



POSGRADO DE ADMINISTRACIÓN EN INSTITUCIONES DE SALUD

**IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA
AMBULATORIA**

**Trabajo de titulación presentado en conformidad a los requisitos para
obtener el título de: Especialista en Administración de Instituciones de
Salud**

Profesor Guía : MBA. Diego Egas

Autores:

Md. Andrés Esteban Arboleda Morejón

Md. Ana Paola Capelo Rodríguez

Ing. Juan Carlos Tovar Herrera

Quito

2014

DECLARACION PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante, orientando sus conocimientos para un adecuado desarrollo del tema escogido, y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.”

Diego Francisco Egas Núñez

171108701-3

DECLARACION DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaramos que el trabajo es original de nuestra autoría, que se ha citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

Md. Andrés Esteban
Arboleda Morejón

1714481544

Md. Ana Paola Capelo
Rodríguez

1712659828

Ing. Juan Carlos Tovar
Herrera

1713557922

AGRADECIMIENTOS

A nuestras familias, por su constante apoyo para nuestro desarrollo profesional, por su respaldo y por el tiempo que dedicamos a los estudios que hoy se reflejan en este trabajo.

Los Autores.

RESUMEN EJECUTIVO

Objetivo: Evaluación de la viabilidad de la implementación de un centro de atención primaria ambulatorio.

Diseño: La investigación de mercado dará la pauta de la información recopilada por la técnica de investigación cuantitativa y de campo para establecer los dimensionamientos y estrategias del centro. Las premisas que se considerarán para la proyección del flujo de efectivo del proyecto son: la tasa de inflación general proyectada de 2.02%, la tasa de inflación en salud proyectada 4.24%, un crecimiento de la población del 2.2%, la tasa de crecimiento de la economía ecuatoriana del 4%, el salario básico proyectado para 2014 de \$345,00, y el costo medio ponderado de capital del 12.71%.

Antecedentes: El Sistema Nacional de Salud en el Ecuador está compuesto por dos sectores: público y privado. EL sector publico provee servicios al 90% de la población, mientras que el sector privado provee servicios al 9.4% de la población ecuatoriana. Ecuador tiene registrados 3.847 entidades de salud, distribuidos en un 80% en el sector público y en un 20% en el sector privado.

El MSP, establece el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) como un eje estratégico que permite compensar la demanda de la población del Ecuador a través del Sistema Nacional de Salud basado en la Atención Primaria de Salud renovada (APSr) al integrar los tres niveles de atención de la red de servicios de salud.

Resultados: El cociente que se obtendrá producto de la relación entre los ingresos y egresos actualizados con la tasa de descuento (costo-beneficio) es de 3.89 lo que constituye que es favorable tanto como proyecto como para los inversionistas ya que entregará un excedente de \$2.89 por cada dólar invertido al término de los 5 años estimados del proyecto; lo que le hace viable desde el punto de vista financiero.

Además el diagnóstico y tratamiento oportuno de factores de riesgo de las patologías más prevalentes, disminuirá los índices de morbi-mortalidad de las mismas.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the feasibility of implementing an ambulatory primary care center.

Design: Market research provide the basis of information collected by the quantitative and field technique research to establish the center's scope and strategies. The premises to be considered for the cash flow projection of the project are: the general inflation rate projected 2.02%, inflation at 4.24% health projected a population growth of 2.2%, the growth rate of Ecuador's economy 4%, the projected base salary for 2014 of \$ 345.00, and the average weighted capital cost 12.71%.

Background: The National Health System in Ecuador is composed of two sectors: public and private. The public sector provides services to 90% of the population, while the private sector provides services to 9.4% of the Ecuadorian population. Ecuador has 3,847 registered health agencies, distributed by 80% in the public sector and 20% in the private industry. The MSP provides the comprehensive care model in Family Health, Community and Intercultural (MAIS-FCI) as a strategic axis to compensate the demand of the population of Ecuador through the National Health System based on Primary Health Care renewed (PRCA) to integrate the three levels of care network of health services.

Results: The ratio between incomes and outcomes updated with the discount rate (cost benefit) is of 3.89 which is to be favorable both as a project to investors and will deliver a surplus of \$ 2.89 for every dollar invested by the end of the 5 year project estimates, making it viable from the financial standpoint besides diagnosing and treating risk factors of the most prevalent diseases, It decreases morbidity and mortality rates.

ÍNDICE

1. CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1. SISTEMA NACIONAL DE SALUD	1
1.1.1. LEGISLACIÓN DE LA SALUD EN ECUADOR	2
1.1.2. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	3
1.1.3. ESTRUCTURA ORGÁNICA DESCRIPTIVA NACIONAL DEL NIVEL ZONAL	4
1.1.4. PERSONAL SANITARIO	5
1.1.6. FINANCIAMIENTO.....	9
1.1.7. FACTORES DEMOGRÁFICOS DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO.....	11
1.1.8. INDICADORES DE SALUD.....	13
1.2. MODELOS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL	14
1.3. RED NACIONAL INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	18
1.3.1. LEGISLACIÓN DE LA RED NACIONAL INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	18
1.3.2. ORGANIZACIÓN Y ARTICULACIÓN DE LA RED	19
1.3.3. MODELO DE GESTIÓN DE LA RED.....	20
1.3.4. RECONOCIMIENTO Y COMPENSACION ECONOMICA PARA LA ATENCION DE PACIENTES PARA LOS PRESTADORES.....	20
1.4. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBI-MORTALIDAD	21
1.5. AÑOS DE VIDA SALUDABLE (AVISA)	24
1.6. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL ESTUDIO	25
1. 7. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA ABORDADO	25
2. CAPITULO II: IMPLEMENTACION DE UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA AMBULATORIA	26

2.1. INVESTIGACION DE MERCADO-MARKETING ESTRATEGICO	26
2.1.1. DEFINICION DE LA ENCUESTA.....	26
2.1.3. ANALISIS DE RESULTADOS	29
2.2. DIMENSIONAMIENTO DEL PROYECTO	40
2.2.1. DEFINICION DEL MERCADO.....	40
2.2.2. UBICACIÓN DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA AMBULATORIA.....	41
2.2.3. DEFINICION DE LA INFRAESTRUCTURA.....	43
2.3. MODELO DE ATENCIÓN	44
2.4. ANALISIS DE FACTIBILIDAD	49
2.4.1. CONSIDERACIONES PARA LA PROYECCION FINANCIERA....	49
2.4.2. PROYECCIONES DE FLUJOS DE EFECTIVO	52
2.4.3. ANALISIS BENEFICIO COSTO	53
2.4.4. ANALISIS DE PUNTO DE EQUILIBRIO	54
3. CAPITULO III: CONCLUSIONES	55
3.1. RESULTADOS ESPERADOS	55
3.2. RECOMENDACIONES	57
REFERENCIA	57
ANEXOS	62

1. CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Sistema Nacional de Salud es uno de los cimientos del Estado, instituye una de las principales herramientas de las políticas redistributivas de la renta entre los ciudadanos Ecuatorianos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Sistema de Salud es la articulación de prestaciones sanitarias (organizaciones, instituciones y recursos) cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. (SENPLADES y Coordinación Zonal De Salud N° 9)

Según la OMS los objetivos básicos del Sistema de Salud son:

1. Mejorar la salud de la población,
2. Ofrecer un trato adecuado a los usuarios,
3. Garantizar seguridad financiera. (Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013)

El objetivo fundamental del Sistema Nacional de Salud es mejorar la salud. Esto implica el derecho de protección a la salud para alcanzar un nivel de salud equitativo en toda la población durante su ciclo de vida. (Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013; Encuesta Nacional de Evaluación de Desempeño, 2002; Informe sobre la Salud en el mundo OMS, 2006)

De acuerdo con la OMS los objetivos básicos del Sistema de Salud se consiguen mediante la práctica de 4 funciones:

1. Prestación de servicios,
2. Financiamiento de dichos servicios,
3. Rectoría del Sistema de Salud,
4. Generación de recursos para la salud. (Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013)

Para elaborar estrategias hace falta tanto un contenido técnico consistente como un proceso político fiable.

1.1.1. LEGISLACIÓN DE LA SALUD EN ECUADOR

La constitución política de la república del Ecuador (2008) establece, en la sección séptima-artículo 32, el derecho a la salud garantizada por el estado.

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los Servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

La ley orgánica de salud (2008) establece, en el capítulo 1-Artículo 1, las acciones de la salud.

Art. 1.- Las áreas de salud en coordinación con los gobiernos seccionales Autónomos impulsarán acciones de promoción de la salud en el ámbito su territorio, orientadas a la creación de espacios saludables, tales como escuelas, comunidades, municipios y entornos saludables.

Todas estas acciones requieren de la participación interinstitucional, intersectorial y de la población en general están dirigidas a alcanzar una cultura por la salud y la vida que implica obligatoriedad de acciones individuales y colectivas con mecanismos eficaces

como la veeduría ciudadana y rendición de cuentas, entre otros. (Reglamento a la ley orgánica de salud, 2008)

El código de la niñez y adolescencia (2008) establece, el capítulo 4- artículo 41, el derecho a la salud garantizada por el estado.

Art. 41.- Derecho a la atención médica. Las personas menores edad gozarán de atención médica directa y gratuita por parte Estado. Los centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud quedarán obligados a prestar, en forma inmediata, el servicio que esa población requiera sin discriminación de raza, género, condición social ni nacionalidad. No podrá aducirse ausencia de sus representantes legales, carencia de documentos de identidad, falta de cupo ni otra circunstancia. (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

1.1.2. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

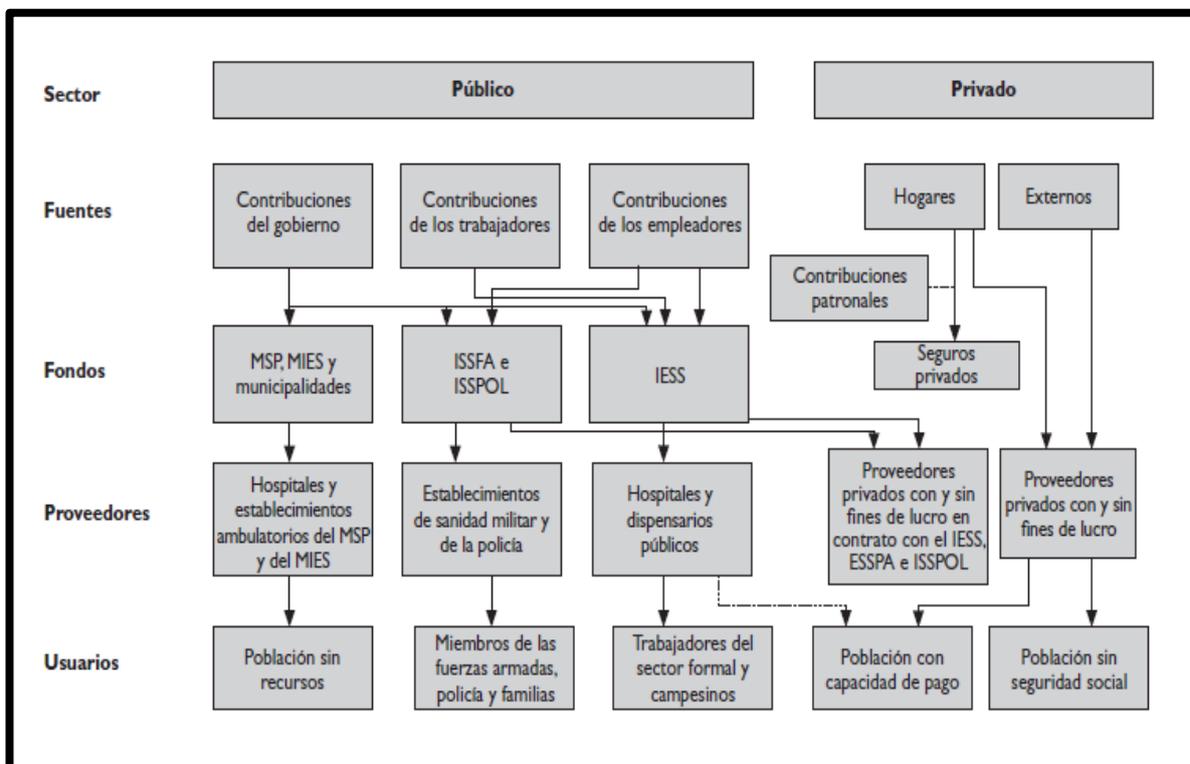


GRAFICO 1 ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Tomado de: Lucio R, Villacres N, Enríquez R, “Sistema de Salud de Ecuador”,
Revista Salud Publica, México, 2011; 53(2):S177-S187.

El Sistema Nacional de Salud en el Ecuador está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público incluye: Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), servicios de salud de las municipalidades, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) e Instituto de Seguridad de la Policía Nacional (ISSPOL). El MSP, el MIES, y los servicios de salud de las municipalidades ofrecen cobertura a la población no asegurada, mientras que las Instituciones de Seguridad Social ofrecen cobertura a la población afiliada. El sector privado incluye organizaciones con y sin fines de lucro de la sociedad civil y de servicio social. (Lucio R, Villacrés N, Henríquez R, 2011)

1.1.3. ESTRUCTURA ORGÁNICA DESCRIPTIVA NACIONAL DEL NIVEL ZONAL

TABLA 1. ESTRUCTURA ORGÁNICA DESCRIPTIVA NACIONAL DEL NIVEL ZONAL

COORDINACIÓN ZONAL	ABARCA	SEDE
1	CARCHI, ESMERALDAS, IMBABURA, SUCUMBÍOS	IBARRA
2	PICHINCHA, NAPO, ORELLANA	TENA
3	PASTAZA, COTOPAXI, TUNGURAHUA, CHIMBORAZO	RIOBAMBA
4	MANABÍ, SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS	PORTOVIEJO
5	GUAYAS, LOS RÍOS, SANTA ELENA, BOLÍVAR	MILAGRO

6	AZUAY, CAÑAR, MORONA SANTIAGO	POR DEFINIR
7	EL ORO, LOJA, ZAMORA CHINCHIPE	LOJA
8	CANTONES GUAYAQUIL, DURAN Y SAMBORONDÓN	GUAYAQUIL
9	DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO	QUITO

ESTRUCTURA ORGÁNICA DESCRIPTIVA NACIONAL DEL NIVEL ZONAL

Tomada de: Manual del Modelo Integral en Salud MAIS, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud Publica, 2012.

La estructura orgánica descriptiva nacional del nivel zonal está distribuida en 9 coordinaciones zonales que abarcan diferentes sectores geográficos, cada una con una sede principal. Cada coordinación zonal se organiza y articula los diferentes establecimientos de salud en red de acuerdo a su nivel de atención y capacidad resolutive.

1.1.4. PERSONAL SANITARIO

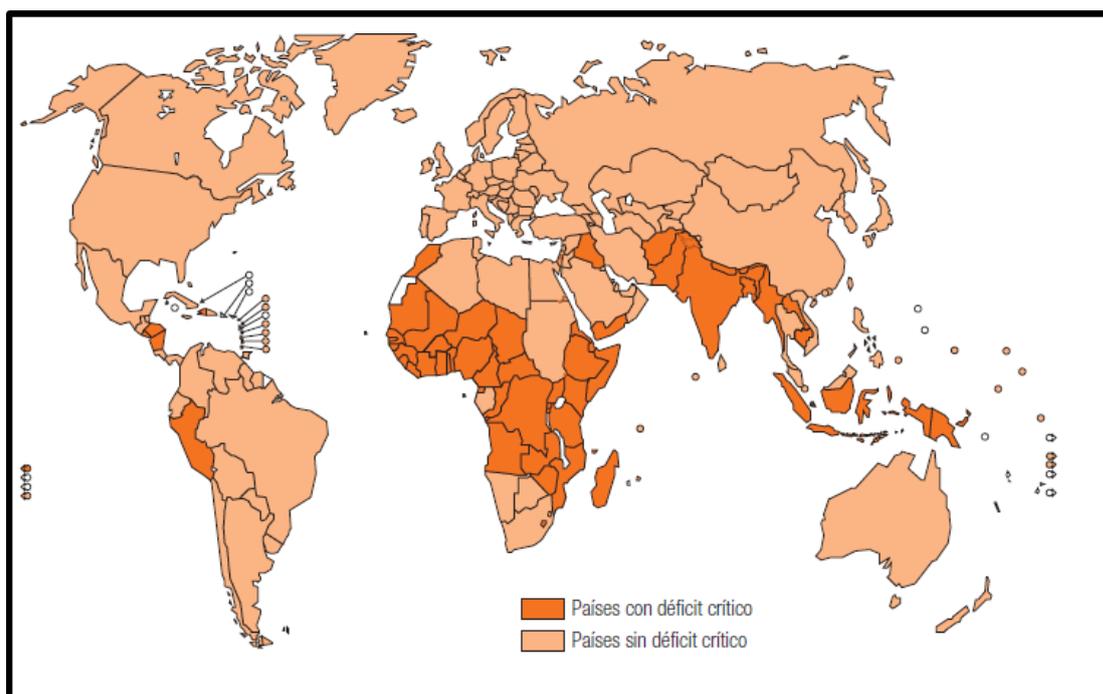


GRAFICO 2. DÉFICIT DE PERSONAL SANITARIO

Tomado de: Colaboremos por la salud: informe sobre la salud en el mundo OMS, 2006.

