

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

SISTEMA DE POSTGRADO

TESIS FINAL

Previa a la obtención del grado de:

MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

TITULO DE LA TESIS

**PROPUESTA DE MEJORAMIENTO DE LA PROMOCIÓN DE LOS
SERVICIOS DE SALUD DE LA CLINICA FAE SALINAS PARA
PACIENTES PRIVADOS**

Elaborado por:

Dr. Gilbert Samaniego Chávez

Director de tesis

Ing. Antonio Tramontana Almeida

Guayaquil, mayo 2012

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de alcanzar un objetivo más.

A la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, sus Directivos, Personal Docente y especialmente a las coordinadoras de la Maestría, por su esfuerzo y dedicación en proporcionarme los conocimientos necesarios para mi desarrollo profesional.

Especialmente quiero expresar un profundo agradecimiento a mi Director de Tesis, el Sr. Ing. Antonio Tramontana Almeida, que con su guía y asesoramiento profesional contribuyó al desarrollo y culminación del presente trabajo

DEDICATORIA

El esfuerzo y dedicación que he puesto para realizar el presente trabajo y su resultado lo dedico a las siguientes personas:

A mi esposa Elsa, mi fiel compañera por su apoyo y comprensión en todas las actividades que realizo; a mis hijos María Fernanda, Jorge Stalin y Gilbert Andrés, el mejor regalo que Dios me ha concedido y son mi fuente de inspiración para ser cada día mejor en lo personal y profesional.

A mis Padres Jorge Misael y Blanca América por todo lo que me enseñaron y especialmente por su apoyo incondicional y desinteresado en todas las etapas de mi vida

Y a toda mi familia, especialmente a dos personas que ya no están conmigo pero desde el cielo me envían sus bendiciones, mis tíos, Telmo Gonzalo y Corazón Nepalí por su contribución en mi formación personal y profesional.

INDICE GENERAL

CAPITULO I. LA SANIDAD MILITAR EN EL ECUADOR

1.1 Sistemas de salud en el ecuador	1
1.1.1 Análisis de la situación de Salud en el Ecuador	1
1.1.2 Sistema nacional de Salud	10
1.2 Sistema de Sanidad Militar en el Ecuador	20
1.2.1 Reseña histórica de la Sanidad Militar	20
1.2.2 Historia de la Sanidad Militar en el Ecuador	23
1.2.3 Los servicios de Salud en la Sanidad Militar	30

CAPITULO II. EL MARKETING EN LOS SERVICIOS DE SALUD

2.1 Teorías de Marketing	35
A. Evolucion del concepto de Marketing	36
B. Dimensiones del Marketing	40
C. Mision y ciclos del Marketing	44
D. Marketing Interno	45
2.2 Marketing de los Servicios de la salud	54
A. Características de los servicios	54
B. Características del Servicio Sanitario	57
C. Contenido de la oferta de Servicios de Salud	58
D. Mercado de los Servicios de Salud	63
2.3 El Mix del Marketing	78
A. Producto	79
B. Plaza	88
C. Precio	91
D. Promoción	102

CAPITULO III. ESTUDIO DE MERCADO PARA LOS SERVICIOS DE SALUD QUE PRESTA LA CLINICA FAE SALINAS

3.1 Situación y mercado actual	126
3.1.1 Infraestructura y capacidad	127

3.1.2 Equipamiento	130
3.1.3 Recurso Humano Clínica FAE Salinas	132
3.1.4 Servicios que ofrece la Clínica FAE Salinas	132
3.1.5 Productividad y por Servicios de la Clínica FAE Salinas	135
3.1.6 Financiamiento	168
3.1.7 Calidad de Servicios que ofrece la Clínica FAE Salinas	173
3.2 Mercado Potencial	182
3.2.1 Descripción del área de la provincia de Santa Elena	182
3.3 Segmento de Mercado	192
3.4 Análisis de la Competencia	192

CAPITULO IV. PLAN DE MARKETING PARA PROMOCIONAR LOS SERVICIOS DE LA CLINICA FAE SALINAS

4.1 Cuestiones previas	202
4.2 Análisis de la situación	207
4.3 Análisis estratégico	227
4.4 Organización departamento de Marketing	237
4.5 Objetivos del Plan de Marketing de la Clínica FAE Salinas	241
4.6 Marketing Mix	242
4.6.1 Estrategia de Producto	242
4.6.2 Estrategias del Precio	249
4.6.3 Estrategia de Plaza y Distribución	260
4.6.4 Estrategia de Promoción y Comunicación	263
4.6.5. Controles a emplear	273

CAPITULO V. FACTIBILIDAD ECONOMICA Y FINANCIERA DE LA PROPUESTA

5.1 Análisis Económico	275
------------------------	-----

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

GLOSARIO DE TERMINOS

SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censo
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
MSP	Ministerio de Salud Pública
HIV	Virus de Inmunodeficiencia Humana
ONUSIDA	Organización de las naciones unidas para el SIDA
TB	Tuberculosis
TBP BK+	Tuberculosis Pulmonar Bacilo de Koch positivo
PIB	Producto Interno Bruto
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
CONASA	Consejo Nacional de Salud
SSC	Seguro Social Campesino
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía
JBG	Junta Beneficencia de Guayaquil
SOLCA	Sociedad de Lucha Contra el Cáncer
LOSNS	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud
EBAS	Equipos Básicos de Salud
SENPLANES	Secretaría Nacional de Planificación
FAE	Fuerza Aérea Ecuatoriana
ESMA	Escuela Superior Militar de Aviación
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
CS	Centros de Salud
SCR	Subcentro Salud Rural
HB	Hospital Básico
SCU	Subcentro Salud Urbano

INTRODUCCION

El Ecuador según el último censo de población y vivienda realizado en noviembre del año 2010, tiene una población de 14'483.499 habitantes, de estos 7'350.816 (50.44%) son mujeres y 7'177.683 (49.56%) son hombres. El artículo 32 de la Constitución Política de la República del Ecuador consagra a la salud como un derecho garantizado por el Estado 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. La prestación de estos servicios se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Para cumplir con este objetivo en el país existe el Sistema Nacional de Salud, está conformado en gran parte por unidades de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y se complementa en menor grado por unidades de salud dependientes del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, Instituto de Seguridad Social de la Policía, Junta de Beneficencia, Solca e Instituciones privados con y sin fines de Lucro; este sistema tiene como ente Rector del mismo al Ministerio de Salud Pública quien es responsable de la conducción, normatización, coordinación, regulación y evaluación de las actividades y servicios de salud realizada por entes públicos y privados.

El Sistema de Sanidad Militar como parte integrante del Sistema Nacional de Salud presta atención a todos los militares en servicio activo y pasivo, sus dependientes (esposa e hijos) y derechohabientes (padres) de las tres ramas de las Fuerzas Armadas, maneja una población de 280.000 usuarios aproximadamente, para lograr este objetivo el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas califica a todas las unidades de salud militar de acuerdo a sus características y niveles de complejidad en unos de los tres niveles que conforma el sistema de Salud, actualmente el Sistema de Sanidad Militar posee en total 70 unidades de salud distribuidas de la siguiente manera: 57 unidades de primer nivel, 12 hospitales de II nivel y 1 hospital de III nivel, dentro de las unidades de segundo nivel se encuentra la Clínica FAE Salinas.

Si bien el objetivo principal la sanidad militar es proporcionar atención médica a sus afiliados, la Fuerza Aérea Ecuatoriana consiente de las necesidades de salud de la población en general que habita donde están ubicadas cada una de sus bases aéreas y sustentada en la obligación de contribuir al desarrollo de la nación como se establece en su misión, decide como apoyo de la Institución a la comunidad, sus unidades de salud presten atención médica también a la población en general (pacientes privados) con calidad y a bajos costos, pero también buscando rentabilidad que alimente a los presupuestos de las mismas, ya que funcionan con autogestión.

La Clínica FAE Salinas, como se menciona anteriormente es una unidad de salud de II nivel, por lo tanto presta atención médica clínica como quirúrgica, se encuentra ubicado en el cantón Salinas, Provincia de Santa Elena, dentro de las instalaciones de la Escuela Superior Militar de Aviación (ESMA), se encuentra funcionando desde 1999, atendiendo a la población militar de las tres ramas de las Fuerzas Armadas así como a la población civil tanto de la provincia como del resto del país.

Toda empresa o institución, sea pública o privada, que produzcan bienes o servicios, siempre trabaja con el objetivo de servir y satisfacer las necesidades de sus clientes, como consecuencia de ello siempre buscan rentabilidad ya sea de tipo social en el caso de las públicas o económica en el caso de las privadas, por lo tanto se encuentran también inmersas en el gran reto que implica la competitividad, haciendo que tome cada vez mayor importancia el estudio de las necesidades de sus clientes, por lo cual es necesario la identificación y satisfacción de las mismas de manera eficiente, para alcanzar esto deben acudir a una herramienta primordial, el Marketing.

Marketing es el análisis, planificación, ejecución y control de programas destinados a producir intercambios convenientes con determinado público, a fin de obtener ganancias, depende considerablemente de la adaptación y coordinación del producto, precio, promoción y plaza para lograr una reacción efectiva. El criterio dominante en ese marco es que la esencia del marketing consiste en mezclar sabiamente esos ingredientes ("*Marketing Mix*") como medio adecuado de planificar diversas formas de competir. El Marketing Mix son las herramientas que utiliza la

empresa para implantar las estrategias de Marketing y alcanzar los objetivos establecidos.

Las Instituciones o empresas dedicadas a la salud tienen una particularidad especial, producen servicios, por definición el Servicio es una actividad o serie de actividades de naturaleza más o menos intangible, por lo tanto los conceptos y prácticas de marketing desarrolladas en las empresas que producen bienes no se pueden transferir de manera directa a las organizaciones de servicio, porque los servicios tienen características especiales que los diferencian de los bienes

La clínica FAE Salinas además de la rentabilidad social busca una rentabilidad económica por lo que se debe manejar como una empresa, si bien está bajo el amparo y planificación estratégica de la Fuerza Aérea Ecuatoriana, en este mundo globalizado no está exenta de estos conceptos y al ser proveedor de servicios médicos también de la competencia, razón por la cual con el presente trabajo pretendemos realizar una propuesta de un plan de Marketing, que debidamente confeccionado sirva de guía para proporcionar la mejor satisfacción de las necesidades a los pacientes, tener una orientación claramente práctica y científicamente sustentada de cómo mejorar la venta de servicios que ofrece la Clínica a pacientes particulares y así generar una mayor utilidad, teniendo en mente siempre la satisfacción del paciente, haciendo ver la importancia estratégica de los planes de marketing y así identificar las oportunidades, establecer los objetivos y estrategias.

Si bien el Marketing es un enfoque de la gestión empresarial, el plan de Marketing es un instrumento de gestión que consiste en un documento donde se recoge de manera detallada, ordenada y fácilmente comprensible, el conjunto de acciones de Marketing que se pretenden llevar a cabo para alcanzar unos objetivos deseados, en un ambiente de mercado.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Formular un Plan de Promoción y Mejora de los Servicios de Salud en la Clínica FAE Salinas para pacientes privados.

Objetivos específicos:

- a) Determinar la importancia de la Sanidad Militar dentro del Sistema Nacional de Salud del Ecuador.
- b) Fundamentar la importancia del Marketing en los Servicios de Salud.
- c) Analizar la oferta actual de los servicios de salud de la Clínica FAE Salinas y de las demás unidades de salud de segundo nivel de la provincia de Santa Elena.
- d) Proponer un Plan de Marketing en el que consten las diferentes estrategias para promocionar y mejorar los servicios de salud de la Clínica FAE Salinas.
- e) Establecer los costos de implementación y la rentabilidad de la estrategia de marketing de los servicios de salud de la Clínica FAE Salinas.

CAPITULO I

CAPITULO I. LA SANIDAD MILITAR EN EL ECUADOR

1.1. SISTEMAS DE SALUD EN EL ECUADOR

1.1.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD EN EL ECUADOR

A. Organización Política del Ecuador

El Ecuador se organiza en forma de República y se gobierna de manera descentralizada, existen marcadas diferencias geográficas, sociales y económicas en sus cuatro regiones geográficas: la Costa, la Sierra, la Amazonía u Oriente y la región insular constituida por las Islas Galápagos. Para la administración del Estado y la representación política, existen 24 provincias, 221 cantones y 1205 parroquias (408 urbanas y 797 rurales y las circunscripciones territoriales indígenas y negras), actualmente está planificado y organizado en ocho regiones, según decreto No 878 del 18 de enero del 2008: (Ver gráfico 1, Pág. No 2)

Región 1: Provincias de Esmeraldas, Carchi, Imbabura y Sucumbíos.

Región 2: Provincias de Pichincha, Napo y Orellana.

Región 3: Provincias de Pastaza, Cotopaxi, Tungurahua y Chimborazo.

Región 4: Provincias de Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas.

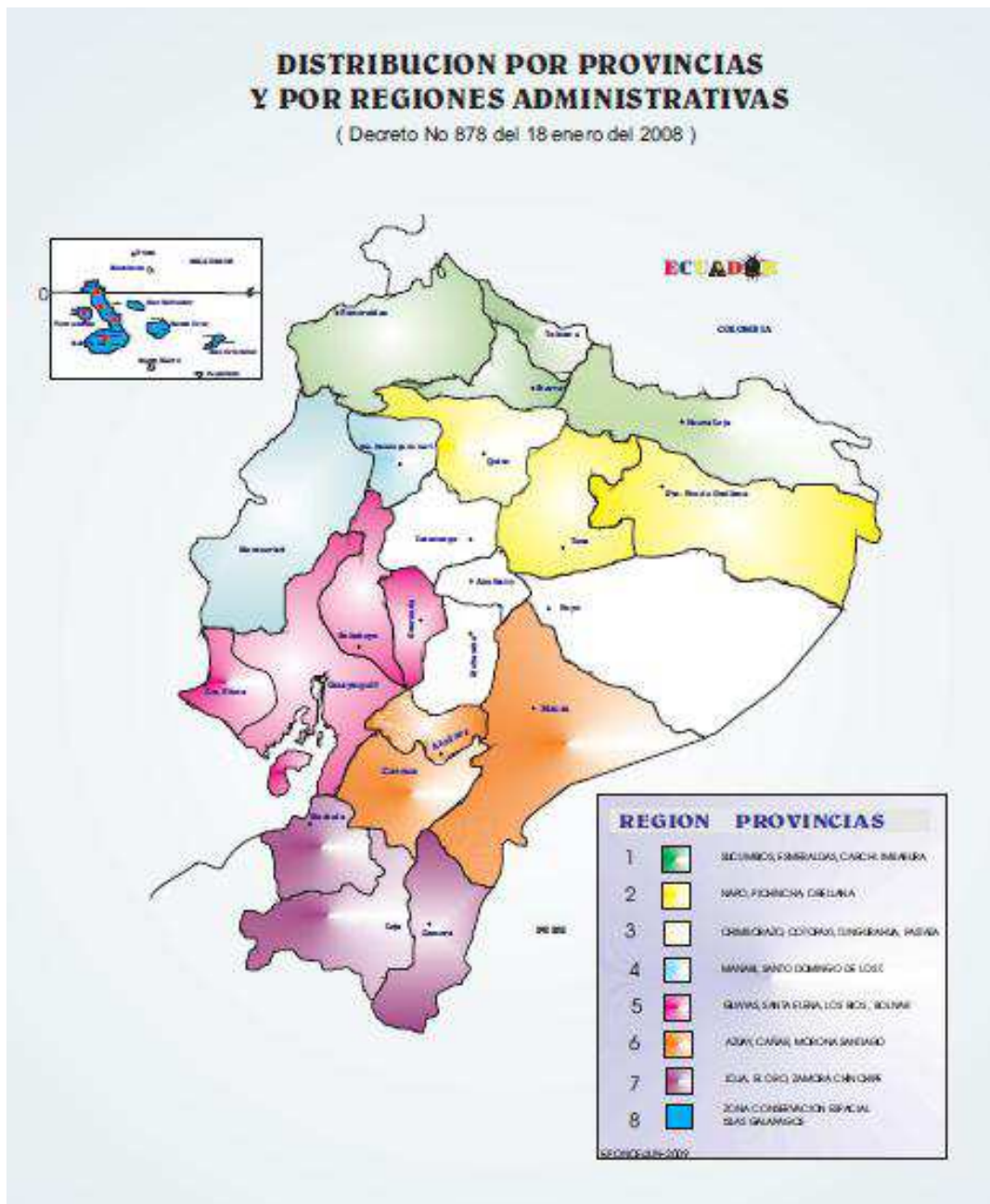
Región 5: Provincias de Guayas, Los Ríos, Península de Santa Elena y Bolívar.

Región 6: Provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago.

Región 7: Provincias de El Oro, Loja y Zamora Chinchipe.

Región 8: Islas Galápagos

Gráfico No 1



Fuente. Registro oficial No. 268, publicado 8 febrero 2008.

B. Análisis demográfico

Según el censo de población y vivienda del 2001 la población del Ecuador era de 12'156.608 habitantes, en el último censo de población y vivienda realizado el 28 de noviembre del 2010 la población del país es de 14'483.499 habitantes, de estos 7'350.816 (50.44%) son mujeres y 7'177.683 (49.56%) son hombres; con un incremento intercensal de 2'326.891 (19.1%) habitantes, que equivale a una tasa de crecimiento intercensal del 1,95. La mayoría de la población (62,8%) vive en zonas urbanas y el 37,2% viven en áreas rurales. (1).

La estructura demográfica refleja una población predominantemente joven con el 31,3% de menores de 15 años y un índice de envejecimiento del 20,77% (adultos mayores de 60 años/población 0-14 años); con una edad promedio de 28 años, edad mediana de 23 años y una edad modal de 10 años.

El país se caracteriza por ser multiétnico y pluricultural, compuesto por población mestiza 71.9%, población montubia 7.4%, población afrodescendiente 7.2%, población indígena 7.0%, población blanca 6.1%, y otras 0.4%; las provincias con mayor población indígena son en la Costa, Galápagos con el 7.0% y Guayas con el 2.8%; en la Sierra, Chimborazo con el 38.0% e Imbabura con el 25.8%; y en el oriente Napo con el 56,8% y Morona Santiago con el 48.49%.

Entre los indicadores básicos de salud tenemos que: la tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes en el año 2001 fue de 5.8 (2), en el año 2005 de 5,2 (3) y para el año 2010 fue de 4,3. La tasa de mortalidad infantil fue de 24,9 por 1.000 nacidos vivos en el año 2001, de 22,3 en el 2005 y en el año 2010 de 14,6; tasas que muestran un descenso sostenido; igualmente la tasa de natalidad muestra un descenso sostenido en los últimos 15 años, para el 2010 es de 15,4 por 1.000 habitantes y la tasa de mortalidad materna para el 2010 fue de 92,6 por 100.000 nacidos vivos (4).

(1) INEC. Censo de población y vivienda 2010

(2) Ministerio de Salud Pública (MSP). Informe de la Dirección Nacional de Salud de Pueblos Indígenas; Ecuador, 2005.

(3) OPS. Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2005. Washington, DC: OPS; 2005.

(4) INEC. Anuario de Estadísticas Hospitalarias, Camas y Egresos, año 2009

C. Análisis epidemiológico

En el Ecuador, ***más que una transición epidemiológica se evidencia una acumulación epidemiológica, en la que las enfermedades carenciales y transmisibles comparten espacio con las crónico-degenerativas y los problemas de salud colectiva.*** Entre las primeras predominan las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, la malaria, la tuberculosis pulmonar, las enfermedades inmunoprevenibles, la desnutrición global, la desnutrición crónica y la anemia. Entre las segundas están las enfermedades cerebro- vasculares, las cardiopatías isquémicas, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, los tumores malignos, el SIDA y los problemas de salud mental.

Los problemas de salud colectiva más frecuentes son los accidentes de transporte y las agresiones, este perfil epidemiológico está relacionado con una serie de determinantes tales como los niveles de pobreza y de inequidad en el país.

Entre las principales causas de atención (morbilidad) en los establecimientos hospitalarios, en los diferentes grupos poblacionales del Ecuador, de acuerdo al Anuario de Estadísticas Hospitalarias, Camas y Egresos, INEC, año 2009, según el Código Internacional de Enfermedades (CIE), se describen a continuación. (5)

En el año 2009 entre las principales causas de morbilidad general con sus respectivas tasas (por 10.000 habitantes) tenemos: neumonía organismo no especificado (24.3), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (23.3), Colelitiasis (19.8), apendicitis aguda (17.2), aborto no especificado (15.6)

En el año 2009 entre las principales causas de morbilidad masculina con sus respectivas tasas tenemos: neumonía organismo no especificado (25.0), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (23.3), apendicitis aguda (17.8), hernia inguinal 913.2), traumatismo intracraneal (10.4).

(5) INEC. Anuario de Estadísticas Hospitalarias, Camas y Egresos, año 2009

En el año 2009 entre las principales causas de morbilidad femenina con sus respectivas tasas tenemos: aborto no especificado (31.3), Colelitiasis (29.3), neumonía organismo no especificado (23.5), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (23.3), falso trabajo de parto (17.0).

En el año 2009 entre las principales causas de morbilidad infantil con sus respectivas tasas tenemos: neumonía organismo no especificado (266.0), dificultad respiratoria del recién nacido (214.5), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (172.6), ictericia neonatal por otras causas y por las causas no especificadas (159.8), trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer (99.2).

Entre las principales causas de mortalidad en los diferentes grupos poblacionales del Ecuador, de acuerdo al Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones del INEC, año 2010, según el código internacional de enfermedades (CIE), se describen a continuación. (6)

Durante el año 2010 en el Ecuador se registraron 61.681 muertes en general, dentro de sus principales causas tenemos en orden descendente con sus respectivas tasas: enfermedades hipertensivas (30.3), diabetes mellitus (28.3), influenza y neumonía (23.7), accidentes de transporte terrestre (23.3), enfermedades cerebrovasculares (23.0).

Durante el año 2010 se registraron 34.895 muertes masculinas, dentro de sus principales causas tenemos en orden descendente con sus respectivas tasas: accidentes de transporte terrestre (37.2), enfermedades hipertensivas (31.3), agresiones (homicidios) (30.1), diabetes mellitus (24.9), influenza y neumonía (23.8).

Durante el año 2010 se registraron 26.786 muertes femeninas, dentro de sus principales causas tenemos en orden descendente con sus respectivas tasas: diabetes mellitus (31.6), enfermedades hipertensivas (29.4), enfermedades cerebrovasculares (23.8), influenza y neumonía (23.5), insuficiencia cardiaca (13.0).

(6) INEC. Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones año 2010

Durante el año 2010 se registraron 203 muertes maternas, dentro de sus principales causas tenemos en orden descendente con sus respectivas tasas: otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo (16.9), hipertensión gestacional con proteinuria significativa (16.4), eclampsia (14.1), hemorragia postparto (9.6).

Durante el año 2010 se registraron 3.204 muertes infantiles (menores de un año), dentro de sus principales causas tenemos en orden descendente con sus respectivas tasas: trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con baja de peso al nacer (16.7), neumonía organismo no especificado (7.3), neumonía congénita (5.1), sepsis bacteriana del recién nacido (4.4)

Entre las enfermedades de notificación obligatoria en el año 2009, las infecciones respiratorias agudas constituyeron la primera causa de consulta externa en las unidades del Ministerio de Salud Pública (MSP), seguidas por las enfermedades diarreicas agudas, dengue, HIV, paludismo y Tuberculosis pulmonar (7).

ONUSIDA estima que, en el Ecuador, viven unas 40.000 personas con VIH/SIDA (8). Durante el período de 1984 - 2009, se han acumulado 19.948 casos notificados de VIH/SIDA, de los cuales 5.599 han fallecido (9). La evolución anual de la epidemia se ha incrementado; en el 2009, hubo 3.969 casos nuevos de VIH y 1.295 de SIDA; con 680 defunciones. Para ese mismo año la razón de género se situó en 1,5:1 hombres por cada mujer cuando era de 6:1 cerca del año 1990. El comportamiento de la infección por género muestra que, en el Ecuador, a la propagación del VIH/SIDA entre las personas de orientación homosexual y bisexual se añade la población heterosexual, con una tendencia más acentuada que en las otras dos poblaciones. La razón heterosexual/bi y homosexual pasó de 0,5 en 1990 a 4,4 en el 2006. La tendencia al aumento de casos de VIH, observada desde principios de la presente década, mostró un incremento marcado en los últimos 2 años. En lo que se refiere al número de casos de Sida, la tendencia a la estabilización cambió entre el 2008 y 2009, mostrando un notorio incremento en el número de casos registrados.

(7) Ministerio de Salud Pública (MSP), Epidemiología 2009

(8) Programa nacional de SIDA/ITS, MSP

(9) MSP. Programa nacional de prevención y control de ITS-VIH/SIDA.

En el caso de la condición nutricional, el último informe de la encuesta demográfica y de salud materna e infantil (año 2005) señala que el 23% de los menores de 5 años de edad presenta desnutrición crónica. Este valor se incrementa sensiblemente en los hijos de mujeres indígenas (47%), cuando el nivel de educación de la madre es menor (38% en hijos de madres sin instrucción) y cuando su lugar de residencia es la región sierra (32%) y el sector rural (31%). Adicionalmente, la desnutrición aguda afecta al 9,1% de los menores de 5 años en el país.

La tuberculosis (TB) y la malaria constituyen uno de los principales problemas de salud pública en el país.

En relación a la Tuberculosis en el año 2002, se notificaron 5.506 casos de TB en todas sus formas, con una tasa (por 100.000 habitantes) de 42,7, Para la TBP Bk+ (nuevos), la tasa notificada fue de 32.7, en el año 2003, la tasa se incrementó a 33,6 pero a partir de este año descendió progresivamente hasta alcanzar en el 2006 los 4.348 casos nuevos con una tasa de 32.9, y para el 2007 con 3448 casos con una tasa de 28.87 y para el año 2009 con 3.317 casos con una tasa de 26.3 . (10)

El área de riesgo de transmisión de malaria es de 182.886km², lo que constituye más del 60% del territorio nacional. La distribución geográfica afecta a habitantes urbanos y rurales, fundamentalmente a las poblaciones de mayor vulnerabilidad social. Durante el año 2004 se registraron 28.698 casos de malaria, disminuyendo a 9.440 en el año 2006, de los cuales 7.813 fueron por *Plasmodium Falciparum* y 1.627 casos por *Plasmodium Vivax*, en el año 2007 con 7.979 casos con una tasa de 58.65 por cada 100000 habitantes y para el año 2009 con 3.842 casos. El grupo de edad más afectado es la población económicamente activa de 15 a 44 años, con el 65% del total de casos. (11)

(10) EPI-2 / Año 2004 a 2007 Datos Programa de Control de la Tuberculosis

(11) Ministerio de Salud Pública (MSP), Programa Nacional de Malaria; Instituto Nacional de Higiene. Estudio de droga resistencia a los anti maláricos. Resultados preliminares. Ecuador 2004–2005, SNEM /MSP epidemiología 2009.

D. Determinantes económicos

Debido a la crisis económica de 1999, en el año 2000 el Ecuador adoptó el dólar estadounidense como moneda oficial. Entre 2001 y 2005, la economía del país registró una tasa de crecimiento promedio de 4,9%. El desempeño de la economía se tradujo en el incremento del producto interno bruto (PIB) per cápita, que creció un 3,5% anual en el mismo período, alcanzando US\$ 2.743 en el año 2005, en el año 2009 alcanzó US\$ 3.715 y en el año 2010 alcanza USD\$ 4.082. Por otra parte, la inflación se redujo significativamente pasando de un promedio anual de 40,26% en el año 2001 a 2,28% en el año 2007, para el año 2009 fue de 4,31% y en el año 2010 de 3,39%. En cuanto al salario mínimo, en términos reales, registró un incremento promedio del 10% entre los años 2001 y 2005. (12)

Según el último censo 2010, a nivel nacional el 28,9% de ocupados cuentan con un seguro general, el 9,4% de las personas cuentan con un seguro de salud privado.

Las familias de bajos ingresos dedican más recursos en términos porcentuales para cubrir sus necesidades de atención en salud el 9%, en comparación con 4% que aportan los de altos recursos económicos. Por otro lado, apenas el 12% de la población de bajos recursos económicos (Q1) cuenta con un seguro de salud, comparado con el 36% de población altos recursos (Q5). (13)

El presupuesto del MSP mantuvo un incremento constante desde el 2001 (USD\$ 151,7 millones), el 2008 (USD\$ 1,047 millones), pasando de 2,7% del presupuesto general del Estado al 10,1% y del 0,9% al 1,7% del PIB, respectivamente, en el 2009 fue de USD\$ 1.755 millones y en el año 2010 fue de USD\$ 1.244 millones que equivale al 4,9% de presupuesto general del estado. (14)

Para el 2006, el gasto público per cápita en salud fue de USD\$ 41,89, un incremento de USD\$ 32,5 dólares en relación con el año 2000. El 90% del gasto privado corresponde a gasto directo de los hogares (61% para la adquisición de medicamentos e insumos, 24,3% para la atención médica y 4,7% para exámenes de

(12) BCE. Estadísticas

(13) Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Encuesta de Condiciones de Vida, 2006.

(14) INEC, Cuentas Nacionales de Salud.

laboratorio, materiales odontológicos y aparatos ortopédicos). Del gasto privado, el 74,7% se realizó en el área urbana y el 25,3% en el área rural, que concentra el mayor número de personas del quintil más pobre.

El gasto total Per cápita en salud, para el año 2005, fue de USD\$ 150.7 (USD\$ 109.5 hogares US\$ 41.2 Gobierno). En el 2008, el per cápita gobierno (MSP e IESS) alcanza los 110 dólares y para el año 2010 alcanza los USD \$255. El sector público, destina un 81,2% del gasto en salud para atención curativa y un 18,8% para la atención preventiva.

E. Determinantes sociales

Los principales problemas sociales que afectan la situación de salud, incluyen los altos niveles de pobreza y el aumento significativo de la indigencia. Se observa un incremento de la pobreza y la extrema pobreza en la segunda mitad de la década de los 90 (del 39% en 1995 al 52% en 1999) debido principalmente al fenómeno hidrometeorológico “El Niño” ocurrido en 1998, a la crisis bancaria de 1999 y a la crisis financiera mundial.

En el año 2003, el 41,5% de personas vivía en situación de pobreza y el 8,5%, en pobreza extrema, mientras que en el 2004, los porcentajes eran 52% y 14%, respectivamente. Para el período 2005–2006, la proporción de pobreza registrada para la población rural fue del 61.54% y para la urbana del 24.88%. En la primera mitad de esta década hubo una reducción de la pobreza y la extrema pobreza en relación a la última década del pasado siglo. Esto no se asocia a transformaciones estructurales dirigidas a generar empleo y a reducir la desigualdad sino más bien a un incremento en la inversión petrolera y a las remesas de los emigrantes.

Los niveles de pobreza entre los indígenas y negros, así como entre los habitantes del campo son mucho mayores al promedio nacional (68%, 43% y 62%, respectivamente). Por otro lado, los restantes grupos étnicos tienen niveles de pobreza inferiores a la media nacional.

Según el censo 2010, el 46.9% de hogares poseen vivienda propia totalmente pagada, el 49.0 de viviendas cuentan servicios básicos públicos, dentro de estos el 72.0% cuentan con abastecimiento de agua en la vivienda, el 93.2% tiene servicio eléctrico en la vivienda, el 53.6% poseen eliminación de excretas, el 77.0% disponen de eliminación de basura y el 33.4% cuentan con servicio telefónico.

La tasa general de analfabetismo de la población de más de 15 años era del 9,1% en el 2006 pero las provincias con mayor concentración de población indígena (Chimborazo, Cotopaxi y Bolívar) presentaban un porcentaje mayor. La tasa fue también mayor en las mujeres (10,7%) que en los hombres (7,4%). Durante el último decenio ha habido un crecimiento de la matrícula básica de unos 7 puntos porcentuales, alcanzando cerca del 91% en el 2006. Esto quiere decir que 1 de cada 10 niños/as entre 5 y 14 años no asiste a este nivel de instrucción, en el año 2010 la tasa de analfabetismo en el 6.8, de estos 5.8% son hombres y 7.7% son mujeres, las provincias con mayor tasa de analfabetismo son Bolívar 13.9%, Cotopaxi 13.6% y Chimborazo 13.5%.

1.1.2. SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Ecuador para proporcionar salud a su población y contrarrestar todas las afecciones de salud cuenta con un sistema nacional de Salud

A. Fundamentos legales

La Constitución del año 2008, recientemente aprobada establece el marco jurídico-legal para instituir el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en el que se incluye la salud. Los textos constitucionales establecen que la salud es un derecho y señalan las características del sistema nacional de salud que funcionará dentro de principios de universalidad y equidad, con una red pública integral de salud y bajo la rectoría de la autoridad sanitaria nacional.

El artículo 32 de la Constitución Política de la República del Ecuador ***consagra a la salud como un derecho garantizado por el Estado 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.

El artículo 358 menciona que ***“el sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural”.***

El artículo 359 enuncia que ***“El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud abarcara todas las dimensiones del derecho a la salud”.***

El artículo 360. ***“El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud, articulara los diferentes niveles de atención y promoverá la complementaridad con las medicinas ancestrales y alternativas”.***

El artículo 361. ***El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud y normara, regulara y controlara todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.***

De acuerdo con el marco constitucional y legal vigente, el Ministerio de Salud Pública (MSP) es el ente rector de la salud en el país y lleva el liderazgo en todos los procesos definidos en las políticas de salud del gobierno. El MSP participa activamente con los diversos actores involucrados en salud para la concertación de dichas políticas a nivel sectorial a través del Consejo Nacional de Salud (CONASA), presidido por el ministro/a de salud. El ejercicio de la función de rectoría por parte del MSP es reconocido por todos los actores del sector público y privado que actúan en la salud.

El subsector público está conformado por los servicios del Ministerio de Salud Pública, Las instituciones de Seguridad Social representadas por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) que incluye al Seguro Social Campesino (SSC), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL) y los servicios de salud de algunos municipios. La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana son entes privados que actúan dentro del sector público. Estos reconocen formalmente la rectoría del MSP en los aspectos referentes al acceso universal a los servicios integrales, y forman parte del Consejo Nacional de Salud (CONASA).

El sistema de provisión de los servicios de salud en el Ecuador, se caracteriza por la fragmentación y segmentación, ya que no existe coordinación entre actores ni separación de funciones entre subsistemas, y cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria con acceso a servicios diferenciados. Cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento propio.

El MSP es responsable de la conducción, normatización, coordinación, regulación y evaluación de las actividades y servicios de salud realizada por entes públicos y privados. En concordancia con los mandatos legales, el MSP ha establecido su misión y visión institucional como ente rector del sector salud, señalando entre sus lineamientos estratégicos que: **“asegurará el acceso universal y solidario a servicios de salud con atención integral de calidad para todas las personas, familias y comunidades especialmente a las de condiciones más vulnerables, para garantizar una población y ambientes saludables, consolidando su Rectoría en el sector e impulsando la participación de la comunidad y del personal de salud en la formulación y aplicación desconcentrada y descentralizada de las políticas sanitarias”.**

La Misión del MSP es **“Velar por el cumplimiento del principio consagrado en la Constitución Política, en la cual el Estado garantiza el derecho irrenunciable a la salud, su promoción y protección, incorporando prácticas de medicina**

tradicional y alternativas, involucrando a todos los sectores y actores responsables en los ámbitos nacional, provincial y local, mediante la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, de manera desconcentrada, descentralizada y participativa, cumpliendo con los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia”.

En el año 2002 se promulgó la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS), cuyo objetivo es establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional. Este órgano legal establece la competencia del MSP en todos sus niveles como autoridad sanitaria nacional, la coordinación del relacionamiento entre las demás funciones y los integrantes del sistema, apoyado por los Consejos de Salud. En el 2006 se expidió la Ley Orgánica de Salud, que sustituyó al Código de la Salud.

La Ley Orgánica de Salud define a la salud como un derecho humano fundamental, por lo tanto determina la responsabilidad del Estado en su promoción y protección; y considera los problemas de salud asociados a la realidad social, cultural, étnica, generacional y de género, económica y ambiental actual. Abarca las enfermedades emergentes, crónicas degenerativas, transmisibles y no transmisibles; los problemas sociales asociados a los accidentes y las violencias; las medicinas tradicionales y alternativas. Regula la incorporación de los avances técnicos y científicos, adecuándolos a las necesidades actuales y busca garantizar la calidad de los productos, acciones, bienes y servicios en salud.

Establece toda la normativa para regular, licenciar, vigilar, aprobar y controlar el funcionamiento de los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos, comunitarios y de las empresas privadas de salud y medicina pre pagada otorgando su permiso de funcionamiento. Establece la atención de manera oportuna, eficiente y de calidad, las tarifas de los servicios de salud y las de los planes y programas de las empresas de servicios de salud y medicina pre pagada, la obligación de todos los servicios de salud que tengan salas de emergencia y el respeto y promoción de las medicinas alternativas en el marco de la atención integral de salud.

Con respecto al recurso humano, establece que el MSP regula y ejecuta los procesos de licenciamiento y certificación y establece *“las normas para la acreditación de los servicios de salud”*; además determina *“las profesiones, niveles técnicos superiores y auxiliares de salud que deben registrarse para su ejercicio”*. También establece la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública de *“participar, en coordinación con el organismo nacional competente, en la investigación y el desarrollo de la ciencia y tecnología en salud, salvaguardando la vigencia de los derechos humanos, bajo principios bioéticos”*.

En relación a los medicamentos, la Ley Orgánica de Salud, establece que el MSP formula políticas y desarrolla estrategias y programas *“para garantizar el acceso y la disponibilidad de medicamentos de calidad, al menor costo para la población, con énfasis en programas de medicamentos genéricos”*.

B. Garantía del aseguramiento

A la mayor parte de la población el estado proporciona salud a través de los hospitales del Ministerio de Salud pública, Además, existen programas de aseguramiento de riesgos o poblaciones vulnerables, como ser para las embarazadas y los niños, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia establece que ***“toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y post-parto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos-nacidas y niños-niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado”***.

Ciertos sectores de la población ecuatoriana se garantizan su aseguramiento de la salud mediante el IESS encargado de asegurar la salud de los trabajadores, los seguros públicos (ISSFA e ISSPOL) y los seguros privados.

C. Armonización de la provisión

El MSP está organizado en tres niveles: área de salud, nivel provincial y nivel nacional.

El área de salud está conformada por la unidad de conducción y las unidades operativas del primero y segundo nivel, con capacidad resolutoria técnica, administrativa y financiera. El nivel provincial está constituido por la dirección provincial de salud, cuya función es apoyar técnica y administrativamente a las jefaturas de área y a los hospitales de su jurisdicción geográfica. El nivel nacional es la instancia rectora del sector salud, conformada por diversos procesos responsables de elaborar y difundir normas técnicas, administrativas y financieras de aplicación nacional.

Desde la visión local, se debe mencionar a los Equipos Básicos de Salud (EBAS) que trabajan a nivel comunitario con un enfoque de promoción y prevención. A fines del 2007 estaban constituidos y en operación 1702 EBAS en todas las provincias del país, habiendo atendido a más de cien mil familias.

Desde la emisión de la LOSNS (2002) y su Reglamento (2003), se ha ido regulando la conformación y el funcionamiento de los Consejos Cantonales y Provinciales de Salud a través de herramientas que orientan la participación de los actores del sistema a nivel local y provincial, para armonizar la planificación de sus Programas Operativos Anuales y optimizar los presupuestos locales en salud. Estas herramientas son las Guías Metodológicas de Conformación y Funcionamiento de los Consejos Cantonales y Provinciales de Salud y la de Elaboración de los Planes Cantonales y Provinciales de Salud, las cuales en el 2007 fueron utilizadas para conformar 83 Consejos Cantonales de Salud (83 de 220) y 8 Consejos Provinciales de Salud (8 de 24)

D. Orientación del financiamiento

El funcionamiento de la red de servicios del MSP se asegura a través del Presupuesto General del Estado, a fondos extra-presupuestarios, a fondos de

emergencia y de contingencia y a aportes de Proyectos y Convenios Nacionales e Internacionales. Mediante la implementación por Internet del Sistema Integrado de Gestión Financiera (e-Sigef) del Ministerio de Finanzas y el nuevo modelo de planificación de SENPLADES, se articula el Modelo de Gestión Institucional y la Estructura Presupuestaria y se garantiza el criterio de asignación y seguimiento de inversión de recursos.

El presupuesto del MSP mantuvo un incremento constante desde el 2001 (USD\$ 151,7 millones), el 2008 (USD\$ 1,047 millones), pasando de 2,7% del presupuesto general del Estado al 10,1% y del 0.9% al 1.7% del PIB, respectivamente, en el 2009 fue de USD\$ 1.1755 millones y en el año 2010 fue de USD\$ 1.244 millones.

Según las Cuentas Nacionales, el gasto total en salud se situaba en el 2004 entre el 4% y el 5% del PIB; proviniendo un 50,4% del gasto del sector público (MSP, IESS, ISSFA, ISSPOL y gobiernos seccionales) y un 49,2% del sector privado. El gasto público per cápita en salud para el 2006 fue de 41,89 dólares, viéndose un incremento de 32,5 dólares en relación al año 2000. El gasto per cápita salud total en el año 2005 fue de \$ 150.7 (\$ 109.5 hogares \$ 41.2 Gobierno). En el 2008, el per cápita gobierno (MSP e IESS) alcanza los 110 dólares. (15)

El 90% del gasto privado corresponde a gasto directo de los hogares (61% para la adquisición de medicamentos e insumos, 24,3% para la atención médica y 4,7% para exámenes de laboratorio, materiales odontológicos y aparatos ortopédicos). Del gasto privado, el 74,7% se realizó en el área urbana y el 25,3% en el área rural, que concentra el mayor número de personas del quintil más pobre. Las familias de bajos ingresos dedican más recursos en términos porcentuales para cubrir sus necesidades de atención en salud (9% de quintil 1, en comparación con 4% en el quintil 5). (16)

El quintil más pobre destina un mayor porcentaje de su gasto en medicamentos, a diferencia del quintil más rico. En cuanto a las regiones, la Costa es la que más

(15) Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Encuesta de Condiciones de Vida, 2006.

(16) World Development Report. 2004

destina su gasto al consumo de medicamentos comparado con la Sierra. Desde el punto de vista económico, el gasto en medicamentos tiene un alto peso en el gasto total en salud. En el año 2003, el gasto total en salud fue de USD\$ 1,480 millones (5,5% PIB) de los cuales 524 millones fueron gastos en medicamentos (1,67% PIB). De esto, 403 millones fue gasto directo de los hogares.

Estudios realizados sobre el gasto público en salud y educación (2004), muestran que el quintil más rico de la población ecuatoriana recibe cerca del 40% de los beneficios, mientras que el quintil más pobre recibió menos del 10% (17).

El sector público, destina un 81,2% del gasto en salud para atención curativa y un 18,8% para la atención preventiva. En el primer nivel de atención se gasta 34,1%, en el segundo 29,9% y en el tercero 36%. De ese gasto, el 34,4% corresponde a la provisión de servicios hospitalarios, el 29,3% al suministro de medicamentos, el 23,6% a servicios ambulatorios, el 11,7% a la salud pública y el 0,9% a la investigación. Sólo el 31,8% se focaliza en los grupos en pobreza y el resto recibe el 68,2%.

La población ecuatoriana cubierta por un seguro de salud ya sea público o privado era de apenas el 23% en el año 2004 con amplias diferencias según los quintiles. En el quintil más pobre (Q1) apenas el 12% tenía un seguro de salud mientras que en el quintil más rico (Q5), el 36% tenía un seguro.

E. Oferta y demanda de servicios de salud

Los servicios de salud del MSP están organizados por niveles de complejidad:

En el nivel I (complejidad baja) se encuentran los puestos de salud, subcentros y centros de salud, los cuales ofrecen atención ambulatoria, promoción y fomento de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud. Todos promueven acciones básicas de saneamiento ambiental y participación comunitaria y los subcentros ofrecen también atención del parto, emergencias y atención odontológica.

(17) INEC, Anuario Estadístico de Recursos y Actividades de Salud, 2006.

En el nivel II (complejidad intermedia) hay hospitales básicos y hospitales generales que, además de la atención del nivel I, ofrecen hospitalización de corta estancia. El hospital básico ofrece atención ambulatoria y hospitalaria de medicina general, ginecología-obstetricia, pediatría y cirugía de emergencia. El hospital general ofrece, además de lo mencionado, alguna especialidad de acuerdo al perfil epidemiológico de su área de influencia; también dispone de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

En el nivel III (complejidad alta) hay hospitales especializados y de referencia para la atención de la población local, regional y nacional; también realizan docencia e investigación en salud.

