público, dado que el de Ecuasanitas es un poco difícil de ubicar, y la calle que está ubicado solo pasa una línea de transporte público local, no se toma en cuenta las líneas de transporte interprovincial.

Referente a la capacidad de pago se recomienda mantener los planes que actualmente se ofertan (Plan Optimo) el cual es direccionado y con el incremento de clientes puede existir la posibilidad de bajar más aún los precios, los cuales oscilan en el rango que la pregunta 6 nos dio.

Hay que hacer énfasis en que el centro médico es uno de multi-especialidades dado que un buen porcentaje de encuestados afirmó tener médicos de cabecera (medicina general).

OBJETIVO ESPECÍFICO 5

Determinar mediante encuestas la predisposición de los actuales usuarios del PMF Kennedy a acudir al nuevo PMF.

Se realizó la siguiente encuesta a 50 afiliados a SALUDSA y usuarios del PMF Kennedy con el fin de determinar su predisposición de acudir a un nuevo PMF:

4.- Si esta afiliado a salud, estaría dispuesto a acudir a un nuevo PMF en el sector alborada - la garzota?

Fue realizada en el mismo PMF Norte (in situ) a los usuarios del servicio de la consulta médica.



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

Análisis. Referente a la pregunta 4 (anexo 3) obtuvimos una aceptación del 56%, esto significa que habría una clientela fija que sería atendida en el nuevo PMF en números en la actualidad representaría 2724 consultas (proyectando al 56% del total atendido en PMF Kennedy en marzo 2005) que seria el punto de partida del nuevo PMF, y de esta manera también se restaría la inminente saturación del PMF Kennedy. Es un porcentaje bastante considerable de pacientes que se cambiaría al nuevo PMF, motivo aun mayor de llevar a cabo su implementación.

En la encuesta existieron comentarios que resaltan la predisposición de acudir debido a la cercanía, lo que nos hace suponer que este 56% de afiliados que actualmente se hace atender en el PMF Kennedy vive cerca al sector de La Alborada - La Garzota.

El PMF Kennedy deberá enfrentar una baja en la demanda de sus consultas por que gran parte de la clientela es del sector de ubicación de posible nuevo PMF, dato a tomar en consideración y tomar medidas al respecto, que se pueden lograr fácilmente debido a que según la distribución geográfica de los afiliados, en el área de influencia del PMF Kennedy es en donde mas se encuentra los afiliados de SALUDSA en Guayaquil.

Conclusiones y Recomendaciones.

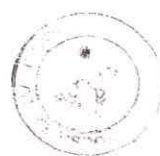
Se concluye como objetivo de esta encuesta que existe una considerable disposición de los actuales usuarios a acudir al nuevo PMF. Es importante y que hay que tomar en cuenta y relacionar a la distribución geográfica (ver tabla # 7) lo cual nos indica que en la actual zona de influencia del PMF Kennedy hay un 35% de afiliados y en la zona del nuevo PMF hay un 25% de afiliados con el resultado de esta encuesta. Entonces se recomienda realizar luego de la posible apertura del nuevo PMF una campaña de marketing o promociones en el PMF Kennedy para que este vuelva a retomar una ascendente en la curva de crecimiento.

OBJETIVO ESPECIFICO 6

Medir la calidad de atención de cada uno de los servicios que se prestan, mediante una encuesta de satisfacción al cliente.

Resultados de la Encuesta de Satisfacción al Cliente

Con el objetivo de medir la calidad de la atención de cada uno de los servicios y verificar si la atención brindada es adecuada de acuerdo a la capacidad de atención actual, se realizó una encuesta a 55 clientes escogidos aleatoriamente que constaba de ocho preguntas cuyos resultados se detallan en el anexo 1.



BIBLIOTECA
ESPAÑOLA

La encuesta trata de medir el porcentaje de satisfacción de ocho puntos de atención al cliente - "momentos de la verdad"- en los servicios de atención al cliente, caja, consulta, laboratorio clínico y de imagen.

Los servicios a ser calificados fueron los siguientes: Guardianía, Recepción, Consultoría - Caja, Enfermería, Imagen, Médico Tratante y Laboratorio.

Se utilizó una escala de 5 puntos: pésimo, malo, regular, bueno, excelente, y la opción de contestar nulo.