El personal sanitario es un componente del equipo sanitario operativo. El déficit crítico se caracteriza por el desequilibrio que se aprecia por la escasez de especialistas en salud pública y gestores sanitarios. La OMS ha detectado un umbral en la densidad de la población sanitario por debajo del cual es probable lograr una cobertura de intervenciones esenciales. Basándose en estas estimaciones, ante la presencia de 59 millones de trabajadores de la salud a nivel mundial, con una distribución desigual entre los países y dentro de estos, actualmente hay un déficit en 57 países de 2.4 millones de médicos, enfermeras y obstetras. (Informe sobre la Salud en el mundo OMS, 2006)

La demanda de personal sanitario crecerá en países ricos y pobres. En países ricos, se afrontara una disminución de la tasa de fecundidad y un aumento en el número de personas de edad avanzada, lo que se relacionara con el incremento de enfermedades crónicas y degenerativas. En países pobres, grandes contingentes de jóvenes se sumaran a una población que envejece, han de enfrentar enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas complicadas por la epidemia de VIH/SIDA. (Informe sobre la Salud en el mundo OMS, 2006)

El objetivo del personal sanitario para enfrentar estos problemas sanitarios es sencillo: conseguir que el personal adecuado y con capacidades pertinentes esté en el lugar oportuno haciendo lo que les corresponde.

Desde el punto de vista de las políticas y gestión, el marco se centra en modificar el papel desempeñado por los mercados de trabajo y por la intervención estatal:

- Entrada: preparación del personal,
- Etapa laboral: mejora del desempeño del personal,

- Salida: gestión de la migración y pérdidas naturales de efectivos. (Informe sobre la Salud en el mundo OMS, 2006)

El imperativo indiscutible es fortalecer al personal para que el Sistema Nacional Sanitario pueda hacer frente a las enfermedades incapacitantes y alcance los objetivos nacionales de la salud. El desempeño es fundamental porque interviene de manera inmediata en la provisión de servicios de salud y en último término en la salud de la población. (Informe sobre la Salud en el mundo OMS, 2006)

TABLA 2. DEFICIT CRÍTICO ESTIMADO DE PERSONAL SANITARIO POR REGIONES DE OMS

Región de la OMS	Número de países		En países con déficits		
	Total	Con déficits	Dotación total	Déficit estimado	Aumento porcentual requerido
África	46	36	590 198	817 992	139
Las Américas	35	5	93 603	37 886	40
Asia Sudoriental	11	6	2 332 054	1 164 001	50
Europa	52	0	NA	NA	NA
Mediterráneo Oriental	21	7	312 613	306 031	98
Pacífico Occidental	27	3	27 260	32 560	119
Todo el mundo	192	57	3 355 728	2 358 470	70

DEFICIT CRÍTICO ESTIMADO DE PERSONAL SANITARIO POR REGIONES DE OMS

Tomada de: Colaboremos por la salud: informe sobre la salud en el mundo OMS, 2006

Se considera que los 57 países que se encuentran debajo del umbral y no alcanzan el 80% de cobertura presentan un déficit crítico. En América, el déficit estimado en 5 países es de 37.886 profesionales de la salud, en donde se requiere un aumento porcentual del 40% para suplir este déficit crítico. (Informe sobre la Salud en el mundo OMS, 2006).

1.1.5. DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN POR COBERTURA

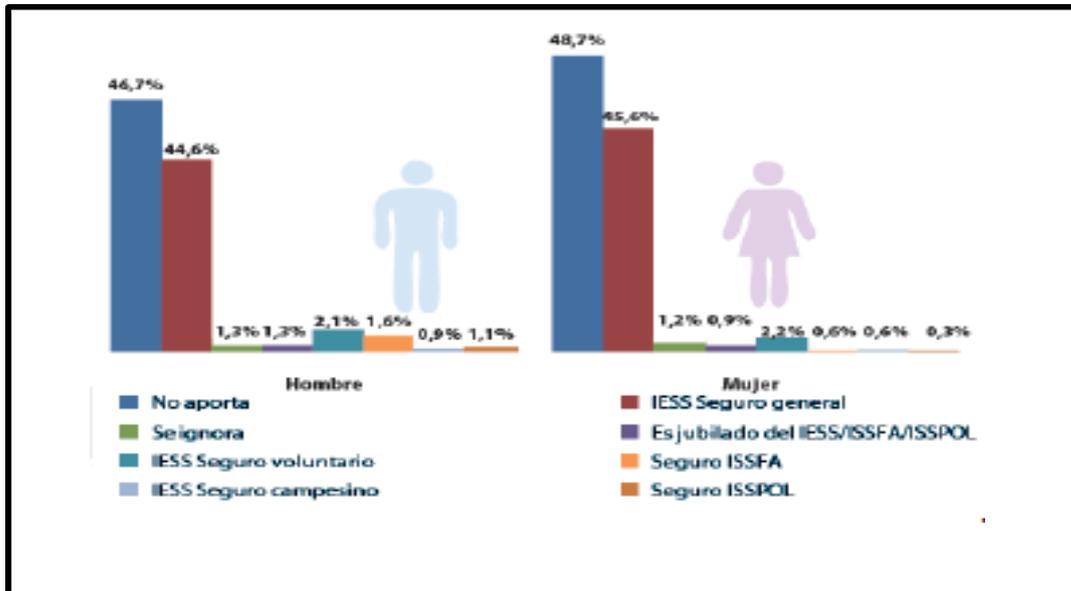


GRAFICO 3. DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN SEGÚN EL GENERO

Tomado de: Proceso de Estadística, Sala Situacional Coordinación Zonal de Salud No. 9: Distrito Metropolitano de Quito, 2012.

El aseguramiento de salud en el hombre varía teniendo como porcentaje mayor a la población que no aporta con un 46.7%, seguido de la población IESS seguro general con un 44.6%, y seguido de la población IESS seguro voluntario 2.1%. El aseguramiento de salud en la mujer varía teniendo como porcentaje mayor a la población que no aporta con un 48.7%, seguido de la población IESS seguro general con un 45.6%, y seguido de la población IESS seguro voluntario 2.2%. (Directorio Servicios Públicos de Salud Distrito Metropolitano de Quito, 2008).

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION TOTAL

COBERTURA 2013	POBLACIÓN
	TOTAL
MSP, MIES, MUNICIPALIDADES (75%)	11'602.307,2
IESS, ISSFA, ISSPOL (15%)	2'413.280
SEGUROS PRIVADOS (9.4%)	1'454.155,84
TOTAL POBLACIÓN	15'469.743

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION TOTAL

Tomado de: "Sala Situacional coordinación Zonal de salud N °9: Distrito Metropolitano de Quito", 2012, Gabriela Dávila.

El MSP, el MIES, y los servicios de salud de las municipalidades proveen servicios de salud al 75% de la población ecuatoriana (11'602.307,2 habitantes). Las Instituciones de Seguridad Social y los seguros privados, prevén servicios de salud al 15% (2'413.280 habitantes) y al 9.4% (1'454.155,84 habitantes) de la población ecuatoriana, respectivamente. Los ecuatorianos que mayores beneficios son quienes están cubiertos por alguna de las Instituciones de Seguridad Social.

Ecuador tiene registrados 3.847 entidades de salud, distribuidos en un 80% en el sector público (el MSP concentra el 47% y el IESS el 24%) y en un 20% en el sector privado (las instituciones con fines de lucro concentran el 16% y las instituciones sin fines de lucro concentran 4%). (Dávila G, 2012)

1.1.6. FINANCIAMIENTO

El gasto sanitario total se ha definido como la suma del gasto público en salud y el gasto privado en salud. El gasto público es el resultado del desembolso por entidades del gobierno mientras que el gasto privado es el resultado del

desembolso por entidades privadas para adquirir productos y servicios de salud. (Informe sobre la Salud en el mundo OMS, 2006)

El gasto público o gasto del gobierno general en salud comprende los desembolsos efectuados con cargo a:

- Autoridades centrales (MSP), provinciales o municipales,
- Organismos financiados con fondos extrapresupuestarios (planes de seguridad social)
- Organismos paraestatales que sufragan gastos directos en atención sanitaria (funcionan como empresas del sector privado que están controladas por el gobierno). (Informe sobre la Salud en el mundo OMS, 2006)

Las tres categorías pueden financiarse de fondos nacionales o externos.

El IESS tiene tres fuentes de financiamiento: la aportación obligatoria de los empleadores públicos o privados, la afiliación obligatoria de los empleados y la contribución del Estado. El ISSFA y el ISSPOL tienen dos fuentes de financiamiento: el aporte de los militares o policías en servicio activo y el aporte patronal del Ministerio de Defensa.

El gasto privado se ha definido como la suma de los gastos efectuados en el siguiente concepto:

- Planes de prepago y arreglos de mancomunación de riesgo,
- Gastos de las empresas en salud,
- Instituciones sin fines de lucro que atienden principalmente a familias,
- Gastos familiares en efectivo. (Informe sobre la Salud en el mundo OMS, 2006)

1.1.7. FACTORES DEMOGRÁFICOS DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO

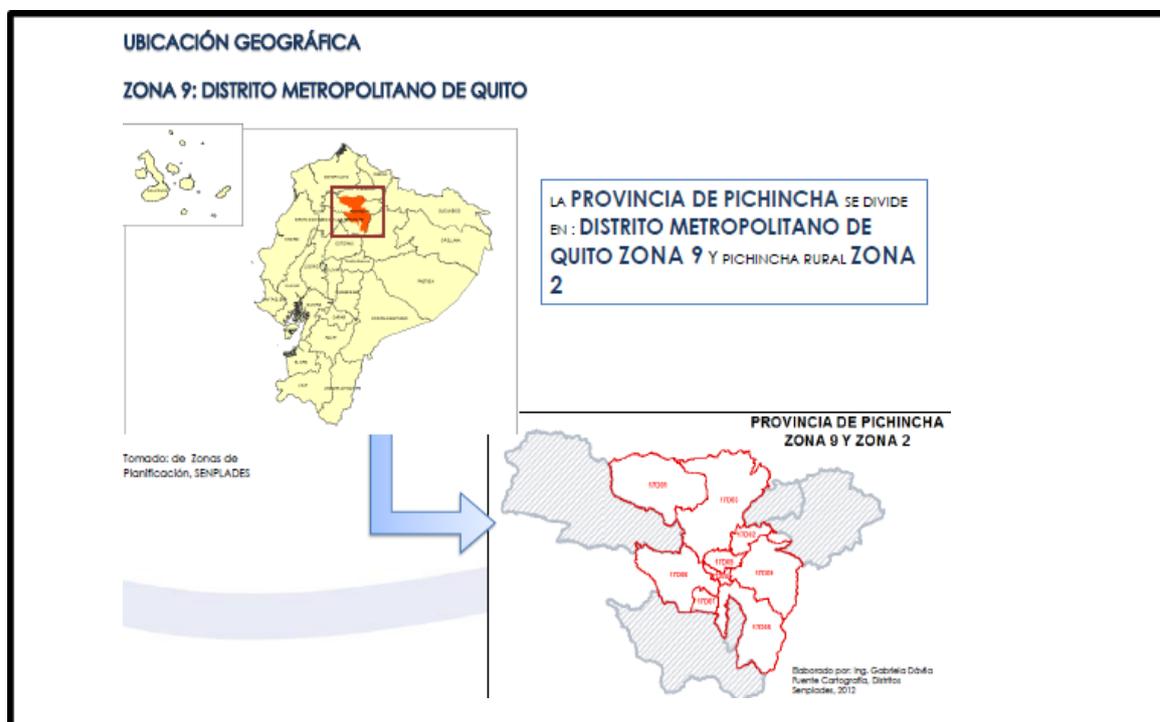


GRAFICO 4. DISTRIBUCIÓN ZONAL DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO

Tomado de: Proceso de Estadística, Sala Situacional Coordinación Zonal de Salud No. 9: Distrito Metropolitano de Quito, 2012.

La provincia de Pichincha según la nueva distribución zonal de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) se encuentra dividida en 2 zonas: Distrito Metropolitano de Quito como zona 9 y la Zona 2 que comprende el noroccidente de la provincia y el nororiente. (Directorio Servicios Públicos de Salud Distrito Metropolitano de Quito, 2008; Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013)

La Zona 9, capital política administrativa. Se ubica en el centro norte del territorio nacional, cuenta con una superficie aproximada de 4.217,95 km² (INEC 2010), con 65 parroquias (32 urbanas y 33 rurales) y a su vez está dividida en 9 distritos y 92 circuitos administrativos. La población estimada de la

provincia es de 2'239.191 habitantes (INEC 2010). La zona concentra el 16% de la población nacional (2'239.191 habitantes), el 49,1% está en la zona urbana. La población es predominantemente joven, cuya media de edad se encuentra en los 30 años, 51.37% son mujeres (aproximadamente 647.345 mujeres en edad fértil con edades comprendidas entre 15 y 49 años) y 48,63% son hombres. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013)

El MSP es el mayor proveedor de servicios de salud del país y en la provincia de Pichincha, la situación no varía siendo la distribución de los centros de servicios sanitarios en la Zona 9 la siguiente:

TABLA 3. OFERTA ACTUAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA ZONA 9

DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD	TOTAL
PUESTO DE SALUD	6
CENTRO DE SALUD	137
HOSPITAL BÁSICO	4
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	1
HOSPITAL ESPECIALIZADO	6
HOSPITAL GENERAL	2
TOTAL GENERAL	155

OFERTA ACTUAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA ZONA 9 ¹¹

Tomado de: Proceso de Estadística, Sala Situacional Coordinación Zonal de Salud No. 9: Distrito Metropolitano de Quito, 2012.

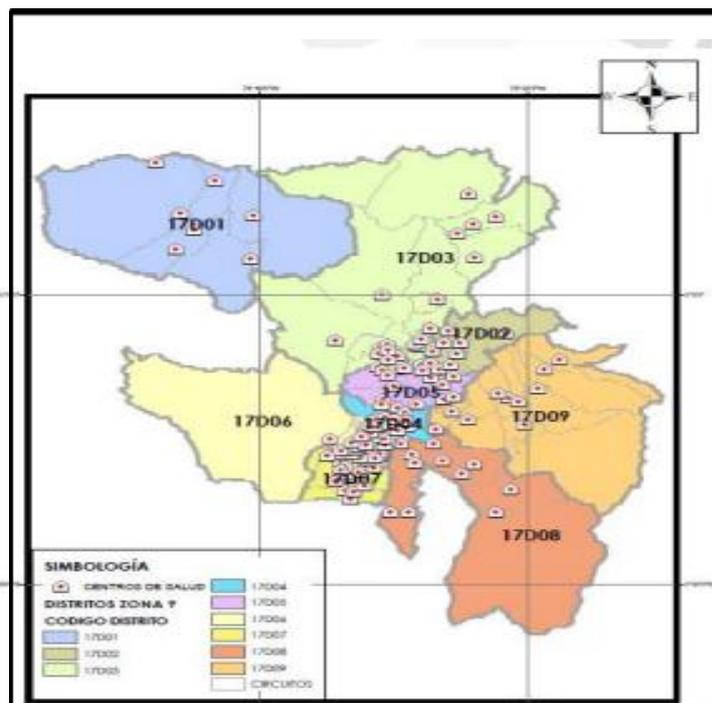


GRAFICO 5. DISTRIBUCION DE LOS CENTROS DE SALUD

Tomado de: "Planificación territorial de primer nivel de atención e inversión de Infraestructura Sanitaria", Gabriela Dávila.