El total de establecimientos de salud que existen en el Ecuador en el año 2009 es de 3.894 unidades, de estas 728 son establecimientos con internación con una capacidad de 22.364 camas y 3.166 son establecimientos sin internación; de este total 3.159 unidades pertenecen al sector público y 735 al sector privado. (18)

El MSP tiene la mayor cantidad de unidades de nivel I, II y III del país, por lo tanto tiene una mayor participación porcentual de los servicios de salud, sobrepasando al total de unidades del IESS, ISSFA e ISSPOL combinadas

La oferta de unidades de salud que tiene el MSP es la siguiente: nivel I, 280 puestos de salud, 1.301 subcentros, 139 centros de salud, 8 dispensarios médicos y otros 8; el nivel II, 81 hospitales básicos y 29 hospitales generales; y el nivel III 15 hospitales especializados (9 agudos y 6 crónicos) y 1 hospital de especialidad. El número total de unidades operativas y administrativas es de 1.861.

El IESS posee: 4 hospitales básicos, 12 hospitales generales, 3 hospitales de especialidades, 23 centros de salud, 29 subcentros, 1 dispensario médico, 268 dispensarios anexos al IESS y 592 dispensarios del Seguro Social Campesino, dando un total de 932 unidades.

(18) INEC. Anuario de Recursos y Actividades de Salud, 2009

El ISSFA tiene: 57 unidades de primer nivel, 12 hospitales de II nivel y 1 hospital de III nivel, con un total de 70 unidades. El ISSPOL tiene 35 unidades de nivel I y 2 unidades de nivel II.

La JBG es una entidad autónoma de servicio social cuyo financiamiento proviene principalmente de la lotería nacional y que cuenta con 5 hospitales (2 hospitales generales, 2 hospitales especializados para agudos y 1 hospital especializado para crónicos). SOLCA es una entidad privada con fines sociales que cubre parte de la demanda nacional de diagnóstico y tratamiento del cáncer. La misma se basa en instituciones regionales con autonomía administrativa y financiera ubicadas en las principales ciudades del país y tenía, en el año 2009, 4 unidades de nivel I y 9 hospitales especializados.

Los servicios de salud municipales tienen a su cargo las direcciones de higiene para atender problemas de salud ambiental y de control sanitario, a excepción de los de Quito y Guayaquil, que incluyen algunos servicios ambulatorios y hospitalarios privados. En el año 2009 había 69 establecimientos de salud municipales nivel I y 9 de nivel II, en total 78 unidades.

El sector privado está integrado por entidades privadas con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y las empresas de medicina pre pagada) y organizaciones privadas sin fines de lucro como las organizaciones no Gubernamentales (ONG), organizaciones populares de servicios médicos, asociaciones de servicio social, etc., Dentro de este sector existen 735 unidades, de las cuales 542 cuentan con internación, siendo la mayoría (481) clínicas generales y 193 son establecimientos sin internación.

En el año 2009, hay 50.693 personas trabajando en establecimientos de salud, en su mayoría médicos (29.271), auxiliares de enfermería (13.923) y enfermeras (7.499). La tasa de médicos por 100,000 habitantes (2006) era de 14.4; la de enfermeras de 5.6 y la de auxiliares de enfermería de 10.4. Las clínicas y los hospitales generales agrupan el mayor porcentaje de médicos con un 63%. En cambio, los servicios de atención ambulatoria y del primer nivel de atención sólo

disponen del 24,9% del total de médicos que trabajan en los establecimientos de salud.

1.2. SISTEMA DE SANIDAD MILITAR EN EL ECUADOR

1.2.1 RESEÑA HISTORICA DE LA SANIDAD MILITAR

En Troya, Homero cita a Podalyrio y Machaón, adscritos al cuartel general de Agamenón, más como médicos que como combatientes. Al caer herido Machaón, Idomeneo ordena a Néstor lo retire del combate y lo lleve en su carro a los buques, porque "un médico por sí solo, vale 1 000 combatientes". Estas palabras fueron repetidas siglos después por uno de los estrategas de la Segunda Guerra Mundial.

Hipócrates de Cos (-460 Cos -377. Larissa). Es el más famoso médico de la antigüedad separó la medicina de la superstición y del clan sacerdotal. Fundó la Escuela de Medicina de Cos. Creó la teoría de los humores. Escribió el Juramento Hipocrático. Su fama se extendió hasta el Asia. Llamado por Artajerjes para que combatiera una epidemia de peste que diezmaba el ejército persa, Hipócrates rechazó sus magníficas ofertas y respondió que el honor no permitía socorrer a los enemigos de su patria.

Los griegos, en sus ejércitos contaban con los arrancadores de flechas, que además cuidaban de restañar la sangre de los heridos y vendarlos apropiadamente. Los ejércitos de Filipo y Alejandro Magno contaban con médicos y cirujanos.

Fue Roma quien creó un ejército organizado y permanente, con una Sanidad Militar estable, los romanos contribuyeron muy poco al desarrollo de la Medicina, no así de la Cirugía, gracias al ejército y a las campañas en las que estuvo inmerso. Cada Legión y cada Cohorte, contaban con sus MEDICUS LEGIONES y MEDICUS COHORTIIS, que dependían del MEDICUS ORDINARIUS. Los heridos eran evacuados del campo de batalla, cuando era seguro, por "camilleros" en las "FERULUM RUSTICUM " hasta carros, que a su vez les evacuaban hasta los "VALETUDINARIUM ", o enfermerías de los campamentos. Hay que decir, que dentro de la Historia de la Sanidad de los ejércitos, la sanidad del romano no fue

igualada hasta la aparición de los Tercios Españoles en el campo de batalla y su despliegue sanitario en los diferentes campos donde actuó.(19)

Durante las Cruzadas, los caballeros de la Orden de San Juan y los eclesiásticos actuaban como médicos. Tiempo después las señoras de Santa Bárbara seguían a los ejércitos y actuaban como camilleras y enfermeras. En 1484 los Reyes Católicos por Real Orden decretaron los hospitales de campaña, nombraron médicos y cirujanos para los batallones, para las operaciones de conquista y para las expediciones de ultramar.

Federico II, Rey de Prusia (1712 Berlín -1776 Potsdam). Hombre de amplia cultura y experto soldado, inculcó a sus hombres el espíritu de cuerpo y patriotismo, los alojó en cuarteles fijos, los dotó de médicos y hospitales aseguró la logística con grandes almacenes de víveres, armas y municiones. Todos los nobles en edad militar debían prestar el servicio de las armas, después de ser instruidos en escuelas militares. Federico el Grande hizo de Prusia una potencia imbatible.

Durante la Guerra de Crimea (1854) Florence Nightingale estableció un cuerpo de enfermeras de campaña. Más tarde la Dama de la Lámpara fundó la moderna Escuela de Enfermeras.

En la Guerra de Secesión (1861-1865) Clara Barton creó el cuerpo de enfermeras que trabajó con la Comisión de Sanidad, que originó luego a la Cruz Roja Americana.

En 1484 los Reyes Católicos por Real Orden decretaron los hospitales de campaña, nombraron médicos y cirujanos para los batallones, para las operaciones de conquista y para las expediciones de ultramar.

Durante la Guerra de Crimea (1854) Florence Nightingale estableció un cuerpo de enfermeras de campaña. Más tarde la Dama de la Lámpara fundó la moderna Escuela de Enfermeras.

(19) Andrés Figueroa Cedeño, Las Direcciones de Sanidad Militar de Venezuela, Gac. Méd. Caracas 2001;109(2):240-246

En la Guerra de Secesión (1861-1865) Clara Barton creó el cuerpo de enfermeras que trabajó con la Comisión de Sanidad, que originó luego a la Cruz Roja Americana.

Henry Dunant (1820 Ginebra 1910 Heiden) Filántropo y literato, vivamente impresionado por las dantescas escenas de los heridos y moribundos abandonados por campos y senderos después de la batalla de Solferino, propuso crear una sociedad de auxilio para las víctimas de la guerra, convocó a Ginebra (1863) la primera conferencia sobre la materia y fundó el Comité Ginebrino de Socorro. Luego la Sociedad de la Cruz Roja y los Convenios de Ginebra (1864). El Acuerdo que al principio protegía a los soldados heridos, fue ampliado a la guerra marítima, ulteriormente ha sido objeto de importantes revisiones: personal sanitario y religioso, prisioneros y población civil en tiempos de guerra, identificación, comunicaciones, etc. (20).

Antes de la Primera Guerra Mundial el Servicio de Sanidad dependía de la administración del ejército, que intervenía directamente en su funcionamiento. Con esta organización se enfrentaron en 1914 los dos poderosos ejércitos enemigos al noreste de Francia. La brutal concentración de metralla y fuego automático, produjeron rápidamente miles de bajas. Todos los hospitales colapsaron, los heridos se infectaron con tétanos y gangrena. La epidemia se extendió a retaguardia como un gigantesco manto de dolor y de muerte, y provocó la catástrofe sanitaria más grande de la historia militar de todos los tiempos. El Alto Mando, asustado por la mortandad, la fetidez de la gangrena y la risa sardónica de los tetánicos llamó a capítulo a las autoridades sanitarias y les concedió autonomía, para proceder con urgencia a una reorganización del servicio que modificara tan pavorosos resultados.

Afortunadamente, la ciencia médica había adelantado considerablemente en los quinquenios anteriores a la Gran Guerra y se consiguió en poco tiempo resolver el problema que a simple vista parecía insoluble.

(20) Martín J. Doctrina sobre el Servicio de Sanidad Militar en Campaña. Madrid: Imprenta y Talleres del Ministerio de la Guerra; 1936

Como conclusión, podemos decir, que desde el inicio de los ejércitos siempre ha estado un galeno presente en los campos de batalla, para atender a los heridos, como para el cuidado y atención del rey o jefe de esa fuerza.

1.2.2 HISTORIA DE LA SANIDAD MILITAR EN EL ECUADOR

Iniciaremos con la reseña del servicio de Sanidad desde la aparición de la República del Ecuador a fin de relevar su relación con el sucesivo fortalecimiento de nuestro Ejército y la contribución permanente al desarrollo del país.

A. El primer grito de la independencia

En 1809 "nace el ejército a la vida republicana en los inicios de la guerra de independencia (21). En el acta de proclamación del 10 de agosto dice: "siendo absolutamente necesaria una fuerza militar competente para mantener el reino en respeto, se levantará prontamente una falange compuesta por tres batallones de Infantería..." En cada uno de los batallones constaba un cirujano: Don Miguel Luna en el primero, el Dr. Pedro Jiménez en el segundo y el Dr. Pablo Azcáubi en el tercero; prestando sus servicios de acuerdo a lo que establece la junta de gobierno hasta 1810.

B. Las guerras de la independencia

Tomando como ejemplo de las tropas españolas que ya contaban con cirujanos militares, tal es el caso del Dr. Ramón del Castro, del Ejército real, luego de haber descuidado por algún tiempo a los heridos en los campos de batalla en 1819 Simón Bolívar con el afán de captar para su ejército la adhesión de médicos, decreta que **"los médicos del ejército gozaran del mismo sueldo que los cirujanos del cuerpo y tendrán derecho a la dotación de militares"**. (22)

(21) Chacón, Galo. El Ejército nacional y sus inicios republicanos. En: Rev. Fuerzas Armadas del Ecuador No 131 Septiembre 2001 Quito Ecuador.

(22) Gral. Pirzio, Alejandro. Concepto de la Sanidad Militar EN: Rev. El Ejército Nacional Año IV, No.26 1923 Quito Ecuador

El ejército independentista contó con el médico de la División, Don Lorenzo Rodríguez y como cirujano un religioso Betlehemita, Fray Francisco de Natividad, posteriormente reemplazado por el quiteño Dr. Juan Pablo Arévalo médico del cabildo, profesor de medicina, catedrático de vísperas.

Cuando el 9 de octubre de 1820 se independiza Guayaquil, la Junta de Gobierno se reúne el 14 de Octubre y organiza el ejército que debía dirigirse a Quito, siendo nombrados como médicos a los doctores Manuel Hernán y Manuel Vera.

El 20 de Octubre de 1821, se nombra al Dr. Camilo Marquicio médico de pobres. Tan distinguido galeno, había acompañado a Napoleón Bonaparte como cirujano del Gran Ejército en la Campaña de Rusia. Actuó valerosamente como Coronel en la Batalla de Tarqui.

En 1.821 El Hospital de la Caridad de Guayaquil se convierte en el primer Hospital Militar y en 1822, el Dr. José Granados Capitán de Ejército, titular del mencionado Hospital se hace cargo de la Dirección del Hospital Militar de Guayaquil.

El Libertador Simón Bolívar en 1822 dicta una resolución en la que indicaban los sueldos y jerarquías de los médicos militares (23), y el 5 de marzo, el General Sucre inaugura el Hospital Militar de Cuenca en el antiguo hospital de Belén

En Marzo de 1823 ya hubo un Hospital Militar en Quito, se había convertido el hospital civil en militar y los conventos en cuarteles y hospitales.

C. Período de la República

El 14 de Agosto de 1830 se convoca a un Congreso Constituyente de Riobamba, en el que se reconoce la separación del Estado del Ecuador de la Gran Colombia. El Ecuador en su consolidación como país independiente, en La Constitución del 11

(23) Cuartel General del Pueblo de Trapiche, el 29 de mayo de 1822. Firma Simón Bolívar

de Septiembre de 1830, en el título IV, artículos 51 y 52, oficializa la presencia de Las Fuerzas Armadas (24). El General Juan José Flores luego de iniciado su gobierno, el día **4 de Mayo de 1831** decreta la conformación del "*Cuerpo de Médicos y Cirujanos*" tanto para el mejor cuidado de los hospitales militares como para el alivio del Ejército, los miembros deben ser considerados dentro de la Plana Mayor". Este decreto es publicado en la Gaceta de Gobierno del Estado Ecuatoriano el día domingo 8 de mayo de 1831 (25), en el se describen además la estructura orgánica los uniformes y los sueldos.

En el año 1.835 se funda la Sociedad Médica del Guayas por decreto supremo del 24 de Marzo, constando en su directorio el Dr. José Mascote y como secretario el *Dr. Manuel Silverio Bravo, médico del Ejército*, se faculta a esta Corporación para examinar y dar títulos de "Médicos Cirujanos".

En el año 1.852, se instala en Guayaquil en forma estable el Hospital Militar (que existía ya desde las guerras de la Independencia y se había destruido en 1850, nombrándose como Director al Dr. Modesto Jaramillo Egas, nacido en Otavalo en 1820, graduado en la Universidad Central en 1845, perfeccionado en Francia y Estados Unidos, quien entre otros cargos se había desempeñado como gobernador del Guayas, senador y diplomático del país.

El 24 de Marzo de 1.854, en Quito, se considera la necesidad de separar el Hospital Civil del Militar. El 5 de Mayo se nombra administrador del Hospital de la Caridad al Dr. Juan Manuel Espinosa médico militar y en el año 1.857 es nombrado Subdirector de la Facultad de Medicina.

El 27 de diciembre de ese año, el Dr. Rafael Barahona, Cirujano Mayor del Ejército, es nombrado, Decano de la Facultad de Medicina y Vicerrector de la Universidad, diputado al Congreso Nacional, fisiólogo notable que se anticipó a explicar la digestión gástrica como un proceso fermentativo.

(24) Chacón, Galo Crnl. (SP). Datos Históricos del Ejército Ecuatoriano Julio del 2000. Centro de Estudios Históricos del Ejército.

(25) Gaceta de Gobierno del Estado Ecuatoriano No 19 Trimestre 2do. Quito Domingo 8 de Mayo de 1.831 pag 84-85. (Biblioteca de la Función Legislativa del Ecuador)

El Dr. Honorato Chiriboga médico militar nacido en 1838 en Quito, graduado en la Universidad Central en 1861 atiende en su última enfermedad a bordo de un buque al Gral. Juan José Flores. Fue profesor de la Universidad y participó en el combate naval de Jaramijó.

El Dr. Pedro J. Bologña, médico nacido en Guayaquil en 1850, quien más tarde fue Decano de la Facultad de Medicina, se bate en el Callao contra los españoles el 2 de Mayo; Cirujano Mayor del Ejército en 1890, profesor de fisiología y obstetricia, falleció en Lima en 1.898.

En 1.874 se cede una sala del Hospital San Vicente de Paúl para el funcionamiento del Hospital Militar de Cuenca.

En 1876 siendo presidente de la República el Doctor Antonio Borrero, sancionó el 26 de Enero del mismo año una ley que creaba un Cuerpo de Sanidad Militar en tiempo de campaña. Esta disposición legal fue un paso importante para la organización del Servicio Médico Militar. (26)

D. Período actual

Este periodo corresponde al siglo XX del servicio de Sanidad en el Ejército.

El 12 de Abril de 1904, se emite el reglamento de Sanidad Militar para los cuarteles del interior promulgado en el registro oficial el 14 de Abril. En este mismo año, en la ciudad de Pasaje, el hospital civil San Vicente de Paúl cede una de sus salas para que funcione el Hospital Militar del Oro. En el año de 1.905, se promulga la ley Orgánica Militar. En este año se incluye una Dirección de Sanidad Militar y el cargo de Cirujano a quien ostente el grado de Mayor del Ejército. Se contrató a las monjas Italianas, Hermanas de la Caridad, para el cuidado de los militares enfermos, en las ciudades de Guayaquil y Quito, y se fija el de 0.50 por oficial y 0,40 para la tropa. Las Hermanas prestarían sus servicios hasta la inauguración del nuevo Hospital General de Fuerzas Armadas.

(26) Cevallos F. Et. Al. La Sanidad en las Fuerzas Armadas. En: Rev. Sanidad Fuerza Terrestre 2001

El 26 de octubre de 1906 el Gral. Eloy Alfaro Delgado, en su segunda administración, establece la "Ley de Sanidad Militar" y crea la "enfermería militar". Se dicta el Decreto dictatorial que reglamenta el funcionamiento del Hospital Militar de Guayaquil, en el que, entre otras cosas se establece una ***Escuela Anexa de Enfermeros Militares***.

El 10 de Mayo de 1910 por Decreto Ejecutivo, promulgado el 13 de Mayo, se organiza el Servicio de Sanidad Militar en la República con dependencia de cada División, contando inclusive con una sección de ambulancias. (Ministro de Guerra, Dr. Martínez Aguirre, médico militar). El 12 de Mayo se publica el Decreto Ejecutivo, promulgado el 19 de Junio, que define el Reglamento para el Servicio de Sanidad del Ejército, habiéndose producido por aquel entonces, un amago de guerra con el Perú.

En 1919 el Hospital Militar pasa a otro local separándose del San Juan de Dios interviniendo en su reinstalación el Dr. José Julián Sánchez, el Dr. Villavicencio Ponce y el Dr. Carlos Alberto Serrano, Director de Sanidad Militar.

El 20 de septiembre por Decreto Ejecutivo se aprueba el Reglamento Interno para los Hospitales Militares, el mismo que fue formulado por la Comisión de cirujanos designados para el efecto; entre otras cosas dispone que adjuntos a cada hospital funcionen laboratorios, *Escuela de enfermeros, Etc.*

El 6 de febrero de 1926, por Decreto de la Junta Provisional, se establece en Quito un curso de Sanidad Militar y Escuela de Enfermeros y Camilleros militares en el Hospital General. El 8 de marzo se reglamenta el curso y se señala las materias de estudio y los profesores de las siguientes materias: Traumatología, Dr. José Julián Sánchez, Cirugía de Guerra, Dr. Carlos Alberto Serrano, Medicina Legal y servicio Sanitario Militar, *Dr. Vicente Carbone de la Misión Militar Italiana*, Microbiología y Bromatología, Dr. Benjamín Bravo Anda.

El día 28 de agosto, por Decreto de la Presidencia Provisional, promulgado el día 21, se organiza la Junta de Cirujanos y la Junta Superior de Cirujanos militares en la capital del país, esta última integrada por los Drs. C. A. Serrano Ángel M. Bayas,

Director del Hospital Militar, Carlos Cabezas, Miguel Ángel Iturralde y Amílcar Aguirre.

En el año 1.928 se fundó el Hospital León Becerra en la Ciudad de Guayaquil y el 14 de Abril de ese mismo año se establece el Reglamento Interno de los Hospitales Militares.

En 1.932, se publica el reglamento del servicio de Sanidad en Campaña por el Dr. Miguel Ángel Iturralde, Teniente Coronel de Sanidad.

El 12 de julio de 1.933, se promulga la presencia del servicio químico militar, anexo a la sanidad. En ese mismo mes se da una nueva organización a la Sanidad Militar, la misma que pasa a ser un servicio autónomo dentro del ejército y da a su personal el grado efectivo de Oficial de Sanidad Militar (*hasta entonces eran sólo asimilados, sobre todo para efectos del retiro.*)

En el año de 1.936, se organizan cursos y exámenes de Sanidad Militar para calificación y ascensos del personal y se publica el Manual de Higiene y profilaxis para uso del soldado ecuatoriano, escrito por el Dr. Carlos Espinosa Smith.

En 1.937 El Hospital Territorial Militar de Quito se traslada a un nuevo local en el barrio de San Juan (edificio que se había construido para sanatorio de tuberculosos).

El 31 de marzo de 1938, el gobierno decreta la Ley no. 1269, que crea los servicios de consulta externa y provisión de medicamentos a favor de los miembros de las Fuerzas Armada. Es en esta fecha en la que realmente nacen los servicios de sanidad de las Fuerzas Armadas

En el mes de Julio de 1.941, el personal de Sanidad Civil y Militar acude a la frontera en auxilio de los combatientes, víctimas de la invasión peruana en las provincias fronterizas del sur y el Hospital Militar de Cuenca se amplía en el lugar donde actualmente se encuentra funcionando. En ese año el Dr. Fierro Garcés

Alcides era el Director del Hospital Militar del Oro y dio atención a los heridos hasta la inevitable retirada. Más tarde, sería el director del Hospital militar de Cuenca.

En 1947 se funda la Escuela de Sanidad Militar- Quito.

En 1949 el Congreso nacional establece los servicios de consulta externa y atención domiciliaria. Se organiza la Junta Administradora de Consulta Externa (*JACE*) con el descuento del 1% del sueldo del personal militar, para la provisión de medicinas.

El Presidente Carlos Julio Arosemena Monroy, en 1963 a pedido del Ministerio de Defensa, aprueba el Reglamento de la Dirección de Sanidad. (27)

En 1966 el Presidente Provisional Clemente Yerovi Indaburu fija el presupuesto para la construcción del nuevo hospital militar en las Queseras del medio, el mismo que se terminó de construir el 28 de Febrero de 1976, es Director General el Crnl. EMS. Dr. Vicente Crespo Montalvo.

En 1972 con la instauración del Gobierno Militar, una vez más serían los médicos militares los que den un claro impulso a la organización de la Salud pública en el país de mano de la OPS/OMS, que asesora la nueva visión de esta importante área. Es vigoroso el desarrollo que se imprime a la organización del sector salud del país y a su desarrollo con la construcción de centros médicos en todo el país, abandonando antiguos y perjudiciales esquemas tradicionalistas que limitaban el desarrollo de la Salud. Tres años más tarde sería nombrado Ministro de Salud el Sr. Crnl. EMS., Dr. Gíl Berméo, prestigioso médico del ejército, quien dio continuidad al desarrollo del Ministerio de Salud Pública.

En 1981 se produce un conflicto bélico en la cordillera del Cóndor, y la Sanidad Militar es movilizada a la frontera demostrando su vigorosa organización. En 1987 se inicia la adecuación y equipamiento del Hospital de la que sería la Brigada No 21 "Cóndor".

(27) Montero José. Trayectoria de la Sanidad Militar Ecuatoriana En: Rev. del Servicio de Sanidad de las FF.AA. 1978.

En 1983 los médicos militares ingresan a la Escuela Militar Eloy Alfaro a realizar los cursos de militarización, con una duración de nueve meses en calidad de internos. Simultáneamente, se impulsan notables mejoras en el servicio de Sanidad. En este año se construye el Policlínico de la Brigada de Fuerzas Especiales.

A finales de 1994 se producen los enfrentamientos con el Perú, y el Hospital de la Brigada No. 21 "Cóndor" en 1.995 se convierte en un hospital de trauma, con el apoyo civil y Militar, médicos militares y civiles del Ministerio de Salud y del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social desempeñan una labor militar humanitaria de alta calidad que evita la mortalidad del 100% de todas las bajas.

1.2.3 LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA SANIDAD MILITAR

Desde el año 1928, nació la idea de crear un mecanismo de protección social independiente para las Fuerzas Armadas, sin embargo no fue sino hasta 1959, mediante Decreto Legislativo que se le encarga al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) la administración de la Caja Militar y por ende, el pago de las pensiones de retiro, invalidez, montepío y mortuoria a favor del personal militar que se separa de la institución desde esa misma fecha. Todos los pensionistas militares que adquirieron su derecho antes de esa fecha, son atendidos en el pago de sus pensiones, como "pensionistas del Estado".

Desde la creación de cada una de las tres ramas de las Fuerzas Armadas del Ecuador (Ejército, Marina y Aviación) la sanidad militar siempre fue un apoyo para las operaciones militares y poseía una unidad de salud en cada uno de los destacamentos, cuarteles, brigadas o bases aéreas, funcionaba como un sistema independiente que prestaban servicio solo a personal de su fuerza, estos sistemas se fueron desarrollado progresivamente cada una de acuerdo a sus necesidades y especialidades, las unidades de salud de la Fuerza Aérea Ecuatoriana comenzaron a especializarse en medicina de aviación que tiene que ver con todos los cambios fisiológicos y fisiopatológicos que experimentan los pilotos durante el vuelo, hasta constituirse en un sistema de sanidad de la Fuerza Aérea Ecuatoriana con una red integrada de unidades de salud.

El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, es una entidad autónoma que adquirió personería jurídica el 7 de agosto de 1992, mediante Ley Constitutiva aprobada por el Congreso Nacional. El ISSFA proporciona seguridad social al profesional militar, sus dependientes y derechohabientes, aspirantes a oficiales, tropa y concriptos, mediante las prestaciones y servicios sociales creados por ley y el servicio de pago de los pensionistas, a los derechohabientes, excombatientes de campañas militares y descendientes de próceres de la independencia, excombatientes de la campaña internacional de 1941 y sus viudas en la forma y condiciones establecidas en la ley y en su propio reglamento.

El Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas del Ecuador en vista que los sistemas de sanidad militar de cada una de sus ramas funcionaba en forma independiente y a veces se duplicaban los esfuerzos por prestar un servicio de calidad, toma la decisión de formar un solo sistema integrado de sanidad militar que preste atención a todos los militares, sus dependientes (esposa e hijos) y derechohabientes (padres) de las tres ramas de las Fuerzas Armadas, para lograr este objetivo a través del Instituto de seguridad Social de las Fuerzas Armadas califica a todas las unidades de salud militar de acuerdo a sus características y niveles de complejidad en unos de los tres niveles que conforma el sistema de Salud.

El Sistema de Sanidad Militar actualmente cuenta con 57 unidades de primer nivel, 12 unidades de II nivel y una de III nivel.

Si bien el objetivo principal la sanidad militar es proporcionar atención médica al personal militar como apoyo a las operaciones militares y para que estos puedan cumplir sus misiones con tranquilidad este servicio se extiende a sus dependientes y derechohabientes, la Fuerza Aérea Ecuatoriana consiente con las necesidades de salud de la población en general donde están ubicadas cada una de sus bases aéreas y sustentada en la obligación de contribuir al desarrollo de la nación como se establece en su misión que dice **Desarrollar el poder militar aéreo para la consecución de los objetivos institucionales, que garanticen la defensa, contribuyan con la seguridad y desarrollo de la Nación,** y como reza en la misión de sanidad de la FAE **Preservar, mantener y rehabilitar la salud del**

recurso humano Institucional, derecho habiente y dependiente, asistiendo a las sociedades militar y civil, con el uso eficiente y eficaz de la medicina en apoyo a la misión de la Fuerza Aérea Ecuatoriana. Se decide que como apoyo de la FAE a la comunidad sus unidades de salud presten atención médica a la población en general con calidad y a bajos costos, pero también buscando rentabilidad.

La población afiliada a la red de servicios de salud de las Fuerzas Armadas es de aproximadamente 280.000 usuarios entre ellos: militares en servicio activo y pasivo, dependientes, derechohabientes, pensionistas del Estado, pensionistas de discapacidad e invalidez, cadetes y aspirantes de las escuelas de formación y conscriptos.

Su presupuesto en el 2009 por autogestión fue de 68%, y de ayuda del Estado 32% y que para el 2010 se proyecta el 70% y el 30% de ayuda del Estado.

Para cumplir con la obligación de proporcionar atención médica de calidad a todo el personal militar, sus dependientes y derechohabientes de las tres ramas de las Fuerzas Armadas, la Fuerza Aérea Ecuatoriana reestructura y fortalece las unidades de salud de I nivel en las Bases de Taura, Guayaquil, Quito y construye unidades de salud de II nivel en las Bases de Latacunga, Manta y Salinas con infraestructura hospitalaria moderna y tecnología de punta, además posee consultorios externos en Tena, Lago Agrio, Baltra,

La Clínica FAE Salinas, es una unidad de salud de II nivel, por lo tanto presta atención médica clínica como quirúrgica, se encuentra ubicado en el cantón Salinas, Parroquia Salinas, Provincia de Santa Elena, dentro de las instalaciones de la Escuela Superior Militar de Aviación (ESMA), se encuentra funcionando desde 1999, atendiendo a la población militar de las tres ramas de las Fuerzas Armadas así como a la población civil tanto de la provincia como del resto del país.

La Clínica FAE Salinas presta atención médica en los siguientes servicios:

a) Consulta externa

En las siguientes especialidades: Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Traumatología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Anestesiología, terapia del dolor, Psiquiatría, Psicología, Fisiatría y Medicina General.

b) Hospitalización

Tiene una capacidad de hospitalización de 23 camas

c) Centro quirúrgico

Cuenta con dos quirófanos, sala de partos, área de recuperación y cuidados intermedios, donde son intervenidos quirúrgicamente pacientes de cirugía general, otorrinolaringología, oftalmología, traumatología, gineco-obstetricia

d) Emergencia

Atención de emergencia las 24 horas los 365 días al año.

e) Servicios complementarios

Radiología Simple, ecosonografía, laboratorio clínico, electrocardiografía, odontología, fisioterapia, gabinete de audiolología, y video-fibronasofaringolaringocopia, estos dos últimos servicios son los únicos en la provincia.

f) Medicina de aviación

Calificación de Aptitud Psicofísica a pilotos militares.

El financiamiento de la clínica es por autogestión, no recibe ni un solo dólar del presupuesto general del estado, por lo tanto su presupuesto se financia por ingresos

provenientes ISSFA por la atención de pacientes militares, sus dependientes y derechohabientes y por la venta de servicios de pacientes particulares, durante los últimos cinco años la clínica ha prestado atención médica en promedio a 13.000 pacientes anualmente. Por la situación económica del país que ha incidido que últimamente todos los años exista recorte presupuestario para la Fuerza, esta exige que todas sus clínicas aparte de financiar su propio presupuesto deban contribuir económicamente al financiamiento del presupuesto general de la Fuerza, por lo que la exigencia de alcanzar mayor rentabilidad cada año es creciente.

CAPITULO II. EL MARKETING EN LOS SERVICIOS DE SALUD

2.1. TEORIAS DE MARKETING

La satisfacción de las necesidades se consigue gracias a unos medios que genéricamente llamamos “bienes” (“mercancías” en el caso de ser tangibles y “servicios” en el de ser intangibles), definiéndose el concepto de “bien” como lo que sirve para satisfacer una o más necesidades. Esta definición, aunque en principio es aceptable, resulta imprecisa e incompleta porque no hace referencia alguna a las características que ha de reunir un bien para dar satisfacción a la necesidad. Por eso, sólo cabe decir de un medio que es un “bien”, si se cumplen las siguientes condiciones:

- Existir conocimiento o previsión de una necesidad.
- Tener unas propiedades objetivas que real o presuntamente lo hagan apto para satisfacer la necesidad.
- Reconocer dichas propiedades por parte de quien tiene, siente o prevé la necesidad.
- Estar ese “bien” disponible, o sea, en condiciones de poder ser utilizado para satisfacer la necesidad.

Atendiendo a tales condiciones, y con más precisión, Menger concretó que “son bienes las cosas reconocidas como aptas para la satisfacción de necesidades humanas y están disponibles para tal función” (28). Ahora bien, algunos bienes se hallan en cantidad tan abundante en la naturaleza que se puede disponer de ellos sin realizar actividad específica alguna para satisfacer las necesidades que dependen de su disposición (el aire o la luz solar) y, en consecuencia, se les llama tradicionalmente bienes libres. Otros, sin embargo, están disponibles en cantidad escasa o insuficiente para cubrir totalmente las necesidades que de ellos se producen y su consecución requiere un esfuerzo, a veces, un sacrificio, que pone a contribución las fuerzas físicas del hombre, su inteligencia y todas sus aptitudes.

(28) Corella José María. Introducción a la Gestión de Marketing en los Servicios de Salud. Edita Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, 1998. Pg 41.

Esto obliga a tener que realizar determinadas actividades de producción para obtenerlos, su uso constituye el consumo utilizando unos recursos. A estos bienes escasos, o que están disponibles en cantidad inferior a la necesidad que se tiene de ellos, se los denomina bienes económicos.

A. Evolución del concepto de Marketing

La experiencia dicta que no es fácil conceptuar el marketing y como primera medida para facilitar su comprensión se ha intentado repetidas veces traducir esta palabra, apuntándose voces tales como “mercadotecnia”, “mercadeo”, “mercadización”, “mercadología”. Pese a los esfuerzos realizados, ninguna de ellas responde convenientemente a la verdadera esencia del concepto, el verdadero “*quid*” de la cuestión radica en que la palabra “marketing” resulta intraducible al idioma español.

“Marketing” es una voz inglesa que está formada por el vocablo “*market*” (mercado) y el sufijo “*ing*”. Añadido al infinitivo de un verbo, este sufijo conforma el gerundio, en el caso de “**marketing**”, cuyo significado (“estar en el mercado”) implica un estar que no es sólo de índole plenamente consciente y actual, sino que conlleva y reclama la instrucción, destreza y actitud abierta que se requiere para afrontar de manera continua, y en cada momento, las consecuencias y avatares de ese “estar en el mercado”.

Lambin y Peeters (29) distinguen cuatro fases o etapas en la evolución experimentada por el sistema económico en occidente, traduciéndolas a las funciones y responsabilidades que se han adjudicado al marketing. Dichas fases, funciones y responsabilidades, son:

Fase I: Revolución industrial (con escasez de medios de producción).

El marketing juega un papel pasivo, limitándose a dar salida a los productos de una empresa que en realidad está orientada hacia la producción.

(29) Corella José María. Introducción a la Gestión de Marketing en los Servicios de Salud. Edita Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, 1998. Pg 26

Fase II: Crecimiento económico (con escasez de canales de distribución).

El marketing comienza a cobrar actividad, pues el objetivo prioritario de las empresas consiste ahora en dar salida a una producción masiva de bienes con eficacia y eficiencia.

Fase III: Economía de la abundancia (con escasez de demanda).

El marketing se torna esencialmente activo y dinámico, dirigiéndose a orientar la actividad empresarial hacia las ventas.

Fase IV: Sociedad postindustrial (con escasez de recursos).

El marketing adquiere una nueva dimensión, la dimensión social, y se preocupa de buscar un punto de equilibrio entre los objetivos empresariales y los de la sociedad. Ya no se trata tan sólo de producir lo que se puede vender, sino de producir lo que es “socialmente deseable” vender.

En resumidas cuentas, tras una etapa inicial (Fase I) en la que la función de marketing consistió en crear interés por la organización y sus servicios, se pasó a otra (Fases II y III) de impulso del proceso de compra en la que la función de marketing consiste en transformar el interés general en ventas (hacer promesas), para abocar finalmente a una etapa de proceso de consumo con escasez de recursos (Fase IV) en la que se requiere crear “nuevas ventas”, acometer ventas cruzadas y sellar relaciones duraderas con el cliente (cumplir las promesas).

Como es lógico, las diferentes definiciones de marketing que cronológicamente se han dado a lo largo del tiempo sintonizan casi linealmente con las características que corresponden a esas fases y etapas. He aquí un apunte de eso: en 1926 Clark (30) definía el marketing como **“conjunto de esfuerzos que efectúan transferencia en la propiedad de bienes y se ocupan de su distribución física”**. años más tarde, en el “Journal of Marketing” del mes de octubre de 1948, la American Marketing Association dio a conocer el “Informe del Comité de Definiciones” y el presidente de dicha asociación, Ralph S. Alexander, escribió en la presentación que el marketing consiste en la **“ejecución de ciertas actividades en los negocios, que dirigen el flujo de mercancías y servicios del productor al consumidor o usuario”**; en 1959 Felton (30) decía que **“marketing es un**

principio o una actitud del espíritu que tiene por objeto integrar y coordinar todas las funciones de comercialización íntimamente unidas con todas las demás funciones de la empresa”; en 1960 la mencionada American Marketing Association (30) proporcionó una nueva definición que, aunque muy criticada, se ha utilizado hasta hace poco con mucha frecuencia (“ejecución de actividades empresariales que dirigen el flujo de bienes y servicios desde el productor hacia el consumidor o usuario”); también en esa década de los 60, Pierre Hazebroucq (30) dice que *“el marketing es un estado de espíritu, una concepción unitaria de objetivos programas, que impregnan toda la empresa en la óptica del mercado, con vistas a su expansión y sirviéndose de la manera más inteligente de sus recursos”*; Ruiz Benítez (31), en los años 70, expresó que *“es una óptica, un enfoque de la gestión empresarial que se caracteriza por una proyección de la empresa hacia la demanda, constituyendo un puente entre la producción y el consumo”*; Kotler (30) definió en 1985 que *“la Administración o Dirección de Marketing es el análisis, planificación, ejecución y control de programas destinados a producir intercambios convenientes con determinado público, a fin de obtener ganancias personales o comunes. Depende considerablemente de la adaptación y coordinación del producto, precio, promoción y lugar, para lograr una reacción efectiva”*.

El Comité de Definiciones daba una triple definición de marketing. **a) descriptiva** (“Desarrollo de la actividad de los negocios dirigida hacia e incidiendo sobre el flujo de bienes y servicios desde el fabricante hasta el consumidor”); **b) jurídica** (“Conjunto de actividades relacionadas con la realización de cambios en la propiedad y posesión de bienes y servicios”); **c) económica** (“Parte de la economía que trata de la creación de utilidades de tiempo, lugar y posesión”, añadiendo que es también “aquella fase de la actividad del comercio por medio de la cual se satisfacen las necesidades humanas con el intercambio de bienes y servicios por alguna retribución valiosa”).

Cowell en 1984, manifiesta que el marketing es un *“enfoque conceptual”, una “filosofía”, una “actitud mental” que preside y orienta todas las*

(30) Corella José María. Introducción a la Gestión de Marketing en los Servicios de Salud. Edita Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, 1998. Pg 27.

(31) Ruiz Benitez D. La función de marketing en la empresa moderna. CESEA. Madrid, 1970: 6.

actividades realizadas en una organización, para impulsar y llevar a todas las personas, funciones y departamentos de la misma a interesarse y atender activamente las necesidades y deseos de los clientes, con el fin de satisfacerlos en el contexto de la mejor relación coste-beneficio (32). Es importante matizar que el marketing utiliza un conjunto de herramientas, técnicas y actividades que le permiten estudiar y comprender el mercado mediante la investigación y el análisis, escoger los segmentos o “nichos” de mercado que corresponden a su gama de actividad y/o suponen la mejor oportunidad de negocio, así como planificar, realizar y controlar los programas necesarios a tal fin, en el seno de una organización que previamente ha de estar preparada y convenientemente dispuesta a asumirlos y desarrollarlos con éxito..

Grönroos (33) advierte con notable capacidad de síntesis que el marketing, y por este orden de importancia, es:

- a) Una “actitud mental” o “filosofía” que guía el pensamiento global de la organización, tanto en la toma de decisiones como en la realización de los planes que se hayan decidido antes.
- b) Una “forma de organizar” diversas funciones y actividades en cualquier organización.
- c) Un “conjunto de herramientas, técnicas y actividades”, que es lo que están expuestos los clientes y otros públicos de la organización.

En resumen, el marketing es un conglomerado de ideas inserto en la organización, que cuenta con un conjunto de medios para llevar a cabo su propósito, y que debe ser impulsado y supervisado por la dirección. Por tanto, concretaremos aquí el concepto de marketing diciendo que “es la acción de conjunto de la empresa, dirigida hacia los clientes con un objetivo de rentabilidad” (34).

(32) Corella José María. Introducción a la Gestión de Marketing en los Servicios de Salud. Edita Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, 1998. Pg 28.

(33) Grönroos CH. Gestión de marketing o gestión orientada al mercado. En: Marketing y gestión de servicios. Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid, 1994: 123-150

(34) Whitney RA. Nuevas técnicas de marketing en USA. Congreso de Especialistas en Marketing. París, 1964

B. Las dos dimensiones del Marketing

Si se sale a la calle y se pregunta a cualquier persona qué entiende por marketing, lo más normal será que su respuesta lo relacione abrumadoramente con la acción de venta, con la promoción o con la publicidad.

Eso tiene una explicación: a nivel popular se tiene normalmente la idea de que el marketing es una categoría más de la función comercial y tal idea, aunque encierra una parte de verdad, no es toda la verdad.

Tras lo indicado en el punto anterior, no hay que esforzarse mucho para concluir que el concepto de Marketing es en realidad un enfoque de la gestión empresarial. Dado que el éxito de una empresa consiste en el adecuado funcionamiento del conjunto de sus actividades o funciones (producción, finanzas, investigación y desarrollo, comercialización, etc.), la aplicación del Marketing lleva a que la toma de decisiones en cada una de ellas esté presidida en todo momento por una orientación unitaria de los esfuerzos hacia la demanda⁵ y eso impone tener que concebir la gestión proyectando a la empresa en bloque sobre su fin principal: crear, conquistar un mercado en condiciones de rentabilidad.

Es innegable que una organización con “óptica de marketing” tiene ganado mucho de antemano, pues su gestión estará presidida por:

- a) Un espíritu de unidad, de integración, de cooperación, de equilibrio y coordinación entre todos sus medios, dirigidos hacia el consumidor.
- b) Una mentalidad orientada hacia el fin principal de la empresa: la clientela presente y futura.
- c) La voluntad inquebrantable de situar a la organización en óptimas condiciones para conseguir beneficios, sean estos económicos o sociales.

Ahora bien, en el Marketing existen dos dimensiones susceptibles de ser apreciadas.

- a) Una de ellas responde a una concepción tradicional que tiende a encasillarlo en una serie de actividades no relacionadas directamente con la fabricación del producto y que, en consecuencia, interpreta el marketing como una técnica basada en un conjunto de herramientas gracias a las cuales es posible estudiar el mercado (potencial y posibilidad de ventas), determinar las características del consumidor o usuario (deseos, motivos, hábitos y comportamiento), analizar la situación de la competencia (puntos fuertes y puntos débiles), recomendar el diseño y embalaje del producto (y/o el desarrollo de nuevos productos y servicios), determinar el precio correcto de mercado y ajustar los costes de distribución, calibrar la efectividad de la publicidad y promociones de venta, ciertamente, en base a todo esto es como se configuran las diversas “políticas de marketing” (política de mercado, política de productos, política de precios, etc.), pero también es cierto que con tal concepción se abunda consciente o inconscientemente en el criterio de que el marketing es una tarea que compete únicamente a un grupo de especialistas.
- b) La otra dimensión es la que conceptúa el Marketing como un enfoque de la gestión y, naturalmente, eso trae consigo la secuela de tener que establecer la forma más idónea de dirigirlo en la práctica. Eso puede explicar que a la gestión de marketing se la considere inmersa en el marco que introdujo Neil Borden en 1964: el de las famosas “4 P” (“*Product*” «producto», “*Place*” «plaza» o «punto de venta», “*Price*” «precio» y “*Promotion*” «promoción»). El criterio dominante en ese marco es que la esencia del marketing consiste en mezclar sabiamente esos ingredientes (“*marketing mix*”) como medio adecuado de planificar diversas formas de competir. Para quienes se apuntan a tal criterio, el marketing se concreta en un proceso de planificación y realización de la concepción, precio, promoción y distribución de ideas, bienes y servicios para crear un intercambio, y satisfacer los objetivos individuales y organizativos.

El Marketing Mix son las herramientas que utiliza la empresa para implantar las estrategias de Marketing y alcanzar los objetivos establecidos.