Se realizó además una medición del tiempo que tarda el proceso de alistar a un paciente para ingresar a la consulta médica, con el objetivo de verificar la

calidad de la atención en el servicio de las enfermeras consultoras y el personal de caja, y cuyos resultados se encuentran en el anexo 5.

Dicha medición fue realizada a un total de 60 personas en distintos horarios durante 4 días consecutivos.

Análisis Respecto a las encuestas de satisfacción podemos apreciar que existe por parte de los clientes una amplia aceptación de los servicios prestados dado que en general solo un 9% de las personas encuestadas respondieron haber percibido un servicio pésimo o regular. Hay que observar que ese porcentaje de insatisfacción se concentra mayormente en los servicios de enfermería y guardiania los cuales tienen una calificación de insatisfacción en casi el 20% de los encuestados por lo que deberían tomarse medidas correctivas al respecto.

Del mismo modo se debe resaltar que las mejores calificaciones fueron obtenidas por el servicio de las Enfermeras Asistenciales y una mejor calificación aun fue otorgada a los Médicos Tratantes.

En la pregunta # 4 en lo que se refiere al tiempo de espera se aprecia que solo el 60% de los encuestados considera que esta dentro de lo permisible y hay

casi un 30% que lo considera inadecuado. En el anexo 5 se aprecia que existe un 23 % de demora mayor a los 20 minutos en realizar la preparación previa a la consulta.

Conclusiones y Recomendaciones.

Se concluye que en general la calidad de la atención en los PMFs es buena. Sin embargo, se debe tomar medidas correctivas en los servicios de guardianía y del personal de las enfermeras consultoras y de caja, es probable que a estos últimos les afecte en su evaluación el tiempo de espera, dado que la pregunta 4 también considera en un alto porcentaje que es por encima de lo permisible. Por ello se sugiere que al personal de guardianía se deberá otorgar una reinducción de sus funciones así como también un curso de servicio al cliente.

Respecto al personal de las enfermeras consultoras y personal de caja se hace una relación en la encuesta de satisfacción y la de medición del tiempo de preparación de los pacientes, concluyendo que existe una mala percepción de este servicio. Por lo que se puede recomendar la contratación de personal adicional en los horarios picos para poder atender a los pacientes ágilmente y que aquellos no necesiten esperar demasiado tiempo y de este modo mejorar la percepción de la calidad de estos servicios.

VII. CONCLUSIONES

Luego de haber analizado de manera individual cada uno de los objetivos podemos concluir que es necesaria la creación de un nuevo PMF en el sector Norte de la ciudad, debido principalmente a que el actual PMF en el corto plazo llegara a saturar su capacidad máxima instalada, y la demanda crece aceleradamente, lo cual empieza a afectar la percepción del nivel de calidad del servicio por parte del cliente.

Es de vital importancia el análisis realizado acerca de la distribución geográfica de los afiliados de SALUDSA, pues ha dado pautas para una localización estratégica del nuevo PMF.

Existe una excelente respuesta de los afiliados y no afiliados para acudir al nuevo centro médico lo que hace suponer una buena acogida a un servicio de alta calidad como se lo ha comprobado con las encuestas de satisfacción y de predisposición.

VIII. RECOMENDACIONES

Observando todo lo descrito anteriormente nos atrevemos a sugerir básicamente lo siguiente:

- Ampliar la oferta en el PMF Sur para aumentar el colchón en la atención.
- Abrir un nuevo PMF antes de finales del 2005 o primeros meses del 2006 ya que según la proyección en estas fechas estaría llegando a niveles no recomendados de ocupación en líneas de producción flexible (90%).
- Se recomienda de acuerdo a la distribución geográfica de los usuarios que el nuevo PMF este ubicado en la zona norte de guayaquil, específicamente en la Alborada o La Garzota con vías de acceso al transporte publico fácil y rápida.
- Mantener el direccionamiento que se le esta dando al negocio de SALUDSA como seguro médico en encausar a los clientes tanto individuales como corporativos a ser atendidos en los PMF.
- Tomar medidas para que los afiliados en la zona de influencia del PMF Kennedy acudan a este centro medico, luego de la apertura del nuevo PMF.