Como se puede observar en el mapa, la mayor densidad de centros de salud se encuentra en los distritos urbanos de la zona 9. La mayor población del distrito Metropolitano de Quito se encuentra en el sur de Quito con 748.975 personas, comparado con el norte que está poblado por 592.300, sin tomar en cuenta a los valles de los Chillos y Tumbaco.

1.1.8. INDICADORES DE SALUD

Las evaluaciones del Sistema Nacional de Salud se centran en medir el grado en que se alcanzan los objetivos básicos a través de indicadores simples.

El gasto total en salud (% del PIB) aumento del 4.2% en el 2000 al 7.3% en el 2011. El gasto en salud per cápita (US a precios actuales) aumento de 202 dólares en el 2000 a 332 dólares en el 2011. (Grupo del Banco Mundial)

1.2. MODELOS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, establece el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) para su aplicación a nivel público y privado.

El MAIS-FCI se basa en el concepto de salud que la OMS especifica como el estado de bienestar biopsicosocial, y no únicamente la ausencia de enfermedades. El MAIS-FCI instituye un eje estratégico que permite compensar la demanda de la población del Ecuador a través del Sistema Nacional de Salud basado en la Atención Primaria de Salud renovada (APSr) al integrar los tres niveles de atención de la red de servicios de salud, direccionados en promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos como un derecho humano, tanto en el sector público como en el privado (Art. 10, Ley orgánica de salud). (Manual del Modelo Integral en Salud MAIS, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, 2012; Sistema de Salud del Ecuador)

La APSr tiene su origen en la APS formulada en Alma Ata que esta, a su vez compendio la ideología de la medicina social que inicio la introversión de los indicadores sociales de la salud y de la limitación al acceso a la red de servicios de salud surgiendo la necesidad de implementar gestiones que reivindicuen el derecho a la salud. (Manual del Modelo Integral en Salud MAIS, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, 2012; Sistema de Salud del Ecuador)

La intervención de la APSr direcciona el modelo de atención hacia una visión integral donde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son los “ejes fundamentales”. La atención primaria no representa únicamente los servicios de salud en el primer nivel de atención, sino que instaura a este nivel como la “puerta de entrada” al segundo y tercer niveles de atención, integrándolos en una atención diferenciada conforme a las necesidades individuales para garantizar la secuencia de las prestaciones de los servicios

de salud. (Manual del Modelo Integral en Salud MAIS, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, 2012; Sistema de Salud del Ecuador)

TABLA 4. DIVISIÓN DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN EL MSP DEL ECUADOR

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	
1° NIVEL	PUESTO DE SALUD
2° NIVEL	CONSULTORIO GENERAL
3° NIVEL	CENTRO DE SALUD RURAL
4° NIVEL	CENTRO DE SALUD URBANO
5° NIVEL	CENTRO DE SALUD DE 12 HORAS
6° NIVEL	CENTRO DE SALUD DE 24 HORAS
UM	UNIDADES MÓVILES

DIVISIÓN DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN EL MSP DEL ECUADOR

Tomada de: Manual del Modelo Integral en Salud MAIS, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, 2012.

TABLA 5. DIVISIÓN DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN EL MSP DEL ECUADOR

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	
1° NIVEL	CONSULTORIO DE ESPECIALIDAD (ES) CLÍNICO-QUIRÚRGICO MÉDICO U ODONTOLÓGICO
2° NIVEL	CENTRO DE ESPECIALIDAD CENTRO CLÍNICO- QUIRÚRGICO AMBULATORIO (HOSPITAL DEL DÍA)
3° NIVEL	HOSPITAL BÁSICO
4° NIVEL	HOSPITAL GENERAL
UM	UNIDADES MÓVILES

DIVISIÓN DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN EL MSP DEL ECUADOR

Tomada de: Manual del Modelo Integral en Salud MAIS, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, 2012.

TABLA 6. DIVISIÓN DEL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN EL MSP DEL ECUADOR

TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	
1° NIVEL	CENTROS ESPECIALIZADOS
2° NIVEL	HOSPITAL ESPECIALIZADO
3° NIVEL	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

DIVISIÓN DEL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN EL MSP DEL ECUADOR

Tomada de: Manual del Modelo Integral en Salud MAIS, Subsecretaría
Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, 2012.

Estratificación en tres niveles de atención:

- Primer nivel: “puerta de entrada” obligatoria al sistema nacional de salud donde se soluciona el 80% de las morbilidades más frecuentes. En el que las acciones se realizan por los Técnicos en Atención Primaria (TAPS) como parte de los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) siendo primer contacto.
- Segundo nivel: atención especializada donde se soluciona el 15% de las morbilidades, excepto en casos de urgencias médicas que una vez resueltas serán conducidas a I nivel.
- Tercer nivel: atención especializada donde se soluciona el 5% de las morbilidades restantes. (Manual del Modelo Integral en Salud MAIS, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, 2012; Sistema de Salud del Ecuador)

La ventaja de la estrategia de APSr en el primer nivel de atención al fortalecer la capacidad resolutoria y la derivación a los niveles de atención de mayor complejidad radica en la obtención de resultados de impacto social. (Manual del Modelo Integral en Salud MAIS, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, 2012; Sistema de Salud del Ecuador)

El Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud a través de la Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública del MSP ha propuesto un modelo de priorización de enfermedades, basado en el Índice Compuesto de Priorización para problemas de Salud (INPRIS) a partir del análisis de indicadores de salud. Con el INPRIS se describen tres categorías: alta prioridad (18 enfermedades) mediana prioridad (40 enfermedades) y baja prioridad (50 enfermedades), y se deduce que con la intervención en las 18 enfermedades de alta prioridad se puede evitar el 41.5% de muertes, si se aumenta la

intervención en las 22 enfermedades de mediana prioridad se puede evitar el 61% de muertes. (Manual del Modelo Integral en Salud MAIS, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, 2012; Sistema de Salud del Ecuador)

1.3. RED NACIONAL INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

El funcionamiento en red de los establecimientos y servicios de salud de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución es uno de los compendios centrales para la implementación del MAIS. (Manual operativo red nacional integrada de servicios de salud, 2013)

En este marco se establece dos redes: la Red Pública Integral de Salud eje central de la Red Nacional, y la Red Complementaria de Salud (prestadores privados con y sin fines de lucro). (Manual operativo red nacional integrada de servicios de salud, 2013)

La misión de la Red Nacional Integrada de Servicios de Salud es garantizar la atención integral, oportuna, eficiente y humanizada a cada uno de los usuarios de macro redes, redes zonales y micro redes distritales, para generar impacto positivo en la salud de cada territorio. (Manual operativo red nacional integrada de servicios de salud, 2013)

1.3.1 LEGISLACIÓN DE LA RED NACIONAL INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

A continuación se presentan los lineamientos legales de la Red a Nivel Nacional.

- Constitución Política de la República artículos: 323, 32, 52, 54, 66(25), 100 (2), 227, 276 (3), 340, 362, 363 (2), 366.
- Ley Orgánica de Salud artículos: 1, 6 (3), 7 (a) (e) (k), 8 (d), 9 (e) (g) (h).
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud artículo 4.

- Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud artículo 15.
- Ley de Amparo y Protección del Paciente.
- Ley de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.
- Reglamento del Seguro de Salud del ISSFA, para cubrir las Prestaciones de Enfermedad y Maternidad.
- Ley de la Seguridad Social.
- Ley de la Seguridad Social de la Policía Nacional.
- Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad ISSPOL.
- Acuerdo Ministerial MIES.
- Acuerdo Interministerial No. 002-2008 del Consejo de Política Sectorial de Desarrollo Social.
- Manual Operativo de la red de protección social.
- Convenio de integración de la Red Pública Integral de Salud.
- Tarifario de Prestaciones de Servicios para el Sistema Nacional de Salud.
- Instructivo 001-2012 Para la Viabilidad de la Atención en Salud.
- Instructivo 001-2012 Para Aplicar el Modificador de Calidad. (Manual operativo red nacional integrada de servicios de salud, 2013)

1.3.2. ORGANIZACIÓN Y ARTICULACIÓN DE LA RED

El MSP establece el MAIS como la base del funcionamiento en Red Nacional Integrada de Servicios de Salud, porque incorpora políticas, objetivos y normas para la organización, prestación, gestión y financiamiento. (Manual operativo red nacional integrada de servicios de salud, 2013)

Esta red se organiza conforme la nueva estructura descentralizada de gestión y la articulación demandada en los diferentes niveles de atención, siendo la vía de referencia y contra-referencia el elemento esencial para garantizar la continuidad de las prestaciones de servicios de salud. (Manual operativo red nacional integrada de servicios de salud, 2013)

1.3.3. MODELO DE GESTIÓN DE LA RED

El Modelo de Gestión en Red incorpora a los establecimientos que interactúan en una red territorial con objetivos comunes y generan actividades diferenciadas y complementarias entre sí. La efectividad sanitaria exige a cada punto de la red, adaptar sus procesos productivos a las exigencias epidemiológicas y a las crecientes expectativas de los usuarios. (Manual operativo red nacional integrada de servicios de salud, 2013)

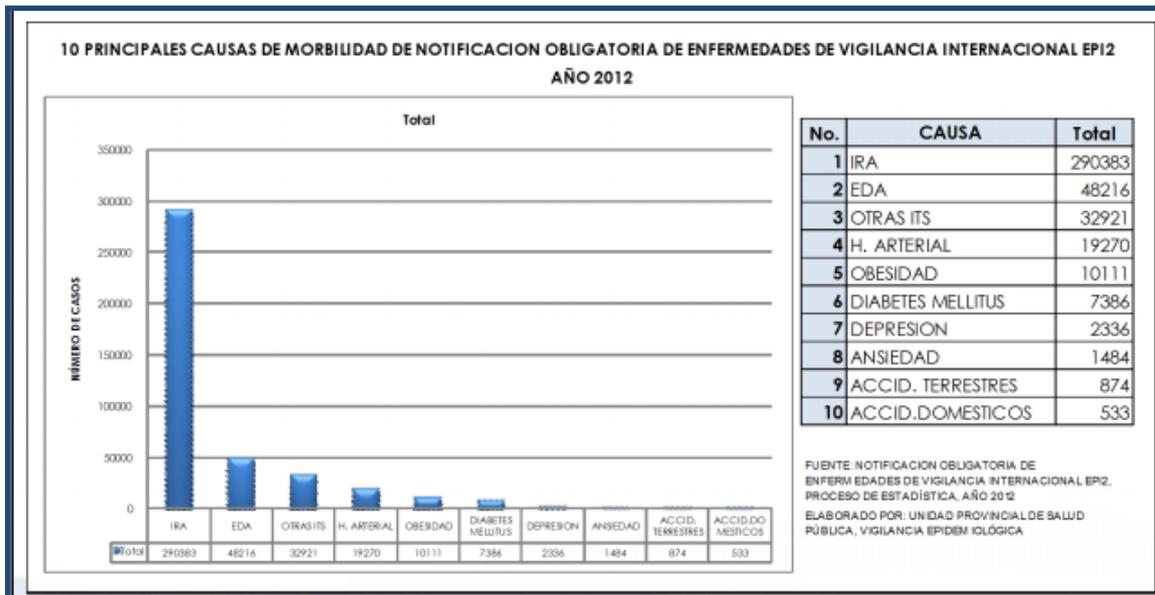
La Red permite que los establecimientos públicos y privados en todos los niveles de atención según su capacidad resolutive coordinen, potencien y complementen con actividades destinadas a la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos, atención pre hospitalaria y reinserción social de las familias y los usuarios. (Manual operativo red nacional integrada de servicios de salud, 2013)

1.3.4. RECONOCIMIENTO Y COMPENSACION ECONOMICA PARA LA ATENCION DE PACIENTES PARA LOS PRESTADORES

El Tarifario Nacional del Sistema Nacional de Salud fue emitido y publicado en el registro oficial edición especial No. 289 del 24 de Mayo de 2012 con el Acuerdo Ministerial N.- 160, es el instrumento clave para el reconocimiento económico de las prestaciones.

1.4. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBI-MORTALIDAD

TABLA 7. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL DISTRITO METRO POLITANO DE QUITO



PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL DISTRITO METRO POLITANO DE QUITO

Tomado de: Proceso de Estadística, Sala Situacional Coordinación Zonal de Salud No. 9, Distrito Metropolitano de Quito, 2012.

La epidemiología de la provincia de Pichincha tiene similares datos tanto de morbilidad como de mortalidad como se evidencia en el siguiente gráfico.

TABLA 8. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD A NIVEL NACIONAL

Nº Orden	Código CIE-10	CAUSAS	NÚMERO DE EGRESOS	%	TASA *
1º	J18	Neumonía, organismo no especificado	34,027	3.3	24.3
2º	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	32,675	3.2	23.3
3º	K80	Colelitiasis	27,677	2.7	19.8
4º	K35	Apendicitis aguda	24,027	2.3	17.2
5º	O06	Aborto no especificado	21,894	2.1	15.6
6º	K40	Hernia inguinal	12,848	1.2	9.2
7º	O47	Falso trabajo de parto	11,849	1.1	8.5
8º	N39	Otros trastornos del sistema urinario	10,926	1.1	7.8
9º	S06	Traumatismo intracraneal	10,555	1.0	7.5
10º	O23	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	9,530	0.9	6.8
	O80	Parto único espontáneo	120,484	11.7	
	O82	Parto único por cesárea	64,917	6.3	
	O81, O83, O84	Otros partos	585	0.1	
	Cap.XVIII	Sintomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	30,201	2.9	
		Las demás causas de morbilidad	619,762	60.1	
		Total de egresos hospitalarios	1,031,957	100.0	
		Población Estimada Año 2009**	14,005,449		

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD A NIVEL NACIONAL

Tomado de: Indicadores Básicos de Salud del Ecuador 2011, Ministerio de Salud Pública y Presidencia de la República.

Las principales causas de morbilidad (2009) son neumonía, con organismo no especificado, seguida de diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso. (Ministerio de Salud Pública y Presidencia de la República, 2011)

TABLA 9. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD A NIVEL NACIONAL

ORDEN	CÓDIGO CIE-10	CAUSAS DE MUERTE MATERNA	NÚMERO	TASA *	%
1	E10-E14	Diabetes mellitus	4,067	29.0	6.8
2	I60-I69	Enfermedades cerebrovasculares	3,789	27.1	6.3
3	V00-V89	Accidentes de transporte terrestre	3,176	22.7	5.3
4	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	3,158	22.5	5.3
5	J10-J18	Influenza y neumonía	3,099	22.1	5.2
6	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	2,293	16.4	3.8
7	X85-Y09	Agresiones (homicidios)	2,187	15.6	3.7
8	I50-I51	Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas	1,907	13.6	3.2
9	K70-K76	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	1,902	13.6	3.2
10	C16	Neoplasia maligna del estómago	1,626	11.6	2.7
	Resto	Las demás	26,675	190.5	44.7
	R00-R99	Causas mal definidas	5,835	41.7	9.8
	000-099	Total de defunciones	59,714	426.4	100.0
		Población estimada año 2009	14,005,449		

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD A NIVEL NACIONAL

Tomado de: Indicadores Básicos de Salud del Ecuador 2011, Ministerio de Salud Pública y Presidencia de la República.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (2010): enfermedades hipertensivas y diabetes mellitus, fueron las principales causas de mortalidad a nivel nacional, las cuales no difieren mucho a nivel mundial. (Ministerio de Salud Pública y Presidencia de la República, 2011)

La tasa de mortalidad materna durante el embarazo y parto por cada 100.000 nacidos vivos es de 110 (Ecuador-2011), superior a la tasas de mortalidad de los países de nuestra región, Colombia de 92, Perú de 67 y de Venezuela de 92. (Grupo del Banco Mundial)

La tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años es de 23% (Ecuador-2011), superior a la tasas de mortalidad de los países de nuestra región, Colombia de 18%, Perú de 18% y Venezuela de 15%.