1) Producto

Cualquier bien, servicio, idea, persona, lugar, organización o institución que se ofrezca en un mercado para su adquisición, uso o consumo y que satisfaga una necesidad.

La política de producto incluye el estudio de 4 elementos fundamentales:

- a) La Cartera de Productos
- b) La Diferenciación de Productos
- c) La Marca
- d) La Presentación

2) Precio

Es el valor de intercambio del producto, determinado por la utilidad o la satisfacción derivada de la compra y el uso o el consumo del producto.

Es el elemento del mix que se fija más a corto plazo y con el que la empresa puede adaptarse rápidamente según la competencia, costes.

Se distingue del resto de los elementos del Marketing Mix porque es el único que genera ingresos, mientras que los demás elementos generan costes.

Para determinar el precio, la empresa deberá tener en cuenta lo siguiente:

- a) Los costes de producción, distribución.
- b) El margen que desea obtener.
- c) Los elementos del entorno: principalmente la competencia.
- d) Las estrategias de Marketing adoptadas.
- e) Los objetivos establecidos.

3) Promoción / Distribución

Elemento del Mix que utilizamos para conseguir que un producto llegue satisfactoriamente al cliente.

Cuatro elementos configuran la política de distribución:

- a) Canales de Distribución. Los agentes implicados en el proceso de mover los productos desde el proveedor hasta el consumidor.
- b) Planificación de la Distribución. La toma de decisiones para implantar una sistemática de cómo hacer llegar los productos a los consumidores y los agentes que intervienen (mayoristas, minoristas).
- c) Distribución física. Formas de transporte, niveles de stock, almacenes, localización de plantas y agentes utilizados.
- d) Merchandising. Técnicas y acciones que se llevan a cabo en el punto de venta. Consiste en la disposición y la presentación del producto al establecimiento, así como de la Publicidad y la Promoción en el Punto de Venta.

4) Comunicación

La comunicación persigue difundir un Mensaje y que éste tenga una respuesta del público objetivo al que va destinado.

Los objetivos principales de la Comunicación son:

- a) Comunicar las características del producto.
- b) Comunicar los beneficios del producto.
- c) Que se recuerde o se compre la Marca/producto.

La Comunicación es sólo Publicidad.

Los diferentes instrumentos que configuran el Mix de Comunicación son los siguientes:

- a) La Publicidad.
- b) Las Relaciones Públicas.
- c) La Venta Personal.
- d) La Promoción de Ventas.
- e) El Marketing directo.

Como conclusión del marketing mix podemos decir que no hay ningún elemento del mix que destaque sobre otro en importancia; todos son igual de importantes. Todos los elementos del mix deben ser coherentes con los objetivos establecidos y deben tener coherencia entre ellos.

Judd (35), por ejemplo, ya abogó en 1987 por que debería añadirse a las “4 P” una quinta (“*People*”, «personas»); Kotler, anexó tres elementos que adicionó al esquema de McCarthy de las conocidas 4 Ps del marketing (producto, precio, plaza y promoción), como son proceso, personal y presentación, conocidas como las 7 Ps del marketing en instituciones de servicios, entre ellas las de salud (36).

En realidad esas dos dimensiones obedecen a que el marketing es, por una parte, una filosofía u orientación empresarial y, por otra, una actividad. Lo primero de todo es que el *concepto* de marketing sea comprendido y aceptado por el propietario y la gerencia; después, sólo después, la *integración de la función* no es más que el paso lógico y necesario que ha de darse para asentar debidamente el concepto en la organización.

C. Misión y Ciclo del Marketing

Se ha dicho que la empresa encuentra la justificación de su existencia en la posibilidad de producir bienes o prestar servicios útiles para satisfacer las necesidades que aparecen en el mercado en forma de demanda (37).

Por tanto, la finalidad de la empresa implica el suministro de un nivel de vida a la sociedad y en este aspecto es como el marketing constituye una filosofía y función básica de la empresa, pues gracias a ellas es como mejor puede alcanzar esta su fin, su razón de ser. Mazur lo expresa con aplastante rotundidad al decir que “**el marketing consiste en el suministro de un nivel de vida a la sociedad**” (38).

Ahora bien, entre otras cosas, suministrar un nivel de vida a la sociedad supone que:

(35) Corella José María. Introducción a la Gestión de Marketing en los Servicios de Salud. Edita Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, 1998. Pg 30.

(36) Kotler P. Marketing. España: Editorial Pearson Prentice Hall, 2007.

(37) Veciana JM. Anatomía de la empresa. CESEA. Madrid, 1970: 5.

(38) Mazur P. The Standards We Raise. Ed. Rusell Sage. New York, 1953: 196.

- a) Satisfacer a un cliente no es sólo satisfacer sus necesidades, sino también sus deseos y, más aún, sus esperanzas.
- b) Debe procurarse que los bienes y servicios, en su recorrido desde el productor hasta el consumidor, lleguen a este con el menor costo posible.
- c) El consumidor pueda obtener la mejor relación costo/beneficio favorable para él.

El Marketing sólo puede lograr plena efectividad cuando cumple la misión de evitar frustraciones e insatisfacciones entre los consumidores, pues uno de los mayores desalientos que puede sufrir un hombre es no ver transformada su capacidad de aprovisionamiento en una mejora de su nivel de vida.

La misión del Marketing se dibuja así como un proceso continuo de relación con los clientes traducible en una serie de intercambios o transacciones que son susceptibles de medirse en volumen de una satisfacción global con trascendencia estratégica para la empresa.

Es ese un proceso en el que cabe distinguir dos facetas: la correspondiente a aquellas aplicaciones prácticas que se corresponden a la gestión de Marketing de productos (productos industriales y productos de consumo masivo) y la correspondiente a aquellas situaciones “en las que la relación típica con un cliente se extiende más allá de una relación directa e impersonal” (39), como por ejemplo, la mantenida con el comprador de un automóvil, de un electrodoméstico o de un dentífrico y que es la que caracteriza a los servicios, donde más que de gestión de marketing resulta apropiado hablar de gestión orientada al mercado(40)

D. Marketing interno

Para conseguir que una organización se oriente hacia el mercado, la primera

(39) Grönroos CH. Gestión de marketing o gestión orientada al mercado. En: Marketing y gestión de servicios. Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid, 1994: 123-150

(40) Gummesson E. Organizing for Marketing and Marketing Organizations. Congram y Friedman, Eds. New York, 1990: 277.

estrategia que ha de desarrollar la Dirección de la empresa es lograr que entre todos los empleados se plasme y haga efectivo un interés por los clientes. El Marketing Relacional y el Marketing Interactivo se crearon para describir los programas de marketing dirigidos a los clientes de una organización y esto supuso un sustancioso salto cualitativo para las expectativas de negocio de las empresas. Pero en la década de los ochenta, ante la aparición de una nueva cultura organizacional que reclamaba la utilización de nuevas metodologías con el fin de promover en el seno de la organización un equilibrio social tendiente a aumentar el nivel de eficacia, se hizo patente que “un servicio eficaz requiere gente que comprenda la idea” de que una correcta orientación hacia el mercado se consigue a través del intercambio constante entre la empresa y sus empleados, entre los empleados entre sí y la organización, y entre los empleados y los clientes.

El Marketing interno es el que describe el trabajo que ha de hacer la empresa para formar y motivar a sus “clientes internos”, es decir, a su personal de contacto directo con la clientela externa y al de apoyo a los servicios que se proveen. En todas las empresas existe un “mercado interno” que está constituido por los empleados de la misma y, si la Dirección no se ocupa de él en primer lugar, peligrará el éxito de las actuaciones que se lleven a cabo en los mercados externos. La misión del Marketing interno es lograr que el personal de contacto y el de apoyo a los servicios que presta la empresa, trabaje como un verdadero equipo volcado a proporcionar la mejor satisfacción a los clientes.

Si todos los componentes de la empresa no trabajan con una orientación al cliente, será imposible que en ella se desarrolle un alto y consistente nivel de servicio. Por eso, la contribución más importante que puede hacer el Marketing es “conseguir que todas las personas de la organización practiquen dicha filosofía de marketing” (41), dicho proceso es el que sirve para integrar las múltiples funciones de la empresa asegurando dos cosas: que todos los empleados incluida la Dirección comprenden y experimentan el negocio en el marco de un interés por el cliente, y que todos los empleados están preparados y motivados para actuar de una forma orientada a servirlo con excelencia.

(41) Berry LL. Big Ideas in Services Marketing. J Consumer Marketing. Primavera de 1986: 49.

Por lo tanto el marketing interno es la forma de denominar la aplicación de ciertas técnicas del marketing a las políticas de personal y social de la empresa, parte de una premisa: los recursos humanos constituyen también un “mercado” (mercado interno) y, en consecuencia, la organización ha de ser capaz de dar respuesta a sus expectativas y necesidades, pues ese es el medio para hacer más viable la satisfacción de las necesidades de los clientes (mercado externo).

En este sentido, si se considera al conjunto de los empleados de una organización como su mercado interno y se mantiene que debe existir un equilibrio de relación recíproca con el mercado externo, nos encontramos con que: (42)

- a) Existe un producto que hay que vender, este producto es la organización y su gestión, en este sentido, lo que hay que “vender” es su **IDENTIDAD**, sus productos y servicios, sus planes y proyectos de desarrollo, su imagen, su estructura y sistema de funcionamiento, sus condiciones de trabajo, su clima y ambiente laboral, su calidad, sus riquezas y sus actividades.
- b) Existe un mercado interno. Así como el mercado se concreta en un conjunto de ofertas y demandas relativas a un bien o servicio, existe un conjunto de transacciones relativas a la naturaleza de las actividades que se llevan a cabo en el seno de la empresa dentro de un marco de intereses distintos que se encarnan en el conjunto de los empleados y sus características diferenciales (actitudes, cultura, personalidad, experiencias, roles y competencias, formación y responsabilidades).
- c) Existe una relación comercial. De la misma manera que la finalidad de cualquier relación comercial es conseguir un balance óptimo en el binomio producto/mercado, aquí también se trata de una relación mercantil cuya finalidad consiste en la optimización del binomio hombre-organización.

Existe, por tanto, un mercado interno y la importancia del marketing aplicado a él radica en el hecho de que permite a la Dirección enfocar todas las actividades

(42) Quintanilla Pardo I. Capítulo VIII. En: Recursos humanos y marketing interno. Edic Pirámide, S.A. Madrid, 1991: 176-198.

interfuncionales como parte de un programa global con el que alcanzar un objetivo común desde una perspectiva mucho más sistemática y estratégica. En efecto, Grönroos (43) matiza que **“el concepto básico del marketing interno establece que el mercado interno, formado por los empleados, se motiva mejor, con el fin de lograr el desarrollo de una mentalidad de servicio y actuaciones orientadas al cliente, recurriendo a un enfoque activo, muy parecido al del marketing tradicional, en el que se recurre internamente y de forma coordinada a una amplia gama de actividades que son similares a las que se utilizan en el marketing externo”**.

Ahora bien, el Marketing interno reclama un paso previo: el abandono de actitudes caducas que, con total ignorancia de los avances experimentados por las ciencias sociales y de la dirección, mantienen una percepción equívoca de la sociedad y de las organizaciones permitiendo que algunas personas se aferren al pensamiento Taylorista dando por válido que en una organización hay dos segmentos: los que piensan y mandan, y los que ejecutan órdenes. Dicho con otras palabras: reclama una nueva, actual y actualizada, cultura de empresa.

De Val indica que la cultura empresarial define cómo el hombre se identifica con la organización, concibe su sistema de valores y lo relaciona con el suyo propio, y matiza que la cultura de empresa existe a dos niveles: uno visible, gracias al conjunto de instrumentos a través de los cuales se materializa (símbolos, ritos, liturgias, máximas, aderezos, estructuras); y otro invisible, que responde al conjunto de valores, creencias, actitudes, sentimientos, suposiciones, que residen en su plantilla humana (44).

1) El sistema de organización

En la adopción del principio de Marketing de orientación al consumidor hay que tener muy claro que el marketing interno debe preceder al marketing externo porque, si la empresa no está preparada para proporcionar buenos servicios, carece

(43) Grönroos CH. La gestión de marketing interno: un prerrequisito para un marketing **externo** eficaz. En: Marketing y gestión de servicios. Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1994: 215-234.

(44) De Val I. La cultura empresarial. En: Organizar: acción y efecto. ESIC. Madrid, 1997: 307-314.

de sentido prometerlos y en líneas generales eso toca de lleno a su sistema de organización.

En líneas generales puede decirse que las formas de organizar basculan entre dos modelos: el jerárquico y el orgánico. El primero, que puede ser más o menos rígido, se ha demostrado menos incentivador que el segundo; pero, en cualquier caso, son modelos propios de empresas productoras de bienes físicos, en las que existe una clara separación entre producción y consumo. Trátese de un modelo u otro, la forma de organización de las empresas productoras de bienes no puede ser trasplantada a las de servicios porque, para estas, los principios de organización se apoyan en el grado de tangibilidad que se puede conferir a los productos y en el grado de contacto que se deba mantener con los clientes.

Resulta evidente que la **Estructura Organizativa y la Estrategia de la empresa son los puntales sobre los que se apoya el establecimiento de una Cultura de Servicios**, pues en ella se apoya el marketing interno para impulsar la motivación de los empleados, llevándoles a desarrollar la orientación hacia el cliente y el interés por el servicio, realizando así su trabajo como “empleados de marketing a tiempo parcial” (45).

El sistema de organización debe ser tal que no entorpezca o dificulte los dos tipos de procesos que reclama el Marketing interno: el desarrollo de una actitud positiva orientada al servicio y a los clientes, y la fluidez en la información que los directivos, el personal de contacto y el de apoyo, necesitan para poder realizar sus tareas. Si el primero queda circunscrito a la implantación de una estrategia de servicios, el segundo reclama exacto conocimiento de las rutinas de trabajo, características de los productos y servicios, promesas hechas a los clientes, necesidades y requerimientos del proceso productivo, y comprensión de qué es lo que en verdad quieren los clientes.

2) Principios del Marketing Interno

- El personal de la empresa es el primer mercado a atender.

(45) Grönroos CH. La gestión de marketing interno: un prerequisite para un marketing externo eficaz. En: Marketing y gestión de servicios. Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1994: 215-234.

- Los empleados deben comprender que tienen que actuar como se les indica, y que en ciertas ocasiones han de prestar servicios adicionales.
- Los empleados deben aceptar que los servicios de formación y otras actividades de la empresa se encaminan a apoyarles en su contacto con los clientes.
- La formación de cada miembro de la empresa tiene como objetivo que cada trabajador sepa qué hace, porqué y acepte su función en el seno de la organización.
- Todo trabajador debe tener una visión muy clara de cómo son las relaciones que la empresa desea con sus clientes y en qué medida participa cada persona de la empresa en ellas.
- Debe mejorarse la capacidad de comunicación y venta de las personas que están en contacto con el público.
- La información integral debe funcionar en los canales. Deben crearse flujos de información internos e interactivos entre los directivos y los trabajadores. Ese clima informativo debe ser abierto.
- Debe facilitarse una comunicación interna masiva. Los directivos deben informar de las estrategias de la empresa y de los resultados que se obtienen. Para ello se pueden emplear vídeos, material impreso, como folletos, circulares, alguna revista interna o reuniones periódicas.
- La empresa debe proporcionar herramientas para que las personas en contacto con el público puedan actuar. Para ello debe describirse el trabajo que se desea realicen, explicar cómo se espera que atiendan a los clientes y cómo deben resolverse sus dudas. También deben explicarse y justificarse los sistemas de promoción profesional, los sueldos y los incentivos.

3) Utilización del Marketing Interno

El Marketing interno no puede ser unidireccional ni limitarse a una especie de campaña promocional a base de distribución de folletos, guías internas o celebración de reuniones periódicas en las que se proporciona información, pero en las que no hay verdadera comunicación. Si así fuera, eso no obedecería más que al hecho de que los directivos tienen un interés muy limitado por sus colaboradores y subordinados, y son incapaces de reconocer que estos tienen necesidad de recibir información continua como fruto de una comunicación bidireccional clara, amplia y motivadora.

Desgraciadamente, ahí suele residir la causa de por qué mucha de la información que se suministra no provoca la deseada repercusión en los que la reciben. El Marketing interno ha de utilizarse para conseguir tres cosas:

- a) Crear una cultura de servicios en la empresa y una orientación a los servicios entre el personal, por el logro de tres objetivos: la comprensión de lo que la empresa quiere conseguir, el fomento de un estilo de liderazgo adecuado entre directivos y supervisores, y el encauzamiento de los empleados hacia técnicas interactivas y de comunicación orientadas a los servicios.
- b) Mantener una orientación a los servicios entre el personal, por medio de una información continua y actualizada que potencie entre los empleados el interés por el servicio y el cliente. Aquí son fundamentales el estilo y los métodos de la dirección para el control de la entrega del servicio y el desarrollo funcional del proceso productivo, pues a través de ellos es como se pueden establecer un clima y una ética que impulse a los empleados a sentir que el servicio es la fuerza motriz de sus pensamientos y conductas (46).
- c) Dar a conocer a los empleados los nuevos productos y servicios, así como

(46) Bowen DE, Schneider B. Services Marketing and Management: Implications for Organizational Behavior. Research in Organizational Behavior, 10. 1988.

las estrategias de marketing externo, campañas publicitarias y otras actividades de Marketing.

4) Objetivos del Marketing interno

El marketing interno se orienta a facilitar y catalizar las condiciones de trabajo para que este se torne intrínsecamente interesante y adquiera un mayor significado con el fin de lograr una mentalidad de servicio y actuaciones orientadas al cliente. En consecuencia, y aunque existen notables divergencias entre los autores para concretar sus objetivos, pueden señalarse los siguientes:

- a) Afianzar y mejorar el nivel de calidad en la prestación de los servicios.
- b) Profesionalizar y motivar a los empleados.
- c) Formar a los empleados para que sean capaces de establecer perfectas comunicaciones en las interacciones que se provocan en el proceso producción-consumo.
- d) Propiciar el logro de los objetivos de la organización optimando la relación coste-beneficio en el proceso productivo.

Para enfocar correctamente todas sus actividades, el marketing interno ha de tener también como objetivo vigilar y estar al tanto en el cambio de valores que pueda experimentarse. Por lo tanto el marketing interno como sus objetivos deben formar parte de la filosofía estratégica de la Dirección. En caso contrario, la mayoría de las actividades de Marketing interactivo serán contrarrestadas por trabajos desmotivadores y malos ambientes de trabajo causados, por ejemplo, por las actitudes y estilo de dirección de los directivos y supervisores, o por una política de personal que no apoya el interés por el cliente sino otras cualidades (47).

(47) Schneider B. The Service Organization: Climate Is Crucial. Organizational Dynamics. Otoño, 1980

5) El “*Mix*” del Marketing interno

Las cuatro “P’s” del “*Mix*” de Marketing tienen también su aplicación en el mercado interno de la empresa. Naturalmente, esos instrumentos que responden a los nombres de producto, precio, punto de venta y promoción, tienen significado diferente en el marketing interno. Vamos pues a detallarlos.

Producto

La idea de “producto” se concibe aquí como “puesto de trabajo”, pues eso es lo que se “vende” a quien lo desempeña y si este (el empleado) lo “compra” es porque piensa que puede proporcionarle las satisfacciones económicas, laborales, sociales, personales y profesionales que se le han prometido. Esto conduce a poner de relieve la importancia del diseño del puesto de trabajo, pues las tareas contenidas en él no sólo tienen como objeto el logro de la máxima eficacia, sino que a través de ellas se configuran positiva o negativamente las expectativas de quien accede y lo desempeña.

Entra así en juego la imperiosa necesidad de que el puesto de trabajo (el producto) se adapte permanentemente a las expectativas del empleado (el cliente) porque la satisfacción de su “compra” está en función de la motivación y la eficacia alcanzadas. Los factores, pues, que concurren en la configuración de este “producto”, son: el salario (remuneración que ha de ser equitativa al esfuerzo que se requiera para alcanzar los objetivos que se hayan establecido), la posibilidad de progreso (por lo que supone de mejora personal, profesional y social), el contenido del puesto de trabajo (variedad de actividades, tareas con identidad propia, trascendencia en el entorno, grado de autonomía), la valoración de los resultados (grado de información sobre la eficacia de las tareas desarrolladas), el ambiente laboral y las relaciones humanas.

Precio

En Economía se dice que precio es la cantidad de dinero dada a cambio de un bien o servicio. Hagamos aquí tres correcciones: sustituir el término “cantidad de dinero”

por “cantidad de insatisfacción”, el verbo “dar” por el verbo “crear”, y la denominación “bien o servicio” por la de “desempeño del trabajo”. Obtendremos así que el precio es la cantidad de insatisfacción creada en el desempeño del trabajo. En el Marketing interno hay que manejar este elemento con la mira puesta en que las condiciones del puesto de trabajo sean lo más atractivas posibles para eliminar sentimientos de incomodidad o de rechazo porque son generadores de desinterés por las tareas que se ejecutan y de mermas en la motivación del empleado que, como cualquier otro comprador, es sensible a la relación coste-beneficio.

Punto de Venta

Si el “producto interno” toma cuerpo en la valoración del trabajo y de la organización así como en la percepción que de ambos tiene el empleado, el “punto de venta” (su distribución) se identifica con aspectos concretos de flexibilidad en la estructura organizativa, identidad de los grupos de trabajo y clima laboral que por los diferentes niveles impere en la organización.

Promoción

Ha de interpretarse aquí como sinónimo de comunicación e información. La empresa tiene que “promocionarse” en su mercado interno para ser bien comprendida, facilitar la participación, alentar la capacidad de decisión en sus empleados y lograr que sean asumidos sus objetivos.

2.2. MARKETING DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

La palabra “servicio” viene del latín “*servitium*” que, a su vez, dimana de “*servus*” (“siervo”, “esclavo”) y esta del verbo “*servo, as, are*” (“conservar”, “preservar”, “guardar”, “observar con atención”). El diccionario de la Real Academia Española, le da las acepciones “acción y efecto de servir”, “estado de criado o sirviente”

En el mundo de los negocios un concepto breve y conciso es: “**Algo que puede comprarse y venderse, pero que no puede dejarse caer sobre tu pie**” (48); se distinguen dos componentes: uno que corresponde específicamente a la actividad

objeto del mismo, y otro que responde a la forma y manera como se realiza dicha actividad. Ambos componentes, lejos de proyectarse disociadamente, interactúan de manera recíproca y conforman así el valor global reconocido a la actividad, beneficio o satisfacción ofertados.

A. Características de los Servicios

Los conceptos y prácticas de Marketing desarrolladas en las empresas que producen bienes no se pueden transferir de manera directa a las organizaciones de servicio, porque los servicios tienen características especiales que los diferencian de los bienes, entre las más importantes tenemos: (48)

- 1) La mayor parte de los productos de servicios no se pueden inventariar
 - Es probable que no se pueda atender a los clientes o que tengan que esperar
- 2) Los elementos intangibles generalmente dominan la creación de valor
 - Los clientes no pueden probar, oler o tocar estos elementos, y es probable que tampoco puedan verlos u oírlos
 - Es más difícil evaluar el servicio y distinguirse de la competencia
- 3) Con frecuencia es difícil visualizar y comprender los servicios
 - Los clientes perciben mayor riesgo e incertidumbre
- 4) Es posible que los Clientes participen en la coproducción
 - Los clientes interactúan con el equipo, las instalaciones y los sistemas del proveedor
 - Una mala ejecución por parte de los clientes dañaría la productividad, estropearía la experiencia de servicio y reduciría los beneficios.
- 5) Las personas pueden formar parte de la experiencia del servicio
 - La apariencia, la actitud y el comportamiento del personal de servicio y de otros clientes pueden influir en la experiencia y afectar la satisfacción

(48) Lovelock C/Wirtz J. Marketing de Servicios, personal, tecnología y estrategia, sexta edición. Pearson, Prentice Hall, 2009

- 6) Las entradas y salidas operativas tienden a ser mucho más variables
 - Es más difícil mantener la consistencia, la confiabilidad y la calidad del servicio o disminuir los costos a través de una mayor productividad
 - Es difícil proteger a los clientes de los resultados de servicios fallidos
- 7) El factor tiempo suele adquirir mayor importancia
 - El cliente considera el tiempo como un recurso escaso que debe utilizarlo de forma inteligente; le disgusta desperdiciar el tiempo esperando y desea el servicio en horarios convenientes
- 8) Las distribuciones puede llevarse a cabo a través de canales no físicos
 - Los servicios basados en la información pueden entregarse a través de canales electrónicos como el internet o telecomunicaciones por voz, aunque esto no puede hacerse con los productos fundamentales que influyen actividades o artículos físicos

La importancia reside en que un Servicio no es una cosa sino una actividad, de naturaleza en gran parte intangible, cuya única razón de existir es la satisfacción de expectativas o la solución de problemas específicos del cliente.

Entre las características de los Servicios cabe destacar dos que son básicas: poder intercambiarse y poder experimentarse de manera tangible. Por eso se aproxima mejor a una adecuada definición de servicio la siguiente: **“Actividad o serie de actividades de naturaleza más o menos intangible que, por regla general, aunque no necesariamente, se generan en la interacción que se produce entre el cliente y los empleados de servicios y/o los recursos o bienes físicos y/o los sistemas del proveedor de servicios, que se proporcionan como soluciones a los problemas del cliente”** (49).

Por lo tanto las tareas de administración de marketing en el sector de servicios tienden a ser diferentes.

(49) Grönroos CH. La naturaleza y calidad de los servicios. En: Marketing y gestión de servicios. Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1994: 25-48.

B. Características del Servicio Sanitario

La salud constituye la más elemental y absoluta de todas las necesidades humanas, percibiéndose con más intensidad que cualquier otra porque constituye un estado de equilibrio entre el hombre y su medio, entroncando con la necesidad de conservación. Para tipificar que clase de bien es la salud, pueden apreciarse las siguientes connotaciones: es escaso (si es que existen, pueden contarse con los dedos de una mano los individuos que disponen de salud a raudales, pues siempre se arrastra unos más y otros menos “alguna pequeña cruz”), exige esfuerzo o trabajo para adecuarlo a la posibilidad de satisfacer con él la necesidad de equilibrio entre el individuo y su medio, impone una renuncia a otras satisfacciones (ahí están los que por propia convicción, por consejo o por prescripción facultativa, abandonan determinados hábitos, costumbres, gustos o placeres) y reclama una apta administración de los medios disponibles para conseguirlo. Conclusión: la salud es un bien económico.

En este sentido, y de la misma forma, los **Servicios y Productos Sanitarios** resultan ser también servicios y bienes de naturaleza económica, pues es evidente que entre otras cosas presentan aspectos estrechamente vinculados a la producción (generan riqueza) y el consumo (satisfacen necesidades), pueden medirse las consecuencias de sus variaciones, forman parte de una estructura de preferencias y se hallan sometidos a juicios de valor.

En la empresa sanitaria, existen tres componentes genuinamente específicos del servicio que presta: la empresa propiamente dicha (cuya calidad de proveedora a través de un sistema físico no es la misma en todos los casos debido a los diferentes recursos con que puede contar el sistema), el personal que lo lleva a cabo (artífice del proceso productivo y constituido por diferentes especialidades según sea la empresa proveedora) y los pacientes (que, en cualquier caso, es en los que se concreta el resultado), estableciéndose entre los tres una serie de relaciones e interrelaciones individuales por medio de las cuales toma cuerpo el servicio prestado.

Por lo expuesto anteriormente podemos decir que el **Servicio Sanitario** también tiene sus características especiales:

- a) Experiencia personal o “posesión experimentada”.
- b) Afecta a las personas (frente a los que afectan a los bienes).
- c) Carácter individual.
- d) Efectos físicos y mentales, permanentes o temporales.
- e) Personal cualificado.
- f) Alto contacto con el cliente.
- g) Presencia necesaria del cliente (paciente).
- h) Satisfacción de necesidades personales frente a comerciales.
- i) Relación continua entre cliente (paciente) y proveedor (personal facultativo y de enfermería).
- j) Consumo independiente frente a colectivo.
- k) Acciones tangibles sobre personas.
- l) Adaptación del servicio al cliente (cada paciente es un caso).
- m) Servicio entregado en las instalaciones del proveedor (excepcionalmente, del cliente).
- n) Alto grado de intensidad de mano de obra.
- o) Importancia de la interacción entre productor /consumidor.

C. Contenido de la oferta de Servicios de Salud

En los servicios de salud cabe distinguir tres grupos de servicios: Servicio esencial (Satisfacción de la necesidad de Salud), Servicios adicionales (interacciones entre proveedor-paciente que tienen lugar durante el proceso del servicio esencial). Servicios de apoyo (Imagen y Comunicación).

1) Servicio Esencial

Constituye la razón de ser de la oferta que se hace y que en nuestro caso se sobrentiende consiste en satisfacer la necesidad de salud, restableciéndola, mejorándola o manteniéndola, como resultado del proceso llevado a cabo.

Conviene no olvidar que el estado y nivel de salud que tanto individual como colectivamente pueden disfrutarse están íntimamente relacionados con unos factores (entorno social, estilo de vida, biología humana, asistencia sanitaria) que, aunque no todos ejercen la misma incidencia determinante, potencialmente contribuyen a aumentar o reducir la mortalidad.

Para la O.M.S., la salud es un **“estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de enfermedad”**. Su mejor virtud reside en que tácitamente introduce a nivel de concepto las incidencias y efectos que, al margen de la biología humana, tienen sobre el individuo los factores de riesgo que se engloban bajo las denominaciones “medio ambiente”, “estilos de vida”, “situación económica” y “contexto social”, enmarcando así en sus exactos límites la **“esencialidad”** que en el proceso productivo de la asistencia sanitaria se quiere magnificar desde la vertiente del componente técnico.

Sería, pues, un error tremendo concentrar sólo la oferta de Servicios de Salud en lo que atañe al servicio esencial en función de la calidad técnica del resultado, cuando la calidad funcional del proceso que se lleva a cabo en la prestación del servicio es también parte y muy importante del producto total, lo que conduce necesariamente a que la oferta haya de responder a una planificación y “venta” integral de servicios.

2) Servicios adicionales

Como la propia denominación indica, son aquellos servicios que se añaden al esencial y que se incorporan a las interacciones proveedor-cliente. Gracias a ellos se crea o incrementa un valor añadido a la oferta integral del servicio durante todo el proceso del mismo. Crean o incrementan un valor añadido porque, al dar con ellos satisfacción a los deseos que generalmente acompañan al de satisfacer la necesidad fundamental, reportan beneficios para el cliente.

Desde el punto de vista de la gestión las características de tales servicios se configuran mayoritariamente en torno a tres cuestiones: la accesibilidad, la interacción con la organización y la idiosincrasia del paciente.

- **Accesibilidad**

Accesible es lo que permite una fácil aproximación, trato, comprensión, adquisición o inteligencia de algo o alguna cosa, posibilitando adquirir dominio sobre ello; es decir, poder utilizarlo o disponer de ello con plena autonomía. En consecuencia, decimos que un servicio sanitario es accesible si resulta fácil de utilizar, esto es, si el paciente no se ve frenado por cortapisas o molestias innecesarias. Lógicamente, la accesibilidad depende –entre otras cosas– de factores varios: la localización, el horario y tiempo empleado en la realización de tareas, la cantidad y habilidad del personal, el equipamiento de que se disponga, los trámites burocráticos que deban cumplimentarse, el número de pacientes que puedan atenderse, etc.

Aunque las variables que pueden incidir en la percepción de que un Servicio de Salud es o no accesible son numerosas, cabe aunarlas en cuatro grandes grupos:

- a) *El local*: Acceso físico desde el exterior, plazas de aparcamiento disponibles, horario de trabajo, etc.
- b) *Facilidad de utilización de recursos físicos*: Diseño y condiciones del edificio, señalización, salas de espera, salas de pacientes, cuartos de baño, instalaciones complementarias, etc.
- c) *Actitudes y comportamiento del personal*: Trato con el público; tiempo de respuesta a las llamadas telefónicas, a las personas que entran, salen o ya están en el edificio, a los pacientes; profesionalidad; reducción de los aspectos desagradables que pueden comportar las exploraciones, tratamientos o extracción de muestras, etc.
- d) *Allanar dificultades*: Cantidad y dificultad de impresos a rellenar, instrucciones acerca de los procedimientos (indicando lo que puede hacerse, lo que no puede hacerse o lo que los pacientes deben hacer por sí mismos) para obviar dificultades, procedimientos de facturación y formas de pago aceptadas, etc.

Todos estos factores son parte y muy importante de los servicios adicionales con que se crea o incrementa valor añadido al servicio, por lo que los fallos que puedan provocarse en este ámbito dañan seriamente o arruinan la percepción del servicio integral prestado.

- ***Interacción con la organización***

Hay diferentes clases de interacciones. Unas son fruto de la comunicación interactiva que se produce entre profesionales y pacientes (y que, a su vez, dependen del comportamiento de los profesionales asistenciales, de lo que dicen y hacen, y de cómo lo dicen y lo hacen); otras, de las reacciones que se provocan en la utilización de los recursos técnicos y físicos (instalaciones, herramientas y equipos con los que se desenvuelve el proceso productivo del servicio); y, otras más, de las relaciones mantenidas con otros pacientes implicados simultáneamente en el proceso de producción del servicio.

Todas estas interacciones influyen, de una manera u otra, en la percepción del servicio y, como acaba de decirse, si se consideran negativamente repercuten de manera importante en que la calidad percibida del servicio integral prestado sea estimada o valorada a la baja.

- ***Idiosincrasia del paciente***

Es innegable que el paciente influye, en mayor o menor grado, en el servicio que se le suministra y, consecuentemente, en la calidad que de él percibe. Al paciente se le pide que suministre información (síntomas de la enfermedad), se espera que cumpla lo que se le indica (medicamentos, ejercicios, planes terapéuticos) y, en algunas ocasiones, que rellene algunos documentos. Esto hace que, dependiendo de su preparación, comprensión y voluntad para hacerlo, el servicio discurra de tal manera que resulte mejor o peor.

La oferta de servicios de salud es un proceso altamente integrado y no cabe añadir en ella ningún nuevo servicio adicional sin tener en cuenta

explícitamente los aspectos de accesibilidad, interacción y participación del paciente en ese servicio (idiosincrasia). Esto resulta aún mucho más crítico si se tiene en cuenta que una adecuada introducción de un servicio adicional puede transformarse en poderosa fuente de ventaja competitiva.

3) Servicios de Apoyo: Imagen y Comunicación

Es indiscutible que la imagen influye de manera importante en la calidad percibida de los servicios y que, a su vez, esta obedece en gran medida a la comunicación que se lleve a cabo, porque la comunicación también impacta directamente en las expectativas y las experiencias del cliente. La imagen que tenga un determinado servicio de salud constituye un “filtro” a través del cual enjuicia el paciente, de forma más o menos incisiva, la experiencia que ha tenido en el proceso de suministro, induciéndole a considerarla más o menos favorablemente al margen del resultado.

Como la utilidad marginal del servicio desaparece conforme se avanza en el proceso de curación, rehabilitación o mejora, la imagen –sobre todo en la fase final del proceso– tiende a ir ganando posiciones hasta llegar a asimilarse como parte integral del servicio durante el desarrollo del producto.

Este asunto de la imagen presenta dos perfiles: uno correspondiente a la global de la empresa que provee el servicio (dibujado por medio de la publicidad, las relaciones públicas, los anuncios y folletos, la “fama”...) y otro correspondiente a la construida “*in situ*” (durante el curso de las interacciones entre proveedor y paciente, y que, como ya se ha señalado, configuran la dimensión de la calidad funcional del servicio). Tanto para uno como para otro, la comunicación condiciona o forma en gran medida la imagen recibida, resultando de especialísima incidencia a largo plazo la comunicación “boca a boca”. Está ya suficientemente contrastado que los comentarios negativos hechos por los pacientes llegan a impactar con enorme facilidad y, a la larga, contribuyen de manera importante a cambiar la percepción que una persona puede experimentar durante y tras la asistencia que se le proporciona.

D. El Mercado de los Servicios de Salud

Aunque puede sonar mal a los oídos del personal sanitario que con relación al servicio que prestan hablemos de la existencia de un mercado, la verdad es que la unidad económica de producción materializa sus productos y servicios, y la unidad económica de consumo los adquiere para satisfacción de sus necesidades, o en razón de su interés, por medio de un conjunto de actos y relaciones cuyo ámbito se denomina de esa forma.

La voz “mercado” proviene del latín “*mercatus*”, que a su vez deriva de “*mercor*” (compra, acto físico de comprar), y su concepto ha sufrido una enorme variación a lo largo del tiempo. En su acepción más antigua y corriente tenía un sentido geográfico de lugar donde se daba la reunión física de personas para comprar y vender, pero, con motivo de las mejoras que se experimentaron en la red de comunicaciones, ese sentido de reunión física y contacto personal perdió importancia y llevó a los primeros economistas a considerar que la verdadera esencia del mercado estaba constituida por la “totalidad de relaciones que tienen lugar entre compradores y vendedores, tanto si se reúnen personalmente en un lugar y tiempo determinado como si no” (50).

Hoy, en el ámbito de la Teoría Económica, se dice que mercado es “el conjunto ideal de actos de compra y venta de unos bienes determinados en tiempo y espacio determinado” (51), concepción esta que ha servido de base para la formulación de varias definiciones por parte de diferentes autores.

Por eso señaló Veciana que, “en la mayoría de los casos, esto supone la existencia de «mercados propios de cada empresa» (lo que en inglés se llama “*markets of individual firms*”) y de ahí que se hable del «mercado de la empresa», advirtiendo que con ello y, “desde el punto de vista de las Ciencias Empresariales, el mercado cobra un matiz subjetivo y propio de la empresa involucrada en el mismo” (52).

(50) Schmoller G. Principios de Economía Política General. 2ª parte. Imprenta Clarasó. Barcelona, 1920: 17.

(51) Von Stackelberg H. Principios de Teoría Económica. Instituto de Estudios Políticos. Madrid, 1954: 19.

(52) Veciana JM. Política de Mercado. CESEA. Madrid, 1970: 19.

Schäfer (53) abundó en esto, indicando que ese matiz se corresponde al conjunto de datos externos que son relevantes para la empresa y que principalmente responden al hecho de que en el mercado de la empresa no sólo existen oferentes y demandantes, sino también competidores. Se comprende así que las empresas dirijan sus esfuerzos a arrear “su propio mercado” y, desde el punto de vista del Marketing, que orienten todas sus acciones hacia ese mercado.

El mercado, pues, tal como hoy se concibe, nada tiene que ver con aquel sitio limitado donde se efectuaban compras y ventas, y donde los vendedores ofrecían sus mercancías a los compradores presentes. Hoy se ha convertido en una noción abstracta, inmaterial, en la que por haber desaparecido el factor lugar se concreta como “un conjunto de ofertas y demandas relativas a un bien o servicio determinado”.

Esta definición permite que pueda vislumbrarse más aceptablemente cuál es el mercado al que hacemos referencia y en el que se desenvuelve el servicio sanitario, puesto que:

- 1) Engloba todas las transacciones relativas a la actividad o serie de actividades de naturaleza más o menos intangible que se proporcionan como soluciones a los problemas del individuo para la satisfacción de sus necesidades de salud, cualquiera que sea la extensión, el lugar, la calidad de los que intervienen en las transacciones y la duración de las mismas.
- 2) Perfila nítidamente el encuentro de centros de intereses distintos puestos en comunicación por intercambios, económicos o no, efectuados con un mínimo de libertad.
- 3) Se atiende tanto al servicio específico que el hombre puede disponer libremente para solucionar sus problemas de salud como al conjunto de los que para el mismo fin pone a su disposición el sistema sanitario en su conjunto.

E. Configuración de la Demanda

La demanda de servicios de salud es una demanda “*sui generis*”, pues, aunque

(53) ella José María. Introducción a la Gestión de Marketing en los Servicios de Salud. Edita Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, 1998. Pg 41.

como para cualquier otro bien el consumo de asistencia sanitaria presenta una utilidad marginal que decrece conforme se satisface la necesidad y desaparece cuando el límite equivale al estado de salud plenamente recobrada, carece de mayor paralelismo en una economía pura de mercado porque:

- Para el individuo enfermo no hay alternativa posible entre la necesidad de curación, rehabilitación o mejora, y cualquier otro bien o servicio (sin que importe el valor que pudiera tener este).
- En consecuencia, no puede perfilarse en función de gustos o preferencias, o de un mayor o menor precio de costo.

Ciertamente, para un individuo que está enfermo, la elasticidad de sustitución entre servicio sanitario y cualquier otro bien o servicio no existe porque, cuando se es presa de la enfermedad, la utilidad marginal de la curación, al menos, inicialmente, es infinita. Tal paradoja económica obedece a que la demanda de Servicios de Salud constituye una necesidad que, por vital, es inestimable.

El consumo de servicios sanitarios para satisfacción de la necesidad de salud surge porque el individuo supone en ellos (de manera subjetiva) la propiedad de poder generar el resultado de restaurar, mantener, mejorar o rehabilitar el estado de completo bienestar físico, psíquico y social.

Por tanto, sus expectativas pueden plasmarse en dos aspectos: el de *beneficio* (o esperanza de que se va a satisfacer realmente la necesidad) y el de *costo* (o sacrificio que impone el renunciar a la satisfacción de otro deseo). Por tanto, el individuo transforma las expectativas en un valor concreto (beneficio o ventaja positivos que viene a añadirse a la propia expectativa) y, tras compararlo con el costo, toma finalmente la decisión.

Esto lleva a ver con más claridad que, una vez tomada la decisión, lo que a fin de cuentas se compra no es un bien, un producto o un servicio en particular, sino una

esperanza que se concreta en que el proveedor va a proporcionar la mejor relación Costo/beneficio favorable al comprador.

Se compra información (conocimiento) porque se supone que la información que posee el médico es el medio idóneo para resolver la necesidad de salud y esa es la piedra angular en la que descansa el reconocimiento del valor con que se conforma la expectativa. Al margen de la necesidad, aquella queda satisfecha o no en el contexto del servicio global que se presta, puesto que así es la forma bajo la que se “materializa” la compra efectuada.

El servicio sanitario no podría apreciarse de otra manera porque el conocimiento médico (la información) necesariamente se expresa tanto en el diagnóstico como por medio del tratamiento aplicado al episodio que define la enfermedad. Esto es, se compone de dos factores: la interacción entre el paciente y el profesional (que es fruto de la decisión de compra tomada), y la aplicación de la ciencia, el arte y la tecnología médicas (junto con otras ciencias) para normativizar el proceso y ejecutar el curso clínico que se haya programado. Ambos aspectos no sólo son inseparables, sino que se hallan tan estrechamente interrelacionados que el primero puede influir sobre la naturaleza y el éxito del segundo hasta el punto de que una técnica puede o no dar el resultado previsto debido a la influencia que tiene la relación interpersonal; e, igualmente, puesto que lo comprado es realmente una esperanza, también influye en el éxito el sistema físico (recepción, sala de espera, comodidad, mobiliario, decoración, equipamiento, etc.) o elementos del servicio, porque el paciente (el cliente) lo valora y asume como señal de interés para la satisfacción de su necesidad (54).

F. Configuración de la Oferta

En todo proceso productivo (sea de servicios o de bienes físicos) se utilizan unos recursos que, a través de una serie de procesos intermedios, dan lugar a la consecución del producto final. Este producto se identifica en el servicio sanitario con el nivel de salud restablecida, mejorada o, en el peor de los casos, mantenida.

(54) Corella JM. El “producto” sanitario. En: La gestión de servicios de salud. Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid, 1996: 155-196.

La oferta de Servicios de Salud responde a un sobrentendido espectro jerárquico, a medida que se “avanza” en el recorrido de esa jerarquía, los servicios que se ofertan aumentan en cantidad y novedad (nuevos servicios), hasta llegar al límite máximo en el que se ofrece toda la gama que el estado de la ciencia y la técnica hacen posible.

El “negocio” del servicio sanitario presenta una particularidad: los costos aumentan rápidamente con el grado de morbilidad de los pacientes y, cuando esta surge en alto grado, es cuando en el sector privado entra en juego el efecto de las posibilidades económicas del individuo (su renta), puede decirse que, en el sector privado la elasticidad de la demanda de servicios de salud se configura con relación a la renta del individuo como superior a la unidad y que en el sector público el terreno en el que existe la oportunidad más clara de competir es en el impulso de mejoras correspondientes a la relación interpersonal y el confort; terreno este nada desdeñable porque la población, cuyo nivel de vida progresa, reclama un desarrollo paralelo de ese nivel que configura los elementos de tangibilidad del servicio.