Consideramos, que lo mas importante es definir como empresa, en que intensidad importa o pesa el componente salud de los PMFS y cuanto pesa la empresa prepaga también. Debemos observar, que todo esto de brindar atención ambulatoria por parte de la misma prepaga, es bastante nuevo. Es básico preguntarse, si como empresa quieren PMFS eficientes, eficaces, de calidad, con alta utilización o si por el contrario seguirán con planes abiertos creciendo de acuerdo a como les lleve la demanda.

Finalmente, seria interesante conocer, las utilidades económicas que esta empresa esta brindando a sus accionistas. Aunque el comentario de que es rentable, se lo comprueba cuando observamos el interés en su crecimiento acelerado.

IX. BIBLIOGRAFÍA

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

8. Torres Mauricio. *"América Latina y Salud. Entre la Oscuridad y la Esperanza"*. Le Monde Diplomatique. Edición No. 35. Colombia. Junio, 2005.
9. <http://www.eluniversal.com/> Morillo Ramos M. *"El Costo de la Medicina Privada"*. Economía. Caracas, 30 de marzo 1.997.
10. 10. <http://www.buenasalud.com/> *"Medicina prepaga en Colombia"*. Actualización: Spt. 2005.
11. *Ley que Regula las Empresas Privadas de Salud y Medicina Prepagada*. RO 12-26 de Agosto de 1.998. Ley No. 8. Art. 1 -19.
12. Lee J. Krajewski. *Administración de Operaciones. Estrategia y Análisis*. Capítulo 8. *Capacidad, localización y distribución física*. 5ta. Edición. Naucalpán de Juarez, México. 2000.

X. ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA DE SATISFACCION DE CLIENTES

- 1.- Cómo evalúa usted la atención del personal de seguridad?
- 2.- Cómo evalúa usted la atención recibida por parte del personal de recepción?
- 3.- Cómo evalúa usted la atención de las enfermeras consultoras y la del personal de caja?
- 4.- En lo que se refiere al tiempo de espera para recibir el servicio que brindan las enfermeras consultoras y caja?
- 5.- Cómo evalúa usted la atención recibida por parte del personal de imagen?
- 6.- Cómo evalúa la atención de las enfermeras asistenciales?
- 7.- Cómo evalúa la atención del medico tratante?
- 8.- Cómo evalúa usted la atención en el laboratorio?

PREGUNTA	1	%	2	%	3	%	5	%	6	%	7	%	8	%	TOTAL	%
PESIMO	0	0	1	1.82	4	7.27	1	1.82	0	0	0	0	1	1.82	7	1.82
MALO	4	7.27	0	0	0	0	0	0	1	1.82	1	1.82	1	1.82	7	1.82
REGULAR	6	11	3	5.45	5	9.09	3	5.45	1	1.82	0	0	3	5.45	21	5.45
BUENO	21	38.2	13	23.6	12	21.8	9	16.4	8	14.6	6	10.9	5	9.09	74	19.2
EXCELENTE	20	36.4	37	67.3	33	60	27	49.1	41	74.6	41	74.6	34	61.8	233	60.5
NULO	4	7.27	1	1.82	1	1.82	15	27.3	4	7.27	7	12.7	11	20	43	11.2
Total	55	100	55	100	55	100	55	100	55	100	55	100	55	100	385	100