1.5. AÑOS DE VIDA SALUDABLE (AVISA)

La mortalidad no es un indicador definitivo en cuanto a la afectación que tiene sobre la salud de un país, y por esta razón se han diseñado otros indicadores como los años de vida saludable (AVISA) perdidos que ha resultado un indicador útil al contabilizar los años de vida saludable que se pierden tanto por muerte prematura como por discapacidad. Según los últimos datos que se posee del año 1999, donde se incluyó este indicador y se desglosó por provincias en el año 2000. Los AVISA perdidos, sumaron 2.143.353 siendo una cantidad considerable si tomamos en cuenta cada año puede ser multiplicado por el PIB per cápita para darnos una cifra monetaria de cuánto dinero el estado está perdiendo por cada uno de estos años perdidos. Las enfermedades por las cuales se catalogaron de la siguiente manera:

TABLA 10. PORCENTAJE DE AVISA PERDIDOS DE ACUERDO AL TIPO DE ENFERMEDAD

ENFERMEDAD	AVISA PERDIDOS
Transmisibles de la nutrición y de la reproducción	33.7%
Enfermedades no transmisibles	42.2%
Lesiones	24.1%
TOTAL	100%

PORCENTAJE DE AVISA PERDIDOS DE ACUERDO AL TIPO DE ENFERMEDAD

Tomada de: Lucio R, Villacres N, Enríquez R, "Sistema de Salud de Ecuador", Revista Salud Publica, México, 2011;53 (2):S177-S187.

En 2008 se obtuvieron nuevamente datos por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde nuevamente se corroboró que las enfermedades transmisibles ocupaban un 45% de los AVISA perdidos.

1.6. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL ESTUDIO

GENERALES

- Evaluación de la viabilidad de la implementación de un centro de atención primaria ambulatoria en la ciudad de Quito.

ESPECÍFICOS

- Identificación de las principales morbi-mortalidades de la ciudad de Quito.
- Definición de la ubicación del centro de atención primaria ambulatoria.
- Determinación del modelo de gestión.
- Definición de los servicios.

1. 7. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA ABORDADO

- El sistema de salud integrado por la atención primaria hasta la atención de mayor complejidad tiene por objetivo disminuir las tasas de morbi-mortalidad del país, sin embargo la infraestructura pública y privada actual se ha enfocado en la atención de mayor complejidad, descuidando la primera en estudio, la cual es deficiente para satisfacer las necesidades del país, como carencia vital de salud en las zonas urbanas y periféricas aledañas a las mismas. (Starfield B, 2009)

- La atención primaria es el nivel básico del sistema de salud, provee con calidad y equidad salud en los subgrupos poblacionales, y con menor costo. Al ser el punto inicial de atención, garantiza la continuidad de la cadena a lo largo de la vida del paciente, interviene como coordinador y regulador de los casos clínicos, refiriéndolos a unidades de salud de mayor complejidad de acuerdo a la necesidad del paciente.

(Boletín Oficial del Estado Español, 2003)

2. CAPITULO II: IMPLEMENTACION DE UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA AMBULATORIA

2.1. INVESTIGACION DE MERCADO-MARKETING ESTRATEGICO

La investigación de mercado hace parte del marketing estratégico de la empresa, y este dará la pauta de la información recopilada por la técnica de investigación cuantitativa y de campo para establecer los dimensionamientos y estrategias del Centro.

2.1.1. DEFINICION DE LA ENCUESTA

La herramienta utilizada para la recolección de datos fue la de encuestas personales realizadas a personas de nivel socio-económico medio típico, medio alto, residentes de las zonas urbanas de Quito, mayores de 18 años, de cualquier sexo y etnia, con la pregunta filtro: ¿Ha utilizado un servicio o consulta médica en los últimos 6 meses?.

Para lo cual se definió el siguiente modelo de encuesta:

Encuesta de investigación de mercado

EDAD: USUARIO EN LOS ÚLTIMO 6 MESES:
SEXO: PARROQUIA:

**1.- ¿Dónde acudí cuando necesito de un profesional médico?
Mencione cuál.**

- a) Dispensario médico, _____
- b) Consultorio privado, _____
- c) Clínica u Hospital, _____

2.- ¿La atención médica de que especialidad fue?

3.- ¿Qué diagnostico le comento que tuvo?

4.- Cuando ha necesitado de un médico, ¿En qué sector de la ciudad está ubicado?

5.- ¿Cuánto está dispuesto a pagar por una consulta médica?

- a) MENOR DE \$10,
- b) \$11 A \$15,
- c) \$16 A \$20,
- d) \$21 A \$25,
- e) MAYOR \$25

6.- ¿Qué tipo de examen le solicitaron?

7.-De necesitar una futura atención médica. ¿En qué sector de la ciudad le conviene que esté ubicado?

8.- ¿Qué es lo más importante para Ud. Al momento de seleccionar un profesional médico?

- A) Precio,
- B) Confianza,
- C) Apariencia,
- D) Ubicación,
- E) Referido

9.- ¿En qué horario es más conveniente para Ud. Que le atienda su médico

2.1.2. DETERMINACION DE LA MUESTRA

La investigación cuantitativa amerita definir la muestra del universo a estudiar, en este caso se realizó en la ciudad de Quito urbana cuyo censo al 2010 según datos del Ilustre municipio de Quito es de 1'619.146 habitantes, con la siguiente nota metodológica:

- Marco temporal : Agosto/Septiembre 2013
- Inicio de recopilación de datos : Viernes, 29 de Agosto
- Fecha de entrega de resultados : Viernes, 5 de Septiembre
- Metodología de recolección : Cara a cara
- Tamaño de la población : 1'619.146
- Margen de error muestra : +/- 5%
- Representatividad : 95%

Para el cálculo de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

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

(Fórmula 2.1)

Dónde:

n= Tamaño de la muestra

N= Tamaño de la población

Z= Intervalo del nivel de confianza

σ = Desviación estándar de la población

e= Límite aceptable de error maestral

Desarrollo de la fórmula:

$$n = \frac{1'619.146 \cdot 0,5^2 \cdot 1,96^2}{0,05^2(1'619.146 - 1) + 0,5^2 \cdot 1,96^2}$$

$$n = \frac{1'555.027,8184}{4.048,8229}$$

$$n = 384,0691 \approx 384 \text{ encuestas}$$

2.1.3. ANALISIS DE RESULTADOS

Una vez realizadas las encuestas se procederá a tabularlas y analizar cada uno de los resultados que fueron:

Pregunta 1. ¿Dónde acudió cuando necesito de un profesional médico? Pregunta. 1.a Mencione cuál.

a) Dispensario médico, _____

b) Consultorio privado, _____

c) Clínica u Hospital, _____

TABLA 11. Distribución de resultados pregunta 1

Tipo de consulta	No.	PART %
a) Dispensario médico	45	11,72%
b) Consultorio privado	72	18,75%
c) Clínica u Hospital	267	69,53%
Total general	384	100,00%

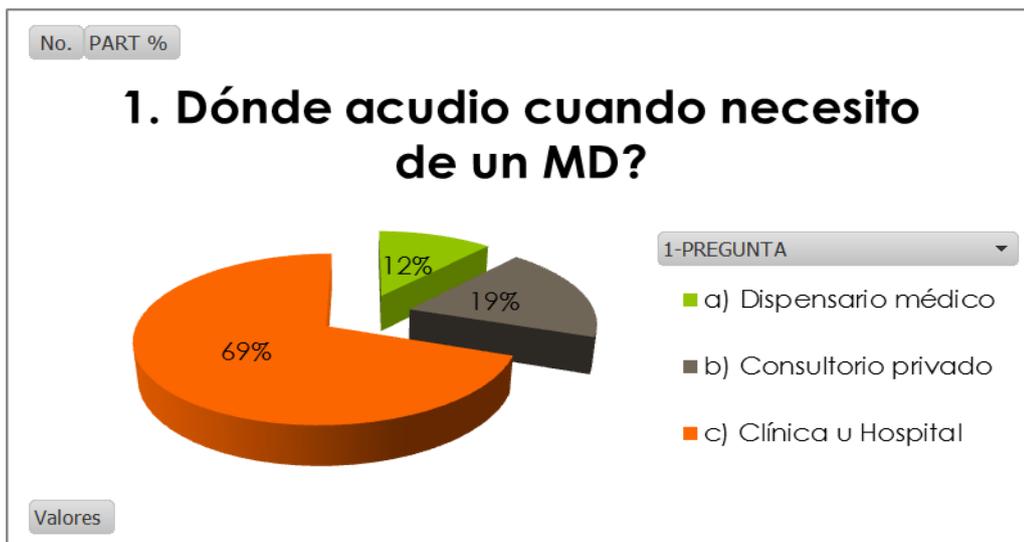


GRÁFICO 6. Distribución de resultados pregunta 1

De acuerdo al resultado de la encuesta se encuentra que el segmento de población estudiado el 69% prefiere Clínica u Hospitales, el 19% a un consultorio privado y el 12% a un dispensario médico.

TABLA 12. Distribución de resultados pregunta 1.a

¿ACuál?	No.	PART %
VARIOS PRIVADOS	127	33,07%
CENTRO DE SALUD	74	19,27%
IESS	111	28,91%
NO INDICA	72	18,75%
Total general	384	100,00%

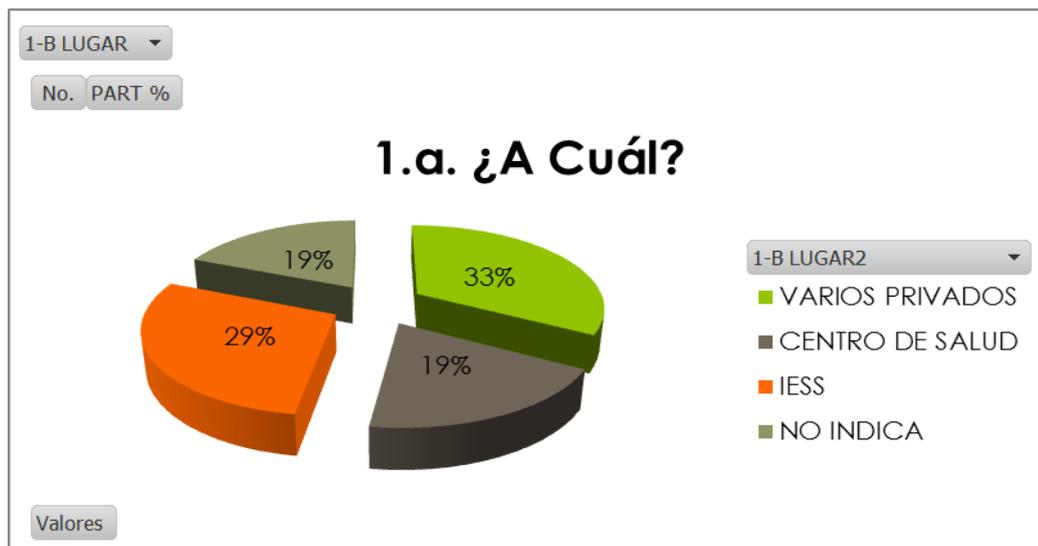


GRÁFICO 7. Distribución de resultados pregunta 1.a

Cuando se abre esta pregunta a indicar el lugar, encontramos que el 33% se realizó su atención en un centro privado, el 29% acudió a dependencias del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y un 19% no especifica el lugar.

Pregunta 2. **¿La atención médica de que especialidad fue?**

TABLA 13. Distribución de resultados pregunta 2

ESPECIALIDAD	No.	PART %
MEDICINA GENERAL	203	52,86%
GINECO-OBSTETRICIA	70	18,23%
CIRUGIA GENERAL	34	8,85%
ESPECIALIDAD	28	7,29%
ODONTOLOGIA	22	5,73%
MEDICINA INTERNA	19	4,95%
OTROS	4	1,04%
TRAUMATOLOGO	2	0,52%
FISIOTERAPIA	2	0,52%
Total general	384	100,00%

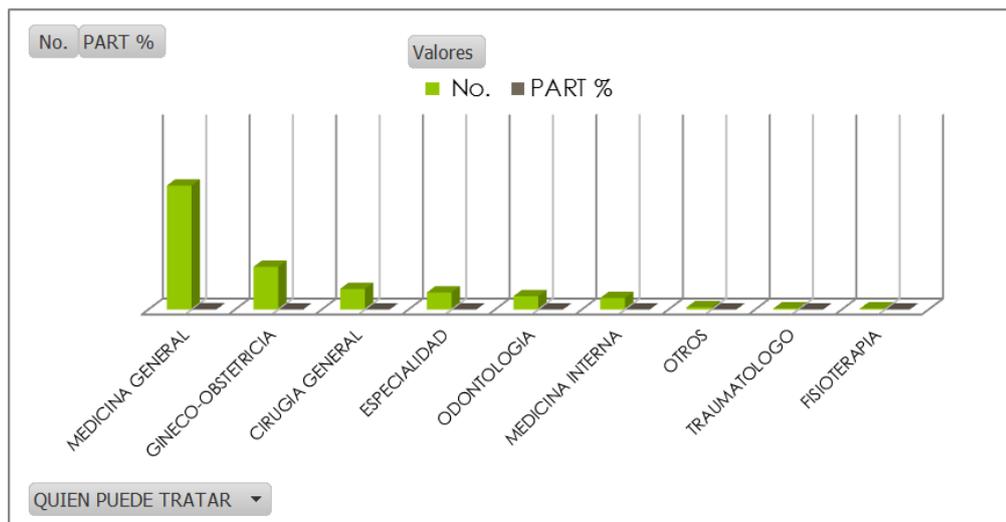


GRÁFICO 8. Distribución de resultados pregunta 2

En el tipo de especialidades a la cual acudieron los encuestados responden un 52,86% en Medicina General, 18,23% en Gineco-Obstetricia, 8,85% Cirugía general; en esto tres se contenta un 80%, la diferencia que diluye en varias especialidades.

Pregunta 3. **¿Qué diagnóstico le comento que tuvo?**

TABLA 14. Distribución de resultados pregunta 3

Tipo de Diagnóstico	No.	PART %
CLINICO GENERAL	210	54,69%
POR GINECOLOGIA	70	18,23%
QUIRURGICO GENERAL	30	7,81%
RESOLUCION POR ODONTOLOGIA	21	5,47%
SIN DIAGNOSTICO	19	4,95%
CLINICO DE ESPECIALIDAD	18	4,69%
QUIRURGICO DE ESPECIALIDAD	16	4,17%
Total general	384	100,00%



GRAFICO 9. Distribución de resultados pregunta 3

Una vez clasificados los diagnosticos que los encuestados indicaron se obtiene que el 54.69% es de Clínico General, 4.69% Clínico de Especialidad, 4.17% Quirúrgico General, en donde se concentra el 82% la diferencia en varios diagnósticos.

Pregunta 4. Cuando ha necesitado de un médico, ¿En qué sector de la ciudad está ubicado?

TABLA 15. Distribución de resultados pregunta 4

Sector	No.	PART %
CENTRO	51	13,28%
NORTE	190	49,48%
SUR	136	35,42%
NO INDICA	5	1,30%
VALLES	2	0,52%
Total general	384	100,00%

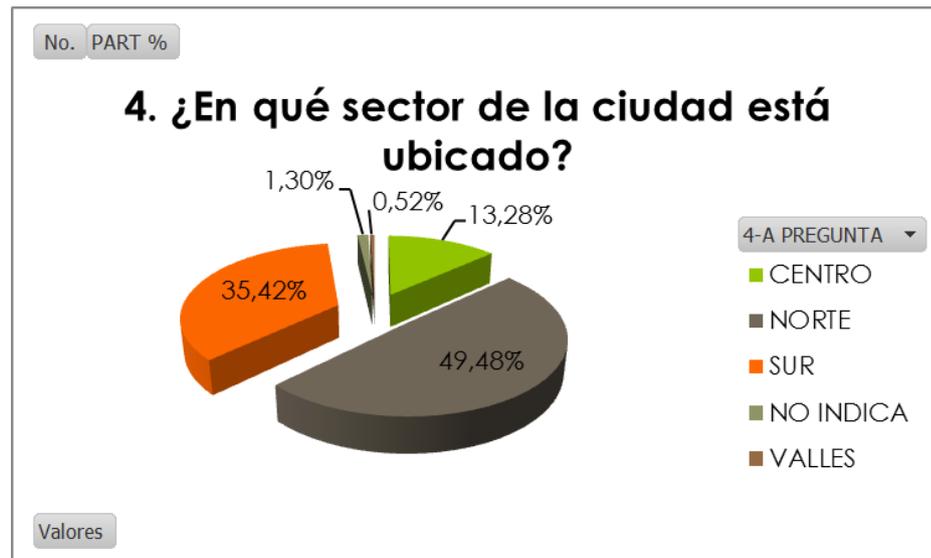


GRÁFICO 10. Distribución de resultados pregunta 4

El 49.48% de los encuestados acudieron a su atención médica en el norte, el 35.42% en el sur, 13.28% en el centro, 1.30% no especifica, y 0.52% en los valles.