G. Puntos fundamentales en los que se asienta el Marketing de Servicios de Salud

El “marketing de servicios de salud” es una estrategia para orientar a la organización proveedora de tales servicios hacia al mercado, por lo que la gestión debe practicarse en dicho sentido y para ello han de conceptuarse los servicios como productos que se suministran a los pacientes tomando en cuenta la perspectiva de estos respecto a aquellos.

La mayoría de los modelos de marketing se basan en la experiencia de competir en el mercado; en el sector de los servicios la competencia se sustenta tanto a nivel estratégico como operativo, es una condición fundamental reconocer y aceptar lo que se oferta, que está constituido por el conjunto de aspectos susceptibles de ser percibidos por los clientes; es decir, reconocer cómo perciben estos las interacciones que se provocan entre ellos y los proveedores del servicio (calidad funcional del proceso), conceptualizar adecuadamente qué es lo que se les

suministra (calidad técnica del resultado) y conocer de qué manera valoran la percepción de lo que reciben (imagen y comunicación de la calidad provista).

A partir de tales premisas es como puede planificarse la asistencia sanitaria en base no a un mero “paquete de servicios” sino configurando una oferta integral e integrada de los mismos; es decir, basada en el planteamiento de que un servicio de salud es tanto un medio para resolver el problema surgido por la rotura de equilibrio entre el individuo y su medio, como la provisión de aquellos beneficios que buscan o valoran los pacientes en el proceso con el que se da satisfacción a su necesidad.

Es necesario, por tanto, conocer algunas cuestiones en las que se asienta el **enfoque de Marketing de Servicios de Salud**. Esas cuestiones, de manera genérica, pueden concretarse en tres puntos básicos: a) configuración previa del concepto de servicio (para proceder así al desarrollo del paquete fundamental de servicios), b) contenido de la oferta (conjugando equilibradamente los elementos esenciales con los que dimanen de las diversas percepciones que tienen lugar en el proceso de la interacción proveedor- paciente), y c) gestión de la imagen y la comunicación.

1) Configuración del Concepto de Servicio

Entre los profesionales del sector sanitario suele ser moneda de uso corriente conceptualizar el servicio que prestan atendiendo fundamentalmente a los aspectos internos y con demasiada frecuencia sin prestar mayor atención ni comprender enteramente el punto de vista de los pacientes acerca del servicio que se les suministra. Su concurso se debe a la aparición de una necesidad que requiere ser certificada por el médico, puesto que la sola apreciación del individuo no es suficiente para corroborar que ha aparecido la enfermedad; sólo el diagnóstico del médico sanciona realmente la necesidad de curación, rehabilitación o mejora, y eso induce de manera natural a que quede relegado a un segundo plano el punto de vista del paciente, a fin de cuentas, quien se supone que realmente sabe sobre el asunto es el médico y, en consecuencia, al individuo enfermo no le resta más que acatar su dictamen.

Evidentemente, esto colabora con notoria eficacia a que se diluya el concepto de servicio y por eso, la aplicación del enfoque de marketing a los servicios de salud reclama que previamente se haya de comprender y configurar adecuadamente el concepto de servicio como punto de partida.

Una institución sanitaria sabe de sobra cuál es el servicio que presta, la O.M.S., define un hospital de la siguiente manera: ***“Parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar; el hospital es también un centro de formación de personal médico-sanitario y de investigación bio-social”***.

Desde el punto de vista clínico la definición puede que sea impecable, pero acusa las siguientes carencias: consagra una predisposición de la actividad hospitalaria hacia la producción, ignora totalmente la correcta conceptualización de servicio y no hace la más mínima referencia a esos otros elementos auxiliares que deben incorporarse a las relaciones con los pacientes, y que son los que constituyen los valores y beneficios que ayudan a mejor competir.

Como se mencionó anteriormente el Marketing se considera como el conjunto de actividades destinadas a satisfacer necesidades y deseos de los mercados objetivos a cambio de una utilidad o beneficio para las instituciones que lo ejercitan (55). El marketing se implementa en las instituciones de salud desde los inicios de los años 70 en los principales hospitales de Estados Unidos; dicha práctica se ha generalizado en la oferta de los servicios de hospitales públicos y privados de América Latina en esta primera década del 2000.

En la actualidad el énfasis no está en vender productos o servicios sino en satisfacer necesidades y/o expectativas del mercado a través de productos y/o servicios de valor. Así, pues, la estrategia de una organización será efectiva en la medida en que sus productos o servicios otorguen el valor que el mercado espera.

(55) Pérez LA. Marketing social. México: Editorial Pearson Prentice Hall, 2004, pp. 390-393.

Por "valor" se entiende la percepción comparativa por parte del mercado de calidad en función del precio de un producto o servicio entre competidores. Si el mercado percibe que nuestra empresa ofrece un producto o servicio de más valor que otras empresa, entonces nos llenaremos de clientes de dicho mercado y seremos rentables.

La nueva gerencia en salud considera a los hospitales como empresas productoras de procesos-servicios de salud que requieren de un manejo empresarial que conlleve una rentabilidad social, el caso de los nosocomios públicos, y económica para los hospitales privados. Bajo este enfoque el marketing en salud es una herramienta de gestión que procura la satisfacción de las personas, usuarios o clientes, y que tiene a la calidad como meta.

Toda organización u hospital se encuentra en la necesidad de adecuar permanentemente su capacidad de respuesta, de mejorar su competitividad, básicamente por la vía de optimización de los recursos, y por la vía de la mejora de los procesos de gestión y producción.

Hoy en día muchos todavía se cuestionan por qué hablar de la mercadotecnia en los hospitales públicos, donde se da la impresión de que las "fuerzas del mercado" intervienen poco, y donde parece que los directivos tienen que pensar más en cómo frenar la demanda que en conseguir clientes. Basta señalar que la mercadotecnia como elemento clave, explicativo del comportamiento en las organizaciones, encierra un gran valor como instrumento de cambio, de mejora del comportamiento, y por tanto de avance hacia unos resultados cualitativos y cuantitativos de la organización.

La Mercadotecnia Sanitaria es un ejercicio profesional y una disciplina de la gestión cada vez más tecnicada, cuya esencia radica en que se vincula directamente a la gestión del hospital. Y es este último punto el principal argumento para su aplicación. Los hospitales públicos presentan un número cada vez mayor de problemas que pueden ser comprendidos y ayudados a resolver con acciones mercadotécnicas. La Mercadotecnia externa puede atraer clientes hacia los servicios, así como orientar su mejor uso; puede desincentivar un consumo excesivo

haciendo **desmarketing** (en el caso de saturación de los servicios de urgencia por una demanda de urgencias no verdaderas); permite conocer la imagen que tienen los consumidores sobre los servicios hospitalarios y puede influir sobre ella, creando una imagen institucional propia y un posicionamiento positivo con una clara diferenciación de los servicios; al igual que ayuda a traer recursos externos. La Mercadotecnia interna procura la motivación del personal; ayuda a hacer un mejor uso de los recursos existentes y permite el desarrollo de una filosofía de calidad.

Clarificando conceptos, habría que entender que la **Mercadotecnia Hospitalaria** es la gestión de un intercambio entre el hospital y los ciudadanos (usuarios potenciales y reales) para conseguir el bienestar deseado. Esta orientación tiene como clave la determinación de las necesidades y valores de la población objetivo (mercado meta) a fin de conseguir el deseado nivel de satisfacción.

La gerencia de hospitales requiere, como se ha mencionado, de una nueva orientación basada en el mercado que se puede estructurar en varias líneas:

- a) La necesidad de que el hospital cambie de orientación hacia uno más sensible, más cercana al cliente, buscando un intercambio de servicios y programas basados en los valores y contravalores que percibe el usuario.
- b) Acercar a los pacientes y familiares en función de un estudio de las preferencias, necesidades, expectativas de los usuarios con el fin de satisfacerlas, valorando en ellas la realidad percibida en función de las necesidades personales y las experiencias anteriores.
- c) Plantear, establecer estrategias diferentes en función de públicos distintos, lo que implica segmentar el mercado, teniendo en cuenta entre otras variables, los horarios de transporte de la gente que se desplaza para consultas externas y que procede de sitios distintos, las necesidades de los pacientes en función de la edad, el nivel socioeconómico.
- d) Responder a las necesidades de los clientes mediante un conjunto de actividades que tengan en cuenta, el servicio, no en sí mismos, sino en función de cómo lo percibe el cliente y cómo se pone en disposición de los posibles usuarios. En ello habría que valorar las fases del proceso por las que pasa el usuario para obtener un servicio de calidad.

- e) Buscar integrar a los profesionales en el proyecto, en base a un reequilibrio de poderes que mejore la gestión de recursos humanos, utilizando un estilo diferente de gestión, jugando con la comunicación interna como uno de los elementos fundamentales.
- f) Romper con el aislamiento hacia fuera de los servicios sanitarios, intentando implementar la frase de que, además de hacerlo bien hay que hacerlo saber.

Todo lo anterior conlleva a estar atentos a las necesidades de los clientes y ser conscientes de ellas; es decir, estar cerca del usuario pendientes del antes y después de entrar en nuestro hospital.

Este planteamiento no debería entenderse desde la óptica del servilismo médico de que “*el cliente siempre tiene la razón*”, ni de que la oferta de servicios de nuestros hospitales no tendría por qué mejorarse, ya que es suficientemente buena en sí misma y sólo le faltaría una buena promoción. Lo que hay que pretender es dar una **orientación de servicio y al cliente**; esto significa atender y asumir que la percepción que la población tiene de los servicios del hospital, no se ha creado sólo por las noticias que han aparecido en los medios de comunicación, sino que la misma se ha generado en gran parte a través del contacto directo de los usuarios con los profesionales que trabajan en los servicios, la asistencia sanitaria que se presta y la valoración de la calidad de la misma (no sólo técnica sino también ligada a los aspectos de funcionalidad en la espera, en el trato, en la comunicación, en el edificio, en el entorno).

Este camino nos lleva a buscar unos directivos que tengan más delicadas habilidades de negociación, de comunicación, del arte de persuasión, de la ciencia del escuchar, de la entrada a la participación y al diálogo, de la habilidad de crear un sentido de propósito de cambio para saber trabajar con los médicos, enfermeras, y demás profesionales de la salud, conseguir acuerdos con los medios masivos de comunicación y grupos locales.

Para conseguirlo, las estrategias del *marketing* deben tener en cuenta un conjunto de elementos organizacionales, presupuestarios, de infraestructura y de personal, además dichos planteamientos deberían tener en cuenta el conjunto básico de

servicios que se deberían ofertar desde las diferentes unidades del hospital, teniendo en cuenta las características y atributos ligados a la fiabilidad técnica y a la capacidad de respuesta, junto aspectos de costos, consideración "cortesía de trato, grado de comprensión del problema del usuario, accesibilidad, disponibilidad horaria y comunicación (comunicación fluida paciente, personal médico y paramédico y familiares-servicio) e imagen de los mismos (credibilidad e imagen que ayuden a marcar un posicionamiento de los servicios del hospital.

Toda organización que realiza sus actividades dentro del sector salud, requiere de herramientas gerenciales con las cuales debe buscar permanentemente la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo organizacional. Es precisamente el mercadeo una ciencia integradora, dinámica y de alto valor agregado, con la cual se pretende que la entidad de salud y/o el profesional independiente se **oriente** siempre hacia el cliente (paciente), hacia el mercado (comunidad) y logre un excelente reconocimiento, basado en los beneficios de sus servicios con el eterno principio de la calidad del servicio.

Ello ha traído como consecuencia la reforma a los sistemas de salud en muchos países de América Latina, basados en el principio de que la competencia presiona la mayor eficiencia y la búsqueda en la calidad de los servicios.

Bajo este panorama, el mercadeo es el concepto gerencial que mayor orientación y ayuda puede brindar al profesional de la salud que ejerce su profesión liberalmente y a las personas que desempeñan roles gerenciales en cualquier entidad de salud.

2) Contenido de la Oferta de Servicios de Salud

Como se mencionó y describió anteriormente la oferta de los servicios de salud cabe distinguir tres grupos de servicios: Servicio esencial, Servicios adicionales y Servicios de apoyo.

H. Función del Marketing en los Servicios de Salud

Al cliente de un servicio le influyen, tanto como la calidad del producto, los medios de producción (instalaciones, recursos humanos y materiales, tangibles e intangibles) y el proceso productivo (comportamiento de los empleados y manera como se utilizan las instalaciones y los medios de producción). Esa influencia hace que en los sistemas de servicios la función del marketing deba extenderse a cada componente de la organización y provisión del servicio (sea este humano o no humano), y a cada etapa del proceso productivo y suministro del mismo.

La función del Marketing incluye cuatro aspectos fundamentales:

- 1) Conocer y comprender el mercado (investigación y estudios).
- 2) Localizar y escoger los segmentos o “nichos” de mercado, colaborando al diseño de los productos (precio, calidad, relación precio/calidad, necesidades, oportunidades, etc.), estableciendo prioridades, identificando quiénes son los competidores, conociendo mejor los gustos y deseos, y asegurando la fidelidad por medio de la adaptación de los productos a esos deseos y gustos.
- 3) Planificar, realizar y controlar los programas de marketing que se hayan decidido.
- 4) Modelar y preparar a la organización para que todas las personas pertenecientes a ella se conciencien de la importancia de su cometido, desarrollen su trabajo con la mayor calidad posible, y se realicen con éxito los programas y actividades de marketing.

En suma, podemos concluir que la función del marketing consiste en hacer que “la empresa base todas sus actividades en las necesidades y deseos de los clientes que integran los mercados objetivo seleccionados” (56) por medio de una adecuada planificación, una correcta realización y un escrupuloso control de los programas de marketing que se hayan decidido.

(56) Kotler Ph. Marketing Management. Prentice-Hall. Englewood Cliffs., N. J., 1988: 193.

I. Necesidades de Marketing en el Servicio de la Salud

En el campo de la salud se necesita el marketing por cuatro razones:

- 1. Regulaciones legales:** Ellas han creado y están creando en muchos países entornos más competitivos ante los cuales es evidente la necesidad de una estrategia de mercadeo.
- 2. Aumento de ofertas de profesionales y entidades:** La experiencia ha demostrado que los países y sociedades que se capacitan, se vuelven más competitivos, América Latina está en un proceso de formación profesional lento pero creciente lo que presiona el mercado laboral de servicios de salud.
- 3. Con las reformas a la seguridad social y la salud pública,** también comienza a desarrollarse crecimiento institucional de la oferta de servicios de salud. Ambos elementos presionan más a los oferentes, lo que los obliga a decidir con mayor precisión sus estrategias y el marketing es el orientador de estas estrategias.
- 4. Clientes más informados y exigentes:** Sin lugar a dudas, estamos en la sociedad de la información, coma bien lo plantean P. Druker y A. Tofler (57). Los pacientes de hoy conocen más sobre la salud, tanto de aspectos clínicos como legales y ello los hace comportarse de manera más exigente y no tan sumisa como en otros tiempos. Por ello el mercadeo exige que la organización y el profesional de la salud, brinden la mejor calidad del servicio y comprensión del usuario.
- 5. Tecnologías rápidamente cambiantes:** Se calcula que en la ciencia médica se da una transformación tecnológica más o menos sustancial cada cinco años, lo que obliga a aquellas entidades que manejan tecnologías de mediana y alta complejidad, a tener excelentes planes de mercadeo para no salir del mercado.

(57) Alzate G., Juan Gonzalo: Manual Gerencia del Servicio en Salud. Instituto de Ciencias de la Salud CES. Medellín, Colombia. 1994

J. Desafíos en el Marketing de Salud

Por las características del servicio de salud existen una serie de dificultades para mercadear dichos servicios, entre las más importantes tenemos.

- 1) **Mayor complejidad en la relación comercial:** En otros negocios distintos a la salud, la relación comercial no es tan compleja, por ejemplo en una cuenta bancaria solo participan banco y cliente o en un negocio de comidas rápidas, igualmente son dos: empleado y cliente. En la prestación de un servicio de salud concurren tres actores fijos y uno variable; los fijos son el paciente, el profesional y/o institución y la familia del paciente; el variable, que sería el cuarto actor, no siempre está presente y es el intermediario, llámese aseguradora, prepago o administrador de la seguridad social. Cualquier acción que se haga con el paciente, repercute en los demás actores de manera positiva o negativa. Es claro entonces que esa relación comercial más compleja en salud, las variables de mercadeo son más difíciles de desarrollar y de armonizar.
- 2) **Mayor incertidumbre en la Compra:** Es muy claro que para el ser humano no es lo mismo Comprar una cirugía cardíaca o la atención de una urgencia, que comprar un Carro, un viaje o cualquier otra cosa. La compra de servicios de salud genera mayor incertidumbre, lo que dificulta el lograr una mayor satisfacción de las expectativas con las que llegan los usuarios.
- 3) **La experiencia es esencial:** El valor de la experiencia como factor para decidir una compra, es esencial en muchos productos y servicios. En servicios de salud sí que es cierto. Por ello es tan difícil muchas veces que un profesional recién graduado se posicione rápidamente, luego para los nuevos profesionales y nuevas instituciones, la falta de este valor, dificulta más las estrategias de mercadeo.
- 4) **Mayor dificultad para la diferenciación:** Uno de los propósitos genéricos que se busca con el mercadeo es el de diferenciarse, entendido como una característica que resalta en el mercado y con la cual me identifican y me

posicionan en la mente de los usuarios. Las entidades y profesionales de salud tienen tres elementos genéricos para diferenciarse estos son: Tecnología de punta; alta calidad humana; alta calidad científico-académica. Como se puede ver todos tres difíciles de alcanzar y mantener con excelencia a lo largo del tiempo.

5) Estandarización de la calidad: En el campo de los productos ha existido un gran desarrollo hasta llegar a las normas ISO de reconocimiento internacional. En el campo de los servicios y sobre todo en salud, más que las máquinas, se deben **estandarizar comportamientos humanos** de cultura de servicio y de calidad humana, empresa ya de por sí difícil.

6) Falta de conciencia de que cada empleado es el mejor vendedor: Lo que debe buscarse es el desarrollar la mentalidad de mercadeo en cada persona de la organización de salud. La organización o profesional que logre comprender, que con su actitud humana y científica de alta calidad lograra un mayor impacto en la venta de sus servicios, habrá superado una de las grandes dificultades para mercadear los servicios de salud.

7) Falta de conocimientos o departamentos de mercadeo: Esta es una dificultad fácil de superar, al realizar capacitaciones o asesorías con empresas y expertos sobre el tema.

Debe quedar claro que los puntos que se enunciaron, no llevan el mensaje de que no se pueda hacer el marketing: por el contrario lo que se quiere es expresar es que al momento de plantear todo el proceso de marketing, se tengan en cuenta para poder ser más efectivos y comprender la dificultad de su aplicación en la realidad organizacional.

K. Variables del Marketing de Servicios

Cuando los mercadólogos desarrollan estrategias para comercializar bienes manufacturados, generalmente se concentran en cuatro elementos estratégicos básicos: producto, precio, plaza (lugar) y promoción (comunicación), en conjunto se

las llama las "4 P's" de la mezcla de marketing, pero por las características especiales y naturaleza distintiva como ya se ha mencionado de los servicios es necesario modificar la terminología original y en su lugar hablar de: elementos del producto, lugar y tiempo, precio y otros costos para el usuario, y promoción y educación. Además se añaden cuatro elementos asociados a la entrega del servicio: entorno físico, proceso, personal y productividad y calidad, estos elementos en conjunto es lo que se llama las "8 P's" del marketing de servicios y representan los ingredientes necesarios para crear estrategias viables que cubran de manera redituable las necesidades de los clientes en un mercado competitivo, por lo tanto se las considera como las ocho palancas estratégicas del marketing de servicios.

2.3 EL "MIX" DE MARKETING

Si la función de marketing compete y ha de ser asumida por todos los miembros de la organización, el "Mix" de Marketing, o decisiones sobre las actividades que atañen a las famosas 8 "P's", se desarrolla en un departamento específico de la empresa (el "departamento de marketing") tras analizar y considerar atentamente los varios extremos que corresponden a cada una de las variables o actividades que integran esa mezcla.

Con un "Mix" de Marketing lo que se persigue es suministrar el producto más adecuado a las necesidades y requerimientos del consumidor, hacerlo al precio que reporte mejor beneficio para el comprador y para el vendedor, situar el producto en la forma más accesible para su venta (cobertura geográfica, cuidada logística, pertinentes canales de distribución), y poner todo eso en conocimiento del mercado a través de la publicidad, la promoción y las relaciones públicas más efectivas. Eso se consigue mezclando apropiadamente unas cosas y otras para lograr un único objetivo: crear un intercambio en el que queden satisfechas las necesidades individuales y los objetivos organizativos, optimando la mejor relación costo-beneficio (rentabilidad).

En el caso concreto de los servicios sanitarios, los elementos específicos que corresponden a un “mix” de Marketing tienen algunas particularidades que conviene analizar para su mejor adecuación.

1. ELEMENTOS DEL PRODUCTO

Los productos de servicio constituyen el núcleo de la Estrategia de Marketing, si un producto está mal diseñado, no creará valor significativo para los clientes, incluso si las P's restantes están bien ejecutadas, por lo tanto la planeación de la mezcla de Marketing inicia con la creación de un concepto de servicio que ofrezca valor a los clientes y que satisfaga sus necesidades que las alternativas de la competencia.

Los productos de servicios consisten en un bien fundamental, que responde a una necesidad primaria del cliente y en un conjunto de elementos del servicio complementario, que ayudan al cliente a utilizar el producto fundamental de manera eficaz, así como agregar valor por medio de las mejoras bien aceptadas. Un producto de servicio se compone de todos los elementos de la prestación del mismo, tanto tangibles como intangibles, pero que crean valor para los clientes.

Arrow (58) señala que todas las características singulares de la empresa de servicios de salud se derivan prácticamente de la prevalencia de la incertidumbre y, en cuanto a los métodos de producción, en ninguno se da una desigualdad de información entre productor y comprador como en este. Además, la dicotomía entre producto final y productos intermedios tiene una significancia muy relevante y en el producto que se oferta concurren dos facetas fuertemente diferenciadas: el servicio-información (diagnóstico-proceso-curso clínico) y el servicio productivo (personal-equipamiento-tecnología).

Lo que ocurre con el paciente tiene mucho que ver con su propia condición, pero más aún con los factores propios del proceso productivo. Entre ellos destaca con luz propia la heterogeneidad, no siempre justificada, de las prácticas médicas. Creer que en todos los casos de la práctica médica se produce una correspondencia entre

(58) Arrow K.J. La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas. ICE. Junio, 1981: 27-50.

proceso y resultado es una angelical ingenuidad, aunque lo peor de todo es que tal correspondencia, velada por lo heterogéneo de la práctica médica, puede enmascarar perfectamente lo que realmente ha de medirse o constituye el producto (59).

Miraremos algunos aspectos generales que nos ubicaran en lo que significa estar en el negocio de los Servicios de Salud: un primer elemento a resaltar es el valor de los negocios de servicios para la economía, ello quiere decir que todas las acciones que hacemos en salud generan un impacto económico al permitir la recuperación de una población económicamente activa; un segundo elemento es el de concebir el acto gerencial y administrativo como un servicio que se presta a la organización; el tercer elemento de análisis, se refiere a las expectativas que manejan los usuarios; el cuarto elemento se refiere al componente de la calidad que se compone de tres elementos: humano, científico-técnico y administrativo.

En términos generales, al momento del contacto con el usuario en la prestación del servicio de salud, él se encuentra en una incapacidad para evaluar o medir: la calidad científica. Pero es precisamente, los otros dos elementos componentes de la calidad (el humano y el administrativo), son los que él si puede evaluar y que le generan un mayor impacto, ya que el componente científico sólo será durante el tratamiento y la recuperación de su salud, el momento en el cual el usuario evaluara su calidad, si se recupera o entiende el control de su enfermedad por las explicaciones dadas por los profesionales.

a) Características de los Servicios de Salud

- 1) Un servicio se produce y se entrega simultáneamente.** Es decir, todo lo que se diga y se haga, hace parte integral de la prestación del servicio. No se pueden separar la producción de la entrega del mismo.

- 2) Prestarlo masivamente es más difícil:** Las industrias de productos que pueden multiplicar más fácil y rápidamente su producción en serie.

(59) Corella JM. El "producto" sanitario. En: La gestión de servicios de salud. Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid, 1996: 155-196.

- 3) **Es intangible:** Sólo deja sensación de satisfacción o insatisfacción, y las sensaciones son expresiones humanas que no se empacan ni tienen aspecto físico.
- 4) **Homogeneizar su percepción de calidad es más difícil:** Nadie duda de la calidad de un televisor Sony, pero estandarizar la calidad en salud es más complejo
- 5) **Las estándares de calidad:** Deben estar presentes antes de prestar el servicio al paciente y no después, como se hace en muchas empresas de productos.
- 6) **No se pueden patentar:** Los servicios de salud, como si los productos o muchos de ellos.
- 7) **El componente humano en la prestación del servicio ocupa un altísimo porcentaje:** En la industria de productos hay fábricas totalmente automatizadas y robotizadas, donde el componente humano es escaso.

No podemos olvidar además, que el paciente con su comportamiento y actitud, hace parte del resultado final de la calidad del servicio. Si el paciente es juicioso en sus tratamientos, sigue las recomendaciones terapéuticas, de rehabilitación, las citas y exámenes de control; el resultado final de su proceso de recuperación o mantenimiento de la salud, será de alta calidad.

Sin embargo, sabemos que muchas veces esto no es así y a pesar de nuestros esfuerzos con los pacientes, ellos no colaboraran y hasta nos trasladaran la culpa de un mal resultado. De manera que al usuario será necesario involucrarlo en procesos de educación y prevención de la salud, como estrategia de mercadeo para que nos ayude al buen manejo del producto que el requiere.

b) Elementos fundamentales para un buen servicio

Existen dos conceptos que toda persona de la organización de salud deberá tener presente comenzando por la alta gerencia.

1) Momentos de verdad:

Su definición nos dice que es el preciso momento en el cual un cliente (paciente), se pone en contacto con cualquier aspecto de la organización, a través del cual estamos dando la oportunidad a que se produzca en su mente; una impresión o imagen sobre la calidad del servicio que recibe.

Es de resaltar, que los aspectos pueden ser las cosas materiales y no materiales del lugar donde se produce el contacto. Es obviamente el aspecto humano el que más buena o mala impresión e imagen generara en el paciente. Además, todo el recurso humano de la organización debe comprender que la **lealtad** de los clientes es como el éter **volátil**. Puede un cliente llevar muchos años con un profesional o entidad de salud, pero ante un momento de verdad negativo, esa lealtad se puede perder fácilmente. El momento de verdad en sí, no es ni positivo ni negativo: lo que lo hace de una u otra manera, será el manejo que cada persona de la entidad le dé a ellos.

2) Ciclos de servicio:

Es la suma de los momentos de verdad por los que pasa un paciente en una entidad de salud. Esta significa colocarse los zapatos del paciente para conocer todas los pasos que se realizan para obtener un determinado servicio, como una consulta médica, una hospitalización, una autorización para cirugía, la inscripción en un programa preventivo, etc.

De lo que debe concientizarse a todo el recurso humano, es del manejo que cada uno de ellos haga del momento de verdad con el paciente, pues en la mente de este se hará un balance, que al final dejara una imagen de buena o mala calidad del servicio, también este ciclo lo podemos adaptar buscando que sea lo más amigable con los pacientes.

c) Conocimiento del cliente

Sin lugar a dudas, para poder prestar y lograr un excelente servicio, se requiere conocer muy bien al cliente, pues solo así podremos satisfacer al máximo sus expectativas.

Existen dos tipos de clientes: el que recibe el servicio (producto) llamado cliente externo y el que maneja el servicio (producto), quien es obviamente el empleado o profesional, llamado cliente interno.

1) Cliente externo

Podemos mencionar algunas de las características de los clientes externos diciendo que generalmente a ellos no les preocupa los problemas internos de la organización, no les interesa generalmente que las personas de la organización tengan mucho trabajo. Ellos solo están interesados en que se resuelvan rápidamente sus problemas.

Por las razones anteriores podemos asegurar que los clientes externos tienden a tener un comportamiento egoísta, elemento del cual deben ser absolutamente conscientes todos los empleados de la organización de salud, para que el manejo de los momentos de verdad sea lo menos frustrante posible.

Existen varias clasificaciones de los clientes externos, una de ellas nos muestra cuales son los tipos de clientes que pueden existir, basados en los rasgos de personalidad y su comportamiento al recibir mala calidad del servicio.

- **Cliente sumiso:** Es una persona tímida que no está dispuesta a quejarse, generalmente recibe el mal servicio y lo que hace es no volver a la entidad como su forma de quejarse.
- **Cliente agresivo:** Es un cliente bastante frecuente en los servicios de salud, sobre todo en el servicio de urgencias, debido obviamente al contexto que se

maneja allí. Con este cliente no se necesita adivinar qué fue lo que salió mal en la prestación del servicio, él lo va a reclamar insistentemente.

- **Ciente gastador:** Es aquel que siempre saca a relucir el dinero que paga frente a la calidad que recibe. Generalmente actúa y explica con mucha lógica el momento de verdad negativo.
- **Ciente abusivo:** Se encuentra en todo tipo de negocio. Es la persona que busca ganancias secundarias intentando o logrando violar las normas organizacionales y legales establecidas. Busca entonces la inobservancia a la norma, llegando incluso a extremos como la corrupción, con el fin de lograr su objetivo.
- **Ciente quejumbroso crónico:** Parece que su misión en la vida es siempre quejarse de todo. Es el tipo de paciente que siempre encuentra "algún detalle" que no lo satisface.

Estos comportamientos que hemos descrito en los usuarios, no son puros obviamente y una misma persona puede reaccionar de diversas maneras.

2) Cliente interno

Es la persona que maneja el producto (servicios) que ofrece la entidad, para lograr un excelente mercadeo integral. El concepto de cliente interno, se refiere esencialmente a que cada uno de los empleados, comenzando por la alta gerencia, considere a sus compañeros de trabajo con valor de cliente.

Lo que debemos evaluar para conocer cuál es el grado en el cual verdaderamente se palpa un ambiente de orientación hacia el cliente interno, es lo que se conoce como la evaluación del clima organizacional. Se refiere en esencia, al ambiente integral de trabajo que se presenta en la empresa de salud, que refleja de una manera muy clara, las causas por las cuales se manejan muy bien o muy mal los momentos de verdad que se presentan a diario.

Los puntos que se debe evaluar constantemente en una entidad de salud, para conocer su actual clima organizacional y la evolución de este, Son los siguientes:

- Cuál es el grado de conciencia que existe en las personas, sobre el valor que su trabajo agrega a la entidad.
- Cómo son las condiciones del puesto de trabajo. Si son apropiadas y seguras.
- Cómo se sienten frente a la remuneración y si las prestaciones sociales son adecuadas. (Aunque es un punto controversial, hay que evaluarla).
- Supervisión del desempeño laboral competente.
- Retroinformación sobre el rendimiento en el trabajo.
- Las posibilidades de aprender y progresar en el trabajo.
- Cómo son los procesos de ascenso. Por méritos u otras circunstancias.
- Clima social positivo en el sentido de las celebraciones sociales propias de la empresa.
- Justicia y juego limpio en las decisiones administrativas.

Esta evaluación se puede realizar con encuestas, entrevistas personales o reuniones de grupo, según se observe la forma más adecuada para cada organización. Lo importante es realizar un diagnóstico inicial, hacer las mejoras y retro informar los cambios logrados.

Las cualidades que se debe buscar en el personal que presta el servicio son esencialmente tres:

- Autoestima y madurez
- Talento social
- Tolerancia al contacto humano repetido.

Son tres cualidades inherentes a las personas que prestan el servicio de salud, además de agregarles la capacidad científica o administrativa para manejar los procesos de Trabajo.

d) El ciclo de vida

Desde la perspectiva de la función del Marketing, el llamado “ciclo de vida” hace referencia al que describe el producto (o servicio). Acerca de él, el profesor Grande Esteban señala que se trata de una construcción teórica por medio de la cual se supone que a los productos y los servicios les sucede lo mismo que a las personas; es decir, que nacen, se desarrollan, alcanzan la madurez y, finalmente mueren.

De todas formas, cuando se trata de bienes físicos no cabe duda de que es útil para tomar decisiones de marketing; pero surgen dudas cuando se trata de aplicarlo a los servicios, pues el ciclo puede tener cualquier forma, hay indefinición en lo que se entiende por servicio y existen serias dificultades para que muchas empresas de servicios desarrollen una cartera de productos equilibrados (60).

En efecto, la empresa sanitaria suministra un tipo de servicios cuyo proceso de producción es altamente heterogéneo, lo que abona que el ciclo de vida de sus productos presente multitud de formas y no son fácilmente “comunicables”.

Sin embargo, sí existe un ciclo de vida. Lo que ocurre es que no cabe referirlo al producto o servicio sino al que discurre a través de la relación con los pacientes. Ese ciclo, ya no es que sea fundamental, sino fundamentalísimo.

Cada paciente establece una relación con el proveedor del servicio sanitario que debe ser desarrollada y mantenida por toda la organización en su conjunto. Ciertamente para el individuo que está enfermo no hay elasticidad de sustitución entre la demanda de servicio sanitario y la de cualquier otro bien porque la utilidad marginal de la curación al menos inicialmente es infinita, pero las relaciones con los pacientes (usuarios o clientes) no están simplemente ahí, sino que hay que ganárselas, y esas sí que responde a un auténtico ciclo vital que nace con su necesidad de salud, se desarrolla a través de las interrelaciones que se provocan a lo largo de todo el proceso productivo, alcanzan su madurez con la curación, rehabilitación o mejora, y se extinguen con el alta médica.

(60) Grande Esteban I. Capítulo VII. En: Marketing de los servicios. ESIC. Madrid, 1996: 168-197.

Cualquier individuo es un cliente potencial de una institución sanitaria, antes de caer enfermo la relación del individuo con el proveedor del servicio sanitario se halla en la etapa inicial del ciclo de vida que se desencadenará cuando lo necesite. Surgida esa necesidad aparece la segunda etapa del ciclo, consistente en decidir el aprovisionamiento acudiendo a una institución sanitaria para que se le diagnostique el mal que padece y se le oferte el proceso terapéutico oportuno. En este estadio se produce, en términos de expectativa, una evaluación potencial del servicio ofertado y, si esta es positiva, el paciente aceptará probarlo, entrándose así en la tercera etapa del ciclo: el proceso de consumo (o etapa de uso). Durante este proceso, el paciente observa la habilidad del agente proveedor en el suministro del servicio y forma en que se ocupa de sus problemas, valorando así hasta la consecución del resultado la calidad técnica y funcional que él percibe. Finalmente, con el alta médica en la mano, se entra en la cuarta etapa: la extinción de la relación con el proveedor y conclusión del ciclo hasta que una nueva necesidad vuelva a desencadenar otra vez este recorrido.

El paciente, puede abandonar el ciclo en cualquier etapa (bien eligiendo otra institución ya en la fase inicial, bien acudiendo a ella si la evaluación potencial del servicio ofertado en la segunda etapa no es positiva, bien solicitando el alta voluntaria en la tercera, bien descartando volver al mismo agente proveedor tras la cuarta o quedarse en él y pasar a la siguiente.

Es obvio que los esfuerzos de Marketing que se hayan llevado a cabo a lo largo del ciclo influirán en la decisión que tome y, en consecuencia, los objetivos del plan y actividades de marketing deberán estar en perfecta sintonía con la fase o etapa en que se hallen las relaciones con el cliente. Así, por ejemplo, en la etapa inicial el objetivo del Marketing consistirá en crear un interés por la institución y los servicios sanitarios que se ofertan; en la segunda, inclinar al individuo enfermo a que “acepte las promesas” implícitas en la oferta realizada para solucionar sus problemas de salud (confirmar su esperanza); en la tercera, brindar una serie de experiencias positivas tanto técnica como funcionalmente, velar porque sean atendidos correctamente todos sus problemas y lograr que se cumplan escrupulosamente las promesas que estaban implícitas en la oferta. O sea, los objetivos de cada una de las etapas deben perseguir que las relaciones proveedor-paciente se consoliden y

prolonguen de tal manera que, si este tuviese en un futuro necesidad de nuevas atenciones sanitarias, vuelva otra vez a la institución que ya le ha atendido impulsado por ese genuino sentimiento que anima siempre a un cliente satisfecho.

Trátese de sector privado o de sector público, el ciclo de vida que discurre a través de la relación con los pacientes está ahí, es de capital importancia y la “fuga” del circuito puede llevar a no ver más a ese paciente o en el peor de los casos, a tenerlo que ver ante un juez.

2. PLAZA, UBICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Al tratarse el servicio sanitario de un servicio básico, la particularidad estriba en que reviste especial importancia no tanto la localización como la accesibilidad. En este sentido, dado que el servicio sanitario se produce y se consume simultáneamente en el proceso de “entrega” (que se sustenta en un contacto que es cara a cara) este elemento ha de interpretarse como lo que resulte más cómodo y conveniente para el usuario. Ahí radica el especial cuidado que se ha de tener con la señalización y limpieza del local, con la decoración, con el trato que se dispense, con la atmósfera de atención y bienestar que se cree.

En la provisión de servicios de salud, la “P” del “*Mix*” de Marketing que corresponde al punto de venta hay que traducirla necesariamente en términos de horario, de equipamiento, de trámites burocráticos, realización de tareas, cantidad y habilidad del personal, tiempos de repuesta, profesionalidad, reducción de los aspectos desagradables o molestos que pueden comportar las exploraciones, tratamientos, extracción de muestras, etc. Así traducida, esta “P” adquiere un mayor peso específico porque se enmarca en parámetros tan decisivos para la configuración de la opinión del paciente como son la información y la comunicación.

El manejo de esta variable del marketing, nos plantea el análisis de la ubicación de un servicio de salud, sea este un consultorio, un centro médico o una gran red de hospitales. Es, tal vez, una de las variables que se maneja con mayor empirismo debido a que en la decisión de ubicar una determinada entidad o pensar en la posibilidad de sucursales, se entrelazan muchos factores.

Cabe anotar que muchas políticas gubernamentales con las cuales se ha buscado el mayor acceso de la población a los servicios de salud, han manejado muy bien la plaza al lograr establecer una cadena de atención, que inclusive se estructura para niveles de complejidad.

Sabemos que a niveles rurales se establecen puestos de salud, en poblaciones más intermedias se ubican centros de salud y hospitales de un primer nivel de complejidad, en las grandes poblaciones y ciudades, se ubican los altos niveles de complejidad que requiere una población. Con ello se han logrado entonces, una mejor distribución de los servicios de salud y un mayor acceso del principal mercado del sector estatal: la población de escasos recursos.

a) Consideraciones importantes para la distribución de Servicios de Salud

Citaremos algunos elementos que se deben tener presentes al momento de decidir la ubicación de una nueva entidad o la sucursal de una que ya está en el mercado.

- Debe tenerse en cuenta la actitud y conocimiento del servicio y la entidad por parte del mercado de la zona en donde se piensa establecer la entidad.
- También debe analizarse la ubicación de los competidores en el área, para ciertos servicios de salud (Ej.: laboratorios, consultorios especializados, centros odontológicos), deberá analizarse la proximidad a otros servicios de salud complementarios como hospitales, clínicas, farmacias, centros de urgencias, etc.
- Cuál es el crecimiento demográfico actual y potencial de la zona geográfica analizada, el cual podrá variar desde una zona de una ciudad hasta el posible desarrollo de una gran región. La epidemiología y la demografía serán de gran ayuda.
- Hay que tener en cuenta que muchos de los clientes de hoy en día, no visitan cualquier lugar de buenas a primeras. Ello debido a que cada vez, hay más opciones de entidades y profesionales que ofrecen servicios de salud.
- Se pueden realizar alianzas estratégicas que nos permiten completar nuestro portafolio de servicios. Por ejemplo, un gran laboratorio clínico, que se

asocie con pequeños centros médicos, generara para el centro médico una ampliación en su portafolio y para el laboratorio una extensión de su plaza o canal de distribución.

- Para ciertos segmentos del mercado, debe considerarse la importancia de un buen transporte o parqueaderos.
- La forma de hacer la plaza lo más móvil posible, es con los servicios a domicilio, obviamente esto solo es aplicable para ciertos servicios de salud.

Si no hay muchas posibilidades de ubicar una sucursal, quedan dos alternativas en mercadeo para seguir haciendo competitiva la ubicación de los servicios:

- Una es aumentar fuertemente la promoción (comunicación) de en donde estamos ubicados.
- La otra es lograr diferenciarse especializándose fuertemente en algo, con lo cual disminuyo la importancia de la ubicación para el paciente, al hacerme muy atractivo por la alta especialización.

b) Mediciones del tamaño del mercado

Este es un elemento fundamental para tomar una decisión de la plaza o ubicación de una sucursal. Los tamaños del mercado se pueden medir de dos maneras en salud:

- **Número de pacientes que lo componen:** Es la ciencia de la epidemiología la que nos suministra estos datos. Con ella podemos conocer el número de pacientes actuales por enfermedad, sus datos demográficos, las tasas de incidencia (números de pacientes nuevos, etc.), lo cual nos orienta a conocer el crecimiento o decrecimiento de la demanda de servicios de salud en una determinada zona.
- **Tamaño del mercado medido en dinero:** Es la medición del valor total en dinero de un servicio específico de salud, que puede estar compuesto por uno o varios servicios complementarios.

Con base en estas dos informaciones (la epidemiológica y la del valor en dinero), la entidad o profesional de salud podrá analizar con mayor detalle la decisión de ubicarse en un mercado en el que pueden estar participando poco y que se encuentra en rápido crecimiento y poder así ubicar una o varias nueva plazas.

3. PRECIO Y OTROS COSTOS PARA EL USUARIO

Esta es una de las clásicas variables que han manejado dos disciplinas administrativas: el mercadeo y las finanzas. Cómo lo veremos más adelante, ambas disciplinas sugieren esquemas para el establecimiento de precios, siendo mayor el abanico de posibilidades con el mercadeo.

En el suministro de servicios el precio siempre interactúa con la calidad y su fijación viene determinada en gran medida por la capacidad de pago del mercado, pero en el caso de los servicios sanitarios se da una particularidad: si son públicos lo establece la Administración y si son privados, pero concertados con el sector público, lo condiciona en gran parte fijando unas tarifas. Por eso, salvo en aquellas instituciones que pueden gozar de cierto margen de maniobra para establecerlo, el precio no afecta a los beneficios (los recursos financieros no dependen de los ingresos y los costos de producción corren a cuenta de las dotaciones presupuestarias establecidas al efecto por la Administración).

En los servicios sanitarios hay un precio que no es de orden monetario (aunque sí real y efectivo) y que quizás por eso interactúa con la calidad percibida de manera mucho más intensa y también más determinante, que el abonado en moneda de curso legal. No es fácilmente cuantificable, pero afecta a criterios de inversión que son de índole personal, íntima y muy profunda, suponiendo un auténtico descalabro para el individuo si resultan demasiado “caros”. El mayor problema radica en que “la capacidad de pago” influye en el resultado del diferencial entre lo esperado (expectativas) y lo experimentado (comprobaciones), por lo que puede incidir negativamente en la calidad percibida.

Para cualquier forma en la cual se establezcan los precios de los servicios de salud, se deben tener en cuenta los siguientes conceptos:

- Generalmente las personas y las instituciones en algún momento de la relación cliente-prestador del servicio de salud, se sienten afectadas por el precio.
- Una buena parte del mercado, realiza en su proceso de compra la asociación precio/ calidad, entendida como la valoración y percepción que para un determinado servicio el precio que se paga es justo, alto o bajo.
- La determinación de un precio, debe permitir como mínimo la recuperación de los costos en los que se incurre para prestar el servicio.
- Pueden desarrollarse esquemas de establecimientos de precios, en los que se desarrolle el principio de solidaridad (manejo de subsidios).
- Las variaciones de precio, tanto hacia arriba como hacia abajo de lo establecido, siempre generan en mayor o menor grado, impacto sobre los competidores y sobre la demanda.
- El entorno legal y social puede afectar fuertemente la forma en cómo se establecen los precios.

a) Objetivos en el establecimiento de los precios

El Marketing propone que una organización o un profesional decidan para sus servicios uno o varios de los siguientes objetivos que quiere y puede alcanzar con el variable precio.