PREGUNTA	4	%
ADECUADO	33	60
INADECUADO	15	27.3
NULO	7	12.7
Total	55	100

ATENCIONES POR MEDICOS

PUNTO MEDICO FAMILIAR COSTA

PMF NORTE	Especialidad	ATEN. POT	MIN. ATEN	HORAS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBR	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL 2004
Dra. Shirley Alvaraz	Clinico	192	25	4	169	162	207	194	189	179	154	156	171	168	140	159	2048
Dra. Cinthia Merchan	Clinico	192	25	4	144	128	168	144	134	161	152	159	164	158	129	154	1795
Dr. Fabricio Briones	Clinico	192	25	4	166	144	213	169	176	210	167	165	175	179	148	175	2087
Dr. Roberto Macias	Clinico	192	25	4					153	257	253	227	277	182	182	232	1763
Dr. Axel Lopez	Sin Cita	192	25	4								158	170	198	149	142	817
Dr. Ricardo Soto	Sin Cita	144	25	3									14	147	211	215	587
ROTATIVOS SABADOS	Rot. Clinico	86	25	9	37	32	38	37	42	24	58	50	76	57	61	31	543
Dr. Pedro Illescas	Pediatra	192	25	4	131	105	149	102	120	168	155	149	174	164	142	148	1707
Dr. Jimmy Pazmiño	Pediatra	144	25	3	89	65	124	86	97	132	132	146	137	117	122	125	1372
Dra. Magna Delgado	Pediatra	192	25	4	106	96	165	123	132	150	142	127	146	140	125	145	1597
Dr. Cesar Villacres	Pediatra	96	25	2										12	81	100	193
Dra. Dolores Izurieta	Pediatra	96	25	2											80	80	160
ROTATIVOS SABADOS	Rot. Pediatria	86	25	9	21	25	28	24	35	23	51	22	40	32	45	27	373
Dr. Raul Brito	Ginecologia	192	25	4	169	142	222	119	124	146	147	135	153	132	73	143	1705
Dra. Ana Lucia Pesantes	Ginecologia	192	25	4										43	137	174	354
ROTATIVOS SABADOS	Rot. Ginecologia	48	25	5	15	13	12	16	24	31	34	24	38	38	26	17	288
Dra. Doris Rivera (solo consulta)	Cardiologia	168	25	3,5	98	88	126	113	120	162	149	205	211	158	149	151	1730
DICIEMBRE	Cardiologia	168	25	3,5											87	92	269
TOTAL MEDICOS PMF	Especialidad	2765	450	76	1145	1000	1452	1127	1346	1643	1594	1723	1946	2012	2092	2308	19388
Dra. Jenny Benitez	Dermatologia	168	25	3,5	78	57	103	83	81	152	166	158	152	182	152	190	1554
Dra. Raquel Paez	Dermatologia	168	25	3,5							83	154	183	155	145	166	886
Dr. Jose Quisphe	Urologia	96	25	2							26	25			23	75	149
Dra. Pepita Cartagena (solo consulta)	Terapia Fisica	60	20	1						9	19	47	27	29	45	74	250
Dr. Jose Boderio (Sabados C/15)	Otorrino	192	25	4								198	239	177	178	213	1005
Dra. Loira Ronquillo	Otorrino															45	45
Dr. Xavier Ramirez (Sabados C/15)	Traumatologia	192	25	4							147	197	251	217	177	222	1211
Dr. Xavier Zaballos (Sabados C/15)	Traumatologia	240	20	4					106	140	156	190	225	200	189	144	1350
Dr. Edison Cano (Solo Consulta)	Gastroenterologia	720	20	12	51	54	83	65	94	118	133	110	151	137	147	120	1263
Dra Emma Terranova	Gastroenterologia															16	16
Dr. Jorge Ocaña Garcia	Urologo Pediatra	120	20	2											7	32	39
Total Medicos Por Honorarios		1956	205	36	129	111	186	148	281	419	730	1079	1228	1097	1063	1297	7768
Chequeos Empresas PMF						82	12	28	130	59	33	65	28		44		
TOTAL CONSULTAS PMF NORTE		4721	655	112	1274	1193	1650	1303	1757	2121	2357	2867	3202	3109	3199	3605	27156

OTROS SERVICIOS	Especialidad	ATEN. POT	MIN. ATEN	HORAS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBR	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	DICIEMBRE
Dra. Doris Rivera (EKG)	Cardiologia	60	10	0,5	40	39	56	45	36	80	56	106	108	67	47	56	736
Dr. Atilio Bordes (EKG)	Cardiologia	60	10	0,5										64	60	49	173
Dr. Angel Campos (ECOS)	Ecografista	288	25	6	62	75	120	96	127	223	250	270	239	210	191	248	2111
Dra. Pepita Cartagena (terapias)	Ter. de Rehabilitacion	192	25	4					37	100	100	171	187	199	169	357	1320
Procedimientos Dermatologicos		48	25	1							2	11	7	15	6		41
Tecn. Lucia Quimi	Terres	120	20	2					64	133	99	37	64	28	16	54	495
Tecn. Darwin Garcia	Terres	120	20	2								65	81	57	79	69	351
Dra. Flor Sanchez	Audiometria	48	10	2HSEMN					121	82	65	63	135	33	60	19	578
Dr. Edison Cano (End/ rect)	Gastroenterologia	24	20	4HSEMN	11	11	14	12	19	17	12	16	8	16	11	16	163
TOTAL PROCEDIMIENTOS NORTE		960	165	16	113	125	190	153	404	635	584	739	829	689	639	868	5968