Pregunta 5. ¿Cuánto está dispuesto a pagar por una consulta médica?

- a) MENOR DE \$10,
- b) \$11 A \$15,
- c) \$16 A \$20,
- d) \$21 A \$25,
- e) MAYOR \$25

TABLA 16. Distribución de resultados pregunta 5

Rango de precios	No.	PART %
a) Menor a 10	189	49,22%
b) 11 A 15	64	16,67%
c) 16 A 20	76	19,79%
d) 21 A 25	14	3,65%
e) Mayor a 25	41	10,68%
Total general	384	100,00%

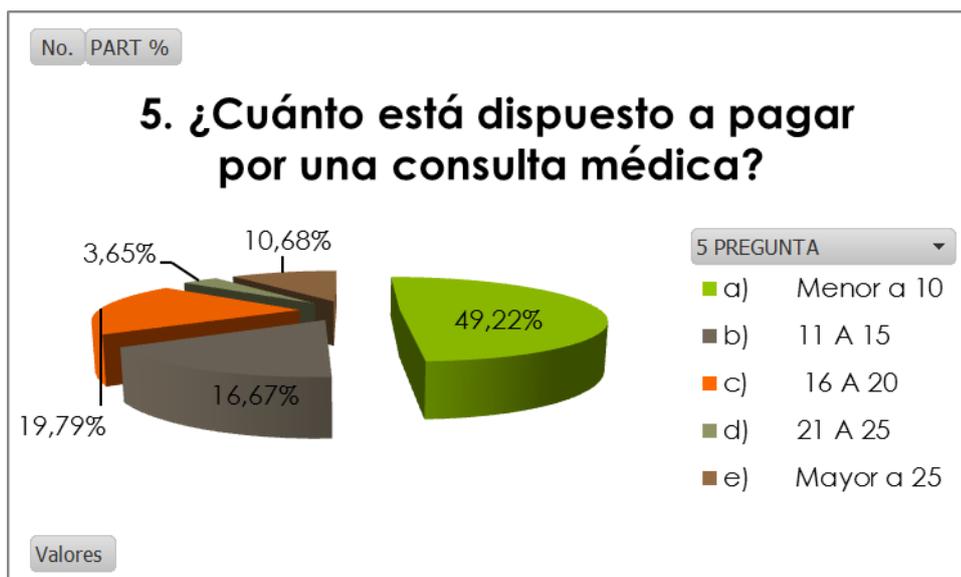


GRÁFICO 11. Distribución de resultados pregunta 5

Para conocer la intención de pago los encuestados indicaron que el 49.22% pagaría por una atención médica un valor menor a \$10 dólares, 19.79% entre \$16 a \$20 dólares, 16.67% entre \$11 a \$15 dólares, 10.68% pagaría más de \$25 dólares, y 3.365% entre \$21 a \$25 dólares. Se observa que el 50.78% estaría dispuesto a pagar más de \$11 dólares lo que se corrobora con la pregunta 1 de a qué centro acudió el 51,88% prefirió una atención médica privada en consultorio u hospital y e. 48.12% optó por el MSP e IESS; sin embargo cuando revisamos solo de las personas que acuden a un centro privado es el 55.91% que estaría dispuesto a pagar más de \$11 dólares.

TABLA 11 Distribución de resultados pregunta 5.a

ESPECIALIDAD	VARIOS PRIVADOS	CENTRO DE SALUD IESS		NO INDICA	Total general
a) Menor a 10	44,09%	66,22%	45,05%	47,22%	49,22%
b) 11 A 15	15,75%	8,11%	17,12%	26,39%	16,67%
c) 16 A 20	18,90%	18,92%	26,13%	12,50%	19,79%
d) 21 A 25	3,94%	1,35%	4,50%	4,17%	3,65%
e) Mayor a 25	17,32%	5,41%	7,21%	9,72%	10,68%
Total general	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Pregunta 6. **¿Qué tipo de examen le solicitaron?**

TABLA 12. Distribución de resultados pregunta 6

tipo de examen	Cuenta de NO.	PART %
NO DEFINE	149	38,80%
LABORATORIO	108	28,13%
OTROS	62	16,15%
IMAGEN	48	12,50%
ENDOSCOPIA	11	2,86%
RM/TAC	6	1,56%
Total general	384	100,00%

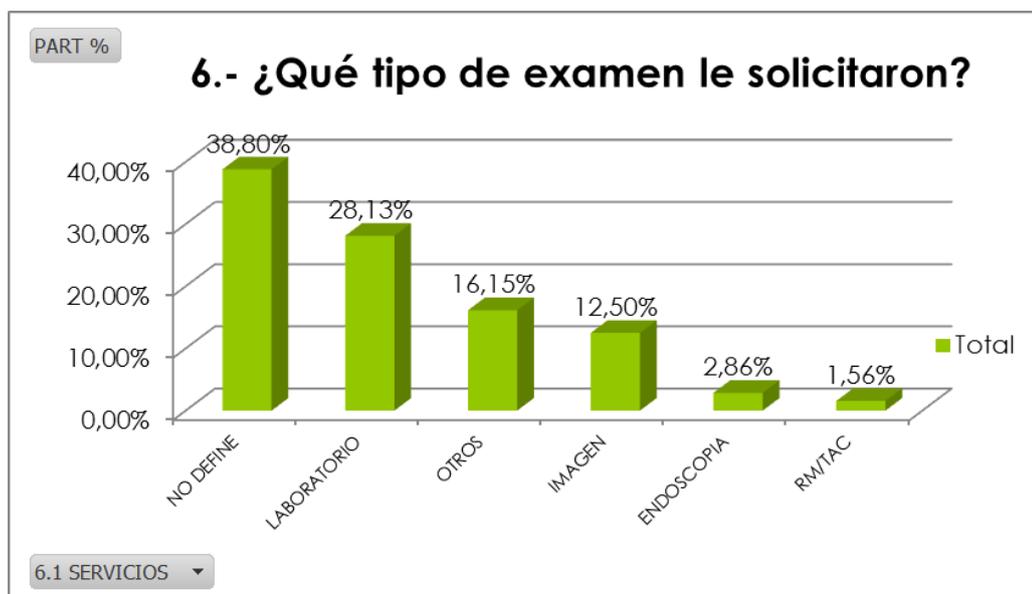


GRÁFICO 12. Distribución de resultados pregunta 6

El 38.8% no especifica el tipo de examen que se originó posterior a su atención médica, sin embargo el 28.13% indica exámenes de laboratorio, 12.50% de imagen, 2.86% endoscopia, 1.56% exámenes de resonancia magnético y tomografías, y 16.15% varios exámenes.

Pregunta 7. De necesitar una futura atención médica. ¿En qué sector de la ciudad le conviene que esté ubicado?

TABLA 13. Distribución de resultados pregunta 7

Sector preferenc	No.	PART %
NORTE	190	49,48%
SUR	182	47,40%
CENTRO	7	1,82%
VALLES	5	1,30%
Total general	384	100,00%



GRÁFICO 13. Distribución de resultados pregunta 7

Cuando se le pregunta al encuestado sobre una futura atención médica en que sector de la ciudad le conviene indica el 49.48% el Norte, 47.40% el sur de la ciudad, 1.82% centro y 1.30 valles. Esto difiere con el resultado de la pregunta No. 4 que indicaban a donde acudieron 35.42% al sur, sin embargo el 47.40% desea atenderse en un centro en ese sector; el centro decae del 13.28% a donde acudieron frente a la preferencia de solo el 1.82% hacerlo en un futuro.

Pregunta 8. ¿Qué es lo más importante para Ud. Al momento de seleccionar un profesional médico?

- A) Precio,
- B) Confianza,
- C) Apariencia,
- D) Ubicación,
- E) Referido

TABLA 14. Distribución de resultados pregunta 8

Atributos	Cuenta de NO.	PART %
B) Confianza	294	76,56%
E) Referido	43	11,20%
A) Precio	36	9,38%
D) Ubicación	6	1,56%
C) Apariencia	5	1,30%
Total general	384	100,00%

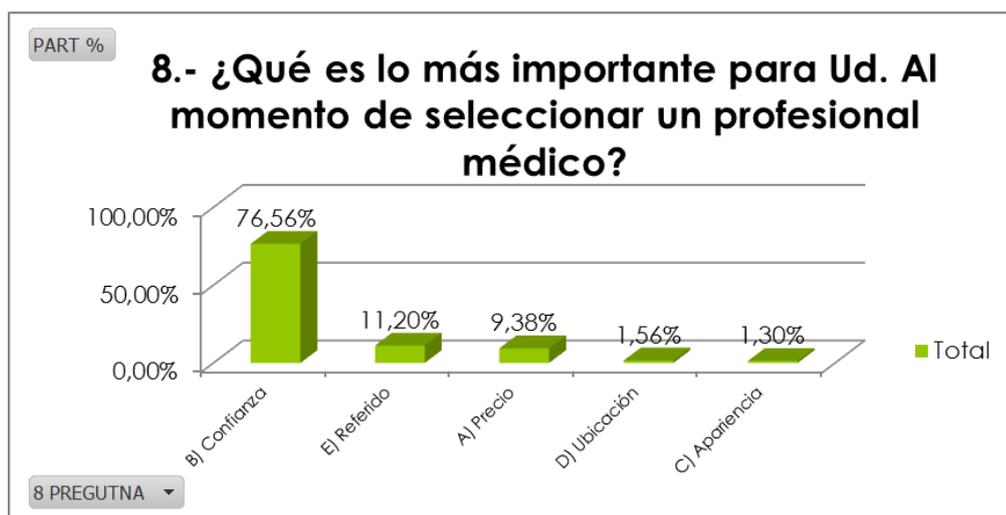


GRÁFICO 14. Distribución de resultados pregunta 8

Para los encuestados lo más importante al momento de decidirse en una atención médica el 76.56% expresa la “confianza”, el 11.20% Referido, 9.38% Precios, 1.56% Ubicación y 1.30% Apariencia. Es entendible que el mayor atributo de la decisión sea la confianza al tratarse de la salud de la persona y prima frente a las otras.

Pregunta 9. **¿En qué horario es más conveniente para Ud. Que le atienda su médico?**

TABLA 15. Distribución de resultados pregunta 9

Horario de atención	No.	PART %
MAÑANA	198	51,56%
NO DEFINE	30	7,81%
NOCHE	39	10,16%
TARDE	117	30,47%
Total general	384	100,00%

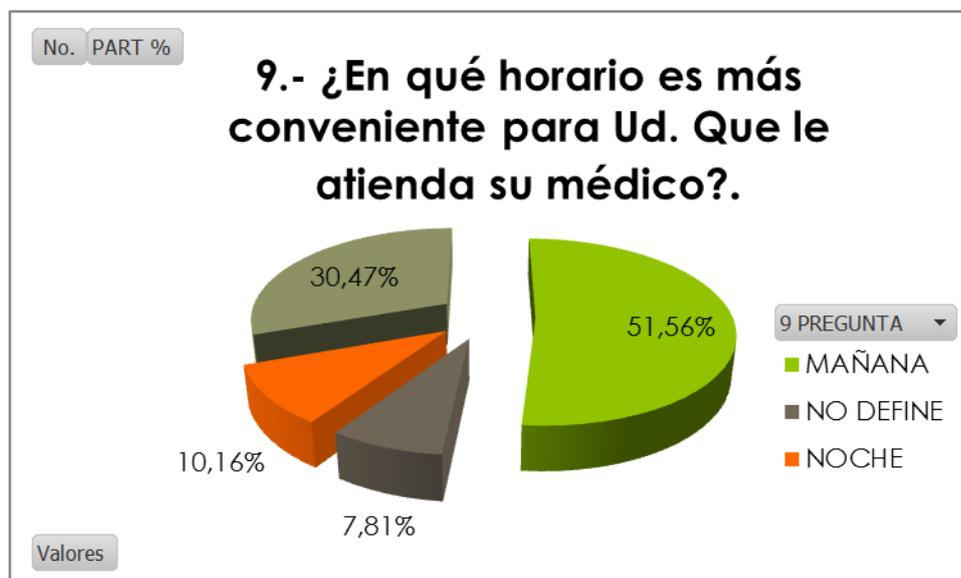


GRÁFICO 15. Distribución de resultados pregunta 9

En la preferencia del horario, los encuestados expresan el 51.56% en la mañana, 30.47% por la tarde, 7.81% la noche, y un 10.16% no indica un tipo de horario. El 82.03% prefiere horarios en la desde la mañana a la tarde.

2.2. DIMENSIONAMIENTO DEL PROYECTO

2.2.1. DEFINICION DEL MERCADO

De acuerdo con la investigación de mercado realizada se podría definir el mercado y el segmento de mercado al cual estará enfocado el proyecto, en todas las personas residentes de Quito-Urbano, sector norte que requieran de una atención médica primaria, cuya segmentación de mercado objetivo sería:

Geográficos: En la ciudad de Quito, en el sector norte con un población de 301.833 habitantes de las parroquias urbanas exclusivamente, el clima de la zona es subtropical sobre los 2800 metros de altura sobre el nivel del mar con clima templado seco con lluvias marcas 4 meses del año que el clima es frío.

Demográficos: El nivel de ingresos superior al salario de \$318,00 con intensión de pago de una atención médica privada, con edades comprendidas entre 6 a 76 años de género masculino o femenino cuyo ciclo de vida familiar se Joven-Adulto de estado civil indistinto, que pertenecen a un nivel socio económico medio típico, medio-bajo, con nivel de educación primaria, secundaria o superior, de cualquier ocupación laboral incluyente amas de casa, de raza/ etnia mestizos, indígenas, blancos o afroecuatorianos, cuya cobertura no este dada por el IESS, ISSPO, ISSFA o seguros privados al 100% en atenciones ambulatorias o requieren de un copago.

Utilización del Producto: Los beneficios esperados de parte del consumidor o potenciales clientes serán un ágil agendamiento de citas médicas, con tiempos de espera en la consulta relativamente bajos, con una alta asertividad de diagnóstico de parte del profesional médico y que le inspire confianza.

TABLA 16. Segmentación de mercado

CRITERIOS DE SEGMENTACIÓN	SEGMENTOS TÍPICOS DEL MERCADO
GEOGRÁFICOS	
Región/Ciudad	Ciudad de Quito, Sector norte
Tamaño de la población	301.8033 habitantes
Urbana-rural	Urbana
Clima	Sub tropical, templado, frio, lluvioso
DEMOGRÁFICOS	
Ingreso	Mayores de \$ 318,00, con disponibilidad de pago por una atención médica
Edad	6-76 años
Género	Masculino – Femenino
Ciclo de vida familiar	Joven, maduro, soltero, casado, con hijos , divorciado, viudo
NSE	Medio típico, medio-Bajo.
Escolaridad	Primaria, Secundaria, Superior
Ocupación	Indiferente, incluye amas de casa
Raza/Etnia	Mestizo, Indígenas, blancos, afroecuatoriano
Cobertura de asistencia médica	No tengan cobertura del IESS, ISSPOL, ISSFA, seguro privado de cobertura al 100%.
UTILIZACIÓN DEL PRODUCTO	
Beneficios Deseados	Tiempo de espera bajos, agendamiento inmediato de citas, asertividad en el diagnóstico, confianza con MD.
Frecuencia de uso	Indeterminada

2.2.2. UBICACIÓN DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA AMBULATORIA

El centro de atención primaria ambulatorio de acuerdo con el estudio de mercado estará localizado en el sector norte de Quito. Para la selección de la parroquia se analizó la cobertura actual de los centros y subcentros de salud por población y se determinó que el distrito Eugenio Espejo que

corresponde al N° 5 dentro de la Zona 9 era el apropiado para alojar el centro propuesto. El análisis de la relación, población, centro de atención primaria demostró que la mayor relación se encuentra en este distrito ascendiendo a 23.277 habitantes por centro sanitario. Dentro de este distrito, la parroquia con mayor población es la Kennedy con 75.051 habitantes. El estudio de los prestadores de salud privados demostró que en esta zona de la ciudad no se dispone de centros de atención primaria.