1) Maximizar la Rentabilidad:

Significa este objetivo el alcance de la máxima de rentabilidad que se pueda obtener para uno a varios servicios, teniendo como parámetro de referencia la rentabilidad del sector salud donde la empresa actúa. Para lograr este objetivo, se utilizan dos estrategias que se pueden realizar por separado, o lo que es ideal, desarrollarlas conjuntamente. (Ver tabla No 1)

Tabla No 1
Estrategias para maximizar la rentabilidad

ESTRATEGIA 1	ESTRATEGIA 2
AUMENTO DE PRECIOS	DISMINUCION DE COSTOS
1. Aumento del posicionamiento segmentado mercados, diferenciándose 2. Manejo financiero (tasa de interés, plazos en pagos, descuentos financieros, etc.)	1. Reordenando ciclos de servicio. 2. Con procesos tecnológicos médicos y de informática. 3. Planes de compras de insumos manejo eficiente de inventarios.

Alzate G., Juan Gonzalo: Manual Gerencia del Servicio en Salud. Instituto de Ciencias de la Salud CES. Medellin, Colombia. 1994.

- **Aumento de Precios**

Esta se puede realizar siempre y cuando se den uno o varios de los elementos que se mencionan.

- **Aumentando el Posicionamiento:** Significa esto que si por ejemplo, un profesional o una entidad son reconocidas por su alto grado de desarrollo científico o por una técnica quirúrgica rápida y segura, al buscar desarrollar esto con mayor intensidad y hacerlo conocer del mercado con estrategias de promoción, hará que se tenga un mayor prestigio y se puedan lograr aumentos de precio que el mercado podría tolerar más fácilmente.
- **Segmentando Mercados:** Consiste en encontrar a aquellas personas o instituciones que están dispuestas a pagar precios altos por alta calidad del servicio que requieren. Este concepto derivado del mercado, parte de un principio claro que dice: Una entidad de salud, aunque así lo quiera, no le vende servicios a todo el mundo. Es decir, no todas las clases sociales, no todos los niveles económicos, no todas las entidades

privadas o estatales, no todos los pacientes con cualquier enfermedad, acuden a la misma entidad ni se afilian a la misma aseguradora de salud.

La segmentación de mercados es un proceso en el cual se divide a un gran mercado, en mercados más seleccionados, con base en unas variables que se reúnen. La definición de estas variables, debe ir acorde a los servicios que ofrece la entidad y a la calidad de los mismos. Las variables más comunes, se pueden clasificar en cuatro grandes grupos que son:

- ✓ **Variables Geográficas:** En las cuales se define con detalle la zona o zonas de interés a las cuales se quieren ofrecer unos servicios. Aquí es importante recordar todos los elementos que vimos en la plaza (ubicación y distribución de los servicios de salud).
- ✓ **Variables Demográficas:** Son las más comunes y son inherentes a las personas. Por ejemplo: edad, sexo, ocupación, nivel educativo, cargo, etapa del ciclo vital, estructura familiar, ingresos, etc.
- ✓ **Variables Psicológicas:** Son aquellas como estilos de vida, grupos sociales, grupos de referencia, personalidad.
- ✓ **Variables de Comportamientos:** Actitudes, percepciones, lealtad, imagen, horarios especiales, etc. Ellos nos reflejan formas de comportamiento al consumir los servicios.

En el proceso de segmentación, lo que se hace entonces es analizar cuáles son las variables más comunes y que caracterizan los usuarios de los servicios actuales y cuales posibles mercados me interesan para ofrecerles los actuales servicios o nuevos servicios.

- **Diferenciándose:** La palabra es clara y lo que significa es que la entidad o profesional presente una o varias características que lo hacen único o por lo menos más ágil o de mejor servicio que el resto de los competidores. Ejemplo: "Esta entidad se diferencia porque es la que más rápidamente asigna las citas con médicos especialistas". El valor diferenciador es la oportunidad de la cita, lo que le puede permitir

manejar un precio alto, obviamente si el mercado está dispuesto a pagar por ello.

- **Manejo financiero, tasas de interés y plazos de pago:** Es muy evidente desde el punto de vista financiero, de que cuando se reducen los plazos de los pagos o se aumentan las tasas de interés, se logra una mayor rentabilidad, por el concepto del valor del dinero en el tiempo y del costo de oportunidad financiera.

- **Disminución de Costos**

Generalmente en cualquier organización esto se convierte en un proceso constante, con lo cual se busca ser lo más eficiente posible, sobre todo en ambientes de alta competencia.

- **Reordenando Ciclos de Servicios:** Es todo el recorrido en detalle que realiza el cliente en la institución de salud. Cuando se realiza una revisión de estos procesos, se pueden lograr grandes reducciones simplificándolos y por ende reduciendo costos para ser más eficiente y lograr mayor rentabilidad.
- **Con Tecnología:** Sobre todo en las áreas de apoyo diagnóstico como el laboratorio clínico, con la tecnología actual es posible reducir considerablemente los costos de producción, por ejemplo una glicemia en ayunas o un recuento de leucocitos que se encuentran totalmente automatizados. Obviamente esto está sometido a que se logren unos buenos volúmenes para obtener altas ocupaciones de los equipos de ayuda diagnóstica clínica, y así el costo por cada unidad sea bajo.
- **Compras de Insumos:** Toda organización debe tener diseñado un buen proceso de compras, en el cual logre obtener competencia entre sus proveedores y pueda obtener buenos precios que le ayuden a rebajar sus costos y por ende a obtener mayor rentabilidad. Claro que ello depende mucho del poder de mercado que tenga la entidad, entendido como la

capacidad de negociación y de presión que pueda ejercer con los proveedores.

2) Ampliar la participación en el mercado y/o entrar a nuevos mercados o retener el mercado actual de clientes.

Cuando una organización se decide por este objetivo en el manejo del precio para uno o más de sus servicios, la estrategia más comúnmente utilizada es la reducción de precios.

La participación en el mercado, es la parte o porcentaje que tiene una entidad referida a una variable con la cual se mide un negocio. Por ejemplo si en una ciudad existen 10.000 pacientes hipertensos y una entidad de salud en su programa de control tiene inscritos a 4.000, se puede decir que tiene el 40% del mercado de pacientes hipertensos. Luego, si la entidad desea aumentar ese 40% a un 60% por ejemplo, manejando la variable precio, lo aconsejable es reducir los precios.

Es aconsejable reducir los precios siempre y cuando:

- El mercado sea sensible al precio (o sea que una disminución de precios lo estimula) y así por ello se aumenta la demanda.
- Desaliente a los competidores actuales y potenciales a competir o entrar en el negocio.
- Que el mercado que se atiende, no los asocie con muy baja calidad.
- Si los costos de los servicios se pueden disminuir, controlar y manejar una utilidad razonable, o incluso no lograr utilidad pero si recuperar costos totales.

En resumen entonces de este objetivo, lo que más le puede interesar al profesional o a la entidad de salud, es que el mercado conozca mas sus servicios y no tanto la búsqueda de rentabilidad y entonces al bajar los precios, disminuirá esta variable como obstáculo para la compra de los servicios de salud.

3) Objetivo de sobrevivir solamente

Aunque no es un objetivo de mucho valor gerencial, en muchas ocasiones el manejo de la variable precio se centra en este solo objetivo. Algunas situaciones que se dan para ello son:

- Cuando el profesional o entidad no quiere o no puede competir estratégicamente por falta de mentalidad de crecimiento y desarrollo. (Falta de sentido empresarial).
- Se busca es librar los costos y una pequeña utilidad para sostenerse.
- El problema es que en un entorno altamente competitivo, este objetivo es muy riesgoso a largo plazo, pues no permite la renovación tecnológica ni os estímulos al talento humano.
- Cuando hay agudas situaciones de crisis, el manejo del precio debe ayudarnos como mínimo a sobrevivir.

b) Métodos para establecer los Precios

Hay tres métodos generales utilizadas por todas las organizaciones para llegar a determinar un precio.

1) Método basado en el Costo.

Es sin lugar a dudas el método base para establecer un precio. La entidad de salud que no posea estudios de costos serios y científicos, estará ciega para vender sus servicios y realizar negociaciones.

El método consiste en establecer los costos de la prestación de un servicio de salud, se asume que en este costo, está incluido el costo total del servicio, es decir todos los costos directos e indirectos. Cuando se determina este precio sólo basado en el costo, tiene dos problemas. Uno es que puede ser que a ese precio el mercado (el cliente) no pueda pagar el servicio o no pueda contratar si es una institución. El otro problema es que ese precio puede estar muy por lo alto del promedio del mercado y no generarse demanda o por el contrario muy

abajo del mercado y desencadenar una guerra de precios. Todo ello debe estar acorde con el objetivo que se defina en el manejo del precio.

2) Método según el Mercado.

Consiste en establecer el precio con base en la capacidad de pago del mercado. En muchas entidades de salud, por su proceso histórico caritativo o debido a los subsidios estatales, se ha establecido lo que se conoce como los clasificados socioeconómicos, en los cuales se determina un precio según la persona que paga o también según la entidad. Es así como se presentan en general tres categorías de precios:

- Un precio muy por debajo del costo, el cual se subsidia.
- Un precio igual al costo, en el cual ni se pierde ni se gana.
- Un precio con alta rentabilidad para aquel mercado pudiente o de grandes contratantes institucionales, con lo cual se busca cubrir los subsidios de los de precios muy bajos.

Este esquema es actualmente riesgoso para las entidades de salud, porque las categorías de usuarios, es decir, los ingresos de los que subsidian debe ser superior al gasto de los subsidiados, deben estar muy equilibradas para no crear grandes déficit presupuestales. Bien manejado este método, se desarrolla el principio de solidaridad.

El marketing propone entonces con este método, que se determine un precio de acuerdo a la capacidad de pago de los clientes, obviamente en la medida en que se quiera cobrar más por un servicio, este tendrá que tener mayor valor agregado y ofrecer beneficios adicionales por los que los clientes estén dispuestos a pagar.

3) Método basado en la Competencia.

Con este método lo que se pretende conocer es la ubicación del precio de una entidad o profesional en el referente que maneja el mercado. Lo que debe tenerse presente es:

- Conocer las entidades competidoras de los servicios y sus precios.
- Si hay un precio promedio de un servicio muy reconocido en el mercado, o un rango de precios igualmente muy reconocido, se debe seguir ese precio o no salirse de ese rango de precios.
- Si hay una entidad de salud líder en el mercado y que sea lo que impone el parámetro del precio y su entidad es similar en servicios y calidad, se debe girar alrededor de ese precio.

Este método hace más crítico tener en cuenta los estudios de costos, es muy importante entonces cuando se establecen los precios por este método, conocer bien a los competidores, para poder predecir que reacciones podrían tomar frente a las variaciones de precios que efectué el profesional, las sociedades científicas o las entidades prestadoras de servicios de salud.

La decisión final de precios se basará entonces en el establecimiento de uno o varios objetivos para el manejo del precio y a su vez para cual o cuales servicios se definirán esos objetivos. Una tabla que nos orienta en esta decisión se presenta a continuación. (Ver tabla No 2).

Tabla No 2

Estrategia final de precios

OBJETIVO	MÉTODOS DE MAYOR VALOR
Maximizar la rentabilidad	Según el mercado
Ampliar la participación en el mercado y/o entrar en nuevos mercados	Basado en la competencia
Sobrevivir solamente	Basado en el costo

Alzate G., Juan Gonzalo: Manual Gerencia del Servicio en Salud. Instituto de Ciencias de la Salud CES. Medellín, Colombia. 1994.

Es importante aclarar que en los tres métodos para establecer precios, lo esencial es conocer los costos.

Otra herramienta importante y útil para la proyección de los precios es la *La Matriz de crecimiento - participación*, conocida como **Matriz de Boston Consulting Group** o **Matriz BCG**, es un método gráfico de análisis de cartera de negocios desarrollado por The Boston Consulting Group en la década de 1970, es una herramienta de análisis estratégico, específicamente de la planificación estratégica corporativa, sin embargo por su estrecha relación con el Marketing estratégico se considera una herramienta de dicha disciplina. Su finalidad es ayudar a decidir enfoques para distintos negocios o Unidades Estratégicas de Negocio (UEN), es decir entre empresas o áreas, aquellas donde: invertir, desinvertir o incluso abandonar.

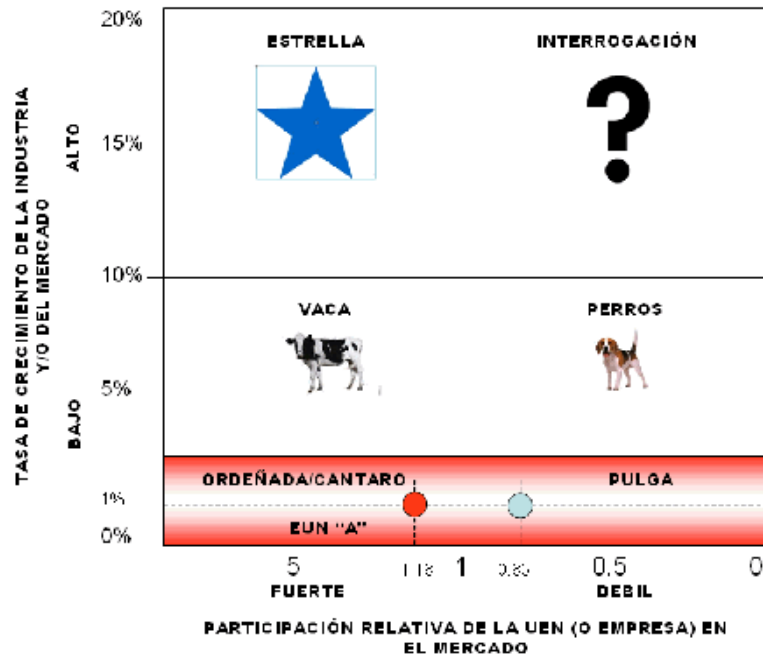
En la Matriz de Boston Consulting Group, se trata de colocar los productos de nuestra empresa, las unidades de negocio, en una matriz o plano definido por un eje de ordenadas y abscisas. El eje vertical determina el ritmo de crecimiento de ese mercado, lo que a su vez implica la tasa de recursos financieros que consumen dichos productos o negocios. El eje horizontal nos marca nuestro grado de participación en el mercado, y como consecuencia, los retornos que podemos esperar de dichos mercados. A diferencia de lo que podemos estar acostumbrados, dicho eje crece hacia la izquierda y no hacia la derecha.

Se trata de una sencilla matriz con cuatro cuadrantes, cada uno de los cuales propone una estrategia diferente para una unidad de negocio. Cada cuadrante viene representado por una figura o icono.

En función de ambos atributos, nuestros productos o unidades de negocio se situarán en uno de los 4 cuadrantes. Ello conlleva su calificación como un tipo de producto y una serie de estrategias a determinar:

- **Productos Incógnita** (cuadrante superior derecho): Están en mercados que crecen a fuertes ritmos, que consumen recursos a fuerte velocidad, pero en los que nuestra participación es baja, y que generan pocos retornos, pocos beneficios para la organización. Si las cosas van bien se convertirán en productos Estrella. De lo contrario, mutarán a productos Perro. Nuestra meta debe ser conseguir una mayor participación en ese mercado, y si no lo

vemos posible, nuestras inversiones debe reducirse o cancelarse, antes de que el producto muestre cifras caninas.



Fuente: Boston Consulting Group

- **Productos Estrella** (cuadrante superior izquierda): Al igual que los anteriores están en un mercado con un crecimiento vivo, rápido, pero están generando retornos, beneficios destacables para la empresa. Los productos estrella, con el tiempo, suelen transformarse en Vacas lecheras. Es por ello que la empresa debe apostar por ellos, pues estas últimas constituyen, en buena medida, la garantía de la supervivencia de la empresa. Habrá que reforzar las apuestas de inversión en dichos productos. Es fundamental que la empresa cuente con este tipo de productos ya que garantizan el futuro.
- **Productos Vaca Lechera** (cuadrante inferior izquierda): Si bien siguen generando importes sustanciosos, dada su alta participación en el mercado, este crece más lentamente. Aún así, son parte esencial de la empresa. Con poco dinero generan una interesante rentabilidad. De ellos viven los productos Incógnita y los Estrella, y en buena medida son los que permiten

una política de dividendos. Son la base del presente, pero debemos evitar cuantiosas inversiones en los mismos que lastren nuestro mañana.

- **Productos Perro** (cuadrante inferior derecho): Los mercados son similares a los de la vaca lechera, pero nuestro grado de participación en los mismos es bajo, y obtenemos escasos rendimientos de los mismos. Las inversiones deben ser mínimas. Si bien algunos propugnan su desaparición inmediata, otros, con mejor criterio, entienden que un cierto número de ellos es razonable. En parte para cubrir las necesidades de clientes importantes, y por otro lado debido a que su eliminación sin un estudio detallado supondría automáticamente una reasignación de los costes fijos indirectos que dañaría las cuentas de los restantes.

Como vemos se trata de una formulación relativamente sencilla, que busca ayudarnos a la hora de tomar decisiones sobre **en qué y cuánto invertir**.

4. PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN

En el servicio sanitario, la “P” de “promoción” no atañe sólo a la publicidad y a las relaciones públicas (folletos, anuncios, presencia en los medios de comunicación, etc.), sino que concierne principalmente a tangibilizar lo que es intangible, cuidando el entorno físico, los signos visuales (uniformes, grafismos), los esquemas organizativos de la institución, la eficacia, los atributos funcionales. La particularidad de este elemento en los servicios de salud lleva a la circunstancia de que la auténtica promoción que cabe hacer de ellos es la que trasciende de no perder de vista estas tres cosas:

- Que el establecimiento de una relación implica hacer promesas.
- Que el mantenimiento de una relación se basa en el cumplimiento de las promesas.
- Que el desarrollo y consolidación de una relación significa un nuevo conjunto de promesas que se hacen luego y que tienen como requisito ineludible el previo cumplimiento de las que se han hecho con anterioridad.

a) Etapas del proceso publicitario

Las grandes etapas de un buen proceso publicitario, que deberá realizar la entidad de salud en caso de que decida promocionar sus servicios son:

1) Definir los objetivos de Comunicación:

En esta etapa, lo que esencialmente se busca es la definición de lo que debe comunicarse al mercado, de acuerdo a los servicios ofrecidos por la entidad de salud. Es el punto clave de todo el proceso publicitario, pues lo que yo comunique por los medios masivos se posicionara de una u otra manera en el mercado receptor, es decir, si existe una equivocación en esta definición de lo que se requiere comunicar, será difícil que el receptor del mensaje interprete y recuerde lo que nosotros queremos comunicar.

Hay tres grandes grupos de objetivos:

- Los de información
- Los de persuasión
- Los de recordación.

Cada uno de ellos se utilizará de acuerdo a lo que se quiere comunicar. Por ejemplo: el objetivo de comunicación es el de informar sobre una nueva tecnología diagnostica para un segmento de clientes de una medicina pre pagada. La campaña deberá entonces claramente comunicar los beneficios, en qué consiste el nuevo método o tecnología y el soporte científico para ella.

Es muy importante al fijar los objetivos, conocer bien a los clientes de la entidad y las expectativas sobre sus servicios.

2) Definir Presupuesto.

Es el gran cuello de botella para las entidades de salud. Esto porque hay un principio claro en el manejo publicitario y es el de la continuidad de la

comunicación publicitaria para que tenga efecto en la mente de los clientes. Si la publicidad no va a ser continua en el tiempo, tal vez sea mejor no hacerla o pensarlo dos veces. De ahí la razón del pautaje de las grandes compañías de productos de uso masivo como las gaseosas, alimentos, elementos de aseo personal, transporte, etc. que en la medida en que puedan, mantiene una comunicación constante con el mercado.

No necesariamente se tiene que contarse con grandísimos presupuestos, pues si se cuenta con unos más moderados, lo importante es direccionar bien esa publicidad y poderle dar continuidad. Usted no puede dejarse de comunicar con su mercado.

Si definitivamente este es un cuello de botella que no puede sortear (la falta de presupuesto), tiene entonces dos alternativas para promocionar (comunicar) sus servicios: vendedores y relaciones. Seguramente no requerirán de tanto presupuesto.

Para las entidades de salud que puedan entonces definir un presupuesto publicitario, deberá tener en cuenta esencialmente si este presupuesto se destina para impulsar el nombre de la entidad (la marca) y todos sus servicios; o si se dedicara por un periodo definido a comunicar más intensamente, uno o varios servicios por su alta rentabilidad o por la alta competencia que se les ha generado o por razones de innovación para aprovechar con la mayor intensidad esa oportunidad de mercado.

Esta decisión de presupuesto va muy asociada con las dos etapas siguientes.

- **Estructurar el Mensaje.**

Comprende esta etapa todo el proceso creativo que realizan los publicistas y las agencias de publicidad. Siempre debe buscarse esta ayuda profesional, pues son ellos las personas y empresas que conocen a fondo las técnicas creativas para comunicar un objetivo de mercadeo en un mensaje publicitario.

Lo que no debe perderse nunca de vista como Proceso de Marketing, es el hecho de que el mensaje cumpla siempre el objetivo de comunicación, pues hay campañas sumamente creativas en el mensaje, pero que no comunican lo que se desea o a veces se comunican aspectos que no generan impacto en la venta de servicios ni estimulan la demanda. También puede ser que los clientes no comprendan el mensaje y por ello no se estimulan a buscar los servicios de salud.

- **Decisión acerca de los Medios a pautar.**

Este es uno de los pasos más críticos en el desarrollo del proceso publicitario. Es tal vez el punto en donde se puede ser más efectivo o más desastroso con el presupuesto publicitario.

Ello debido a que existe una amplia gama de medios masivos, que hoy en día son muy dinámicos y altamente costosos, sobre todo cuando se requiere realizar una amplia comunicación con el mercado. Ello nos plantea entonces, que realicemos una buena consecución de esta información comprándola a entidades especializadas o suministradas por las agencias de publicidad, que nos dicen sobre los índices de lectura o audiencias de radio y televisión, los perfiles de los receptores de cada medio publicitario, etc, o generándolas a través de la investigación de mercados. Si mantenemos siempre en mente este criterio, podremos racionalizar adecuadamente los presupuestos publicitarios.

Podemos clasificar los medios masivos en tres grandes grupos, cada uno con sus vehículos propios.

- ✓ Impresos: revistas, prensa, vallas, pasacalles, correo.
- ✓ Electrónicos: televisión, radio, teléfono, fax, computadores (Internet), cine.
- ✓ Presenciales: ferias, exposiciones.

El tipo de uso que puede dársele hoy en día a estos medios es de dos características: altamente masivo o altamente selectivo. Por ejemplo, para el lanzamiento de un nuevo servicio de salud, una manera de pautar altamente masiva, sería con los medios impresos en todas las revistas tanto de carácter

científico como de carácter de interés general y en los medios electrónicos, en varias o todas las cadenas de televisión de un país.

El pautaje más selectivo se daría cuando se pauta solo en las revistas científicas y en ciertos programas de televisión, seleccionados con base en criterios de que son solo estos pocos, los que llegan al mercado que requiero llegar.

El criterio de uso altamente masivo o más selectivo, dependerá de cuál de las dos formas es la que más puede llegar al mercado directamente. Además, también, de otros criterios como complejidad del servicio que se va a comunicar, rapidez de reacción de la competencia y obviamente el presupuesto de inversión publicitaria.

- **Evaluación del Impacto Publicitario.**

Se deben evaluar esencialmente dos aspectos: el impacto en la comunicación y el impacto o aumento de la demanda de los servicios

Respecto al impacto en la comunicación, lo que debe evaluarse en el mercado, es si en la mente de los usuarios está claramente comunicado el objetivo publicitario que se trazó al principio del proceso.

El impacto en las ventas es mucho más complejo de medir, debido a que en la decisión final de un proceso de compra de servicios de salud, participan muchas variables que son difíciles de separar de la publicidad como único elemento inductor de la compra.

Realmente aún no se ha podido encontrar una fórmula exacta que asocie de manera precisa, cuanto del dinero invertido en publicidad se refleja en las ventas, (dólar por dólar). Como dice Ray Crock, fundador de Mc Donalds: "Sé que del 100 % del presupuesto publicitario se pierde el 50%. El problema es que no sé si es el primer o el segundo 50%".

No debemos olvidar entonces, que lo que se busca con el proceso publicitario, es el de comunicarnos con el mercado, con el fin de estar siempre en la mente del cliente (Lograr el Posicionamiento).

3) Presentación del Portafolio de Servicios.

El portafolio de servicios de una entidad de salud, se refiere a la relación de todos sus productos (servicios), con varias características de información sobre ellos. Esto requiere que realicemos una clasificación del portafolio que puede presentarse de varias formas.

5. PROCESO

Los procesos son la arquitectura de los servicios y describen el método y la secuencia del funcionamiento de los sistemas de operación del servicio, especificando la manera en que se vinculan para crear la proposición de valor que se ha prometido a los clientes, en los servicios de alto contacto, los clientes forman parte integral de la operación y el proceso se convierte en su experiencia. Los procesos mal diseñados molestan a los clientes porque generalmente resultan en una prestación de servicios lenta, frustrante y de mala calidad. Así mismo, los procesos inadecuados impiden que el personal que atiende a los clientes realice bien su trabajo, lo cual provoca una baja productividad y un mayor riesgo de fallas en el servicio.

Una de las características distintivas de muchos servicios es la manera en que el cliente participa en su creación y entrega. Sin embargo con mucha frecuencia el diseño del servicio y la ejecución de sus operaciones parecen ignorar la perspectiva del cliente, porque cada paso del proceso se maneja como un evento discreto en lugar de integrarlo en un proceso continuo.

Una herramienta fundamental que se utiliza para diseñar nuevos servicios o rediseñar los ya existentes son los diagramas, que especifican con cierto detalle la manera en que se debe construir un proceso de servicio. Hay que tener en cuenta

que los procesos de servicio poseen una estructura básicamente intangible, lo que provoca que sean más difíciles de visualizar.

Una característica básica de los diagramas de servicio es que identifican lo que los clientes experimentan en el escenario, las actividades de los empleados y los procesos de apoyo que se realizan tras bambalinas donde los clientes no pueden verlas. Entre estas dos se ubica la llamada línea de visibilidad.

Los diagramas de servicio ponen en claro cómo deben realizarse las interacciones entre los clientes y los empleados, y la manera en que los sistemas y las actividades que se realizan apoyan estas interacciones.

Los diagramas también ofrecen la oportunidad de identificar puntos fallidos en el proceso, es decir, puntos en los que hay un riesgo importante de que las cosas resulten mal y de que disminuya la calidad del servicio.

La elaboración de diagramas sirve para especificar el papel que juegan los clientes en la entrega del servicio y para identificar el grado de contacto entre ellos y los proveedores del mismo. Los diagramas también aclaran si el papel del cliente en un proceso de servicio dado es principalmente el de un receptor pasivo o si implica una participación activa en su creación y producción.

La participación del cliente se refiere a las acciones de los recursos que proporcionan los clientes durante la producción y entrega de un servicio, incluyendo una aportación mental, física o emocional, la magnitud de dicha participación varía ampliamente y puede dividirse en tres niveles: Bajo nivel de participación, donde los empleados y los sistemas hacen todo el trabajo los productos están estandarizados y el cliente solo debe participar en el pago; nivel moderado de participación, es necesario que le cliente ayude a la empresa a la creación y entrega del servicio, y también a proporcionar cierto grado de personalización, esta participación, puede incluir la entrega de información, un esfuerzo personal o incluso posesiones físicas; alto nivel de participación, los clientes trabajan activamente con el proveedor para coproducir el servicio, el servicio no puede crearse sin la compra y la participación activa del cliente.

6. ENTORNO FÍSICO

Los entornos de servicio, también llamados panoramas de servicio, se relacionan con el estilo, la apariencia del ambiente físico y otros elementos que experimentan los clientes en los sitios donde se entregan los servicios, el diseño del entorno de servicio es un arte que puede requerir de mucho tiempo y esfuerzo y que a veces resulta costoso, una vez que se diseñan y se construyen no es fácil modificarlos.

En las organizaciones que prestan servicios de alto contacto, el diseño del entorno físico y de la forma en que el personal de contacto realiza las tareas, tiene un papel vital en la creación de una identidad corporativa específica y en el **MODELAMIENTO** de las experiencias de los clientes, este entorno y la atmósfera que lo acompañan afectan el comportamiento del comprador de tres maneras importantes:

- a) Como medio que crea mensajes, con el uso de símbolos para comunicar al público la naturaleza y calidad distintivas de la experiencia del servicio
- b) Como medio que llama la atención, para lograr que el entorno sobresalga del de los establecimientos de la competencia y para atraer a los clientes de los segmentos meta.
- c) Como medio que crea afecto, utilizando colores, texturas, sonidos, aromas y diseños espaciales para mejorar la experiencia de servicio deseada o para aumentar el gusto por ciertos bienes, servicios y experiencias

Los servicios como ya se ha mencionado son intangibles y los clientes no pueden evaluar bien su calidad, por lo que utilizan el entorno de servicio como un indicador importante de la misma, por lo que las empresas hacen un gran esfuerzo por demostrar calidad y transmitir la imagen deseada.

El entorno de servicio es fundamental para determinar la forma en que los clientes perciben la imagen y posicionamiento de una empresa, debido a que a menudo es difícil evaluar la calidad del servicio de manera objetiva, los clientes utilizan el entorno del servicio como una importante señal de calidad. Un entorno de servicio

bien diseñado hace que los clientes se sientan bien e incrementa su satisfacción, además de que aumenta la productividad de la operación de servicio.

Los fundamentos teóricos para comprender los efectos que tienen los entornos de servicio sobre los clientes provienen de la literatura de la psicología ambiental. El modelo de estímulo-respuesta de Mehrabian y Russell (61) plantea que los ambientes influyen en el estado afectivo (los sentimientos) de las personas, que a su vez afecta su comportamiento en dicho ambiente. El afecto se puede modelar con las dos dimensiones básicas de placer y activación, que en conjunto determinan si las personas se acercan y gastan su dinero y su tiempo en su entorno, o si lo evitan.

El concepto de panorama de servicio, que se basa en estas teorías, representa un marco de referencia detallado que explica la forma en que los clientes del personal de servicio responden a los entornos de servicio.

Las principales dimensiones de los entornos de servicio son las condiciones ambientales (música, aromas, colores, etc.), la distribución espacial y la funcionalidad, así como las señales, símbolos y artefactos. Cada dimensión puede tener efectos importantes sobre las respuestas de los clientes, debido a que los entornos se perciben de manera integral, no es posible optimizar un aspecto individual sin considerar a todos los demás.

7. PERSONAL

La calidad del personal de una empresa de servicios, en especial la de los que trabajan en puestos de contacto con el cliente, tiene un papel fundamental en la determinación del éxito de mercado y en el desempeño económico. Es por esto que el elemento personal de las 8 Ps es tan importante. Las empresas de servicios exitosas están comprometidas con la administración efectiva de los recursos humanos y trabajan estrechamente con los gerentes de marketing y de operaciones para equilibrar lo que, de otra forma, se convierten en metas conflictivas.

(61) Lovelock C/Wirtz J. Marketing de Servicios, personal, tecnología y estrategia, sexta edición. Pearson, Prentice Hall, 2009

a) Marketing Interno en los Servicios Sanitarios

El Marketing interno es tanto una filosofía para gestionar el personal como una forma sistemática de desarrollar y potenciar una cultura de servicios. Lo que nos interesa ahora es concretar de alguna manera el campo de actuación y la forma en que se puede implantar una estrategia de marketing interno en los servicios de salud.

En este sentido, se impone subrayar de antemano que el Marketing interno carecerá de eficacia si en las instituciones del sistema sanitario no se cumplen previamente tres cuestiones:

- Que la Dirección lo considere como parte integral de la estrategia global de empresa.
- Que en ningún momento pueda ser contrarrestado por la estructura organizativa o por falta de apoyo de la Dirección.
- Que la Alta Dirección se entregue constantemente a una clara y decidida actitud de apoyo activo al proceso de marketing interno.

Hay una aplastante unanimidad en manifestar por parte de todos los autores que el Marketing interno ha de comenzar por la Alta Dirección, y seguir por la Dirección Media y los Supervisores, ya que si estos estamentos no aceptan o desempeñan su papel en el proceso cualquiera de los esfuerzos del marketing interno dirigidos hacia el personal de contacto con los pacientes, sus familiares y amigos, resultará totalmente ineficaz. Incluso puede leerse lo siguiente: “Sólo un liderazgo sincero en todos los niveles de la organización puede proporcionar la inspiración necesaria para sostener unos servidores comprometidos. La dirección y la administración no son suficientes” (62).

Asimismo, hay que ser conscientes de que, aunque el personal de contacto con los pacientes (médicos, enfermeras y auxiliares) es quien realiza el marketing

(62) Berry LL. Delivering Excellent Service in Retailing. Retailing Issues Letter (publicación de Arthur Andersen & Co. y Center for Retailing Studies). Nº 4, 1988: 2.

interactivo, este depende a menudo del apoyo que ese personal pueda conseguir de otros empleados y funciones de la institución que no intervienen directamente en el contacto con los pacientes pero que influyen indirectamente en el proceso de la prestación del servicio. Sólo si la Dirección desempeña correctamente su papel en el proceso de marketing interno estará en condiciones de no dejar escapar que ese “personal de apoyo” también tiene que trabajar de forma orientada al mercado de sus “clientes internos” (y que no es otro que el personal de contacto directo con los pacientes, que son los “clientes externos”).

b) Actividades del Marketing interno en el contexto de los Servicios Sanitarios

Las principales actividades del Marketing interno en los servicios sanitarios son:

1) Formación

El novelista inglés Gilbert K. Chesterton (63) escribió que la formación no es un objeto, sino un método que está basado en la comunicación porque se halla en constante estado de transmisión, y el filósofo español Jaime Balmes dijo de ella que supone para cualquier propósito humano lo mismo que el molde al barro: le da la forma. Son estos dos puntos de vista que vienen como anillo al dedo porque las nociones de método, constante estado de transmisión y molde que da cuerpo a una cosa reflejan con acierto que en esta actividad del marketing interno cabe distinguir dos tipos de formación:

- La encaminada al desarrollo de una visión integrada sobre cómo funciona la estrategia del servicio, con el fin de desarrollar y potenciar actitudes favorables hacia ella.
- La dedicada al reciclaje permanente, desarrollo y potenciación de los conocimientos técnicos y de las habilidades de comunicación y servicio.

El primero de esos tipos se orienta a fijar el papel de cada individuo de la

(63) Corella José María. Introducción a la Gestión de Marketing en los Servicios de Salud. Edita Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, 1998. Pg 136.

organización en relación con los demás, y con las funciones de la institución y sus pacientes, porque en mayor o menor grado siempre puede constatarse la existencia de una falta de comprensión de las estrategias y objetivos de la empresa, así como de las responsabilidades que en un momento dado deben asumirse.

Cualquier tarea que vaya encaminada a mejorar el nivel de conocimiento sobre la realidad dará buenos frutos en el cambio de actitud, pues existe una fuerte interrelación entre una y otra.

El segundo responde a dos vertientes: a la complejidad que proyecta el progreso técnico sobre el acto asistencial imponiendo requerimientos específicos en la forma de trabajar, cosa que se traduce en la necesidad de mantener una buena formación técnica siempre al día para poder dominar mejor las muchas variables que intervienen en el proceso productivo del servicio sanitario; y al hecho de que sólo en base a la comunicación (en sentido global y totalizador) puede mantenerse el concepto de servicio como elemento fundamental de la cultura de la institución.

2) Comunicación interactiva interna

Las actividades más críticas del marketing interno sea la de apoyar un liderazgo eficaz que oriente a todos hacia los objetivos de la empresa. Los medios a su alcance para ello, son:

- Continuar los programas formales de formación a través de las actividades diarias que forman parte de las tareas de la dirección.
- Motivar activamente a los empleados, como parte de las rutinas diarias de los directivos.
- Incluir a los empleados en la planificación y toma de decisiones.
- Crear un flujo de información y de comunicación de doble vía en las interacciones formales e informales.
- Establecer un clima interno abierto y motivador.

Es innegable que el estilo de dirección demostrado en el trabajo diario por los directivos y los supervisores tiene una repercusión inmediata en el ambiente de trabajo y en el clima interno, y que estos son los que tienen una incidencia más fuerte en el proceso de comunicación. Así mismo, tal como comentaron Schneider y Bowen (64), la “estrecha relación psicológica” entre el personal de contacto y los clientes sugiere que los empleados de primera línea poseen una información valiosa sobre las necesidades y deseos de los clientes, de forma que su inclusión en el proceso de planificación conduce a la mejora de la toma de decisiones. Esto, junto con una buena información y una mejor retroalimentación (“*feed-back*”), es base suficiente para la existencia de un clima confortable y abierto que favorece enormemente la comunicación interactiva interna.

3. Apoyo Informativo

De nada serviría un programa de marketing interno si no lograrse mejorar las interacciones proveedor del servicio-pacientes y para ello es fundamental una actividad de constante apoyo informativo orientado a hacer comprender y aceptar a los empleados las nuevas estrategias, tareas y formas de pensar de la institución. No hay, pues, más remedio que recurrir a explicar con todos los medios que se tengan al alcance (charlas, escritos, memorandos internos, boletines, revistas, etc.) las nuevas estrategias y formas de trabajar que redunden en una mejor satisfacción de los pacientes.

4. Gestión de los Recursos Humanos

Roger Dow, director de la cadena hotelera estadounidense Marriot manifestó en cierta ocasión lo siguiente: ***“Podemos formar a la gente para que realice cualquier tarea, pero conseguir gente con una actitud afable comienza en el reclutamiento y contratación de personal”*** (65). Este es, sin duda, uno de los principales talones de Aquiles del servicio sanitario público.

(64) Schneider B, Bowen DE. New Service Design, Development, and Implementation and the Employee. En la edición de W.R. George y C.E. Marshall Developing New Services, auspiciada por la American Marketing Association. Chicago, 1984

(65) Grönroos CH. La gestión de marketing interno: un prerrequisito para un marketing externo eficaz. En: Marketing y gestión de servicios. Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1994: 215-234.

El procedimiento quizás pueda valorar el nivel de conocimientos ya adquiridos, pero pasa por alto cuestiones tan vitales como la capacidad de la persona para adquirir nuevos conocimientos, la apreciación de si realmente tiene inclinación o aptitudes para el trabajo que va a desempeñar, y consagra una desmotivación creciente y progresiva ante la garantía legal de haber conseguido el puesto de trabajo “para toda la vida”. De todas formas, ese sistema de reclutamiento sería lo de menos si en la organización sanitaria existiera un correcto diseño y descripción de los puestos de trabajo, así como un eficaz sistema de incentivos y una cultura de empresa que llevase a considerar a los empleados como fuentes generadoras de ingresos y no de gastos. Esa sería una base excelente para aplicar unos adecuados instrumentos de administración de personal dirigidos a la consecución de los objetivos del marketing interno. Actividad primordial de este será, pues, conseguir que tales instrumentos no se utilicen – como es habitual– de forma burocrática en vez de como instrumentos dirigidos al logro de tal fin.

En resumen, las actividades de marketing interno en el contexto de los servicios sanitarios deben encaminarse hacia tres frentes:

- Analizar profundamente la naturaleza de la estrategia del servicio y de las actitudes entre los empleados y los pacientes.
- Lograr que los empleados comprendan el significado del interés por los pacientes.
- Conseguir que todas las operaciones se orienten siempre hacia el paciente y el servicio.

c) Implantación de una Estrategia de Marketing Interno

Cuando de implantar una estrategia de marketing interno se trata, puede correrse un riesgo: que la dirección de la institución sanitaria la interprete y tome en consideración como si de algo meramente táctico se tratara o la enfoque únicamente hacia el personal de contacto directo con los pacientes. En el primer caso, el fracaso está asegurado porque no se dará un adecuado proceso de investigación interna acusándose posteriormente malas rutinas de información,

brillando por su ausencia la necesaria actualización, planificándose defectuosamente las actividades y construyendo objetivos deficientes.

El resultado será que los empleados no se implicarán en el programa de Marketing interno y se acusará una total falta de compromiso con los objetivos de la institución. En el segundo, el Marketing interno dará muy pocos frutos porque el personal de contacto con los pacientes no es suficiente por sí solo para crear una cultura de servicios en la empresa sanitaria.

8. PRODUCTIVIDAD Y CALIDAD

El diccionario de la RAE le asigna la Calidad la siguiente definición: ***“Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, o mejor o peor que las restantes de su especie”***. Tal definición orienta a concebir una idea de sentido absoluto con la que comúnmente se asocia la voz “calidad” al orden de lo bueno, superior o excelente, cosa esta que se corrobora al advertir que en caso contrario lo normal es adjetivarla y hablar entonces de “mala calidad”.

Ahora bien, en el mundo de la empresa la calidad no se considera únicamente como una propiedad o conjunto de propiedades inherentes al producto, sino también y principalmente como la capacidad del producto para conseguir el objetivo deseado al costo más bajo posible.

En efecto, con referencia al bien físico o el servicio producido, ya no se trata sólo de que el producto ofrezca *“per se”* la propiedad de ser igual, mejor o peor que otro, cosa que entra de lleno en el campo de la competencia en el mercado, sino de que sirva para conseguir el objetivo de satisfacer la necesidad que el cliente tiene o siente de él consumiendo en el proceso de su producción los recursos y medios adecuados.

Esto hace que la calidad del producto tenga que ser valorada desde dos aspectos fundamentales: el cumplimiento que hace del objetivo propuesto y la relación que

existe entre el costo de producción y dicho cumplimiento. Por eso se dice que, en realidad, la calidad de un producto responde a la optimización de tres factores:

- a) Eficacia (capacidad para conseguir el objetivo; o sea, satisfacer la necesidad).
- b) Efectividad (capacidad de probar su eficacia).
- c) Eficiencia (relación entre la eficacia y el coste de producción).

Para que una organización pueda conseguir auténticamente la calidad debe velar por el desarrollo en paralelo de la técnica y fundamentalmente del factor humano, por ese camino es más factible lograr la eficacia y la eficiencia. Hoy nadie discute que el éxito o el fracaso de cualquier empresa, organización, está en función tanto de la técnica utilizada como del éxito o el fracaso de su personal.

Esto obedece a que en cualquier actividad hay implicados tres parámetros de calidad:

- Calidad prefijada (la que diseñan y programan los expertos).
- Calidad laboral (la resultante de lo que hacen y cómo lo hacen las personas).
- Calidad exigida (la que necesitan y esperan los clientes).

Ciertamente, no cabe hablar de calidad más que cuando esos tres parámetros están en equilibrio (66), pues esa es la única manera de conseguir el costo más bajo posible y de que el producto alcance el objetivo clave de satisfacer la necesidad del cliente.

Hay que tener siempre presente que, en resumidas cuentas, “nunca hay que olvidar que después de todo, los clientes son en el mercado los máximos jueces de la calidad”

En la calidad de servicio intervienen más las expectativas de los clientes que el

(66) Blanco A, Senlle A. Desarrollo de directivos y calidad total en la Organización. ESIC. Madrid, 1988: 51.

contenido, las expectativas del servicio si bien están basadas en una necesidad real y concreta, la percepción de la satisfacción de esa necesidad dependerá de quien requiera el servicio en sí. Aun iguales prestaciones de servicio, tendrán percepciones diferentes para los distintos clientes.

Esta forma de entender la **Calidad de Servicio** hace que para que se reciba un servicio, es necesario dar una atención previa. **Si no hay una atención no habrá un servicio.** Atender es servir. No obstante debe prestarse sumo cuidado a la atención, ya que atender es el inicio del servicio, por lo que si esta no es bien percibido por el cliente, es probable que el servicio no se llegue a realizar.

Se dice habitualmente que atender es la pregunta y el servir es la respuesta. Por lo que no hay respuestas sin preguntas previas, así como tampoco hay servicio sin atención previa. Atender es el punto de partida y el servicio el punto de llegada.

a) Puntos básicos de la calidad del servicio

1) Capacidad de Respuesta.

Manifiesta el grado de preparación que se posee para entrar en acción. La lentitud del servicio, es algo que difícilmente agregue valor para el cliente. Si se trata de servicio hospitalario, la falta de capacidad de respuesta puede ser trágica. Como en el tenis, la capacidad de respuesta, es como el primer servicio. Si se erra el primero se debe cuidar el segundo, para no perder el punto. Debe considerarse entonces que un error es tolerable cuando hay tiempo para corregirlo y un error por pequeño que parezca es intolerable cuando el cliente ha esperado más de lo necesario.

2) Brindarse en la Atención.

Ser bien atendido implica para el cliente por ejemplo: ser bien recibido, escuchado, ayudado, recibir información y además invitado a regresar; en definitiva sentirse apreciado. El cliente viene con la intención de dejarnos su dinero, por lo que no se debe dar lugar a la apatía, la indiferencia o el

desprecio. Menos aún se deben tener prejuicios motivados por la impresión o apariencia que muestra el cliente.