BIBLIOTECA
ESPAÑOL-ESPOL



PROCEDIMIENTOS TERCEROS	Especialidad	ATEN. POT	MIN. ATEND	HORAS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBR	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	DICIEMBRE
Procedimientos Odontologicos	PROCEDIMIENTO	40	15	0,5	101	93					81	111	106	197	256	240	1185
Dr. Odontologia	Consultas	480	20	8							147	170	165	199	165	139	985
Dr. Oftalmologia	Consultas	160	30	4	122	93	121			125	200	245	299	280	286	216	1987
Dr. Calero	Rayos X	960	15	12	361	301	437		339	470	612	746	793	692	657	681	6089
Total Procedimientos terceros		1640	30	13	462	394	437	0	339	470	693	857	899	889	913	921	7274
TOTAL CONSULTA NORTE		4721	705	124	1396	1286	1771	1303	1757	2246	2704	3282	3666	3588	3650	3960	30128
TOTAL PROCEDIMIENTOS NORTE		2600	195	29	575	519	627	153	743	1105	1277	1596	1728	1578	1552	1789	13242

PMF SUR	Especialidad	ATEN. POT	MIN. ATEND	HORAS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBR	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	DICIEMBRE
Dra. Dolores Villacis	Clinico	240	25	5	201	184	214	205	195	233	212	198	238	220	219	274	2593
Dr. Gutavo Trujillo	Clinico	192	25	4	153	137	185	142	152	161	160	147	163	153	138	129	1820
Rotativos Sabados	Rot. Clinicos	48	25	5	26	27	29	23	36	22	29	12	29	21	22	20	296
Dr. Carlos Briones	Pediatría	192	25	4	100	86	152	124	123	158	134	142	154	152	118	136	1579
Dra. Margot Orellana	Pediatría	144	25	3	92	110	142	104	90	117	123	95	140	103	97	119	1332
Rotativos Sabados	Rot. Pediatría	48	25	5	26	32	22	17	26	24	35	26	32	16	26	7	289
Dra. Mirella Inacio	Ginecologia	192	25	4	139	127	159	149	161	181	154	162	183	192	154	155	1916
Rotativos Sabados	Rot. Ginecologia	48	25	5	20	13	18		0	0					14	7	72
Dr. Mario Pinto(consulta)	Cardiologia	144	25	3	159	150	191	170	150	180	165	165	191	169	150	94	1934
TOTAL MEDICOS PMF		1248	225	38	916	866	1112	934	933	1076	1012	947	1130	1026	938	941	11831
Dra. Ines Granda	Dermatologia	120	25	2,5	62	53	80	73	59	83	67	78	74	71	51	56	807
Dr. Henry Zapata	Traumatologia	96	25	2										19	61	71	151
Dr. Mario Quintero	Otorrino	120	25	2,5	122	124	168	140	135	133	170	120	143	113	89	87	1544
Dra. Blanca Almeida	Dermatologia	96	25	2											27	41	68
Medicos Por Honorarios		240	50	5	184	177	248	213	194	216	237	198	217	203	228	255	2570
Dr. Oftalmologia	Consultas	160	30	4	122	93	121	125	114	110	109	86	91	109	79	74	1233
Optometria (4 horas semanales)	Solo Viernes	32	30	4	4	9	13	14	5	9							54
Dra. Elizabeth Pilco (odontologia)	Odontologia	240	20	4	106	91	154	91	75	112	96	53	76	46	54	45	999
TOTAL MEDICOS EXTERNOS		432	80	12	232	193	288	230	194	231	205	139	167	155	133	119	2286
TOTAL CONSULTAS SUR		1920	355	55	1332	1236	1648	1377	1321	1523	1454	1284	1514	1384	1299	1315	16687

OTROS SERVICIOS		ATEN. POT	MIN. ATEND	HORAS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBR	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL 2004
Procedimientos Otorrinos		40	15	0,5	1	1	4		0	84					2	0	92
Procedimientos dermatologicos	Dermatologia	24	25	0,5	4	9	11	8	3	3	7	3	6	6	4	5	69
Dr. Mario Pinto (ekg)	Cardiologia	120	10	1	26	35	60	41	47	44	54	43	57	45	28	19	499
Total Procedimientos PMF SUR		184	50	2	31	45	75	49	50	131	61	46	63	51	34	24	660