Límites:

- Norte: Calle Bellavista, Parroquia Ponciano y Comité del Pueblo.
- Sur: Avenida el Inca, Parroquia Jipijapa
- Oeste: Avenida Eloy Alfaro Parroquia San Isidro del Inca
- Este: Calle Gualaquiza Parroquia la Concepción

TABLA 17. Distribución de población por distritos del norte

DISTRITO	NOMBRE	POBLACIÓN 2010	CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA SALUD SECTOR PÚBLICO	RELACIÓN POBLACIÓN/ CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA
17D02	CALDERÓN	179.128	9	19.903
17D03	LA DELICIA	353.187	25	14.127
17D05	EUGENIO ESPEJO	365.042	17	23.277
17D06	ELOY ALFARO	427.746	34	12.580

TABLA 18. Distribución de población del distrito Eugenio Espejo

DISTRITO	PARROQUIA	POBLACIÓN 2012	JEFATURA DE ÁREA	SEDE DE DISTRITO
17D05	LA CONCEPCIÓN	37.357	ÁREA 9-COMITÉ DEL PUEBLO	FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS
	MARISCAL SUCRE	15.855		
	BELISARIO QUEVEDO	47.453	ÁREA 2-FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS	
		23.831		
	SAN ISIDRO DEL INCA	30.309		
	RUMIPAMBA	75.051		
	KENNEDY	42.251		
	IÑAQUITO	44.613		
	COCHAPAMBA	35.646		
	JIPIJAPA	19.732		
	NAYÓN	2.944		
	ZAMBIZA			

El Centro de Atención primaria estará localizado en el sector de la 10 de Agosto y Capitán Borja debido a la disponibilidad de parqueaderos además de ser un lugar de gran afluencia de personas que circulan por este lugar diariamente. La accesibilidad a este centro sanitario será muy amplia pues la Avenida 10 de Agosto es una de las arterias principales del Distrito Metropolitano y por la misma circulan aproximadamente 10 líneas de buses de transporte urbano.

2.2.3. DEFINICION DE LA INFRAESTRUCTURA

Para la implementación del centro de atención ambulatoria se considerará trabajar en una casa de arriendo con adecuaciones para el funcionamiento cuyo contrato de arriendo sea de al menos 5 años, cuya

capacidad instalada asegure 3240 atenciones médicas mensuales entre todos los profesionales médicos (médicos generales, Especialistas, personal de enfermería), para lo cual contará con tres consultorios médicos para con atención en las siguientes especialidades:

- Medicina General
- Gineco-obstetricia
- Pediatría
- Cirugía General
- Odontología
- Traumatología

Que contarán con servicios de apoyo diagnóstico como laboratorio clínico para realizar las pruebas más recurrentes de pruebas de hematología, uroanálisis y coproanálisis; de la misma forma estará dotado con un equipo de imagenología básico para la realización de placas de rayos X.

2.3. MODELO DE ATENCIÓN

El centro de atención primaria ambulatorio tendrá dos tipos de ingreso de pacientes para atenciones médicas pueden ser cuando se acerquen directamente a requerir de un servicio en cuyo caso deberán asignar cita médica por disponibilidad del día o aquellos potenciales clientes que llamen para tomar citas médicas, en el caso que se asignarán fechas futuras.

Posteriormente el paciente se dirigirá a la caja a cancelar por el tipo de atención (Médico General o Médico Especialista), con cuya factura de cancelación será atendido por el profesional médico, quien posterior a la valoración y determinación de un diagnóstico (presuntivo o definitivo)

decidirá si el paciente requerirá de exámenes de apoyo diagnóstico para confirmar el tratamiento o validar el diagnóstico.

Con el pedido de los servicios de apoyo diagnóstico se dirigirá a caja a cancelar el valor de los mismo, y con la factura de cancelación será atendido en el servicio.

Diagrama de flujo atención del Centro de Atención Primaria Ambulatoria

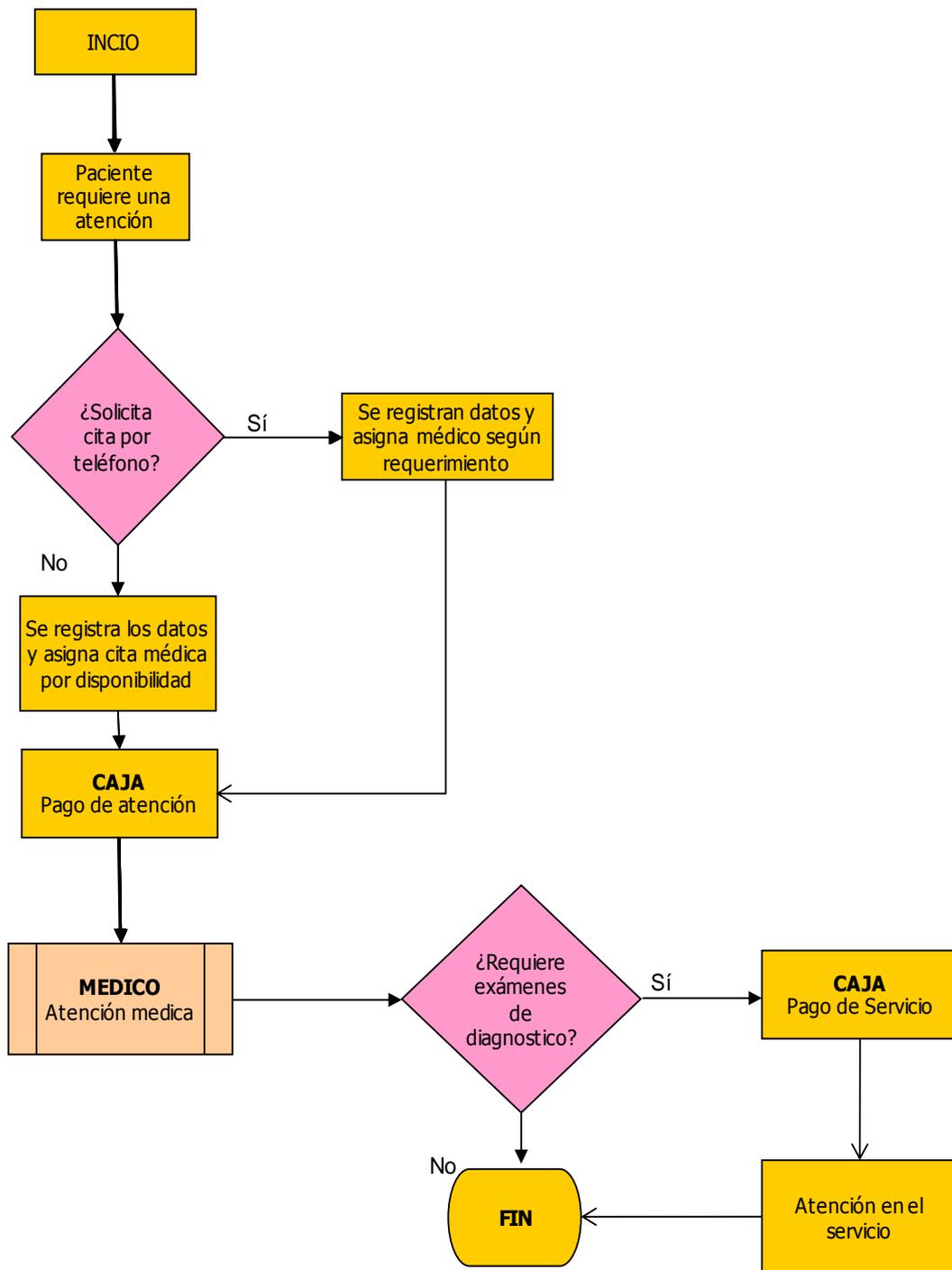


GRÁFICO 16. Diagrama de flujo atención.

Diagrama de flujo atención médica

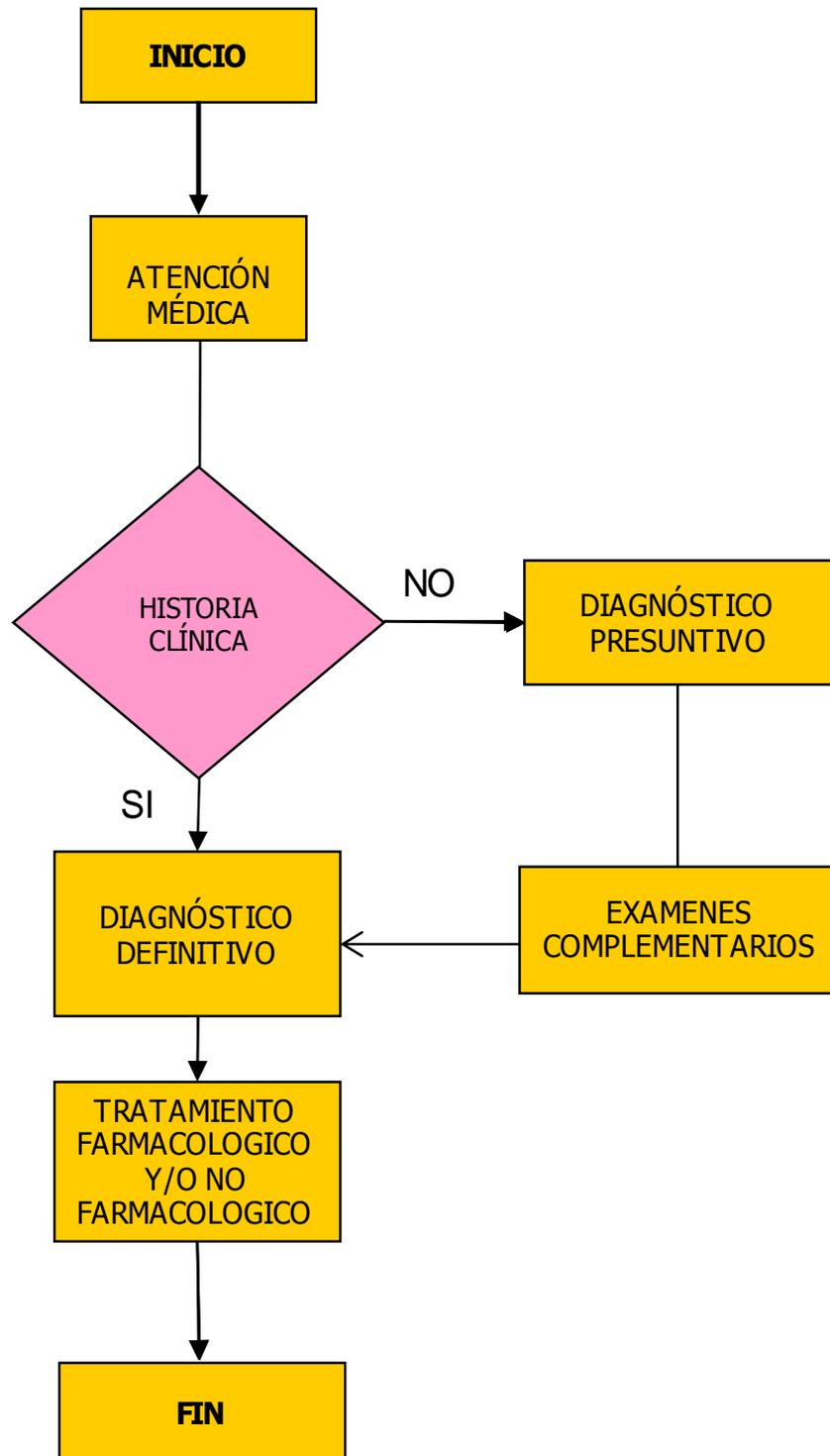


GRÁFICO 17. Diagrama de flujo de atención médica

Los horarios definidos para la atención del centro son:

Lunes a Viernes de 7h00 a 20:00, los días sábados de 8:00 a 13:00 en consultas de médicos generales, para los médicos especialistas se laborará de lunes a viernes de 14:00 a 20:00.

TABLA 18. Distribución de dotación por horario y No. de consultas

DIAS	TIPO ATENCION	HORARIOS			HORAS TRABAJADAS	TIEMPO PROM. CONSULTA	NO. CONSULTA POR DIA	No. CONSULTA MES	
1) L-V	M. GENERAL	7:00	14:00		7:00	20	21	420	
2) L-V	M. GENERAL		14:00	20:00	6:00	20	18	360	
3) SABADOS	M. GENERAL	8:00	13:00		5:00	20	15	60	
4) L-V	ESPECIALISTAS		14:00	20:00	6:00	30	12	240	
TOTAL POR MEDICO								1080	
TOTAL ATENCIONES								3	3240

Los recursos humanos que se requieren son:

Se dispondrá de dos Médicos generales en turnos rotativos de 6 y 7 horas diarias y atención los días sábado cada 15 días. Un Médico Ginecólogo que laborara de forma itinerante en las jornadas diurnas y vespertinas. Además el centro contará con un grupo de especialistas que trabajaran dos horas diarias en consultas de sus especialidades: Pediatría, Traumatología, cirugía general y Odontología.

Se requerirá de dos enfermeras, cuatro auxiliares de enfermería, dos personas de limpieza, un cajero y un Administrativo.

2.4. ANALISIS DE FACTIBILIDAD

El proyecto deberá ser analizado con varias herramientas y técnicas financieras para conocerá al viabilidad del mismo y las condiciones que ello implique, como base para este análisis será la investigación de mercado como fuente primaria.

2.4.1. CONSIDERACIONES PARA LA PROYECCION FINANCIERA

Para el análisis del proyecto se considerará los resultados de la investigación de mercado, precios de mercado y precios del tarifario nacional de salud.

Las premisas que se considerarán para la proyección del flujo de efectivo del proyecto son:

Una Tasa de inflación general proyectada de 2.02%, la tasa de inflación en salud proyectada 4.24%, un crecimiento de la población del 2.2%, la tasa de crecimiento de la economía ecuatoriana del 4%, un salario básico proyectado para 2014 de \$345,00 un costo medio ponderado de capital del 12.71%.

La proyección considerará una escenario muy conservador tomando la variable de capacidad utilizada sobre la capacidad instalada que arrancará al 20%, al término del primero año llegará al 60% y a partir del segundo año al 80%. El precio de cada atención promedio ponderada es de \$13.00. De acuerdo a la investigación de mercado se considerará que del total de las consultas un 28.13% requerirá de exámenes de laboratorio para su diagnóstico o control del tratamiento en donde el costo promedio de un perfil básico es de \$20.50, y el 12.50% de atenciones necesitará de imágenes de rayos "x" cuyo costo promedio es de \$22.00. Para el ejercicio no se consideran los ingresos por servicios de enfermería ya que serán una contribución marginal.

Inversión en activos fijos: Según el dimensionamiento del centro se requerirá realizar las siguientes inversiones en activos fijos:

TABLA 19. Detalle de inversión en activos fijos.

RUBRO	No.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
CAMILLAS	2	850,00	1.700,00
LENCERIA	1	1.200,00	1.200,00
EQUIP. LAB MINDRAY	1	18.500,00	18.500,00
RX PORTATIL	1	9.500,00	9.500,00
KIT DE CONSULTA	3	230,00	690,00
ADECUACIÓN FISCA Y MOBILIARIO	1	20.000,00	20.000,00
TOTAL		50.280,00	51.590,00

Los rubros más importantes se concentrarán en los equipos de laboratorio, imagen y adecuaciones física; ya que, no se considerará la adquisición de un local propio para disminuir la carga de activos improductivos y que se requeriría mayor inversión de capital al arranque.

Detalle de los costos de personal: Se contemplará mano de obra directa a médicos especialistas, generales, enfermeras y auxiliares de enfermería, así como mano de obra indirecta como el personal de limpieza y personal administrativo. De acuerdo a la tabla adjunta:

TABLA 20. Detalle de los costos de personal

RUBRO	COSTO UNITARIO	CANT. REQ.	COSTO TOTAL
MED. ESPECIALISTA	3.510,00	1	3.510,00
MEDICOS GENERAL	2.268,00	2	4.536,00
VARIOS ESP.	877,50	1	877,50
ENFERMERAS	1.674,00	2	3.348,00
AUXILIARES DE ENF.	776,25	4	3.105,00
PERSONAL DE LIMPIEZA	607,50	2	1.215,00
PERSONAL ADMINISTRATIVO	877,50	2	1.755,00
TOTAL		14	18.346,50

Estará considerado en estos rubros los costos finales empresa, esto es: sueldos, remuneraciones complementarias, vacaciones, fondos de reserva, aportes de seguridad social, uniformes y alimentación.

Costos indirectos fijos y variables: Para la operatividad del centro de atención primaria ambulatoria se considerará costos indirectos fijos y variables como más medicaciones básicas, insumos, servicios básicos, y depreciación de los equipos médicos y adecuaciones físicas.