- **Comunicación fluida, entendible y a tiempo.**

El cliente en todo momento debe tener la seguridad de que lo estamos entendiendo en su pedido, por su parte el cliente debe salir convencido de que ha entendido las prestaciones del servicio ofrecido, no debe tener dudas. El tiempo es fundamental en la atención, por lo que a nadie le es grato esperar para que luego se le comunique que está en el lugar equivocado o a la hora/día equivocada. No solo hay comunicaciones verbales, sino también de forma visual siempre teniendo en cuenta a qué tipo de clientes estamos dirigiendo la comunicación.

- **Accesibilidad para quitar Incertidumbre.**

Uno de los mayores inconvenientes en el área de Servicios es la imposibilidad de comunicarse para ser atendidos o dejar mensajes. No se gana nada por ser muy bueno en algo que es inalcanzable para los clientes. **El hecho de brindar acceso a la información es fundamental** para que el cliente no tenga la incertidumbre de cuándo podrá ver satisfechas sus necesidades.

- **Amabilidad en la atención y en el trato.**

El respeto, expresado en la amabilidad, es la primera forma de relacionarse con los clientes (externos e internos). Cuando se trata de atender reclamos, quejas y clientes irritables, no hay nada peor que una actitud simétrica o de mala voluntad. Se pierden más clientes por un trato insensible que por un servicio defectuoso. El error puede ser comprendido pero la falta de respeto, no. Todos deben sentirse especiales en el trato. Muchos clientes necesitan simplemente ser escuchados. Esta descarga otorga una importante cantidad de

información, que puede servir para volcarla en el servicio y mejorarlo para los próximos clientes.

- **Credibilidad expresada en hechos.**

No debemos jamás prometer algo en falso, porque una promesa incumplida es un atentado a nuestra credibilidad. **Crear expectativas exageradas sería falta de compromiso con el cliente y desprecio por la verdad.** Después de una mentira, el cliente no solo habrá perdido su confianza en nosotros, sino también que se encargará de hacer conocer esto a otros posibles clientes. La exageración es también una mala forma de ser creíbles, ya que generará expectativas que luego difícilmente puedan cumplirse.

- **Comprensión de las necesidades y expectativas del cliente.**

Todo esfuerzo por comprender lo que nuestro servicio significa para el cliente, es poco. Para el médico el cliente tiene anginas, para el paciente su única preocupación es que no puede ver actuar a su hijo en la fiesta de fin de año del colegio.

b) La Calidad de los Servicios Médicos

Los servicios sanitarios adolecen de la relatividad que les confiere tener cuatro grandes grupos involucrados en su existencia: los pacientes (o usuarios), los profesionales (médicos y personal de enfermería), los administradores (provisores de medios y servicios) y los gestores (directores y autoridades sanitarias). Es normal que los intereses de unos y otros no sean coincidentes, e incluso que lleguen a entrar en conflicto, por eso es imprescindible por no decir vital configurar previamente el concepto de servicio, concretar el contenido de la oferta y definir los criterios de calidad.

La satisfacción del paciente es el resultado de comparar las expectativas del paciente que tenía antes de la atención con la percepción que finalmente tiene

por el servicio recibido, una observación importante es la diferencia existente entre los directivos de una unidad hospitalaria o clínica entre aquellos que consideran calidad, y otra lo que entiende el paciente como calidad; esta brecha o “gap” constituye uno de los problemas a resolverse por parte del mercadeo de servicios de salud. (67)

Existen algunas consideraciones importantes que definir con respecto al término **Calidad** que vale tener en cuenta:

- Calidad no es sinónimo de lujo o de complejidad; por el contrario, la calidad debe ser la misma en todos los niveles de atención.
- No constituye un término absoluto sino que supone un proceso de mejoramiento continuo.
- Es una calidad objetiva y medible.
- No depende de un grupo de personas sino que involucra a toda la organización

Vuori (68), por su parte, señaló que los pacientes hospitalarios ***“dan por sentado la alta competencia profesional y prestan más atención a los aspectos psicosociales de la relación médico-enfermo, contrariamente a los pacientes ambulatorios que están más preocupados por el nivel científico y técnico de la asistencia que reciben”***.

Aunque la calidad de un servicio depende en parte muy importante del agente proveedor, para el paciente se centra primordialmente en el cumplimiento de sus expectativas, es decir, que la calidad de un servicio de salud se conceptúa tanto por lo que objetivamente proporciona el proveedor como por lo que subjetivamente percibe el cliente.

(67) Tramontana Antonio. Calidad en los Servicios Médicos, Revista Universidad Católica Santiago de Guayaquil, No. 9 año 2005, pag. 22

(68) Vuori HV et al. The doctor-patient relationship in the light of patients' experiences. Soc Sci Med 1972; 6.

El punto de enlace entre una cosa y otra reside en la estructura por medio de la cual se realiza el proceso productivo y por eso resulta fundamental que dicha estructura esté orientada hacia el paciente, pues no cabe ignorar la especial relevancia que tiene en una de las premisas fundamentales del marketing: “lo que no es percibido como existente por el cliente, no existe en absoluto”.

En efecto, los aspectos de su incidencia en la calidad del servicio cabe resumirlos en doce puntos:

- Es imposible lograr una percepción positiva del servicio provisto, si este no responde objetivamente a la expectativa que el paciente tenga de él.
- La percepción del paciente incluye tanto los aspectos esenciales que conforman su expectativa (beneficio o esperanza de que va a satisfacer la necesidad de salud) como los aspectos secundarios (coste o sacrificio de renunciar a la satisfacción de otra u otras necesidades).
- Los aspectos secundarios son los que tienen mayor capacidad para impactar positivamente en el paciente o usuario.
- El paciente tiende siempre a formarse un concepto global del servicio recibido.
- La percepción negativa acerca de un elemento aislado del servicio tiende a trasladarse automáticamente a la percepción global del mismo.
- Contrarrestar la percepción negativa de un elemento aislado obliga a un número muy elevado de impactos positivos de otros elementos (según Normann en relación de 1 a 12).
- Cuanto más numerosos son los elementos secundarios que integran el servicio, mayor es el riesgo de incurrir en una percepción negativa, en los sanitarios hay un buen número.
- Como en cualquier suministro de servicios, predominan los activos intangibles y eso confiere a los de salud un fuerte acento de “promesa”.
- El alto grado de contacto entre personal y paciente acentúa el riesgo de percepciones negativas.
- El alto grado de individualización o personalización del servicio sanitario (cada paciente es un caso) aumenta aún más el riesgo de percepciones negativas.

- La percepción del usuario comienza antes de suministrarle el servicio propiamente dicho (ubicación, instalaciones, comportamiento de médicos, enfermeras, administrativos, auxiliares, etc.).
- Es frecuente un desfase temporal importante entre realidad objetiva (resultado) y percepción (diagnóstico y tratamiento).

La calidad de un servicio no es sólo el resultado de una coherencia entre propiedades técnicas y expectativas del usuario, sino algo más. La calidad de un servicio sanitario es la correspondencia entre lo que percibe el paciente de las propiedades del bien que necesita (la salud) y lo que de él espera gracias al servicio que se le suministra, y en eso tiene mucho que ver la estructura con la que se provee el servicio.

Colin Sharmann plasmó esto en una fórmula que denominó “ecuación de la calidad”. **C = P – E.**

C= Calidad

P= Propiedades percibidas a través del servicio suministrado

E= Las expectativas del cliente.

Si la percepción tuviera un valor de +1 y las expectativas un valor de +10, la calidad percibida sería negativa (-9); y, al revés, si aquella lo tuviera de +10 y está de +1, sería positiva (+9).

Lo relevante de esta ecuación es que viene a resaltar que la satisfacción del cliente, es un estado de opinión que sigue a un juicio valorativo de la calidad porque es función de la calidad percibida.

El proceso de producción de un servicio sanitario puede encerrar defectos invisibles que, si no ocasionan fallos, no repercuten o constituyen problema alguno para el paciente (aunque, claro, eso no quita para que este pueda descubrirlos y, si se origina un fallo, el defecto se revele como algo real e incida seriamente en la opinión acerca de la calidad percibida) y lo cierto es que eso suele acontecer en más de una ocasión. La calidad de un servicio es el grado de conformidad de todas las propiedades y características pertinentes del

servicio relativas a todos los aspectos de la necesidad del paciente, limitado por el “precio” y la forma de suministro que él, en razón de la expectativa, esté dispuesto a aceptar.

La calidad del servicio en salud siempre tendrá tres componentes: (Ver tabla No 3)

Tabla No 3
Calidad Servicios de Salud

CALIDAD		
HUMANA	TÉCNICO CIENTÍFICA	ADMINISTRATIVA

Alzate G., Juan Gonzalo: Manual Gerencia del Servicio en Salud. Instituto de Ciencias de la Salud CES. Medellín, Colombia. 1994.

Estos tres componentes se deben desarrollar y deben interactuar en diferentes grados, en cada persona de la organización de salud y en toda la organización como tal, y el resultado de ello será un buen o mal manejo de los servicios (productos) de salud.

CAPITULO III

CAPITULO III

ESTUDIO DE MERCADO PARA LOS SERVICIOS DE SALUD QUE PRESTA LA CLINICA FAE SALINAS

Una vez que conocemos la situación de la salud en el Ecuador y cuál es la participación y contribución de la Sanidad Militar y como parte de esta la Clínica FAE Salinas dentro del Sistema Nacional de Salud, y teniendo claro los diferentes conceptos que se maneja en Marketing, se realiza la presente investigación para conocer la oferta de servicios que ofrece la Clínica FAE Salinas a la comunidad, especialmente con la finalidad de obtener un diagnóstico inicial y en base a este estructurar un plan de Marketing en el que consten las diferentes estrategias que nos permitan brindar un servicio de mejor calidad y mejorar la rentabilidad de la misma.

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

Tipo de Estudio

- Enfoque mixto ya que es un estudio cuali-cuantitativo, con aplicación de entrevistas al personal administrativo de la diferentes unidades de Salud y encuestas a pacientes
- Diseño no experimental
- De investigación transversal descriptiva, en la que se analiza informes estadísticos, informes financieros

METODO DE RECOLECCION

En una hoja confeccionada especialmente para recolectar información necesaria para la presente investigación

Tamaño de la muestra

Del total de 293 pacientes que ingresaron durante el año 2010, se tomó una muestra aleatoria, cada cinco encuestas, alcanzando una muestra representativa de 60 encuestas

Tabulación de datos

- Con el Programador SPSS 8.0
- Excel

Tabulación de los resultados:

- Frecuencias
- Grafico en pastel, barras y líneas

3.1 SITUACIÓN Y MERCADO ACTUAL

La Clínica FAE Salinas es una unidad de salud que forma parte del sistema de Sanidad Militar del Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas del Ecuador, depende directamente de la Fuerza Aérea Ecuatoriana, está ubicada en la provincia de Santa Elena, Cantón Salinas, dentro de las instalaciones de la Escuela Superior Militar de Aviación, se encuentra funcionando desde 1999, al ser una institución militar su función principal es apoyar a las operaciones militares y brindar atención médica a la población militar, sus familiares, y de acuerdo a sus capacidad a la población civil tanto de la provincia como del resto del país; es una unidad de salud de II nivel, equivalente a un hospital básico del MSP, por lo tanto presta atención tanto clínica como quirúrgica, en las cuatro especialidades básicas (medicina general, cirugía general, pediatría, y gineco-obstetricia), además de otras especialidades de acuerdo a sus necesidades operativas de la Fuerza Aérea Ecuatoriana.(Ver anexos A,B,C,D y E en las Páginas 293, 294, 295, 296, 297).

3.1.1 Infraestructura y Capacidad

La Clínica FAE Salinas fue diseñada cumpliendo con los estándares que se exige para unidades de salud de ese tipo, existe una delimitación adecuada entre la área operativa (Consulta Externa, Hospitalización, Centro Quirúrgico, Emergencia, Exámenes Complementarios) y el Área Administrativa, su construcción termino en 1999, año en el que fue inaugurada y comenzó a funcionar, desde entonces su infraestructura ha recibido mantenimiento apropiado, actualmente es una de las pocas clínicas funcionales en la provincia y una de las escasas que ha superado el proceso de licenciamiento del Ministerio de Salud Pública (MSP), sus principales características se describen a continuación. (Ver anexo F, Páginas 298-303)

1) Área Operativa

a) Consulta Externa

Cuenta con una sala de espera general y 8 consultorios distribuidos de la siguiente manera. (Ver tabla No. 4)

Tabla No. 4
Consultorios de Consulta Externa

CONSULTORIOS	CANTIDAD
Pediatría	1
Medicina Interna	1
Cirugía General	1
Gineco-Obstetricia	1
Otorrinolaringología	1
Oftalmología	1
Traumatología	1
Salud Mental	1
Total	8

Fuente: Administración Clínica FAE Salinas
Elaborado por: Gilbert Samaniego

b) Hospitalización

Con una capacidad total de hospitalización total de 20 camas distribuidas es una sección para mujeres y una sección para hombres. (Ver tablas No. 5 y 6)

Tabla No. 5
Camas Sección de Mujeres

ESPECIALIDAD	NUMERO DE CAMAS
Pediatría	2
Gineco-obstetricia	2
Medicina Interna	3
Cirugía	4
Suite	1
TOTAL	11

Fuente: Administración Clínica FAE Salinas
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Tabla No. 6
Camas Sección Hombres

ESPECIALIDAD	NUMERO DE CAMAS
Medicina Interna	4
Cirugía	4
Suite	1
TOTAL	9

Fuente: Administración Clínica FAE Salinas
Elaborado por: Gilbert Samaniego

c) Centro Quirúrgico

El Centro Quirúrgico cuenta con la infraestructura necesaria para realizar intervenciones quirúrgicas de acuerdo la complejidad de la clínica. (Ver tabla No. 7)

Tabla No. 7
Infraestructura del Centro Quirúrgico

AREA	CANTIDAD
Quirófanos	2
Sala de parto	1
Recuperación y cuidados intermedios	3 camas
Esterilización	1
Área de preparación de equipos	1

Fuente: Administración Clínica FAE Salinas
Elaborado por: Gilbert Samaniego

d) Emergencia

Emergencia, observación y terapia respiratoria. (Ver tabla No. 8)

Tabla No. 8
Área de emergencia

AREA	CANTIDAD
Cubículos de emergencia	3 camas
Observación	2 camas
Terapia respiratoria	2 pacientes

Fuente: Administración Clínica FAE Salinas
Elaborado por: Gilbert Samaniego

e) Odontología

Dos unidades odontológicas

f) Rehabilitación Física

g) Laboratorio Clínico

h) Departamento de Imagen

i) Gabinete de Audiología

j) Medicina de Aviación

k) Servicios de Apoyo (lavandería y limpieza)

l) Cocina

En resumen podemos decir que la infraestructura de la Clínica FAE actualmente está en buenas condiciones y que tiene una capacidad total de 23 camas operativas.

2) Área administrativa

En el área administrativa se encuentra la dirección, departamento financiero, estadística, auditorium.

3.1.2 Equipamiento

Al momento de inicio de funcionamiento la clínica FAE salinas conto con equipamiento de punta para esa época, se ha realizado mantenimiento periódico de los mismos, por lo que se puede decir que la mayoría de los equipos están funcionando en forma adecuada, pero por el uso y el avance tecnológico algunos equipos ya están a punto de terminar con su vida útil.

1) Consulta externa

Los ocho consultorios cuentan con el equipo necesario y moderno para cada una de las especialidades médicas que brindan consulta externa, es importante resaltar que gineco-obstetricia cuenta con su propio ecógrafo y el consultorio de otorrinolaringología cuenta con un video-nasofaringolaringoscopio, siendo este el único equipo en toda la provincia de Santa Elena.

2) Hospitalización

Las 20 camas de hospitalización son confortables, se encuentran en buenas y condiciones completamente operativas

3) Centro Quirúrgico

El centro quirúrgico tiene todo el instrumental y equipos necesarios para realizar intervenciones quirúrgicas de acuerdo a su nivel de complejidad en las especialidades de cirugía general, cirugía laparoscópica (la clínica fue la primera en adquirir este equipo y viene realizando cirugías laparoscópicas desde 2002 actualmente hay dos en la provincia), gineco-obstetricia, traumatología, oftalmología y otorrinolaringología, estas dos últimas especialidades cuentan con un microscopio quirúrgico moderno el único en la provincia.

4) Emergencia

Los tres cubículos cuentan con el equipo necesario e indispensable para prestar atención médica de emergencia, además tiene dos ambulancias.

5) Odontología

Cuenta con dos unidades odontológicas en buenas condiciones.

6) Rehabilitación Física

Cuenta con el único centro de rehabilitación física bien equipado de la provincia

7) Laboratorio Clínico

Cuenta con el equipo necesario para realizar laboratorio clínico básico.

8) Departamento de Imagen

Cuenta con un equipo de Rx fijo, un equipo de Rx portátil y un ecosonógrafo, con los cuales se realizan radiología básica.

9) Gabinete de Audiología

La Clínica cuenta con el único gabinete de audiología en la provincia donde se realizan audiometrías y timpanometrías

10) Medicina de Aviación

La Fuerza Aérea Ecuatoriana por su característica tiene un recurso humano de pilotos, los cuales al volar sufren una serie de problemas fisiológicos y fisiopatológicos por lo que el área de medicina de aviación se encarga de investigar los mismos para lo cual cuenta con el equipo médico necesario.

3.1.3 Recurso Humano de la Clínica FAE Salinas

El recurso humano de la Clínica FAE Salinas al ser una Institución militar está constituido por personal Militar (oficiales y Aerotécnicos) y Servidores Públicos estos últimos son personal de planta y trabajan con sus respectivos nombramientos, es importante manifestar que los oficiales médicos a más de brindar consulta y realizar cirugías en cada una de sus especialidades desempeñan cargos administrativos y están a cargo de la dirección y administración de la Clínica, siendo el oficial de más alta jerarquía el director de la misma, actualmente cuenta con un recurso humano de 44 personas distribuidas de la siguiente manera. (Ver Tablas No. 9 a la 14), Al realizar el análisis del recurso humano se puede determinar que existe un déficit de 2 licenciadas de enfermería

3.1.4 Servicios que ofrece la Clínica FAE Salinas

La Clínica FAE Salinas ofrece a la comunidad los siguientes Servicios:

- 1) Consulta externa durante cuatro horas por la mañana de lunes a viernes en las siguientes especialidades: Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Traumatología, Otorrinolaringología,

Oftalmología, Anestesiología, terapia del dolor, Psicología, Fisiatría y Medicina General.

Tabla No. 9
Personal de Médicos de la Clínica FAE Salinas

ESPECIALIDAD	CANTIDAD
Medicina Interna	1
Cirugía General	1
Pediatría	2
Gineco-Obstetricia	1
Cardiología	1
Oftalmología	1
Otorrinolaringología	1
Traumatología	1
Fisiatría	1
Anestesiología	2
Psicología	1
Medicos Residentes	3
TOTAL	16

Fuente: Administración Clínica FAE Salinas
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Tabla No. 10
Personal de Odontología de la Clínica FAE Salinas

ESPECIALIDAD	CANTIDAD
Odontólogos generales	2
TOTAL	2

Fuente: Administración Clínica FAE Salinas
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Tabla No. 11
Personal de tecnólogos de la Clínica FAE Salinas

ESPECIALIDAD	CANTIDAD
Tecnólogos de laboratorio	2
Tecnólogos de RX	2
Rehabilitación física	1
Estadística	1
Farmacia	1
TOTAL	7

Fuente: Administración Clínica FAE Salinas
 Elaborado por: Gilbert Samaniego

Tabla No. 12
Personal de Enfermeras y auxiliares de enfermería

ESPECIALIDAD	CANTIDAD
Licenciada de enfermería	1
Auxiliares de enfermería	10
TOTAL	11

Fuente: Administración Clínica FAE Salinas
 Elaborado por: Gilbert Samaniego

Tabla No. 13
Personal Administrativo

ESPECIALIDAD	CANTIDAD
Trabajadora Social	1
Secretaria	1
Contadora	1
Recaudadora	1
Auxiliar contable	1
TOTAL	5

Fuente: Administración Clínica FAE Salinas
 Elaborado por: Gilbert Samaniego

Tabla No. 14
Varios Servicios

ESPECIALIDAD	CANTIDAD
Bodega	1
Lavandería	1
Limpieza	1
Chofer de ambulancia	1
TOTAL	4

Fuente: Administración Clínica FAE Salinas

Elaborado por: Gilbert Samaniego

- 2) Centro Quirúrgico realiza cirugías programadas de lunes a viernes durante 8 horas y cirugías de emergencia las 24 horas del día los 365 días al año, en las siguientes especialidades: cirugía general, cirugía laparoscopia, gineco-obstetricia, traumatología oftalmología y otorrinolaringología, esta ultima especialidad es la única que realiza intervenciones quirúrgicas en toda la provincia.

- 3) Hospitalización con una capacidad total de 23 camas.

- 4) Emergencia: las 24 horas del día, los 365 días al año.

- 5) Servicios complementarios: Radiología Simple, ecosonografía, laboratorio clínico, electrocardiografía, odontología, rehabilitación física, gabinete de audiología, y video-fibronasofaringolaringocopia, estos dos últimos servicios son los únicos en la provincia.

- 6) Medicina de Aviación: Calificación de Aptitud Psicofísica a pilotos militares, actividad que es exclusiva de la Institución por estar de acuerdo con la actividad de la Fuerza Aérea Ecuatoriana.

3.1.5 Productividad General y por Servicios de la Clínica FAE Salinas

Al ser una institución militar y pertenecer al Sistema de Sanidad Militar la Clínica FAE Salinas ya tiene un mercado cautivo, al estar ubicada en la Escuela

Militar de Aviación, tiene como objetivo principal prestar atención médica a los Cadetes, al personal militar y sus familiares de la misma, así como al personal militar y sus familiares de otras ramas de las Fuerzas Armadas acantonadas en la provincia de Santa Elena, y por último a la población civil a través de convenios con diferentes empresas de seguros médicos (Humana, Ecuasanitas, Seguros Sucre, Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, convenios con instituciones particulares, etc.) y pacientes que acuden a la clínica en forma individual, en resumen podemos decir que la Clínica FAE Salinas maneja tres tipos de pacientes: Militares, Familiares de Militares (dependientes y Derechohabientes), y pacientes particulares.

Para determinar la productividad de la Clínica FAE Salinas se recurrió a recolectar y analizar la información contenida en los informes mensuales y anuales del período comprendido entre el año 2006 y el año 2010, se creó una base de datos en SPSS y Excel, se procesó los mismos y se realizó un Análisis Estadístico con el objetivo de determinar cuál ha sido la producción individual por servicios y la producción anual total de la Clínica FAE Salinas, nos interesa especialmente determinar cuál ha sido la tendencia durante los últimos cinco años, encontrándose los siguientes resultados.

1) Productividad por Servicios

a) Productividad de Consulta Externa anual

Al revisar los tres grupos de pacientes (militares, familiares y particulares) que acuden a consulta externa de la Clínica FAE Salinas se observa que durante el año 2006 acudieron 13.140 pacientes, en el año 2007 fueron atendidos 11.192 pacientes, en el año 2008 llegaron 6.234 pacientes, el año 2009 acudieron 9.010 pacientes y durante el 2010 fueron vistos 8.910 pacientes en consulta en la diferentes especialidades médicas, es de notar que el grupo de pacientes que más acuden a la clínica son los familiares de los militares, seguido por pacientes militares y por ultimo pacientes particulares excepto en el año 2006 donde los pacientes particulares ocupan el segundo lugar con 4.093 pacientes y lo más notorio e importante es que el número de pacientes va disminuyendo

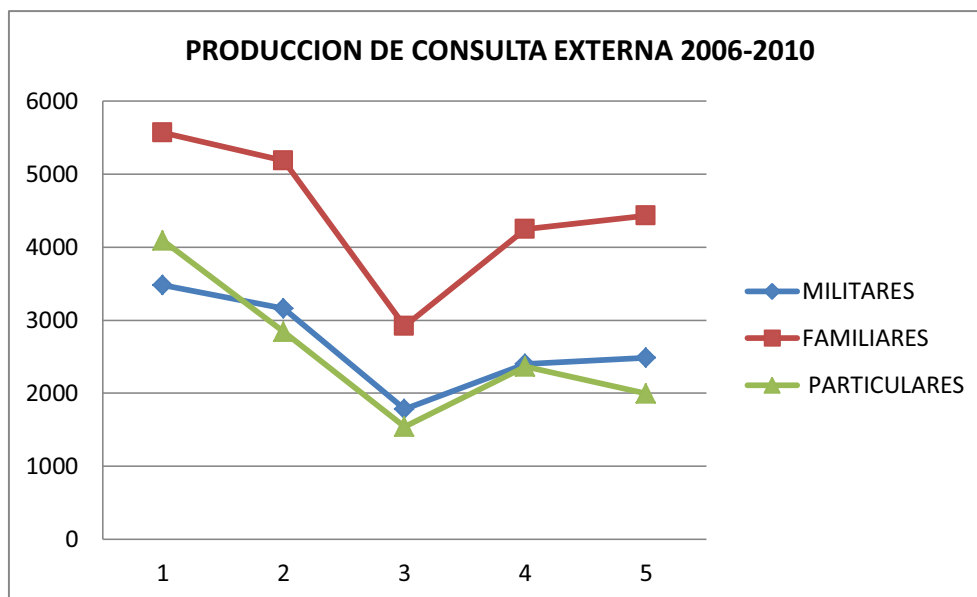
progresivamente cada año teniendo el pico máximo en el año 2008 luego se observa un incremento ligero y al realizar una comparación entre el año 2006 y el año 2010 se observa que existe una disminución de 4.230 pacientes que equivale a un 32.19%. (Ver Tabla No 15 y gráfico No 2)

Tabla No. 15
Producción anual de Consulta Externa

TIPO PACIENTES	AÑOS				
	2006	2007	2008	2009	2010
MILITARES	3480	3163	1779	2401	2484
FAMILIARES	5567	5188	2915	4248	4429
PARTICULARES	4093	2841	1540	2361	1997
TOTAL	13140	11192	6234	9010	8910

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Gráfico No. 2



Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Es de notar que el número de paciente que más disminuye son los pacientes particulares de 4.093 pacientes en el año 2006 a 1.997 pacientes en el año 2010

con un a diferencia de 2096 pacientes que equivale a 51.21%, seguido por pacientes militares con 28.62% y por 20.44 por familiares. (Ver tabla No. 16)

Tabla No. 16
Disminución de pacientes entre 2006-2010

TIPO PACIENTES	AÑOS		DIFERENCIA 5 ANOS	PORCENTAJE DISMINUCION
	2006	2010		
MILITARES	3480	2484	996	28.62
FAMILIARES	5567	4429	1138	20.44
PARTICULARES	4093	1997	2096	51.21
TOTAL	13140	8910	4230	32.19

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Como el objeto de este trabajo está dirigido a pacientes particulares vemos que durante el año 2006 los pacientes particulares representan 31.15% del total de consulta externa y para el 2010 representa el 22.41%. (Ver tabla No. 17)

Tabla No. 17
Porcentaje de pacientes particulares de Consulta Externa

TIPO PACIENTES	AÑO 2006		AÑO 2010	
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
MILITARES	3480	26.48	2484	27.88
FAMILIARES	5567	42.37	4429	49.71
PARTICULARES	4093	31.15	1997	22.41
TOTAL	13140	100.00	8910	100.00

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

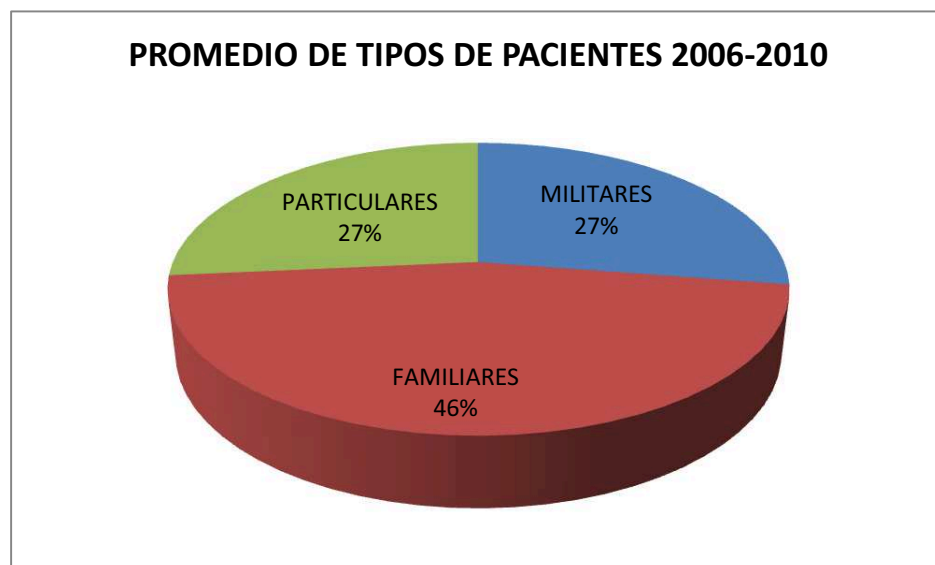
Dentro del grupo total de paciente que han acudido a consulta externa de la Clínica FAE Salinas durante los últimos cinco años, tenemos que han acudido en promedio 9.697 pacientes por año, de los cuales los pacientes particulares representan el 26.47%. (Ver tabla No.18 y gráfico No 3)

Tabla No. 18
Promedio de pacientes durante cinco años

TIPO DE PACIENTES	PROMEDIO 5 AÑOS	PORCENTAJE
MILITARES	2661	27.45
FAMILIARES	4469	46.09
PARTICULARES	2566	26.47
TOTAL	9697	100.00

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Gráfico No. 3
Promedio de pacientes durante cinco años



Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Dentro del grupo de pacientes particulares se manejan 2 tipos, los provenientes de convenio con las diferentes empresas de seguros médicos y los pacientes que acuden en forma individual a la Clínica, al revisar los datos vemos que los provenientes de convenios son menos de 8% del total de pacientes particulares, con un promedio durante este periodo de 5.09%, siendo los que acuden en forma individual la gran mayoría. (Ver tabla No. 19)

Tabla No. 19
Tipo de pacientes particulares

AÑOS	CONVENIO	PARTICULARES	TOTAL	% CONVENIO
2006	137	3956	4093	3.35
2007	153	2688	2841	5.39
2008	117	1423	1540	7.60
2009	123	2238	2361	5.21
2010	123	1874	1997	6.16
PROMEDIO	131	2436	2566	5.09

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Dentro de las especialidades de consulta externa que más demandan los pacientes particulares tenemos que las consultas más solicitadas son medicina general, pediatría, otorrinolaringología, oftalmología y traumatología. (Ver tabla No. 20)

Tabla No. 20
Especialidades más frecuentes de pacientes particulares

ESPECIALIDADES	AÑOS					PROMEDIO
	2006	2007	2008	2009	2010	
Medicina Interna	395	409	265	422	330	364
Pediatría	442	485	324	558	547	471
Cirugía General	250	143	22	23	0	88
Gineco-Obstetricia	71	67	33	70	50	58
Oftalmología	548	275	160	133	141	251
Otorrinolaringología	688	391	216	313	368	395
Traumatología	437	235	141	177	131	224
Medicina general	1091	662	303	513	346	583
Psiquiatría	54	104	12	0	0	34
Psicología	62	70	22	24	27	41
Anestesiología	55	0	0	58	37	30
Fisiatría				23	14	7
Cardiología					6	1
TOTAL	4093	2841	1498	2314	1997	2549

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera un rendimiento de cuatro consultas por hora, en promedio, como el más adecuado; este indicador permite evaluar el rendimiento del médico en consulta externa, y se calcula relacionando el número de consultas atendidas con las horas trabajadas en consulta externa, por cada médico.

Horas ofertadas, aquí se registra el tiempo que el profesional estuvo disponible, dedicado exclusivamente a la atención de usuarios en consulta externa, haya o no demanda. Cada médico especialista tiene en promedio cuatro horas diarias de consulta, es decir 20 horas semanales por 52 semanas del año, cada médico tendría 1.040 horas por 10 médicos se tendría 10.400 horas ofertadas para consulta, si aplicamos la norma internacional que dice que en cada hora debe ver 4 pacientes en la clínica se deberían atender 41.600 consultas al año, en el año 2010 tan solo se atendieron 8910 consultas que equivale al 21.41%, de la capacidad ofertada. El promedio general de consultas hora médico, para la Clínica FAE Salinas es de 0.85 consultas por hora médico, es decir, el 21.25% de la norma recomendada por la OPS.

b) Productividad de Hospitalización

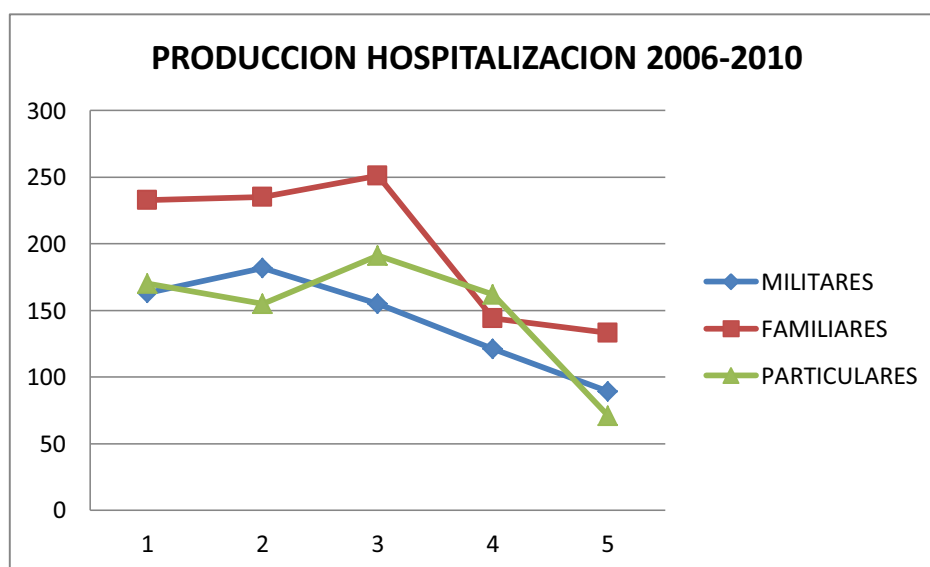
Al revisar los tres grandes grupos de pacientes que ingresan a hospitalización de la Clínica FAE Salinas se observa que durante el año 2006 se hospitalizaron 566 pacientes, en el año 2007 fueron ingresados 572 pacientes, en el año 2008 se hospitalizaron 597 pacientes, el año 2009 ingresaron 427 pacientes y durante el 2010 fueron tratados en hospitalización 293 pacientes, es de notar que el grupo de pacientes que más acuden a la clínica son los familiares de los militares, seguido por pacientes particulares y por último pacientes militares excepto en los años 2007 y 2010 donde ocupan el segundo lugar, lo más importante es que el número de pacientes se mantiene en promedio durante los primeros cuatro años, en el último año existe una caída brusca de 566 pacientes en el año 2006 a 293 pacientes en el año 2010, con una diferencia de 273 pacientes que equivale a un 48.23%. (Ver tabla No. 21 gráfico No. 4)

Tabla No. 21
Producción de hospitalización 2006-2010

TIPO DE PACIENTES	AÑOS				
	2006	2007	2008	2009	2010
MILITARES	163	182	155	121	89
FAMILIARES	233	235	251	144	133
PARTICULARES	170	155	191	162	71
TOTAL	566	572	597	427	293

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Gráfico No 4



Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Es de notar que el número de pacientes que más disminuye son los pacientes particulares de 170 pacientes en el año 2006 a 71 pacientes en el año 2010 con un a diferencia de 99 pacientes menos, que equivale a 58.24%, seguido por pacientes militares con 45.40% y por ultimo pacientes de familiares de militares con 42.92%. (Ver tabla No.22)

Tabla No. 22

Disminución de pacientes en Hospitalización 2006-2010

TIPO DE PACIENTES	AÑOS		DIFERENCIA 5 AÑOS	PORCENTAJE
	2006	2010		
MILITARES	163	89	-74	-45.40
FAMILIARES	233	133	-100	-42.92
PARTICULARES	170	71	-99	-58.24
TOTAL	566	293	-273	-48.23

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Dentro del grupo total de paciente que han acudido a Hospitalización de la Clínica FAE salinas durante los últimos cinco años, tenemos que han acudido en promedio 491 pacientes por año, de los cuales los pacientes particulares representan el 30.51%. (Ver tabla No. 23 y gráfico No 5)

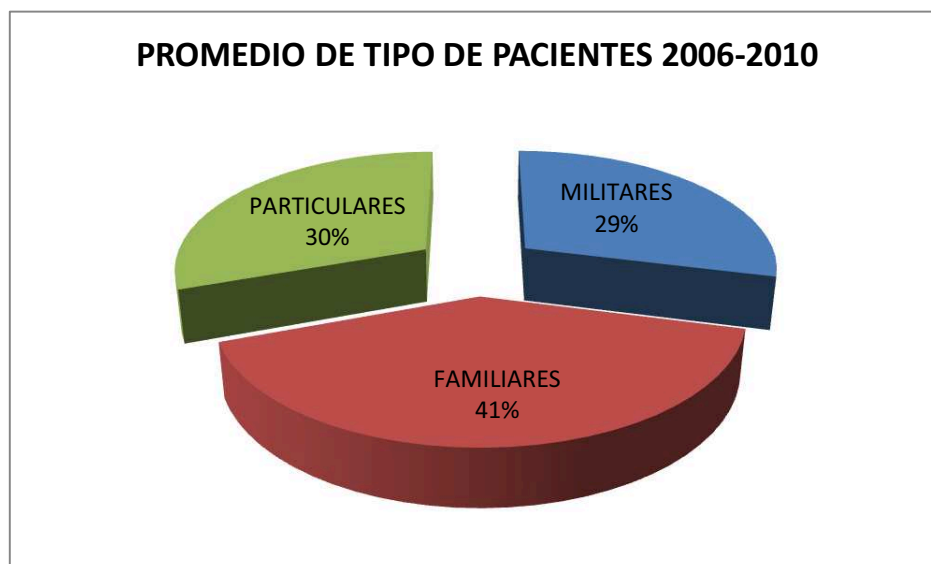
Tabla No. 23

Promedio de pacientes en Hospitalización 2006-2010

TIPO DE PACIENTES	PROMEDIO 5 AÑOS	PORCENTAJE
MILITARES	142	28.92
FAMILIARES	199	40.57
PARTICULARES	150	30.51
TOTAL	491	100.00

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Gráfico No. 5
Promedio de pacientes en Hospitalización 2006-2010



Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
 Elaborado por: Gilbert Samaniego

Si sabemos que la clínica FAE Salinas tiene una capacidad total de 23 camas de hospitalización, hemos calculado el porcentaje de ocupación de camas durante los últimos cinco años se observa que el porcentaje es de menos del 44%, siendo el último año de tan solo del 22.54%. (Ver tabla No. 24)

Tabla No. 24
Porcentaje de ocupación de camas 2006-2010

ANNO	TOTAL PACIENTES	% OCUPACION	GIRO DE CAMAS
2006	566	40.25	41.50
2007	572	41.20	42.35
2008	597	42.55	43.55
2009	427	38.25	44.89
2010	293	22.54	24.36

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
 Elaborado por: Gilbert Samaniego

Internacionalmente existen una serie de indicadores que valoran la eficiencia de Hospitalización entre los más importantes tenemos:

- a) **Porcentaje de ocupación de camas.-** se reconoce que un nivel de ocupación permanente sobre el 90% está saturado, deberá tomar decisiones sobre la ampliación de la capacidad instalada; entre 80% y 90% es óptimo (eficiente), del 60% al 80% es aceptable, y menos del 60% es bajo y antieconómico, en este nivel, si es permanente se deberá analizar la situación para buscar alternativas que mejoren la ocupación, de no haber, se hará necesario una reducción de la capacidad instalada. La Clínica FAE Salinas durante los últimos 5 años tiene un porcentaje de ocupación de 43%.
- b) **El giro de camas, es una razón,-** indica el número de pacientes que fueron dados de alta por cada cama disponible, en un período determinado; se calcula relacionando el total de egresos con el promedio de camas disponibles (camas de dotación), este indicador está en función del porcentaje de ocupación de camas y el promedio días de estada; en consecuencia al año una cama trabajando al 80% de ocupación y un promedio días de estada de 5 días, se obtiene un giro de camas de 4.9 egresos por cama al mes o 58.4 al año, la Clínica FAE Salinas presenta un giro de camas de 24.36 en el año 2010.
- c) **Intervalo de giro.-** establece el tiempo promedio que cada cama permanece desocupada entre un egreso y el siguiente ingreso, es un indicador complementario del giro de camas, se calcula relacionando el total de días camas desocupadas con el número de egresos en un período determinado (días camas disponibles menos días paciente dividido para el número de egresos), este indicador, como el giro de camas, está en función del porcentaje de ocupación de camas y el promedio días de estada; en consecuencia, al año, una cama trabajando al 80% de ocupación y un promedio días de estada de 5 se obtiene un intervalo de giro de camas de 1.3 días, tiempo que la cama permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de uno nuevo; **este indicador al contrario que el giro de camas: mientras más bajo es más eficiente.**

c) Productividad del Centro Quirúrgico

Al revisar los tres grandes grupos de pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente durante el periodo 2006-2010 se observa que durante el año 2006 fueron operados 269 pacientes, en el año 2007 fueron intervenidos quirúrgicamente 249 pacientes, en el año 2008 fueron 311 pacientes, el año 2009 la cantidad de cirugía baja a 192 pacientes y durante el 2010 se mantiene la tendencia a la baja siendo intervenidos quirúrgicamente solo 125 pacientes, es de notar que el grupo de pacientes que más acuden a la clínica a operarse son los familiares de los militares, seguido por pacientes particulares excepto en el año 2010 y por último pacientes militares excepto en el año 2010 que ocupa el segundo lugar y lo más importante es que los paciente militares y sus familiares existe un incremento progresivo hasta el año 2008 posterior a este existe una disminución progresiva de los mismos, en relación con los pacientes particulares existe una tendencia progresiva a la baja excepto en el año 2008 que existe una ligera recuperación, al comparar el año 2006 con el año 2010 existe una diferencia de 125 pacientes menos que equivale a 53.53% de reducción. (Ver tabla No. 25 y gráfico No 6)

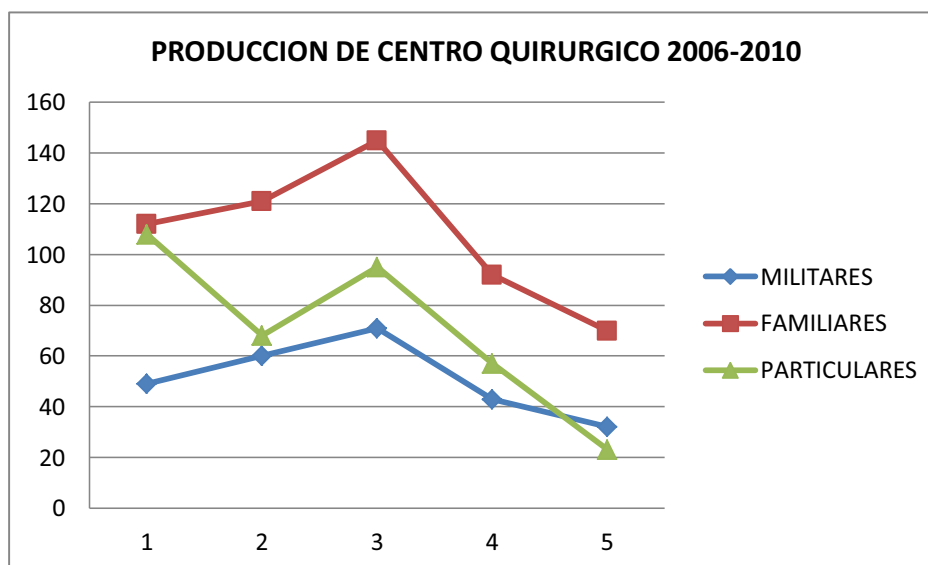
Tabla No. 25

Producción Centro Quirúrgico 2006-2010

TIPO DE PACIENTES	AÑOS				
	2006	2007	2008	2009	2010
MILITARES	49	60	71	43	32
FAMILIARES	112	121	145	92	70
PARTICULARES	108	68	95	57	23
TOTAL	269	249	311	192	125

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Gráfico No. 6



Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Es de notar que el número de pacientes que más disminuye son los pacientes particulares de 108 pacientes en el año 2006 a 23 pacientes en el año 2010 con un a diferencia de 144 pacientes menos, que equivale a 78.70% reducción seguido por pacientes de familiares con 37.50% y por ultimo paciente militares con 34.69%. (Ver tabla No. 26)