Procedimientos Terceros		ATEN. POT	MIN. ATEND	HORAS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBR	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL 2004
Procedimientos Odontologicos		120	40	4	101	93	145	94	74		96	71	49	66	64	73	926
Dr. Calero	Rayos X	720	20	12	361	301	437	391	269	269	283	241	266	213	188	217	3436
Dr. Calero	Ecografista	576	25	12	424	369	331	304	262	325	299	278	301	253	213	217	3576
Total procedimientos terceros		1416	85	28	886	763	913	789	605	594	678	590	616	532	465	507	7938
Total Procedimientos PMF SUR		1600	135	30	917	808	988	838	655	725	739	636	679	583	499	531	8598

Total Consulta Norte		4721	705	124	1396	1286	1771	1303	1757	2246	2704	3282	3666	3588	3650	3960	30128
Total Procedimientos Norte		2600	195	29	575	519	627	153	743	1105	1277	1596	1728	1578	1552	1789	13242
Total Consulta Sur		1920	355	55	1332	1236	1648	1377	1321	1523	1454	1284	1514	1384	1299	1315	16687
Total Procedimiento Sur		1600	135	30	917	808	988	838	655	725	739	636	679	583	499	531	8598
Total Consultas Norte y Sur		6641	1060	179	2728	2522	3419	2680	3078	3769	4158	4566	5180	4972	4949	5275	46815
Total Procedimientos Norte y Sur		4200	330	59	1492	1327	1615	991	1398	1830	2016	2232	2407	2161	2051	2320	21840

ESPAA-ESPOL



ANEXO 3

**ENCUESTA DE PREDISPOSICION PARA ACUDIR AL NUEVO PMF A USUARIOS DEL PMF
KENNEDY**

Muestra 150

Pregunta 4

Si esta afiliado a Saluds, estaria dispuesto a acudir a un PMF nuevo ubicado en la zona norte de Guayaquil La Garzota - La Alborada?

SI	84	56%
NO	66	44%

Porque?

No cambia

Cerca de casa

ANEXO 4

ENCUESTA DE PREDISPOSICION DE ACUDIR AL NUEVO PMF

Muestra 150

Pregunta 1 TOTAL %

Esta afiliado a un seguro medico o de medicina pre-pagada?

SI 69 46%

NO 81 54%

cual?

ecuanitas 42 61%

saludsa 27 39%

otro

Pregunta 2

Estaría dispuesto a afiliarse a uno que tenga un centro medico cerca de su hogar?

SI 138 92%

NO 12 8%

Pregunta 3

Tiene un medico de cabecera?

SI 93 62%

NO 57 38%

Pregunta 5

Estaría dispuesto a acudir a un centro medico con todos los servicios y especialidades medicas?

Si 135 90%

NO 15 10%

Porque?

Cerca de ca 63 42%

No gusta pi 6 4%

Facilidadac 66 44%

Pregunta 6

Que monto de mensualidad por un seguro con estos servicios estaria dispuesto a pagar?

0 a 15 21 14%

16 a 30 108 72%

mas 21 14%

ANEXO 5

CONTROL DEL TIEMPO DE ESPERA PARA ATENCION

Tiempo de Espera	1		2		3		4		TOTAL	
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
0 a 9	0	0,00%	7	50,00%	4	22,22%	9	52,94%	20	33,33%
10 a 14	2	18,18%	0	0,00%	10	55,56%	6	35,29%	18	30,00%
15 a 19	2	18,18%	1	7,14%	3	16,67%	2	11,76%	8	13,33%
20 a 24	7	63,64%	4	28,57%	1	5,56%	0	0,00%	12	20,00%
25 en adelante	0	0,00%	2	14,29%	0	0,00%	0	0,00%	2	3,33%
									0	
Total	11	100,00%	14	100,00%	18	100,00%	17	100,00%	60	100,00%

Observaciones:

El 14 de marzo la muestra fue tomada en un momento que habia mucha gente debido a que minutos antes no habia sistema.

El 15 de marzo la muestra fue tomada en 2 ocasiones a las 9 cuando estaba todo normal y a las 10:30 cuando una maquina estaba fuera del sistema.

El 17 de marzo la muestra fue tomada a las 10:00 todas las maquinas con sistema y todo normal