TABLA 21. Costos indirectos fijos y variables

RUBRO	COSTO UNITARIO	CANT. REQ.	COSTO TOTAL
MEDICINAS E INSUMOS	1.200,00	1	1.200,00
OTROS MATERIALES	1.300,00	1	1.300,00
GASTOS SERVICIOS	350,00	1	350,00
DEPRECIACION	429.92	1	429,92
TOTAL			3.279,92

2.4.2. PROYECCIONES DE FLUJOS DE EFECTIVO

La proyección contemplará un horizonte de tiempo de 5 años desde el arranque del proyecto, sobre la base que se analizará la viabilidad financiera del proyecto.

TABLA 22. Flujo anual proyectado

FLUJO PROYECTADO DEL PROYECTO A 5 AÑOS									
PERIODO			AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	
Cap. Utilizada/cap. Instalada									
Número atenciones				16.848	28.350	31.104	31.104	31.104	
Valor consulta	13,00			219.024	368.550	404.352	404.352	404.352	
Laboratorio	28,13%	20,50		97.157	163.485	179.366	179.366	179.366	
Imagen	12,50%	22,00		46.332	77.963	85.536	85.536	85.536	
Ingresos				362.513	609.997	669.254	669.254	669.254	
Egresos				283.647	325.865	333.432	333.432	333.432	
Gastos fijos				238.976	247.970	247.970	247.970	247.970	
Costos y Gastos Variables				44.671	77.895	85.462	85.462	85.462	
Flujo Anual			(65.256,54)	78.865	284.132	335.822	335.822	335.822	
Flujo acumulado			(65.256,54)	13.609	297.741	633.563	969.385	1.305.207	
TIR									224,03%
VAN									\$ 759.154,97
Tasa de descuento (WACC)									12,71%
Tiempo de recuperación de la Inversión									11 meses

El en año 0 se ha de considerar la inversión en activos fijos, así como el capital de trabajo de los meses iniciales cuyos saldos son negativos, esto es hasta el mes 3 inclusive por lo que se estimará una inversión total de \$65.256,54 (Sesenta y cinco mil, dos cientos cincuenta y seis, con cincuenta y cuatro centavos de dólares americanos).

El saldo del año 1 es positivo con \$78.865 y el retorno de la inversión con flujos descontados ocurrirá en el mes 11, sin embargo el proyecto tendrá una estimación a cinco años muy conservadora, ya que no contempla crecimiento en su capacidad instalada o ampliación de los servicios, y mantendrá su capacidad utilizada al 80%.

TABLA 23. Flujo Mensual proyectado de 1 al mes 12

FLUJO PROYECTADO DEL PROYECTO MENSUAL																
PERIODO			mes0	mes1	mes2	mes3	mes4	mes5	mes6	mes7	mes8	mes9	mes10	mes11	mes12	
Cap. Utilizada/cap. Instalada				20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	50%	55%	55%	55%	60%	
Número atenciones				648	810	972	1.134	1.296	1.458	1.620	1.620	1.782	1.782	1.782	1.944	
Valor consulta	13,00			8.424,00	10.530,00	12.636,00	14.742,00	16.848,00	18.954,00	21.060,00	21.060,00	23.166,00	23.166,00	23.166,00	25.272,00	
Laboratorio	28,13%	20,50		3.736,79	4.670,99	5.605,18	6.539,38	7.473,58	8.407,78	9.341,97	9.341,97	10.276,17	10.276,17	10.276,17	11.210,37	
Imagen	12,50%	22,00		1.782,00	2.227,50	2.673,00	3.118,50	3.564,00	4.009,50	4.455,00	4.455,00	4.900,50	4.900,50	4.900,50	5.346,00	
Ingresos				13.942,79	17.428,49	20.914,18	24.399,88	27.885,58	31.371,28	34.856,97	34.856,97	38.342,67	38.342,67	38.342,67	41.828,37	
Egresos				21.556,50	21.984,00	22.411,50	22.839,00	23.266,50	23.694,00	24.121,50	24.121,50	24.549,00	24.549,00	24.549,00	26.005,53	
Gastos fijos				19.846,50	19.846,50	19.846,50	19.846,50	19.846,50	19.846,50	19.846,50	19.846,50	19.846,50	19.846,50	19.846,50	20.664,18	
Costos y Gastos Variables				1.710,00	2.137,50	2.565,00	2.992,50	3.420,00	3.847,50	4.275,00	4.275,00	4.702,50	4.702,50	4.702,50	5.341,36	
Flujo mensual				(65.256,54)	(7.613,71)	(4.555,51)	(1.497,32)	1.560,88	4.619,08	7.677,28	10.735,47	10.735,47	13.793,67	13.793,67	15.822,84	
Flujo acumulado				(65.256,54)	(72.870,25)	(77.425,76)	(78.923,08)	(77.362,20)	(72.743,12)	(65.065,85)	(54.330,37)	(43.594,90)	(29.801,23)	(16.007,56)	(2.213,89)	
TIR															133,89%	
VAN																\$ 235.575,97
Tasa de descuento (WACC) ANUAL																12,71%
Tiempo de recuperación de la Inversión																11 meses

La inversión al final del periodo podría tener un valor actualizado de \$759.155 y una tasa interna de retorno del 224.03% que superará holgadamente el costo de oportunidad estimado en 12.71% lo que resultaría muy atractivo para el inversionistas.

2.4.3. ANALISIS BENEFICIO COSTO

El cociente que se obtendrá producto de la relación entre los ingresos y egresos actualizados, con la tasa de descuento es de 3.89 lo que constituye que es favorable tanto como proyecto como para los inversionistas ya que entregará un excedente de \$2.89 por cada dólar invertido.

TABLA 24. Relación Beneficio Costo

CONCEPTO	VALORES
Ingresos netos	\$ 3.677.442,43
Egresos netos	\$ 945.540,82
Relación B/C	3,89

2.4.4. ANALISIS DE PUNTO DE EQUILIBRIO

La proyección de ventas que se requerirá en la implementación del proyecto es de \$22.621,65 dólares que es igual a convertirle a 1.051 consultas que se alcanzaría con el 32,44% de la capacidad instalada lo que será muy viable.

TABLA 25. Cálculo de punto de equilibrio

CALCULO DE PUNTO DE EQUILIBRIO	VALOR
PRECIO DE VENTA UNIT.	21,52
COSTO UNITARIO	2,64
GASTOS FIJOS	19.846,50
PUNTO DE EQUILIBRIO	1.051
Ventas PE.	22.621,65

El proyecto alcanzará ese nivel de consultas en el tercer mes desde su arranque, ya que la variación en costos variables es mínima al ser solo el 15,6% del total de gastos.

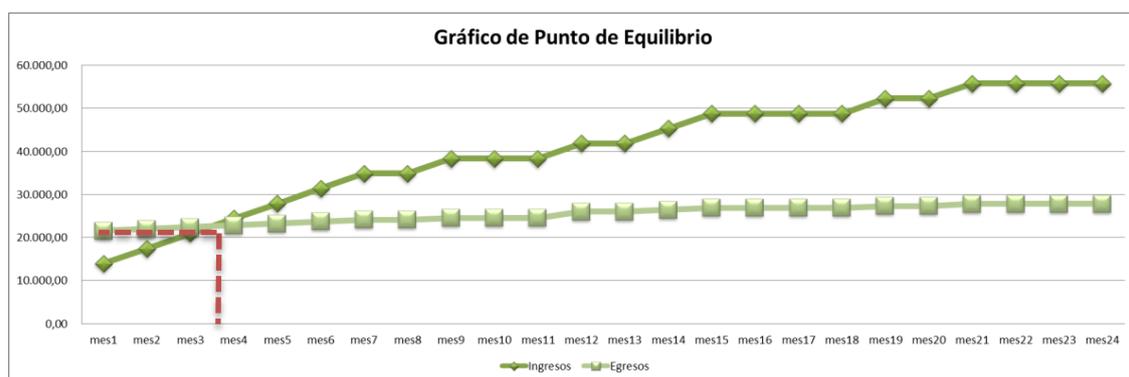


GRÁFICO 18. Punto de equilibrio

3. CAPITULO III: CONCLUSIONES

3.1. RESULTADOS ESPERADOS

La viabilidad financiera para la implementación de centro, y que permita a una población determinada brindarle servicios adecuados de salud oportuna y de calidad.

Los resultados se analizarán una vez desarrollado el proyecto del cual derivarán las conclusiones al respecto, hasta ese momento solo podríamos avizorar que el proyecto una vez valorado y gestionado su financiamiento ofrecerá:

- Será parte de la solución del sistema nacional de salud del Ministerio de Salud Pública (MSP) el diagnóstico y tratamiento oportuno de factores de riesgo de las patologías más prevalentes, disminuyendo así los índices de morbi-mortalidad de las mismas. La población blanco cuyos riesgos son mayores está encabezado por aquellas personas con alteraciones cardiovasculares, síndrome metabólico, obesidad, diabetes, embarazos de alto riesgo, enfermedad diarreica e infecciones respiratorias agudas pediátricas.
- La inversión inicial para la implementación del proyecto será de \$65.256,54 dólares y se estima que los inversionistas obtendrán al término de 5 años de su implementación un valor actual de esta inversión con los flujos descontados de \$759.155 dólares.
- El proyecto tendrá sostenibilidad económica para demostrar su viabilidad, con una tasa de retorno sobre la inversión atractiva para captar inversionistas, que será del 224,03% considerando una tasa de descuento del 12,71% para proyectos en el sector salud en el país.

- El periodo de recuperación de la inversión se proyecta a que ocurra en 11 meses lo cual es corto al ser menor que el tiempo de vida útil estimado del proyecto.
- Uno de los fines más importantes de este proyecto será descongestionar la red de atención primaria del ministerio de salud pública brindando atención de calidad a un bajo costo; por ello se implementará una estructura de negocio muy básica que permita brindar la atención primaria en óptimas condiciones y cuya limitante siempre sea su precio de venta manteniéndolo en \$13,00 o un valor igual o menor que el IESS o MSP decidan pagar a los prestadores externos en este tipo de servicios.
- Si bien el mercado objetivo definido es el particular con capacidad de pago de una atención médica, como un plan de contingencia será calificarse como prestador externos del IESS o MSP, ya que no afectará el precio de pagan más sin embargo el monto del capital de trabajo sufriría variaciones que se deberán considerar ya que el tiempo de pago de estas entidades supera los 3 meses. Un mix en el portafolio de clientes podría ser la solución, para que pasado el Punto de equilibrio se pueda considera esta estrategia.
- El flujo de caja del proyecto permitirá en el tiempo una expansión a mediano plazo en la zonas de concentración de población y que no existe la infraestructura. Dado que el retorno sobre la inversión ocurrirá en el mes 11, antes de pensar en que la estructura del modelo del negocio se amplié incorporando más médicos o equipos de apoyo diagnostico; se debería replicar la misma estructura de negocio (eficiente en costos) en el siguiente sector de la ciudad que la investigación de mercados sugiere.

3.2. RECOMENDACIONES

- La consecución de los inversionistas para la implementación del proyecto que socialmente será un aporte para el país y financieramente es sostenible e inclusive los inversionistas podrán crecer en el número de Centros de Atención Primaria Ambulatoria de crear necesario.
- La estrategia de calidad en el servicio deberá entregar diferenciadores tangibles en las atenciones con el soporte tecnológico como una oportunidad de crecimiento, abriendo el abanico de atenciones médicas de todos los especialistas del centro.
- A la implementación del centro de atención primaria ambulatoria, se deberá realizar visitas de un equipo conformado por Medico, Enfermera y Auxiliar, para que visiten las casas del perímetro cercano realizando una promoción vivencial del centro. De la misma forma levantarán una información sobre la población y sus posibles afecciones.

REFERENCIA

Boletín Oficial del Estado Español, 10715 LEY 16/2003, de 28 de mayo,
Sobre la Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud,
Aprobado por JUAN CARLOS I, REY DE ESPAÑA

Constitución de la República del Ecuador (2008): registro oficial 449
URL: http://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic4_ecu_const.pdf
Descargado: 09/11/2013

Colaboremos por la salud (2006): informe sobre la salud en el mundo
OMS

URL: http://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf

Descargado: 09/11/2013

Desempeño de los Sistemas de Salud (2002): Encuesta Nacional de
Evaluación de Desempeño

URL: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/presentacion.pdf>

Descargado: 09/11/2013

Directorio Servicios Públicos de Salud Distrito Metropolitano de Quito
(2008): Servicios de Salud del Ministerio de Salud Publica

URL: <http://www.saluddealtura.com/fileadmin/fotografias/directorio/DIRECTORIO2.pdf>

EKOS negocios. Salud y bienestar. Quito. 2012. p: 115-117.

URL: www.ekosnegocios.com

Descargado: 18/10/2013

Grupo del Banco Mundial, Official Webpage, Página de Búsqueda de
Indicadores

URL: <http://datos.bancomundial.org/indicador>

Descargado: 07/08/2013

INEC - Instituto Nacional de Estadística y Censos

URL: <http://www.inec.gob.ec/home/>

Descargado: 07/08/2013

INEC - Instituto Nacional de Estadística y Censos

“Sistema Integrado de Consultas”

URL:<http://redatam.inec.gob.ec/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010&MAIN=WebServerMain.inl>

Descargado: 07/08/2013

Indicadores Básicos de Salud del Ecuador 2011, Elaborado por Ministerio de Salud Pública y Presidencia de la República.

URL:http://www2.paho.org/ecu/dmdocuments/indicadores_basicos_2011.pdf

Descargado: 07/08/2013

Lucio R, Villacrés N, Henríquez R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. Salud Pública de México, 53(Supl. 2), s177-s187. Retrieved November 13, 2013, from

URL:http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800013&lng=en&tlng=es.%2010.1590/S0036-36342011000800013.

Descargado: 13/10/2013

Manual operativo red nacional integrada de servicios de salud (2013): versión preliminar final 1.3

Manual del Modelo Integral en Salud MAIS, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud Publica. 2012.

URL:http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

Descargado: 18/10/2013

“Planificación territorial de primer nivel de atención e inversión de Infraestructura Sanitaria”

Disponibile en: Coordinación zonal no.9 Distrito Metropolitano de Quito

Fuente: SENPLADES y Coordinación Zonal De Salud N° 9

Reglamento a la ley orgánica de salud (2008): registro oficial 457

URL:http://www.conasa.gob.ec/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=150%3Aley-organica-de-salud&id=24%3Aleyes-salud&Itemid=249

Descargado: 09/11/2013

Romero M, Ramos S, Ábalos E. Modelos de análisis de la morbi-mortalidad materna. Observatorio de salud sexual y reproductiva. Buenos Aires. 2010.

“Sala Situacional coordinación Zonal de salud N °9: Distrito Metropolitano de Quito Año 2012”, Proceso de Estadística Elaborado por: Ing. Gabriela Dávila. Fuente Cartografía, Distritos Senplades, 2012; Áreas de Salud, 2011

Descargado: 06/11/2013

Starfield B. Hospitales, Especialistas y Atención Primaria: las responsabilidades de cada uno en la atención a la salud de la poblacional. Fórum Catalán de Atención Primaria; Barcelona, 19 noviembre 2009.

URL:http://es.wikipedia.org/wiki/Atenci%C3%B3n_primaria_de_salud#cite_ref-1

Descargado: 07/08/2013

URL:[Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud \(artículo 12\). BOE. 2003/05/29;\(128\):20573.](#)

Descargado: 18/10/2013

Sistema de Salud Ecuador. Ministerio de Salud.