Tabla No. 26
Disminución pacientes 2006-2010

TIPO DE PACIENTES	AÑOS		DIFERENCIA 5 AÑOS	PORCENTAJE
	2006	2010		
MILITARES	49	32	-17	-34.69
FAMILIARES	112	70	-42	-37.50
PARTICULARES	108	23	-85	-78.70
TOTAL	269	125	-144	-53.53

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Dentro de las especialidades quirúrgicas que más demanda tienen son: cirugía general, oftalmología, gineco-obstetricia, traumatología, otorrinolaringología y cirugía laparoscópica. (Ver tabla No. 27)

Tabla No. 27
Especialidades quirúrgicas más frecuentes de pacientes particulares

ESPECIALIDADES	AÑOS					PROMEDIO
	2006	2007	2008	2009	2010	
C. LAPAROSCOPICA	22	28	45	24	5	25
C. GENERAL	94	76	86	31	16	61
ORL	22	28	41	27	25	29
TRAUMATOLOGIA	32	35	48	38	23	35
OFTALMOLOGIA	57	39	43	34	33	41
GINECO-OBST.	42	43	46	38	23	38
TOTAL	269	249	311	192	125	229

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

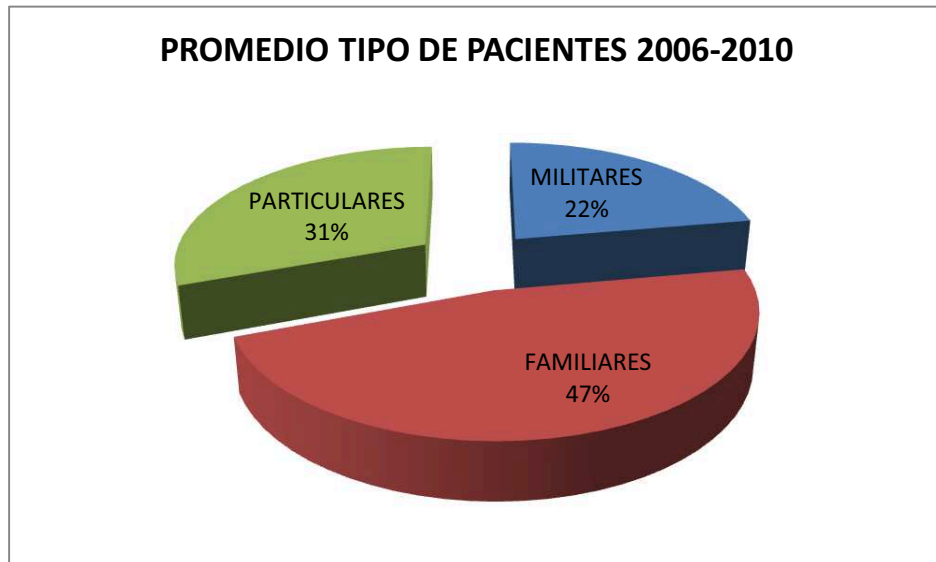
Dentro del grupo total de paciente que han acudido a ser intervenidos quirúrgicamente en la Clínica FAE salinas durante los últimos cinco años, tenemos que han acudido en promedio 229 pacientes por año, de los cuales los pacientes particulares representan el 30.63%. (Ver tabla No. 28)

Tabla No. 28
Promedio tipo de pacientes 2006-2010

TIPO DE PACIENTES	PROMEDIO 5 AÑOS	PORCENTAJE
MILITARES	51	22.25
FAMILIARES	108	47.12
PARTICULARES	70	30.63
TOTAL	229	100.00

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Gráfico No. 7



Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

d) Productividad de Emergencia

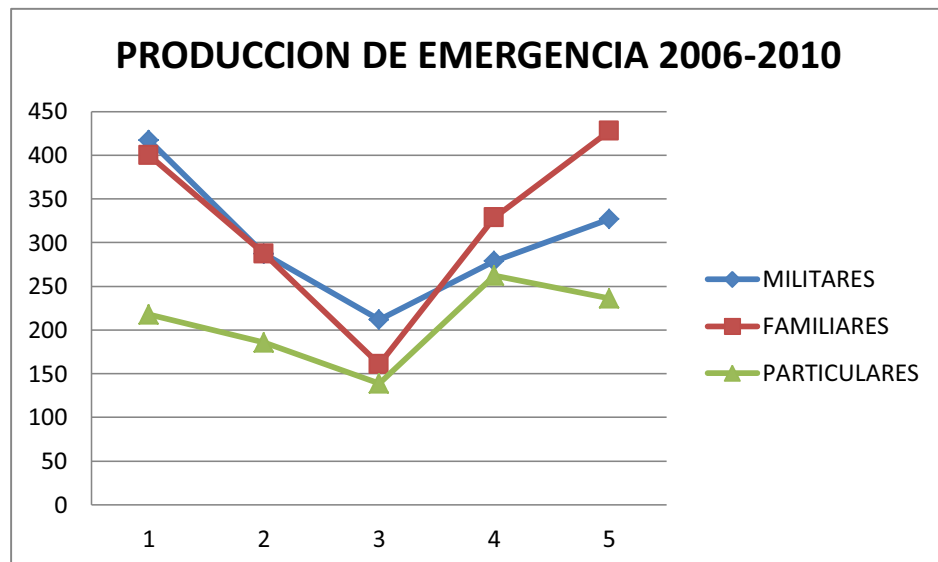
Al revisar los tres grandes grupos de pacientes que acuden al servicio de emergencia de la Clínica FAE Salinas se observa que durante el año 2006 acudieron 1.035 pacientes, en el año 2007 fueron atendidos 760 pacientes, en el año 2008 llegaron 512 pacientes, el año 2009 acudieron 870 pacientes y durante el 2010 fueron vistos 991 pacientes, es de notar que el grupo de pacientes que más acuden a la clínica son los familiares de los militares, seguido por pacientes militares y por último pacientes particulares y lo más importante es que el número de pacientes va disminuyendo progresivamente cada año hasta el año 2008 donde se alcanza el pico más bajo, en los dos años siguientes se observa un crecimiento progresivo hasta en el 2010 donde se llega a 991 pacientes pero no se llega a la producción del año 2006, se puede decir que existe una disminución entre 2006 y 2010 de 44 pacientes que equivale a un 4.5% menos. (Ver tabla No. 29 y gráfico No. 8)

Tabla No. 29
Producción de Emergencia 2006-2010

TIPO DE PACIENTES	AÑOS				
	2006	2007	2008	2009	2010
MILITARES	417	287	212	279	327
FAMILIARES	400	287	161	329	428
PARTICULARES	218	186	139	262	236
TOTAL	1035	760	512	870	991

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Gráfico No. 8



Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Es de notar que el número de pacientes que más disminuye son los pacientes militares de 417 pacientes en el año 2006 a 327 pacientes en el año 2010 con un a diferencia de 90 pacientes que equivale a 21.58% reducción, pero en relación con pacientes de familiares y particulares se observa un incremento entre estos dos años con un 7.0% de los primeros y un 8.26% los segundos. (Ver tabla No. 30)

Tabla No. 30

Disminución pacientes 2006-2010

TIPO DE PACIENTES	AÑOS		DIFERENCIA 5 AÑOS	PORCENTAJE
	2006	2010		
MILITARES	417	327	-90	-21.58
FAMILIARES	400	428	+28	+7.00
PARTICULARES	218	236	+18	+8.26
TOTAL	1035	991	44	4.25

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Dentro del grupo total de paciente que han acudido a emergencia de la Clínica FAE salinas durante los últimos cinco años, tenemos que han acudido en promedio 635 pacientes por año, de los cuales los pacientes particulares representan el 25.34%. (Ver tabla No. 31 y gráfico No. 9)

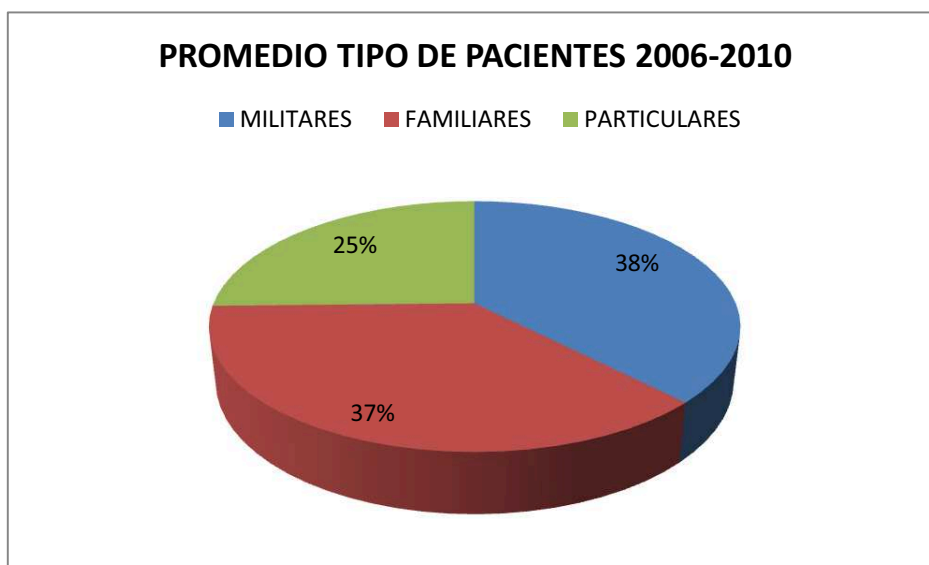
Tabla No. 31

Promedio tipo de pacientes 2006-2010

TIPO DE PACIENTES	PROMEDIO 5 AÑOS	PORCENTAJE
MILITARES	239	37.61
FAMILIARES	235	37.05
PARTICULARES	161	25.34
TOTAL	635	100.00

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Gráfico No. 9



Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Dentro del grupo de pacientes particulares vemos que los provenientes de seguros son menos del 5.91% en promedio durante estos cinco años, siendo los pacientes particulares que llegan individualmente la gran mayoría. (Ver tabla No. 32)

Tabla No. 32
Tipo de pacientes particulares

AÑOS	CONVENIO	PARTICULARES	TOTAL	% CONVENIO
2006	8	210	218	3.67
2007	8	178	186	4.30
2008	22	332	354	6.21
2009	12	127	139	8.63
2010	17	219	236	7.20
PROMEDIO	13	213	227	5.91

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

e) Productividad de Laboratorio Clínico

Al revisar los tres grandes grupos de pacientes que acuden al laboratorio clínico de la Clínica FAE Salinas se observa que durante el año 2006 acudieron 2.577 pacientes, en el año 2007 fueron atendidos 2.267 pacientes, en el año 2008 llegaron 1.734 pacientes, el año 2009 acudieron 1.814 pacientes y durante el 2010 fueron vistos 1.699 pacientes, es de notar que el grupo de pacientes que más acuden a la clínica son los familiares de los militares, seguido por pacientes militares y por ultimo pacientes particulares y lo más importante es que el número de pacientes va disminuyendo progresivamente cada año y en este periodo se observa que hay una disminución de 878 pacientes que equivale a un 34.07%. (Ver tabla No. 33 y gráfico No. 10)

Tabla No. 33

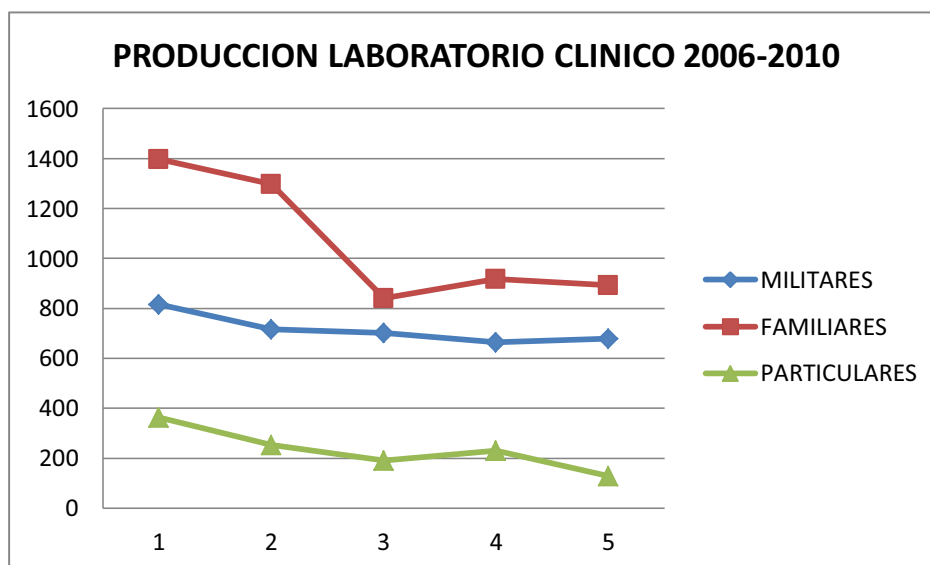
Producción de Laboratorio Clínico 2006-2010

TIPO PACIENTES	AÑOS				
	2006	2007	2008	2009	2010
MILITARES	817	717	701	665	679
FAMILIARES	1397	1297	842	918	892
PARTICULARES	363	253	191	231	128
TOTAL	2577	2267	1734	1814	1699

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Es de notar que el número de paciente que más disminuye son los pacientes particulares de 362 pacientes en el año 2006 a 128 pacientes en el año 2010 con un a diferencia de 235 pacientes que equivale a 64.74%, seguido por pacientes de familiares con 36.15% y por 16.89% por militares. (Ver tabla No. 34)

Gráfico No. 10



Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Tabla No. 34
Disminución de Pacientes 2006-2010

TIPO PACIENTES	AÑOS		DIFERENCIA 5 AÑOS	PROCENTAJE
	2006	2010		
MILITARES	817	679	138	16.89
FAMILIARES	1397	892	505	36.15
PARTICULARES	363	128	235	64.74
TOTAL	2577	1699	878	34.07

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

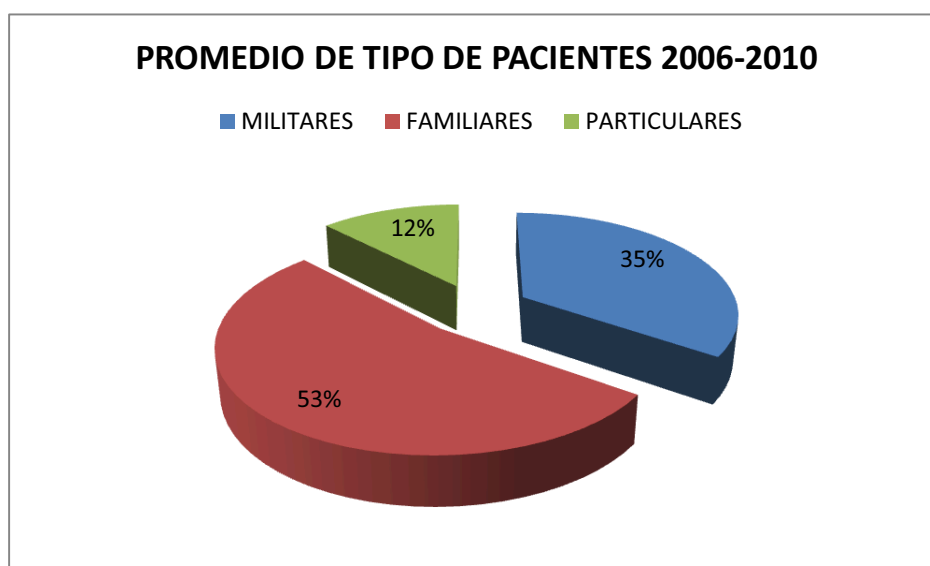
Dentro del grupo total de paciente que han acudido a laboratorio clínico de la Clínica FAE salinas durante los últimos cinco años, tenemos que han acudido en promedio 1.678 pacientes por año, de los cuales los pacientes particulares representan el 12.37%. (Ver tabla No. 35 y gráfico No. 11)

Tabla No. 35
Promedio tipo de Pacientes 2006-2010

TIPO DE PACIENTES	PROMEDIO 5 AÑOS	PORCENTAJE
MILITARES	580	34.56
FAMILIARES	891	53.07
PARTICULARES	208	12.37
TOTAL	1678	100.00

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
 Elaborado por: Gilbert Samaniego

Gráfico No. 11



Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
 Elaborado por: Gilbert Samaniego

Dentro del grupo de pacientes particulares vemos que los provenientes de seguros son en promedio menos del 21.11% durante estos cinco años, siendo los pacientes particulares que llegan individualmente la gran mayoría. (Ver tabla No. 36)

Tabla No. 36
Tipo de pacientes particulares

AÑOS	CONVENIO	PARTICULARES	TOTAL	% CONVENIO
2006	71	292	363	19.56
2007	61	192	253	24.11
2008	35	156	191	18.32
2009	59	172	231	25.54
2010	24	104	128	18.75
PROMEDIO	50	183	233	21.44

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010

Elaborado por: Gilbert Samaniego

f) Productividad de Rayos X

Al revisar los tres grandes grupos de pacientes que acuden al departamento de Radiología de la Clínica FAE Salinas se observa que durante el año 2006 acudieron 939 pacientes, en el año 2007 fueron atendidos 639 pacientes, en el año 2008 llegaron 848 pacientes, el año 2009 acudieron 694 pacientes y durante el 2010 fueron vistos 641 pacientes, es de notar que el grupo de pacientes que más acuden a la clínica son los militares, seguido por pacientes familiares de militares y por ultimo pacientes particulares excepto en el año 2006 donde los pacientes particulares ocupan el primer lugar con 338 pacientes y lo más importante es que el número de pacientes va disminuyendo progresivamente cada año excepto con los pacientes militares que durante el año 2008 existe un incremento marcado pero posteriormente decae la producción, finalmente en este periodo se observa que hay una disminución de 298 pacientes que equivale a un 31.74%. (Ver tabla No. 37 y gráfico No. 12)

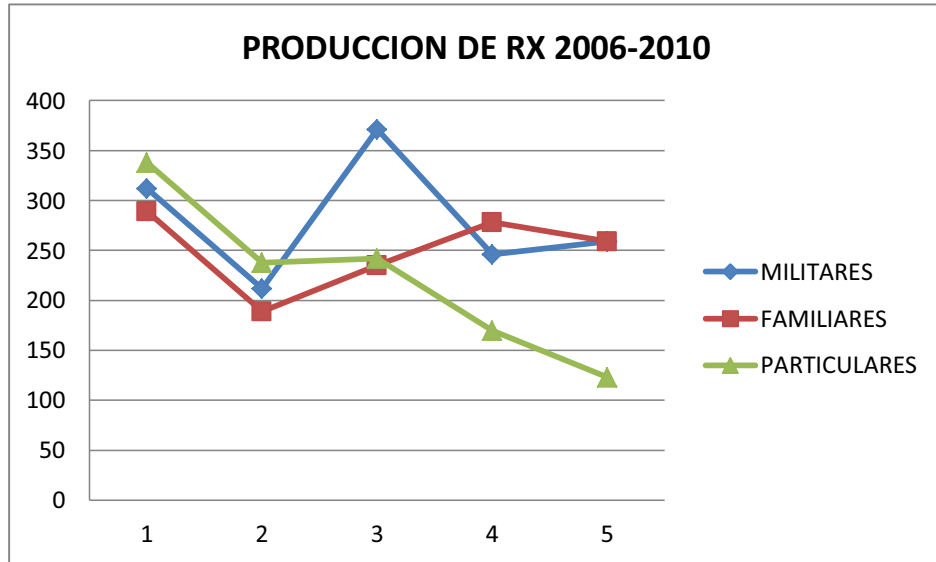
Tabla No. 37
Producción de Rayos X 2006-2010

TIPO DE PACIENTES	AÑOS				
	2006	2007	2008	2009	2010
MILITARES	312	212	371	246	259
FAMILIARES	289	189	235	278	259
PARTICULARES	338	238	242	170	123
TOTAL	939	639	848	694	641

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010

Elaborado por: Gilbert Samaniego

Gráfico No. 12



Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Es de notar que el número de paciente que más disminuye son los pacientes particulares de 338 pacientes en el año 2006 a 123 pacientes en el año 2010 con un a diferencia de 215 pacientes que equivale a 63.61%, seguido por pacientes militares con 16.99% y por 10.38% por familiares. (Ver tabla No. 38)

Tabla No. 38
Disminución pacientes 2006-2010

TIPO DE PACIENTES	AÑOS		DIFERENCIA 5 AÑOS	PORCENTAJE
	2006	2010		
MILITARES	312	259	-53	-16.99
FAMILIARES	289	259	-30	-10.38
PARTICULARES	338	123	-215	-63.61
TOTAL	939	641	-298	-31.74

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Dentro del grupo total de paciente que han acudido al servicio de radiología de la Clínica FAE salinas durante los últimos cinco años, tenemos que han acudido

en promedio 624 pacientes por año, de los cuales los pacientes particulares representan el 31.67%. (Ver tabla No. 39 y gráfico No. 13)

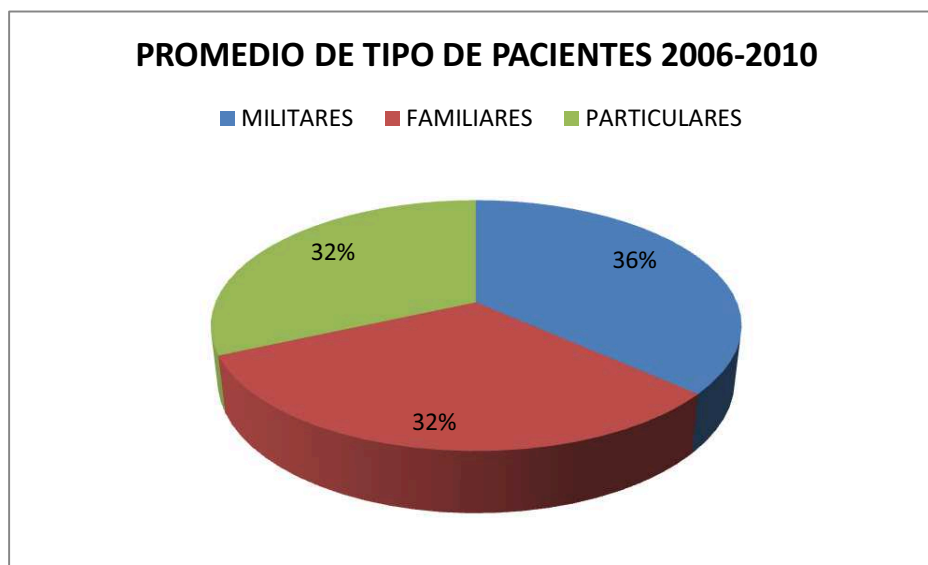
Tabla No. 39
Promedio de tipo pacientes 2006-2010

TIPO DE PACIENTES	PROMEDIO 5 AÑOS	PORCENTAJE
MILITARES	228	36.57
FAMILIARES	198	31.76
PARTICULARES	198	31.67
TOTAL	624	100.00

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Dentro del grupo de pacientes particulares vemos que los provenientes de seguros son menos del 4.37% en promedio durante estos cinco años, siendo los pacientes particulares que llegan individualmente la gran mayoría. (Ver tabla No. 40)

Gráfico No. 13



Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Tabla No. 40
Tipo de Pacientes Particulares

AÑOS	CONVENIO	PARTICULARES	TOTAL	% CONVENIO
2006	7	331	338	2.07
2007	7	231	238	2.94
2008	9	233	242	3.72
2009	16	154	170	9.41
2010	10	123	133	7.52
PROMEDIO	10	214	224	4.37

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010

Elaborado por: Gilbert Samaniego

g) Productividad de Odontología

Al revisar los tres grandes grupos de pacientes que acuden al servicio de odontología de la Clínica FAE Salinas se observa que durante el año 2006 acudieron 2.122 pacientes, en el año 2007 fueron atendidos 1.511 pacientes, en el año 2008 llegaron 1.551 pacientes, el año 2009 acudieron 1.843 pacientes y durante el 2010 fueron vistos 1.846 pacientes, es de notar que el grupo de pacientes que más acuden a la clínica son los militares, seguido por pacientes familiares de militares y por ultimo pacientes particulares y lo más importante es que el número de pacientes va disminuyendo cada año el pico más bajo es el 2007 con 1.511 pacientes, finalmente en este periodo se observa que hay una disminución de 276 pacientes que equivale a un 13.01%. (Ver tabla No. 41 y gráfico No. 14)

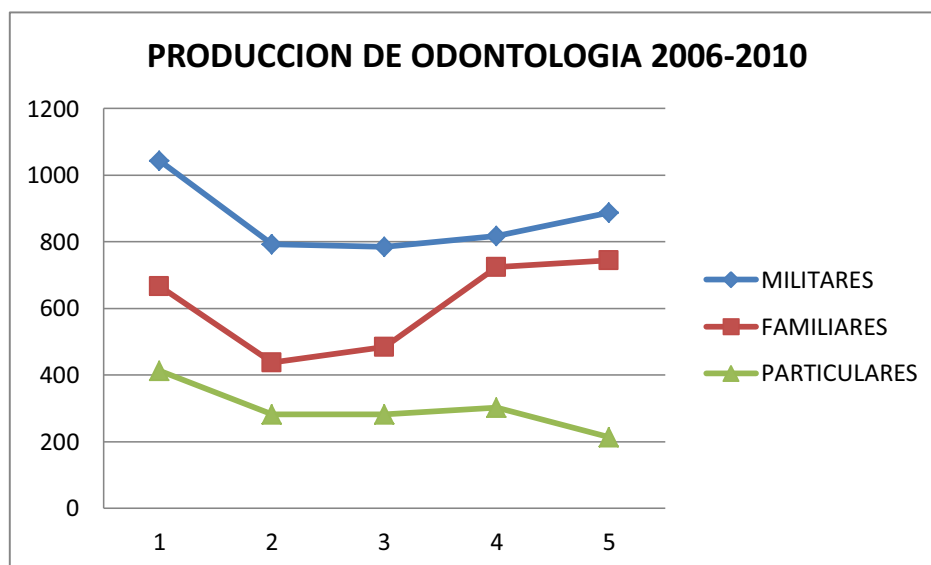
Tabla No. 41
Producción de Odontología 2006-2010

TIPO DE PACIENTES	AÑOS				
	2006	2007	2008	2009	2010
MILITARES	1043	792	785	817	887
FAMILIARES	667	437	484	724	745
PARTICULARES	412	282	282	302	214
TOTAL	2122	1511	1551	1843	1846

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010

Elaborado por: Gilbert Samaniego

Gráfico No. 14



Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Es de notar que el número de pacientes que más disminuye son los pacientes particulares de 412 pacientes en el año 2006 a 214 pacientes en el año 2010 con un a diferencia de 198 pacientes que equivale a 48.06%, seguido por pacientes militares con 14.96% pero en relación con los pacientes de familiares de militares se observa que existe un incremento del 11.69%. (Ver tabla No. 42)

Tabla No. 42
Disminución pacientes 2006-2010

TIPO DE PACIENTES	AÑOS		DIFERENCIA 5 AÑOS	PORCENTAJE
	2006	2010		
MILITARES	1043	887	-156	-14.96
FAMILIARES	667	745	78	11.69
PARTICULARES	412	214	-198	-48.06
TOTAL	2122	1846	-276	-13.01

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Dentro del grupo total de pacientes que han acudido al servicio de odontología de la Clínica FAE salinas durante los últimos cinco años, tenemos que han

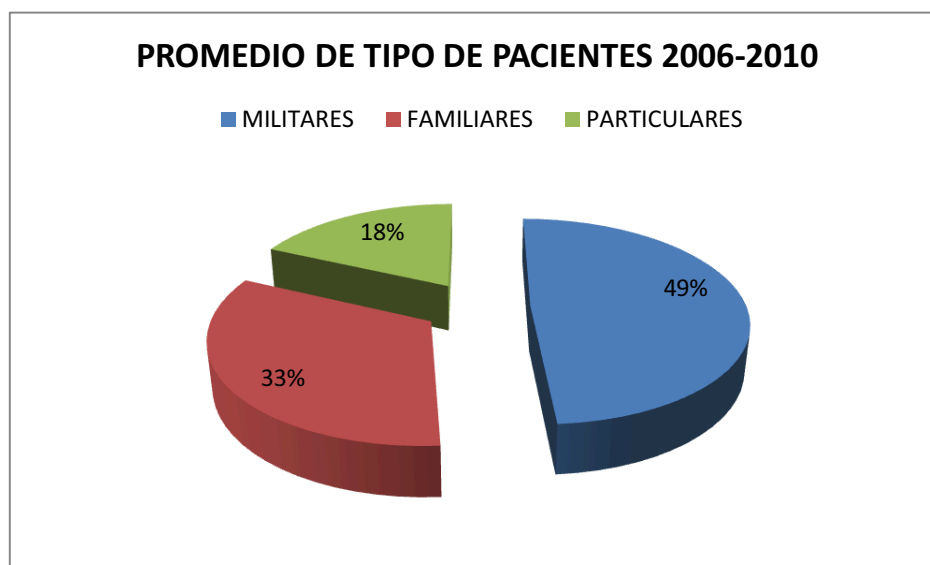
acudido en promedio 1.405 pacientes por año, de los cuales los pacientes particulares representan el 18.19%. (Ver tabla No. 43 y gráfico No. 15)

Tabla No. 43
Promedio de tipo pacientes 2006-2010

TIPO DE PACIENTES	PROMEDIO 5 AÑOS	PORCENTAJE
MILITARES	687	48.91
FAMILIARES	462	32.90
PARTICULARES	256	18.19
TOTAL	1405	100.00

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Gráfico No. 15



Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Dentro del grupo de pacientes particulares vemos que los provenientes de seguros son menos del 31.10% en promedio durante estos cinco años, siendo los pacientes particulares que llegan individualmente la gran mayoría. (Ver tabla No. 44)

Tabla No. 44
Tipo de pacientes particulares

AÑOS	CONVENIO	PARTICULARES	TOTAL	% CONVENIO
2006	237	175	412	57.52
2007	127	155	282	45.04
2008	56	226	282	19.86
2009	32	270	302	10.60
2010	12	202	214	5.61
PROMEDIO	93	206	298	31.10

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

h) Productividad Rehabilitación Física

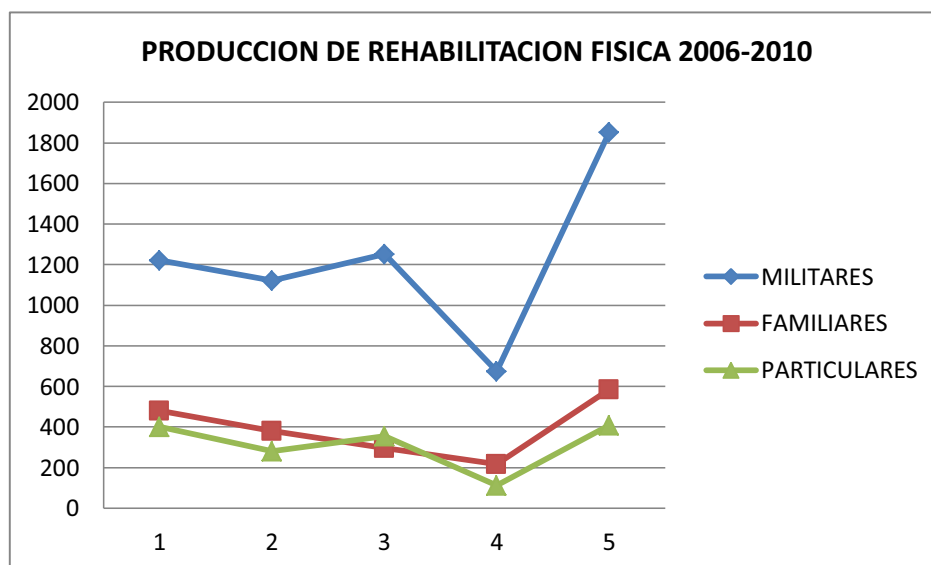
Al revisar los tres grandes grupos de pacientes que acuden al servicio de rehabilitación física de la Clínica FAE Salinas se observa que durante el año 2006 acudieron 2.103 pacientes, en el año 2007 fueron atendidos 1.783 pacientes, en el año 2008 llegaron 1.901 pacientes, el año 2009 acudieron 1.004 pacientes y durante el 2010 fueron vistos 2.847 pacientes, es de notar que el grupo de pacientes que más acuden a la clínica son los militares, seguido por pacientes familiares de militares y por ultimo pacientes particulares excepto en el año 2008 donde los pacientes particulares ocupan el segundo lugar con 354 pacientes, como se observa la producción presenta altibajos pero si se compara el 2006 con el 2010 vemos que existe un incremento en todos los grupos. (Ver tabla No. 45 y gráfico No. 16).

Tabla No. 45
Producción de Rehabilitación Física 2006-2010

TIPO DE PACIENTES	AÑOS				
	2006	2007	2008	2009	2010
MILITARES	1222	1122	1251	675	1852
FAMILIARES	480	380	296	216	586
PARTICULARES	401	281	354	113	409
TOTAL	2103	1783	1901	1004	2847

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Gráfico No. 16



Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Es de notar que el número de pacientes que más aumenta son los pacientes militares de 1.222 en el año 2006 a 1.852 pacientes con un a diferencia de 630 pacientes más que equivale a 34.02%, seguido por pacientes familiares de militares con 18.09% y por 1.96% por pacientes particulares. (Ver tabla No. 46)

Tabla No. 46
Diferencia pacientes 2006-2010

TIPO DE PACIENTES	AÑOS		DIFERENCIA 5 AÑOS	PORCENTAJE
	2006	2010		
MILITARES	1222	1852	630	34.02
FAMILIARES	480	586	106	18.09
PARTICULARES	401	409	8	1.96
TOTAL	2103	2847	744	26.13

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

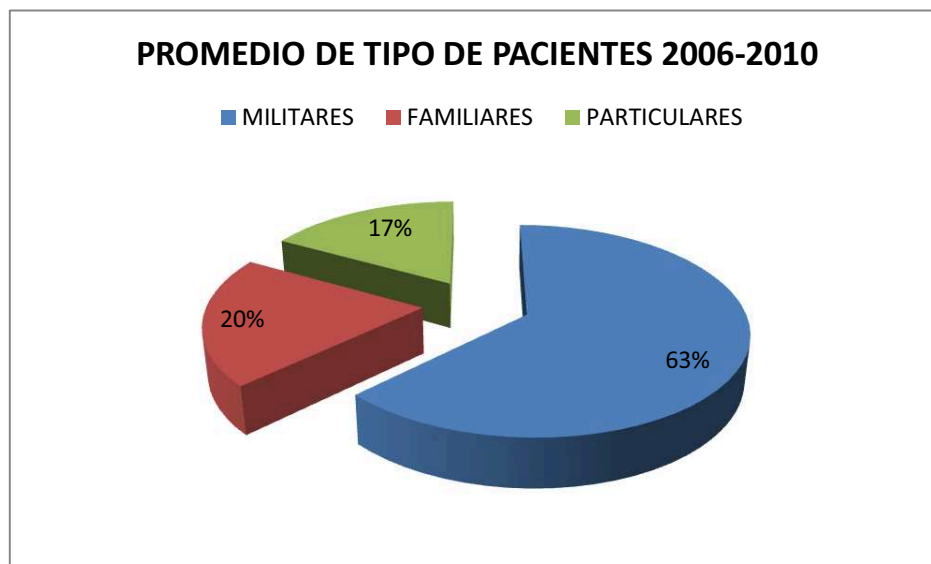
Dentro del grupo total de pacientes que han acudido al servicio de rehabilitación física de la Clínica FAE Salinas durante los últimos cinco años, tenemos que han acudido en promedio 1.358 pacientes por año, de los cuales los pacientes particulares representan el 16.92%. (Ver tabla No. 47 y gráfico No. 17)

Tabla No. 47
Promedio de pacientes durante periodo 2006-2010

TIPO DE PACIENTES	PROMEDIO 5 AÑOS	PORCENTAJE
MILITARES	854	62.88
FAMILIARES	274	20.20
PARTICULARES	230	16.92
TOTAL	1358	100.00

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
 Elaborado por: Gilbert Samaniego

Gráfico No. 17



Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
 Elaborado por: Gilbert Samaniego

Dentro del grupo de pacientes particulares vemos que los provenientes de seguros son menos del 5.01% en promedio durante estos cinco años, siendo los

pacientes particulares que llegan individualmente la gran mayoría. (Ver tabla No. 48)

Tabla No. 48

Tipo de pacientes particulares

AÑOS	CONVENIO	PARTICULARES	TOTAL	% CONVENIO
2006	31	370	401	7.73
2007	11	270	281	3.91
2008	22	332	354	6.21
2009	0	113	113	0.00
2010	14	395	409	3.42
PROMEDIO	16	296	312	5.01

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

2) Producción General Total

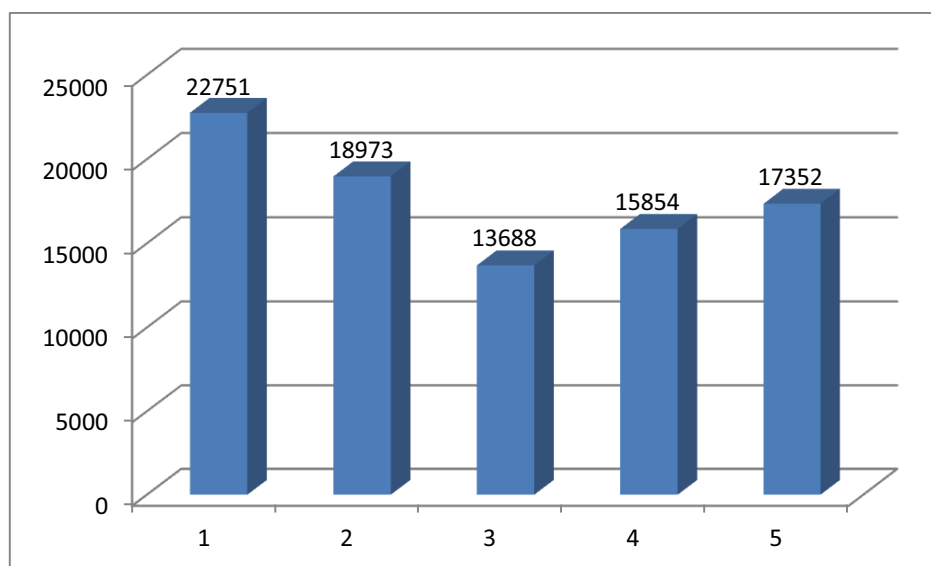
En referencia a la producción total de la clínica en la que se contempla todos los servicios que brinda la misma como son: consulta externa, hospitalización, centro quirúrgico, emergencia, exámenes complementarios (laboratorio y Rx), odontología y rehabilitación física, se observa que en el año 2006 la producción fue de 22.751 pacientes, en el año 2007 fue de 18.973 pacientes, en el año 2008 de 13.688 pacientes, en el año 2009 de 15.854 pacientes y por último durante el año 2010 fueron atendidos 17.352 pacientes, como se observa el año más alta producción es el 2006 y el año más bajo el 2008, teniendo un promedio anual de 17.724 el año durante este periodo, en cuando a la tendencia se observa que conforme transcurren los años vemos que existe una disminución progresiva hasta el año 2008 llegando a tener solo 13.688 pacientes posteriormente se incrementa en forma lenta y progresiva llegando al 2010 a 17.352 pacientes. (Ver tabla No. 49 y gráfico No. 18)

Tabla No. 49
Producción anual por servicios del periodo 2006 - 2010

SERVICIOS	AÑOS				
	2006	2007	2008	2009	2010
Consulta Externa	13140	11192	6234	9010	8910
Hospitalización	566	572	597	427	293
Centro Quirúrgico	269	249	311	192	125
Emergencia	1035	760	512	870	991
Laboratorio Clínico	2577	2267	1734	1814	1699
Rayos X	939	639	848	694	641
Odontología	2122	1511	1551	1843	1846
Rehabilitación Física	2103	1783	1901	1004	2847
TOTAL	22751	18973	13688	15854	17352

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
 Elaborado por: Gilbert Samaniego

Gráfico No. 18
Producción total anual del periodo 2006 - 2010



Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
 Elaborado por: Gilbert Samaniego

Si comparamos la producción del año 2006 y la del año 2010 vemos que existe una disminución total de 5.399 pacientes, que equivale a un 23.73% de reducción, siendo los servicios más afectados, centro quirúrgico con un 53.53%, hospitalización con 48.23%. Laboratorio clínico con 34.07%, consulta externa con un 32.19% y RX con un 31.74%. (Ver tabla No. 50)

Tabla No. 50
Cuadro comparativo 2006-2010

SERVICIOS	AÑOS		DIFERENCIA 5 AÑOS	PORCENTAJE
	2006	2010		
Consulta Externa	13140	8910	-4230	-32.19
Hospitalización	566	293	-273	-48.23
Centro Quirúrgico	269	125	-144	-53.53
Emergencia	1035	991	-44	-4.25
Laboratorio Clínico	2577	1699	-878	-34.07
Rayos X	939	641	-298	-31.74
Odontología	2122	1846	-276	-13.01
Rehabilitación Física	2103	2847	744	35.38
TOTAL	22751	17352	-5399	-23.73

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

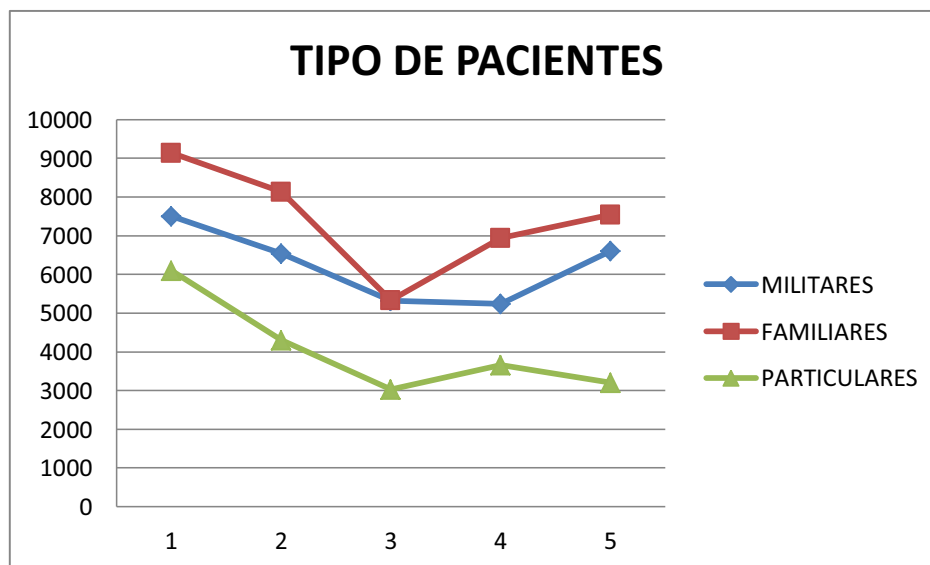
Dentro de los tres grupos de pacientes que acuden a la clínica podemos decir que el grupo que más acude son los pacientes familiares de los militares, en segundo lugar pacientes militares y por ultimo pacientes particulares, dentro de estos últimos podemos decir como es la tendencia general de la producción también han disminuido progresivamente ya en el año 2006 fueron 6.103 pacientes que equivalía al 26.83% llegando a un 18.45%, en un promedio durante este periodo de cinco años de 4.060 pacientes que equivale a un 22.91%. (Ver tabla No. 51 y gráfico 19)

Tabla No. 51
Tipo de pacientes

AÑOS	TIPO DE PACIENTES				PORCENTAJE PARTICULARES
	MILITARES	FAMILIARES	PARTICULARES	TOTAL	
2006	7503	9145	6103	22751	26.83
2007	6535	8134	4304	18973	22.68
2008	5325	5329	3034	13688	22.17
2009	5247	6949	3658	15854	23.07
2010	6609	7542	3201	17352	18.45
PROMEDIO ANUAL	6244	7420	4060	17724	22.91

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Gráfico No. 19



Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

3.1.6 Financiamiento

La Fuerza Aérea Ecuatoriana al ser parte de las Fuerzas Armadas del Ecuador es una institución pública por lo que el presupuesto para su funcionamiento viene del Presupuesto General del Estado, por la crisis económica que ha

sufrido el país durante la última década el presupuesto general para las Fuerzas Armadas los últimos en años han disminuido progresivamente, por lo que las fuerzas han tenido que priorizar la utilización del mismo y se han visto obligadas a idearse otros mecanismos para suplir el déficit, es así que todas las clínicas de I y II nivel funcionan con autogestión para cubrir todos los gastos operativos, por la venta de servicios al ISSFA (Instituto Seguridad Social de las Fuerzas Armadas) y a pacientes particulares, de acuerdo a tablas y tarifas correspondientes establecidas para cada grupo, la fuerza contribuye con el presupuesto para los salarios de del personal de la clínica.