Disponible en:

<http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/002-CASE-Nilda%20Villacres.pdf>

Descargado: 18/10/2013

Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo (2013): Resumen agenda zonal 9

URL: <http://www.buenvivir.gob.ec/agenda-zona9>

Descargado: 06/11/2013

Sistema Nacional de Salud España (2010)

URL: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Principial.pdf>

Descargado: 09/11/2013

ANEXOS

PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA AMBULATORIA

FLUJO PROYECTADO DEL PROYECTO A 5 AÑOS

PERIODO	mes	AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
Cap. Utilizada/cap. Instalada	3240		43%	73%	80%	80%	80%
Número atenciones		16.848	16.848	28.350	31.104	31.104	31.104
Valor consulta	13,00	219.024	219.024	368.550	404.352	404.352	404.352
Laboratorio	28,13%	97.157	97.157	163.485	179.366	179.366	179.366
Imagen	12,50%	46.332	46.332	77.963	85.536	85.536	85.536
Ingresos		362.513	362.513	609.997	669.254	669.254	669.254
Egresos		283.647	283.647	325.865	333.432	333.432	333.432
Gastos fijos		238.976	238.976	247.970	247.970	247.970	247.970
Costos y Gastos Variables		44.671	44.671	77.895	85.462	85.462	85.462
Flujo Anual		78.865	78.865	284.132	335.822	335.822	335.822
Flujo acumulado		(65.256,54)	(65.256,54)	297.741	633.563	969.385	1.305.207
TIR		224,03%					
VAN		\$ 759.154,97					
Tasa de descuento (WACC)		12,71%					
Tiempo de recuperación de la Inversión		11 meses					

CONSIDERACIONES:

- 1 Se considera arrancar con una capacidad utilizada sobre la instalada del 20% con incremento mensual hasta llegar al 60 % al cierre del primer año, y el segundo año hasta llegar al 80%.
El valor de consulta se establece en 13 USD. Ya que el 55,91 % esta dispuesto a pagar ese valor por una atención médica privada.
- 2 La derivación a los servicios del laboratorio es del 28,13% y se considera un perfil de exámenes básico.
- 3 La derivación a los servicios de imagen es del 12,5% y se considera el valor básico de una placa.
- 4 Se determino una tasa de descuento del 12,71% para el sector salud (WACC)
- 5 Fuente: Bancos Centrales e Institutos de Estadística de los países analizados

PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA AMBULATORIA

DETALLES DE INVERSIÓN, COSTOS Y GASTOS

INVERSIÓN

CAMILLAS	2	860,00	1.700,00
LENCERÍA	1	1.200,00	1.200,00
EQP. LAB. MINDRAY	1	18.500,00	18.500,00
RX PORTATIL	1	9.500,00	9.500,00
KIT DE CONSULTA	3	230,00	690,00
ADecuación FIscaY MOBIL	1	20.000,00	20.000,00

INV GOTOS MES

51.590,00	13.866,54	66.256,54
-----------	-----------	-----------

TOTAL

MED. ESPECIALISTA	3,510,00	1	3.510,00
MEDICOS GENERAL	2,266,00	2	4.536,00
VARIOS ESP.	877,50	1	877,50
ENFERMERAS	1,674,00	2	3.348,00
AUXILIAR ES. DE ENF.	776,25	4	3.105,00
PERSONAL DE LIMPIEZA	607,50	2	1.215,00
PERSONAL ADMNIS TRATIVO	877,50	2	1.755,00
ARRIENDO MENSUAL	1,500,00		1.500,00

2,64 UNITARIO

3.279,82
23.126,42

FLUJO PROYECTADO DEL PROYECTO MENSUAL

PERIODO	mes0	Año 1											
		mes1	mes2	mes3	mes4	mes5	mes6	mes7	mes8	mes9	mes10	mes11	mes12
Cap. Utilizada/cap. Instalada	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	50%	50%	55%	55%	55%	60%
Número atenciones	648	810	972	1.134	1.296	1.458	1.620	1.620	1.620	1.782	1.782	1.782	1.944
Valor consulta	8.424,00	10.530,00	12.636,00	14.742,00	16.848,00	18.954,00	21.060,00	21.060,00	21.060,00	23.166,00	23.166,00	23.166,00	25.272,00
Laboratorio	3.736,79	4.670,99	5.605,18	6.539,38	7.473,58	8.407,78	9.341,97	9.341,97	9.341,97	10.276,17	10.276,17	10.276,17	11.210,37
Imagen	1.782,00	2.227,50	2.673,00	3.118,50	3.564,00	4.009,50	4.455,00	4.455,00	4.455,00	4.900,50	4.900,50	4.900,50	5.346,00
Ingresos	13.942,79	17.428,49	20.914,18	24.399,88	27.885,58	31.371,28	34.856,97	34.856,97	34.856,97	38.342,67	38.342,67	38.342,67	41.828,37
Egresos	21.556,60	21.984,00	22.411,50	22.839,00	23.266,50	23.694,00	24.121,50	24.121,50	24.121,50	24.549,00	24.549,00	24.549,00	25.005,63
Gastos fijos	19.846,50	19.846,50	19.846,50	19.846,50	19.846,50	19.846,50	19.846,50	19.846,50	19.846,50	19.846,50	19.846,50	19.846,50	20.094,18
Costos y Gastos Variables	1.710,00	2.137,50	2.565,00	2.992,50	3.420,00	3.847,50	4.275,00	4.275,00	4.275,00	4.702,50	4.702,50	4.702,50	5.341,36
Flujo mensual	(7.613,71)	(4.555,51)	(1.487,32)	1.580,88	4.619,08	7.677,28	10.735,47	10.735,47	10.735,47	13.793,67	13.793,67	13.793,67	15.822,84
Flujo acumulado	(72.870,26)	(77.425,76)	(78.922,08)	(77.362,20)	(72.743,12)	(66.065,85)	(54.330,37)	(48.594,90)	(28.801,23)	(18.007,56)	(2.213,89)	(2.213,89)	13.608,95
TIR	21,52	21,52	21,52	21,52	21,52	21,52	21,52	21,52	21,52	21,52	21,52	21,52	21,52
VAN	133,89%												
Tasa de descuento (WACC)	\$ 235.575,97												
ANUAL	12,71%												
Tiempo de recuperación de la inversión	11 meses												

CONSIDERACIONES:

- 1 Se considera arrancar con una capacidad utilizada sobre la instalada del 20% con incremento mensual hasta llegar al 60 % al cierre del primer año, y el segundo año hasta llegar al 80%.
- 2 El valor de consulta se establece en 13 USD. Ya el 55,91% esta de puesto a pagar ese valor por una atención médica privada.
- 3 La derivación a los servicios de laboratorio es del 28,13% y se considera un perfil de exámenes básico.
- 4 La derivación a los servicios de imagen es del 12,5% y se considera el valor básico de una placa.
- 5 Se determino una tasa de descuento del 12,71 % para el sector salud (WACC)

Fuente: Bancos Centrales e Institutos de Estadística de los países analizados

PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA AMBULATORIA

PERIODO	AÑO 2												
	mes0	mes1	mes14	mes15	mes16	mes17	mes18	mes19	mes20	mes21	mes22	mes23	mes24
Cap. Utilizada/cap. Instalada	60%	66%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	75%	80%	80%	80%	80%
Número atenciones	1.944	2.106	2.268	2.268	2.268	2.268	2.268	2.268	2.430	2.592	2.592	2.592	2.592
Valor consulta	25.272,00	27.378,00	29.484,00	29.484,00	29.484,00	29.484,00	29.484,00	29.484,00	31.590,00	33.696,00	33.696,00	33.696,00	33.696,00
Laboratorio	11.210,37	12.144,56	13.078,76	13.078,76	13.078,76	13.078,76	13.078,76	13.078,76	14.012,96	14.947,16	14.947,16	14.947,16	14.947,16
Imagen	5.346,00	5.791,50	6.237,00	6.237,00	6.237,00	6.237,00	6.237,00	6.237,00	6.682,50	7.128,00	7.128,00	7.128,00	7.128,00
Ingresos	41.828,37	45.314,06	48.799,76	48.799,76	48.799,76	48.799,76	48.799,76	48.799,76	52.285,46	55.771,16	55.771,16	55.771,16	55.771,16
Egresos	26.005,63	26.450,64	26.895,76	26.895,76	26.895,76	26.895,76	26.895,76	26.895,76	27.340,87	27.785,98	27.785,98	27.785,98	27.785,98
Gastos fijos	20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18
Costos y Gastos Variables	5.341,36	5.786,47	6.231,58	6.231,58	6.231,58	6.231,58	6.231,58	6.231,58	6.676,70	7.121,81	7.121,81	7.121,81	7.121,81
Flujo mensual	15.822,84	18.863,42	21.904,00	21.904,00	21.904,00	21.904,00	21.904,00	21.904,00	24.944,69	27.985,17	27.985,17	27.985,17	27.985,17
Flujo acumulado	29.431,78	48.295,20	70.199,21	92.103,21	114.007,21	135.911,22	160.895,81	185.800,40	213.785,57	241.770,74	269.755,92	297.741,09	

PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA AMBULATORIA

PERIODO	AÑO 3												
	mes0	mes25	mes26	mes27	mes28	mes29	mes30	mes31	mes32	mes33	mes34	mes35	mes36
Cap. Utilizada/cap. instalada		80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
Número atenciones		2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592
Valor consulta	13,00	33.696,00	33.696,00	33.696,00	33.696,00	33.696,00	33.696,00	33.696,00	33.696,00	33.696,00	33.696,00	33.696,00	33.696,00
Laboratorio	20,80	14.947,16	14.947,16	14.947,16	14.947,16	14.947,16	14.947,16	14.947,16	14.947,16	14.947,16	14.947,16	14.947,16	14.947,16
Imagen	12,50%	7.128,00	7.128,00	7.128,00	7.128,00	7.128,00	7.128,00	7.128,00	7.128,00	7.128,00	7.128,00	7.128,00	7.128,00
Ingresos		55.771,16	55.771,16	55.771,16	55.771,16	55.771,16	55.771,16	55.771,16	55.771,16	55.771,16	55.771,16	55.771,16	55.771,16
Egresos		27.785,98	27.785,98	27.785,98	27.785,98	27.785,98	27.785,98	27.785,98	27.785,98	27.785,98	27.785,98	27.785,98	27.785,98
Gastos fijos		20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18
Costos y Gastos Variables		7.121,81	7.121,81	7.121,81	7.121,81	7.121,81	7.121,81	7.121,81	7.121,81	7.121,81	7.121,81	7.121,81	7.121,81
Flujo mensual		27.985,17	27.985,17	27.985,17	27.985,17	27.985,17	27.985,17	27.985,17	27.985,17	27.985,17	27.985,17	27.985,17	27.985,17
Flujo acumulado		(66.296,54)	3.257.292,26	3.653.711,44	3.811.696,61	4.09.681,75	4.437.666,95	4.865.652,13	4.933.637,30	5.211.622,47	5.491.607,65	5.771.592,82	6.051.577,99

PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA AMBULATORIA

PERIODO	AÑO 3												
	mes0	mes25	mes26	mes27	mes28	mes29	mes30	mes31	mes32	mes33	mes34	mes35	mes36
Cap. Utilizada/cap. instalada		80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
Número atenciones		2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592
Valor consulta	13,00	33.696,00	33.696,00	33.696,00	33.696,00	33.696,00	33.696,00	33.696,00	33.696,00	33.696,00	33.696,00	33.696,00	33.696,00
Laboratorio	20,80	14.947,16	14.947,16	14.947,16	14.947,16	14.947,16	14.947,16	14.947,16	14.947,16	14.947,16	14.947,16	14.947,16	14.947,16
Imagen	12,50%	7.128,00	7.128,00	7.128,00	7.128,00	7.128,00	7.128,00	7.128,00	7.128,00	7.128,00	7.128,00	7.128,00	7.128,00
Ingresos		55.771,16	55.771,16	55.771,16	55.771,16	55.771,16	55.771,16	55.771,16	55.771,16	55.771,16	55.771,16	55.771,16	55.771,16
Egresos		27.785,98	27.785,98	27.785,98	27.785,98	27.785,98	27.785,98	27.785,98	27.785,98	27.785,98	27.785,98	27.785,98	27.785,98
Gastos fijos		20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18	20.664,18
Costos y Gastos Variables		7.121,81	7.121,81	7.121,81	7.121,81	7.121,81	7.121,81	7.121,81	7.121,81	7.121,81	7.121,81	7.121,81	7.121,81
Flujo mensual		27.985,17	27.985,17	27.985,17	27.985,17	27.985,17	27.985,17	27.985,17	27.985,17	27.985,17	27.985,17	27.985,17	27.985,17
Flujo acumulado		(65.295,54)	3.257.292,26	3.653.711,44	3.811.696,61	4.09.681,75	437.666,95	485.652,13	493.637,30	521.622,47	549.607,65	577.592,82	605.577,99

PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA AMBULATORIA

PERIODO	AÑO 4												
	mes0	mes7	mes8	mes9	mes10	mes11	mes12	mes13	mes14	mes15	mes16	mes17	mes18
Cap. Utilizada cap. instalada		80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
Numero atenciones		2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592
Valor consulta	13.00	33.696.00	33.696.00	33.696.00	33.696.00	33.696.00	33.696.00	33.696.00	33.696.00	33.696.00	33.696.00	33.696.00	33.696.00
Laboratorio	28.13%	14.947.16	14.947.16	14.947.16	14.947.16	14.947.16	14.947.16	14.947.16	14.947.16	14.947.16	14.947.16	14.947.16	14.947.16
Imagen	12.50%	7.125.00	7.125.00	7.125.00	7.125.00	7.125.00	7.125.00	7.125.00	7.125.00	7.125.00	7.125.00	7.125.00	7.125.00
Ingresos		55.771.16	55.771.16	55.771.16	55.771.16	55.771.16	55.771.16	55.771.16	55.771.16	55.771.16	55.771.16	55.771.16	55.771.16
Egresos		27.785.98	27.785.98	27.785.98	27.785.98	27.785.98	27.785.98	27.785.98	27.785.98	27.785.98	27.785.98	27.785.98	27.785.98
Gastos fijos		7.121.81	7.121.81	7.121.81	7.121.81	7.121.81	7.121.81	7.121.81	7.121.81	7.121.81	7.121.81	7.121.81	7.121.81
Costos V. Gastos Variables		20.664.18	20.664.18	20.664.18	20.664.18	20.664.18	20.664.18	20.664.18	20.664.18	20.664.18	20.664.18	20.664.18	20.664.18
Flujo mensual	(65.266.54)	27.985.17	27.985.17	27.985.17	27.985.17	27.985.17	27.985.17	27.985.17	27.985.17	27.985.17	27.985.17	27.985.17	27.985.17
Flujo acumulado	(65.266.54)	6.61.548.34	6.69.533.51	7.17.518.68	7.45.503.86	7.73.489.03	8.01.474.20	8.29.459.38	8.57.444.55	8.86.429.72	9.13.414.90	9.41.400.07	9.69.385.24

PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA AMBULATORIA

PERIODO	AÑO 5												
	mes0	mes49	mes50	mes51	mes52	mes53	mes54	mes55	mes56	mes57	mes58	mes59	mes60
Cap. Utilizada/cap. Instalada		80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
Número atenciones		2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592	2.592
Valor consulta	13.00	33.696.00	33.696.00	33.696.00	33.696.00	33.696.00	33.696.00	33.696.00	33.696.00	33.696.00	33.696.00	33.696.00	33.696.00
Laboratorio	28.13%	14.947.16	14.947.16	14.947.16	14.947.16	14.947.16	14.947.16	14.947.16	14.947.16	14.947.16	14.947.16	14.947.16	14.947.16
Imagen	12.50%	7.128.00	7.128.00	7.128.00	7.128.00	7.128.00	7.128.00	7.128.00	7.128.00	7.128.00	7.128.00	7.128.00	7.128.00
Ingresos		55.771.16	55.771.16	55.771.16	55.771.16	55.771.16	55.771.16	55.771.16	55.771.16	55.771.16	55.771.16	55.771.16	55.771.16
Egresos		27.785.98	27.785.98	27.785.98	27.785.98	27.785.98	27.785.98	27.785.98	27.785.98	27.785.98	27.785.98	27.785.98	27.785.98
Gastos fijos		20.664.18	20.664.18	20.664.18	20.664.18	20.664.18	20.664.18	20.664.18	20.664.18	20.664.18	20.664.18	20.664.18	20.664.18
Gastos y Gastos Variables		7.121.81	7.121.81	7.121.81	7.121.81	7.121.81	7.121.81	7.121.81	7.121.81	7.121.81	7.121.81	7.121.81	7.121.81
Flujo mensual	(65.266.54)	27.985.17	27.985.17	27.985.17	27.985.17	27.985.17	27.985.17	27.985.17	27.985.17	27.985.17	27.985.17	27.985.17	27.985.17
Flujo acumulado	(65.266.54)	997.370.41	1.025.355.59	1.053.340.76	1.081.325.93	1.109.311.11	1.137.296.28	1.165.281.45	1.193.266.63	1.221.251.80	1.249.236.97	1.277.222.14	1.305.207.32