Para determinar cuál ha sido la fuente de ingresos que ha tenido la clínica y determinar la importancia de la contribución de los pacientes particulares en el presupuesto de la misma y especialmente ver su tendencia durante los últimos cinco años, se precedió a revisar los estados financieros de la misma durante los últimos cinco años encontrándose los siguientes resultados.

Al ver la producción económica general observamos que en el año 2006 se facturo USD \$139.360,88, en el año 2007 ingreso USD \$ 102.449,14, en el año 2008 se recaudó USD \$ 127.602,43, en el año 2009 se planillo USD \$126.050,3 y en el año 2010 se facturo USD \$106.769,42. Al realizar una comparación de la producción económica de los cinco años vemos que esta disminuye progresivamente durante este periodo, con una tendencia de la producción hacia la baja en forma progresiva anualmente, pasa de USD \$ 139.360,80 en el año 2006 a USD \$ 106.769,42 en el año 2010, con una reducción general de USD \$ 32.591,46 dólares que equivale a una reducción de 23.39% entre estos dos años. Dentro de los servicios de más alta producción tenemos: consulta externa, hospitalización centro quirúrgico. (Ver tabla No. 52 y gráfico No. 20)

Para determinar la importancia de cuanto generan de ingresos los pacientes particulares y por lo tanto en qué porcentaje contribuyen en el presupuesto de la clínica, se analizó las variables pacientes ISSFA y pacientes particulares encontrándose los siguientes resultados. (Ver tabla No.53 y gráfico No. 21)

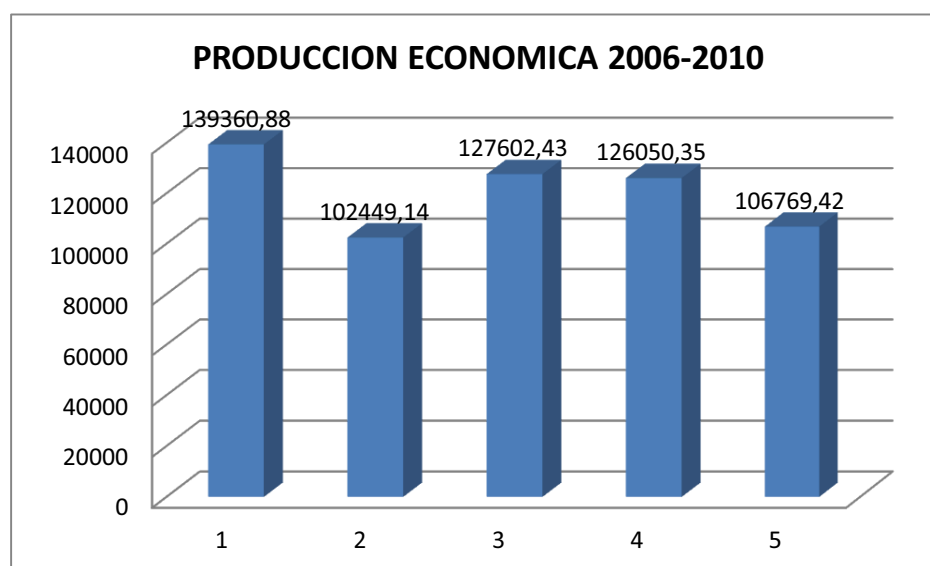
Tabla No. 52

Resumen de Pérdidas y Ganancias 2006-2010 en dólares americanos

SERVICIOS	AÑOS				
	2006	2007	2008	2009	2010
Consulta externa	48421,44	24223,89	22333,56	21240,2	19973,82
Hospitalización	7762,46	25597,04	31769,01	25687,45	8811,11
Cirugías	14930,31	7748,81	7366,8	7245,35	1842,52
Emergencia	3387,4	2722,12	3012,68	3125,23	2617,03
Laboratorio Clínico	10197,78	2552,03	3047,93	2897,87	1241,77
Rayos X		3906,98	7138,59	5543,36	2702,03
ECG		385,72	260,25	454,13	179,74
Gabinete Audiología		288,59	327,4	324,38	137
Odontología		5716	8086,68	7689,97	7608,75
Fisioterapia		2067,8	3937,85	3078,76	2052
ISSFA	16248,74	17330,07	25043,69	35897,43	50387,82
Otros Ingresos	22772,49	3228,37	1057,38	2435,65	1914,05
Fichas Médicas	442	2603,55	3472,04	2886,65	975
Farmacia	15198,26	4078,17	10748,57	7543,92	6326,78
TOTAL INGRESOS	139360,88	102449,14	127602,43	126050,35	106769,42
TOTAL EGRESOS	110342,46	101287,12	115179,11	118675,64	137797,61
UTILIDAD	29018,42	1162,02	12423,32	7374,71	-31028,19

Fuente: Estados financieros Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Gráfico No. 20



Fuente: Estados financieros Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Durante el año 2006 la clínica tuvo un total ingresos por USD \$ 139.360,88, de este total al ISSFA solo se le facturo USD \$ 16.248,74, la diferencia USD \$123.112,14 equivale a la venta de servicios a pacientes particulares por lo tanto los pacientes particulares contribuyen con el 88.34% al presupuesto durante ese año.

Durante el año 2007 la clínica tuvo un total ingresos por USD \$ 102.449,14, de este total al ISSFA solo se le facturo USD \$ 17.330,07, la diferencia USD \$ 85.119,07 equivale a la venta de servicios a pacientes particulares por lo tanto los pacientes particulares contribuyen con el 83.08% al presupuesto durante ese año.

Durante el año 2008 la clínica tuvo un total ingresos por USD \$ 127.602,43, de este total al ISSFA solo se le facturo USD \$ 25.043,69, la diferencia USD \$ 102.558,74 equivale a la venta de servicios a pacientes particulares por lo tanto los pacientes particulares contribuyen con el 80.37% al presupuesto durante ese año.

Durante el año 2009 la clínica tuvo un total ingresos por USD \$ 126.050,35, de este total al ISSFA solo se le facturo USD \$ 35.897,43, la diferencia USD \$ 90.152,92 equivale a la venta de servicios a pacientes particulares por lo tanto los pacientes particulares contribuyen con el 71.52% al presupuesto durante ese año.

Durante el año 2010 la clínica tuvo un total ingresos por USD \$ 106.769,42, de este total al ISSFA se le facturo USD \$ 50.387,82, la diferencia USD \$ 56.381,60 equivale a la venta de servicios a pacientes particulares por lo tanto los pacientes particulares contribuyen con el 52.81% al presupuesto durante el último año.

Se observa que la recaudación de los pacientes ISSFA se incrementa progresivamente durante este periodo pasando de USD \$ 16.248,74 en el año 2006 a USD \$ 50.387,82 en el año 2010, con un incremento de 67.75% de incremento en la facturación, en cambio en relación con los pacientes

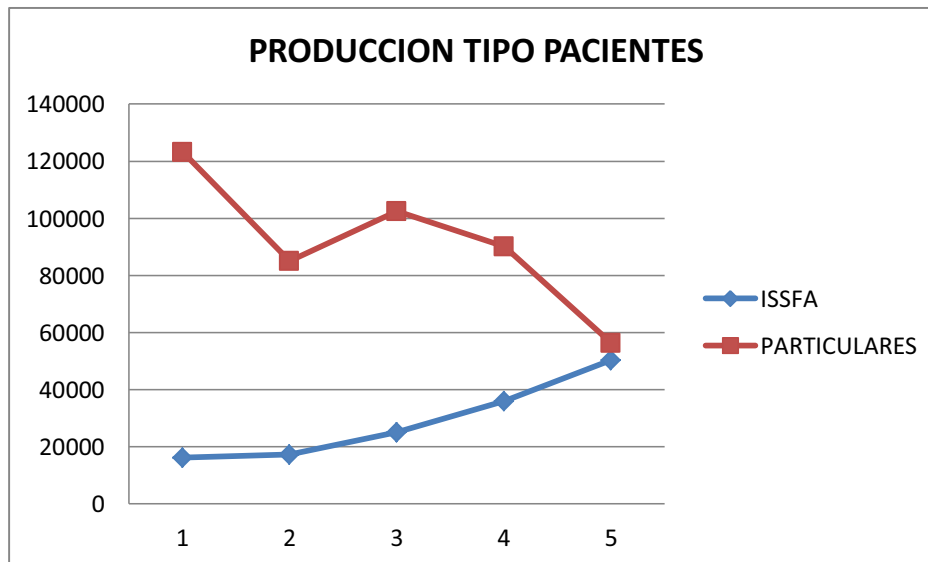
particulares observamos que el efecto es contrario la facturación va hacia la baja pasando de USD \$ 123.112,14 en el año 2006 a USD \$ 56.381,60 en el año 2010, con un porcentaje de reducción de 54.20%.

Tabla No 53
Producción por tipo de pacientes en dólares americanos

AÑO	TIPO DE PACIENTES		TOTAL	% PARTICULARES
	ISSFA	PARTICULARES		
2006	\$ 16.248,74	\$ 123.112,14	\$ 139.360,88	88,34%
2007	\$ 17.330,07	\$ 85.119,07	\$ 102.449,14	83,08%
2008	\$ 25.043,69	\$ 102.558,74	\$ 127.602,43	80,37%
2009	\$ 35.897,43	\$ 90.152,92	\$ 126.050,35	71,52%
2010	\$ 50.387,82	\$ 56.381,60	\$ 106.769,42	52,81%

Fuente: Estados financieros Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Gráfico No.21



Fuente: Estados financieros Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Al realizar el análisis el del estado de pérdidas y ganancias vemos que la utilidad es marginal durante los últimos cuatro años, incluso durante el último año ha presentado perdida. (Ver Tabla No. 54)

Tabla No 54
Utilidad anual durante período 2006-2010 en dólares americanos

	AÑOS				
	2006	2007	2008	2009	2010
TOTAL INGRESOS	\$139.360,88	\$102.449,14	\$127.602,43	\$126.050,35	\$106.769,42
TOTAL EGRESOS	\$110.342,46	\$101.287,12	\$115.179,11	\$118.675,64	\$137.797,61
UTILIDAD PERIODO	\$29.018,42	\$1.162,02	\$12.423,32	\$7.374,71	-\$31.028,19

Fuente: Estados financieros Clínica FAE Salinas años 2006-2010

Elaborado por: Gilbert Samaniego

3.1.7 Calidad de los Servicios que ofrece la Clínica FAE Salinas.

Las opiniones que se suscitan en la relación “proveedor-paciente”, ha terminado reconociéndoseles que son un medio valioso para apreciar la calidad que ofrecen las actuaciones y cuidados médicos, se trata, en definitiva, de analizar la eficacia y la eficiencia antes que cualquier otra cosa, tendientes a evaluar el costo-utilidad, el costo-eficacia y el costo-beneficio de las técnicas y procesos puestos en juego naturalmente, eso ha traído consigo la consecuencia de que todas las medidas utilizadas tengan que ir encaminadas a comprobar la efectividad no sólo de acuerdo con criterios médicos sino también económicos.

Entre esas medidas, por ejemplo, está la que toma como elemento coadyuvante de evaluación de la calidad del producto sanitario la opinión que tienen los pacientes (o usuarios) sobre los servicios que se proveen. Bien mirado, tener en cuenta la opinión de los pacientes es un camino que posibilita evaluar los servicios sanitarios desde la perspectiva de su aportación a la salud efectiva y a largo plazo tanto de ellos en particular como de la comunidad en general

La utilidad es medir el grado de satisfacción de los pacientes con el servicio suministrado, la utilidad para el profesional es también importante, pues conocer la actitud del paciente resulta de especialísimo provecho para que él pueda intuir qué eficacia y efectividad cabe esperar en aquellos cuidados que vayan a extenderse a medio y largo plazo. Realmente, la utilidad que en sí mismo encierran los estudios de opinión radica en que ponen de relieve el

punto de vista del usuario en cuanto a su grado de satisfacción como exponente de una percepción de la calidad del producto que se le suministra.

Para medir la percepción del paciente de la calidad con que la Clínica FAE Salinas oferta sus servicios se recurrió a una encuesta de satisfacción del servicios de Hospitalización, de la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Armadas, que obligatoriamente se realiza a todos los pacientes que egresan del servicio de hospitalización durante el año 2010, del total de 293 pacientes que ingresaron durante el año 2010, se tomó una muestra aleatoria, cada cinco encuestas, alcanzando una muestra representativa de 60 encuestas, en las que se establecieron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de usuario, tiempo de espera para que le asignen la cama, como califica el trato que recibió del personal de la unidad de salud, Información recibida, confort y calidad de los servicios, satisfacción de la cobertura del seguro de salud, todas esta variables se están destinadas a determinar la calidad humana, calidad técnico científica y calidad administrativa de la Clínica AE Salinas. (Ver anexo G, Pag. 304)

Los resultados fueron recolectados, ingresados en una base de datos en Excel, procesados, analizados estadísticamente, y se obtuvieron los siguientes resultados.

1) Variable edad

Dentro de esta variable la persona de más edad fue 77 años, el más joven 4 años, con una media de, con un promedio de edad de los encuestados de 30.8 años, con una media de 24.5 años y una mediana de 32 años

2) Variable sexo

Del total de la muestra 36 pacientes son hombres que equivalen a un 60% y 24 pacientes son mujeres que equivalen a un 40%

3) Tipo de usuario

En referencia al tipo de usuario del total de la muestra 25 pacientes son militares que equivalen a un 41,67% y 35 pacientes son familiares que equivalen a un 58,33%

4) Tiempo de espera

Se estableció tres grupos de acuerdo al tiempo de espera en la asignación de una cama en el servicios de hospitalización: de 0 a 30 minutos de espera, entre 30 a 60 minutos de espera y más de 60 minutos de espera, al analizar los resultados se observó que 53 pacientes que equivalen al 88,33% esperaron menos de 30 minutos y 7 pacientes que equivalen a 11,67% esperaron entre 30 a 60 minutos, estos últimos pueden estar inconformes con el servicio. (Ver tabla No.55)

Tabla No. 55

TIEMPO DE ESPERA		
TIEMPO MINUTOS	NUMERO	PORCENTAJE
0-30	53	88,33
30-60	7	11,67
>60	0	0
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta sobre la calidad de los servicios de la Clínica FAE Salinas año 2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

5) Como califica el trato que recibió del personal de la unidad de salud

Dentro de esta variable se valora el trato por parte del médico tratante, el médico residente, personal de enfermería y personal administrativo, dentro de los rangos de calificación tenemos: muy bueno, bueno, regular y malo, al realizar el análisis tenemos los siguientes resultados.

En referencia al trato por parte del médico tratante tenemos que 57 pacientes (95%) lo califican como muy bueno y tres (5%) paciente lo

califican como bueno, por lo que se deduce que la atención por parte del médico tratante está de acuerdo con los estándares exigidos por la clínica. (Ver tabla No. 56)

Tabla No. 56

TRATO PACIENTE MEDICO TRATANTE		
TIPO TRATO	NUMERO	PORCENTAJE
MUY BUENO	57	95,00
BUENO	3	5,00
REGULAR	0	0
MALO	0	0
TOTAL	60	100,00

Fuente: Encuesta sobre la calidad de los servicios de la Clínica FAE Salinas año 2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

En relación con el trato por parte del médico residente tenemos que 52 pacientes (86,67%) lo califican como muy bueno, 6 pacientes (10%) lo califican como bueno, y 2 pacientes (2.33%) lo califican como regular, notamos que el trato por parte de los médicos residentes si bien en su gran mayoría los pacientes están conformes pero existe un porcentaje de inconformidad (13,33%) ya que no cumple con las expectativas del paciente. (Ver tabla No. 57)

Tabla No. 57

TRATO PACIENTE MEDICO RESIDENTE		
TIPO TRATO	NUMERO	PORCENTAJE
MUY BUENO	52	86,67
BUENO	6	10,00
REGULAR	2	3,33
MALO	0	0,00
TOTAL	60	100,00

Fuente: Encuesta sobre la calidad de los servicios de la Clínica FAE Salinas año 2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

En cuanto al trato por parte del personal de enfermería vemos que 49 pacientes (81,67%) lo califican como muy bueno, 10 pacientes (16,67%) lo

califican como bueno, y 1 pacientes (1.67%) lo califican como regular, notamos que el trato por parte de este personal si bien en su gran mayoría los pacientes están conformes pero existe un porcentaje de inconformidad (18,34%) ya que no cumple con las expectativas del paciente. (Ver tabla No. 58)

Tabla No. 58

TRATO PACIENTE ENFERMERIA		
TIPO TRATO	NUMERO	PORCENTAJE
MUY BUENO	49	81,67
BUENO	10	16,67
REGULAR	1	1,67
MALO	0	0,00
TOTAL	60	100,00

Fuente: Encuesta sobre la calidad de los servicios de la Clínica FAE Salinas año 2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

En referencia al trato por parte del personal administrativo vemos que 45 pacientes (75%) lo califican como muy bueno, 10 pacientes (16,67%) lo califican como bueno, y 5 pacientes (8.33%) lo califican como regular, notamos que el trato por parte de este personal si bien en su gran mayoría los pacientes están conformes el porcentaje de conformidad disminuye más que el resto de personal evaluado, y existe un porcentaje de inconformidad mayor (25%) ya que no cumple con las expectativas del paciente. (Ver tabla No. 59)

Tabla No. 59

TRATO PACIENTE PERSONAL ADMINISTRATIVO		
TIPO TRATO	NUMERO	PORCENTAJE
MUY BUENO	45	75,00
BUENO	10	16,67
REGULAR	5	8,33
MALO	0	0
TOTAL	60	100,00

Fuente: Encuesta sobre la calidad de los servicios de la Clínica FAE Salinas año 2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Como conclusión podemos decir que el trato por parte del personal de la clínica el personal de enfermería y el personal administrativos tiene un mayor porcentaje de inconformidad.

6) Información recibida

En cuanto a esta variable, se ha dividido la información recibida en cuatro parámetros: a) le comunicaron sobre sus deberes y derechos como usuario de la unidad de salud, b) Conoce el nombre de su médico tratante, c) Usted dio su consentimiento para realizar pruebas de diagnóstico y/o tratamiento clínico quirúrgico y d) Las explicaciones que le dio el médico sobre su enfermedad satisficieron sus expectativas, al revisar los resultados observamos que en las tres primeras preguntas 54 pacientes (90%) contestaron SI por lo que asumimos que están conformes y que 6 pacientes (10%) no recibió la información adecuada y a tiempo, en cuanto a la última pregunta existe un 5% de inconformidad. (Ver tabla No. 60)

Tabla No. 60

INFORMACION RECIBIDA					
TIPO	SI	NO	total	% SI	% NO
Deberes y derechos	54	6	60	90,00	10,00
Conoce M. Tratante	54	6	60	90,00	10,00
Dio Consentimiento	54	6	60	90,00	10,00
Recibió explicación	57	3	60	95,00	5,00

Fuente: Encuesta sobre la calidad de los servicios de la Clínica FAE Salinas año 2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

7) En general como califica el Confort y Calidad de los Servicios que usted utilizo.

Dentro de esta variable se valora la infraestructura y la calidad de servicios, dentro de la primera se califica la iluminación, limpieza y señalización dentro de los rangos de muy bueno, bueno, regular y malo y dentro de las

preguntas sobre la calidad de los servicios con respuestas de SI y NO, al realizar el análisis se encontró los siguientes resultados.

En cuanto a la iluminación vemos que 42 pacientes (70%) lo califican como muy bueno, 12 pacientes (20%) lo califican como bueno, y 6 pacientes (10%) lo califican como regular, notamos que existe un porcentaje de inconformidad (30%) ya que no cumple con las expectativas del paciente. (Ver tabla No. 61)

Tabla No. 61

ILUMINACION		
CALIFICACION	NUMERO	PORCENTAJE
MUY BUENO	42	70,00
BUENO	12	20,00
REGULAR	6	10,00
MALO	0	0,00
TOTAL	60	100,00

Fuente: Encuesta sobre la calidad de los servicios de la Clínica FAE Salinas año 2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

En referencia a la limpieza notamos que 40 pacientes (66,67%) lo califican como muy bueno, 15 pacientes (25%) lo califican como bueno, y 5 pacientes (8,33%) lo califican como regular, notamos que existe un porcentaje de inconformidad (33,33%) ya que no cumple con las expectativas del paciente. (Ver tabla No. 62)

Tabla No. 62

LIMPIEZA		
CALIFICACION	NUMERO	PORCENTAJE
MUY BUENO	40	66,67
BUENO	15	25,00
REGULAR	5	8,33
MALO	0	0,00
TOTAL	60	100,00

Fuente: Encuesta sobre la calidad de los servicios de la Clínica FAE Salinas año 2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

En cuanto a la señalización encontramos que 31 pacientes (51,67%) lo califican como muy bueno, 14 pacientes (23,33%) lo califican como bueno, y 8 pacientes (13,33%) lo califican como regular y 7 pacientes (11,67%) lo califican como malo, notamos que existe un porcentaje alto de inconformidad (48,33%) ya que no cumple con las expectativas del paciente y se concluye que la señalización de la clínica es mala. (Ver tabla No. 63)

Tabla No. 63

SEÑALIZACIÓN		
CALIFICACION	NUMERO	PORCENTAJE
MUY BUENO	31	51,67
BUENO	14	23,33
REGULAR	8	13,33
MALO	7	11,67
TOTAL	60	100,00

Fuente: Encuesta sobre la calidad de los servicios de la Clínica FAE Salinas año 2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

En referencia a la calidad de los servicios se planteó las siguientes preguntas y sus respuestas fueron: a) ¿Cuándo solicito ayuda la respuesta fue oportuna? 4 pacientes (6,67%) no recibieron respuesta oportuna, b) ¿Le informaron sobre los cuidados que debe seguir? Tres pacientes (5%) no recibió información de los cuidados a seguir, c) ¿Le informaron cuando volver a control? 2 pacientes (3,33%) no saben cuándo volver a control, d) ¿Le informaron a donde debe volver al control? 2 pacientes (3,33%) no saben dónde debe volver a control, e) ¿Recomendaría esta unidad de salud a otra persona? 2 pacientes (3,33%) no recomendaría esta unidad de salud, f) ¿Sus inquietudes y comentarios en esta unidad de salud fueron atendidas? 6 pacientes (10%) mencionan que sus inquietudes y comentarios no fueron atendidos. (Ver tabla No.64)

Tabla No. 64

INFORMACION RECIBIDA					
TIPO	SI	NO	total	% SI	% NO
Respuesta oportuna	56	4	60	93,33	6,67
Cuidados a seguir	57	3	60	95,00	5,00
Volver a control	58	2	60	96,67	3,33
Donde control	58	2	60	96,67	3,33
Recomendaría a otro	58	2	60	96,67	3,33
Inquietudes atendidas	54	6	60	90,00	10,00

Fuente: Encuesta sobre la calidad de los servicios de la Clínica FAE Salinas año 2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

8) Como califica la atención recibida en hospitalización

En relación a la calificación de la atención medica recibida en hospitalización se encuentra que 50 pacientes (83,33%) lo califican como muy bueno, 8 pacientes (13,33%) lo califican como bueno, y 2 pacientes (3,33%) lo califican como regular, podemos decir que la atención en hospitalización es muy buena con 16,99% de inconformidad ya que no cumple con las expectativas del paciente. (Ver tabla No. 65)

Tabla No. 65

CALIFICACION DE ATENCION EN HOSPITALIZACION		
TIPO	NUMERO	PORCENTAJE
MUY BUENO	50	83,33
BUENO	8	13,33
REGULAR	2	3,33
MALO	0	0,00
TOTAL	60	100,00

Fuente: Encuesta sobre la calidad de los servicios de la Clínica FAE Salinas año 2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

3. 2 MERCADO POTENCIAL

3.2.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE LA PROVINCIA DE SANTA ELENA

La Provincia de Santa Elena, es uno de los accidentes geográficos más importantes de la costa del océano pacífico sur, y el más importante del territorio continental ecuatoriano, su nombre actual se debe a los españoles que la descubrieron en el año 1537 y según el historiador Alejandro Guerra, era llamada “Sumpa” o “Punta” por los habitantes nativos (lengua chimú).

Comprende los cantones: Santa Elena, Salinas y La Libertad, mismos que conforman la provincia de Santa Elena, siendo el Cantón Santa Elena uno de los más antiguos de la República, el cantón La Libertad el más novel y progresista, y Salinas reconocido a nivel internacional por el Turismo, cuyas fechas de creación son: (Ver tabla No 66).

Tabla No 66
Cantones de la Península y fecha de creación.

CANTÓN	FECHA DE CREACIÓN
La Libertad	14 de abril de 1993
Salinas	22 de diciembre de 1936
Santa Elena	22 de enero de 1839

Fuente: IPUR. Plan de Desarrollo Estratégico Participativo del Cantón Santa Elena

1) Extensión Territorial.

La provincia de Santa Elena, ocupa una extensión de 3.762,8 Km², (1.46 % del total nacional), la provincia, en su mayoría, está compuesta de comunas que son protegidas por una ley que las exime de pagar impuestos prediales. (Ver tabla No 67)

Tabla N. 67
Cantones provincia de Santa Elena

CANTÓN	PARROQUIAS	EXTENSIÓN KM2
SANTA ELENA	Santa Elena, incluido Ancón	632,4
	Atahualpa	44,4
	Colonche	1.137,2
	Chanduy	808,6
	Manglar alto	488,8
	Simón Bolívar(Julio Moreno)	557,5
	TOTAL	3 668,9
SALINAS	Salinas	25,8
	Anconcito	8,8
	José Luís Tamayo (Muey)	34,1
	TOTAL	68,7
LA LIBERTAD	La Libertad	25,2
	TOTAL	25,2
TOTAL PROVINCIA		3 762,8

Fuente: IPUR. Plan de Desarrollo Estratégico Participativo del Cantón Santa Elena

El cantón Santa Elena (3.668,90 km²), es el cantón más grande del Ecuador, no tiene catastrado el 70% de su área geográfica; está conformada por su cabecera cantonal la ciudad de Santa Elena que es la capital provincial y las parroquias rurales: Manglaralto, Colonche, Chanduy, Atahualpa, San José de Ancón y Simón Bolívar (conocida también como Julio Moreno). (Ver anexo H, Pag. 305)

El cantón Salinas (68.7km²), está ubicada en el extremo occidental de la provincia, con su cabecera cantonal (ciudad de Salinas) y las parroquias rurales: José Luís Tamayo (Muey) y Anconcito. En Salinas se encuentra la más grande de las infraestructuras hoteleras dedicadas al turismo de la provincia y una de las más grandes del Ecuador

El cantón La Libertad (25.2km²), con su cabecera Cantonal (ciudad de La Libertad), no tiene área rural y toda su extensión es considerada como zona urbana. Es el único cantón totalmente urbano del Ecuador (el cantón está formado por una única ciudad que ocupa la totalidad del territorio). La mayoría se dedica a las actividades turística y comercial. Es el corazón comercial del aglomerado urbano y de la provincia.

2) Administración, Comercio y Economía

El comercio se basa en la pesca y turismo. La península tiene algunos puertos pesqueros: Santa Rosa, San Pedro y Chanduy los más importantes centros de la zona, potenciales económicos que antes eran administrados desde la Provincia del Guayas. Hay actividad todo el año y abarca a un buen número de pobladores. Otros pueblos pesqueros: Ancón, Anconcito y Palmar.

En cuanto al turismo, la Península de Santa Elena recibe en sus balnearios aproximadamente 80 mil turistas por temporada, lo cual indica un ingreso estimado de USD \$ 12'000.000,00. Un gran porcentaje de estos ingresos son recopilados por empresarios de la provincia del Guayas que han invertido en hoteles, restaurantes, centros de diversión, etc.

Los tres municipios manejan anualmente 28 millones de dólares, las principales fuentes de ingresos son las asignaciones del estado y los impuestos. La península de Santa Elena tiene dos grandes falencias según sus autoridades: la atención a la salud y el alcantarillado. Santa Elena debe proveer del servicio de agua potable y alcantarillado al sector rural de la zona, pero solo el 30% de su población la recibe, el resto se abastece por medio de pozos.

Ante la justa exigencia de la población de Salinas, La Libertad y Santa Elena; un catorce de diciembre de mil novecientos noventa y nueve; se constituye la Compañía **AGUA DE LA PENÍNSULA, AGUAPEN S.A.** con el objeto de dedicarse a la prestación de servicios públicos de alcantarillado sanitario, alcantarillado pluvial, tratamiento de aguas servidas, de agua potable, de recolección y reciclaje de desechos sólidos.

El agua que tiene su origen en los deshielos del Chimborazo, forma el río Daule y desde este por medio de bombeo a través de canales va hasta los embalses de la represa Chongón, utilizando el mismo método va a través de canales y cauces naturales hasta la represa de El Azúcar, luego va a Río Verde y así mismo hasta la Planta de Atahualpa, para ser potabilizada y enviarla a través de las extensiones de red, a un gran segmento de la población de los tres cantones que ya reciben agua potable por tubería

Aguapen, es la corporación pionera en la Asociación de Municipios para administrar servicios, participan: Salinas, Santa Elena y La Libertad, trayéndose el agua desde el Tránsito Santa Elena, CEDEGE es el principal accionista y la institución que da el soporte técnico para el mejor desempeño de sus funciones.

El sistema de agua potable de la zona 2 "Salinas - Santa Elena" empezó a operar en marzo del 2000, ha producido a la fecha catorce millones de metros cúbicos, el servicio de agua potable que nos brindan son las 24 horas del día, sin embargo las áreas rurales en su mayoría no son cubiertas con este servicio, estas se abastecen por tanqueros o derivaciones del acueducto o por pozos someros con agua de calidad dura o salobre.

El sistema de agua potable cuenta con dos reservorios: el uno está ubicado en Santa Elena y tiene una capacidad de 6.000 m³, el otro reservorio está ubicado en Anconcito y tiene una capacidad de 600 m³. La captación de agua cruda se está realizando desde el reservorio que se ubica en el canal Azúcar - Río Verde y del cual, mediante una estación de bombeo, se impulsa el agua hasta la planta de tratamiento Atahualpa, que tiene una capacidad del orden de los 69,2 m³/día.

Desde esta planta de tratamiento sale una línea que conduce el agua potable hasta La Libertad, atravesando por una tubería de 900 mm. La dotación media diaria está entre los 150 y 250 L/hab/día, que es la dotación normativa vigente para este tipo de población. La cobertura actual del servicio es del 66% para la provincia.

A nivel rural, sobre todo en el cantón Santa Elena, la captación del agua se obtiene mediante la perforación de pozos de los acuíferos existentes y el servicio se administra a través de Juntas de agua. Existen 21 Juntas entre las parroquiales y las del comité de Juntas de agua.

Para el año 2010 el proyecto proveerá de servicio a 266.000 personas, y para el año 2030 a 555.000 personas. Aproximadamente el 78% de las viviendas disponen de agua entubada en el ámbito urbano cantonal. Existen zonas que reciben el agua a través de piletas o bocatomas.

El sistema de alcantarillado en el Cantón Salinas, fue deficiente hasta antes de que sea dirigido por el proyecto del alcantarillado pluvial y sanitario de CEDEGE ya que tan solo abastecía a una mínima parte de la población expulsando las aguas residuales directamente al mar. El proyecto CEDEGE contemplo la construcción del sistema de alcantarillado para las áreas urbanas de Salinas, Santa Rosa, José Luís Tamayo y la Libertad, construyendo un sistema de tratamiento con lagunas de oxidación de tipo facultativa y de maduración que desagua directamente a la playa Punta Carnero. Alcantarillado que no ha llegado ser implementado en el sector de Punta Carnero, ya que en la actualidad según los pobladores del sector todavía se utilizan Pozos Sépticos como sistema de alcantarillado. Sin embargo, si existe un sistema de desagüe directamente hacia la playa.

Se puso en funcionamiento a fines del año 2000. Tiene una cobertura del 30% de la población de la Provincia, en el área física que comprende los centros de las cabeceras cantonales. Este sistema es similar en las tres cabeceras cantonales, con tres colectores de diámetro entre 20 y 48 pulgadas, que juntos tienen una longitud aproximada de 2 km.

El sistema de aguas lluvias presenta características similares en los tres cantones, está construido cubre solo una pequeña área del centro de las cabeceras cantonales, tiene aproximadamente 26 cámaras y cuenta con tres descargas al mar. Su cobertura es del 5% del área total de las áreas urbanas, el resto de la Provincia no se encuentra cubierto por el servicio.

Existe una diferencia en la cobertura del servicio entre los cantones, siendo la población del cantón Santa Elena (el más poblado) la menos favorecida con el servicio, debido a que la mayor parte se encuentra en el sector rural (76%).

La provincia cuenta con un servicio de alcantarillado sanitario, que se brinda solamente en las cabeceras cantonales y en un porcentaje bajo (30%). Parte de sus redes presentan deterioro y sus piscinas de tratamiento necesitan ser mejoradas.

3) Población

Según información del INEC de acuerdo al censo poblacional y de vivienda del 2001, la población estaba compuesta por 244.316 habitantes, el 58,5% es urbano y el 41,5% es rural; según datos del último censo población y vivienda realizado el 28 noviembre del 2010 la población de la provincia de Santa Elena es de 308.693 habitantes, con un incremento de 64.377 habitantes durante el periodo 2001-2010, que equivale a un crecimiento poblacional intercensal del 20,85%.

La provincia tiene una población residente de 308.693 habitantes (2.13 % del total nacional) y una población flotante superior a 200,000 personas en época alta de turismo, básicamente turistas de la ciudad de Guayaquil y otros cantones de la Provincia del Guayas y del país.

La población total de la provincia está distribuida de la siguiente manera: (Ver tabla No. 68, Pag. 188)

El Cantón Santa Elena con 144.076 habitantes de los cuales 73.396 son hombres y 70.680 son mujeres. El Cantón La Libertad con 95.942 habitantes de los cuales 48.030 son hombres y 47.912 son mujeres. El cantón Salinas con una población de 68.675 habitantes, de los cuales 35.436 son hombres y 33.239 son mujeres.

Aunque políticamente los tres cantones están separados, físicamente y en su convivir las tres ciudades: Salinas, Libertad y Santa Elena junto con las

parroquias rurales de Ballenita y José Luis Tamayo están fusionadas formando una sola ciudad o aglomeración en la actualidad. Que en total acumulan una población total de 180.000 habitantes según proyecciones del INEC para el 2010.

Tabla No. 68
Población por cantones 2010

CANTONES	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Santa Elena	73.396	70.680	144.076
La Libertad	48.030	47.912	95.942
Salinas	35.436	33.239	68.675
TOTAL	156.862	151.831	308.693

Fuente: INEC. Censo población y vivienda 2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

La provincia se caracteriza como el resto del país de ser multiétnica, entre las principales razas tenemos: mestizo 79.1%, afroecuatoriano 8.5%, montubio 4.9%, blanco 3.7%, indígena 1.4%, otras 2.4%.

La población de la provincia tiene una edad media de 26,9 años, el 77,1% tienen cedula de identidad, **“solo el 20,0% son ocupados con seguro general, el 6,5% cuentan con seguro de salud privado”**. En lo referente a educación tiene un analfabetismo >=15 años de 5,2%, promedio de años de escolaridad >=10 años 8.5, tiene una cobertura del sistema de educación pública del 78%, el 5.8% de hogares con niños que no asisten a un establecimiento. En relación con el uso de tecnología, el 21,2% utiliza computadoras, el 17,7% utilizan internet, el 51.0% utilizan celular, con un analfabetismo digital del 39.7%. El 41.3% de hogares tienen vivienda propia y totalmente pagada, y tan solo el 28.8% viviendas con servicios básicos públicos.

Según el censo de población y vivienda de noviembre del 2010, la población de la provincia se caracteriza por ser predominantemente joven, dentro de sus

grupos etáreos vemos que la población que predomina es la comprendida entre los 5 a 9 años con 34.252 habitantes (11.10%), seguido por la población comprendida entre 10 a 14 años con 33.446 habitantes (10.83%), luego la población 15 a 19 años con 29.874 habitantes (9.68%), después la población entre los 1 a 4 años con 29.835 habitantes (9.66%), seguida por la población de 20 a 24 años con 27.175 habitantes (8.80%) por último la población de 25 a 29 años con 25.512 habitantes (8.26%). (Ver tabla No.69)

Tabla No. 69
Grupos etáreos 2010

Grupos de edad	Sexo		Total	Porcentaje
	Hombre	Mujer		
Menor de 1 año	3.573	3.354	6.927	2.24%
De 1 a 4 años	15.219	14.616	29.835	9.66%
De 5 a 9 años	17.539	16.713	34.252	11.10%
De 10 a 14 años	16.901	16.545	33.446	10.83%
De 15 a 19 años	15.407	14.467	29.874	9.68%
De 20 a 24 años	13.913	13.262	27.175	8.80%
De 25 a 29 años	12.708	12.804	25.512	8.26%
De 30 a 34 años	11.664	11.303	22.967	7.44%
De 35 a 39 años	10.184	9.907	20.091	6.51%
De 40 a 44 años	8.800	8.437	17.237	5.58%
De 45 a 49 años	7.749	7.531	15.280	4.95%
De 50 a 54 años	6.125	5.885	12.010	3.89%
De 55 a 59 años	5.035	4.922	9.957	3.23%
De 60 a 64 años	3.652	3.497	7.149	2.32%
De 65 a 69 años	2.908	2.923	5.831	1.89%
De 70 a 74 años	2.118	2.226	4.344	1.41%
De 75 a 79 años	1.561	1.496	3.057	0.99%
De 80 a 84 años	994	1.018	2.012	0.65%
De 85 a 89 años	498	528	1.026	0.33%
De 90 a 94 años	229	292	521	0.17%
De 95 a 99 años	75	89	164	0.05%
De 100 años y más	10	16	26	0.01%
Total	156.862	151.831	308.693	100

Fuente: INEC. Censo población y vivienda 2010

En el campo de la salud de acuerdo a información proporcionada por la Dirección Provincial de Salud de la Provincia de Santa Elena sus principales indicadores en el año 2010 son:

Dentro de las principales causas de morbilidad a nivel hospitalario (egresos hospitalarios) según el código internacional de enfermedades (CIE 10) en la provincia tenemos: diarrea y gastroenteritis, apendicitis no especificada, insuficiencia respiratoria aguda, traumatismos múltiples no especificados, amenaza de parto prematuro que afecta al feto o al recién nacido, abdomen agudo, diabetes mellitus, sepsis bacteriana del recién nacido, infección de vías urinarias sitio no especificado, nefritis tubulointersticial no especificada.

Las principales causas de morbilidad en consulta externa en la Provincia de Santa Elena de acuerdo al CIE 10 tenemos: insuficiencia respiratoria aguda, parasitosis intestinal sin otra especificación, infección de vías urinarias sitio no especificado, diarrea y gastroenteritis, enfermedades de transmisión sexual no especificada, hipertensión arterial esencial, gastritis no especificada, dermatitis no especificada, desnutrición no especificada, anemia de tipo no especificado.

En lo referente a las enfermedades de notificación obligatoria en la provincia tenemos en orden de importancia: fiebre del dengue clásico, varicela, intoxicaciones alimentarias agudas, hepatitis aguda tipo A, infecciones debidas a salmonella, parotiditis infecciosa, fiebre tifoidea y paratifoidea, influenza debido a otros virus de influenza identificado, efectos adversos de las vacunas e influenza debido a otros virus de influenza no identificado.

Dentro de las principales causa de mortalidad en la provincia durante el año 2010 tenemos: diabetes mellitus, distres respiratorio, insuficiencia cardiaca congestiva, hemorragia digestiva alta, neumonía, anemia crónica, cirrosis hepática, hernia supraumbilical estrangulada, hipertrofia prostática, hipoxia cerebral recién nacido.

En la provincia durante el año 2009 se atendieron 543.940 consultas de estas 316.221 fueron consultas médicas, 107.860 consultas de obstetricia, y 119.859 consultas de odontología; y 6.518 egresos hospitalarios.

En relación a los indicadores básicos de internación en hospitales agudos del MSP año 2009 tenemos: total de días de estada 12.330, total de días paciente 18.328, días cama disponible 17.335: dentro de los indicadores de producción tenemos: giro cama 137.2, intervalo de giro -0.2, porcentaje de ocupación de camas 105.7%, días de estada 1.9, dotación de camas 45.

Atenciones gineco-obstétricas: se atendieron en total 3.398 partos, de estos fueron normales 2.530, complicados 13, y cesáreas 855, aborto 637, curetajes 675, total nacimientos 3.407, nacidos vivos 3368, nacidos muertos 39.

El total de consultas de morbilidad por grupos de edad tenemos los siguientes resultados. (Ver Tabla No. 70)

Tabla No. 70
Consultas de Morbilidad Provincia de Santa Elena por grupos etáreos
2009

Grupos de edad	Número de consultas
- 1 mes	1.381
1-11 meses	19.551
1-4 años	48.687
5-9 años	32.474
10-14 años	15.291
15-19 años	9.232
20-35 años	25.584
36-49 años	19.205
50-64 años	15.519
65 mas	13.780

Fuente. Dirección provincial Salud, Santa Elena

Dentro de las condiciones socioeconómicas de desigualdad y pobreza, según la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) 2005-2008, el 59% de la población de la provincia es pobre y el 23% tiene una pobreza extrema, con un coeficiente GINI 0,36. La situación por cantones es: Cantón Salinas 53% de índice pobreza, 19% pobreza extrema y un coeficiente GINI 0.38; Cantón Santa Elena, geográficamente y poblacionalmente es el más grande y más pobre con 73% pobreza, 33% pobreza extrema y coeficiente GINI 0,32; y Cantón La Libertad con un 44% índice de pobreza, 13% pobreza extrema y coeficiente GINI de 0,34.

3.2.3 SEGMENTO DEL MERCADO

En la provincia de Santa Elena existen dos tipos de poblaciones, la residente que habita permanentemente en la provincia que se caracteriza por ser de estratos económicamente medias a bajos, y la población de turistas que es una población flotante que viene de todas partes del país que generalmente es de estrato económicamente alto.

3.2.4 ANALISIS DE LA COMPETENCIA

Para proporcionar atención médica a la población de la provincia de Santa Elena existen en la provincia tres sistemas de Salud: el Ministerio de Salud Pública, el IESS y Unidades de Salud Militares, además de una serie de clínicas particulares a continuación se detalla sus características, capacidades y especialidades más importantes.

A. Unidades de salud del Ministerio de Salud Pública (MSP)

En lo referente a unidades del MSP de la provincia de Santa Elena, para proporcionar atención médica a la población sus unidades están distribuidas en cuatro aéreas: (ver Gráfico No.22)

Gráfico No 22
Áreas de Salud de la Provincia de Santa Elena



Fuente: MSP. Sistema común de información - proyección de población por cantones y parroquias 2009

1) Área No. 29.

Cantón Santa Elena, cuenta con 7 unidades de Salud. (Ver tabla No.71)

Tabla No 71
Unidades de Salud del Área No. 29 Cantón Santa Elena

UNIDAD OPERATIVA	TIPOLOGIA	POBLACION 2009
Santa Elena	CS	33.802
Atahualpa	SCR	2.918
Chanduy	SCR	10.756
Pechiche	SCR	3.355
Zapotal	SCR	1.532
Julio Moreno	SCR	2.522
Ancon	SCR	8.993
Puerto Chanduy	SCR	1.033
San Pablo	SCR	6.150
TOTAL AREA	7	71.062

Fuente: MSP. Sistema común de información - proyección de población por cantones y parroquias 2009

*SCR. Subcentro Salud Rural

** CS. Centro de Salud

Actualmente está en construcción el hospital general de Santa Elena, está terminada la infraestructura, falta completar el equipamiento, su inauguración total está programada para el mes de abril del presente año, está proyectado ser el hospital de referencia de la provincia, está planificado que tenga una capacidad de 120 camas, actualmente solo brinda atención de consulta externa, a continuación se detalla sus servicios. (Ver Tabla No 72)

2) Área No. 20.

Cantón la Libertad, Cuenta con un hospital básico y 2 subcentros de salud. (Ver tabla No. 73 y74)

Tabla No. 72
Hospital General de Santa Elena

HOSPITAL GENERAL SANTE ELENA	CAPACIDAD
Numero de Camas	120
Médico general	03
Ginecólogo	01
Oftalmólogo	01
Pediatría	02
Cardiólogo	01
Médico rural	02
Enfermera profesional	04
Odontólogo	01
Odontólogo rural	01
Servicio de RX	01

Fuente: MSP. Sistema común de información - proyección de población por cantones y parroquias 2009

Tabla No 73

Unidades de Salud del Área No. 20 Cantón La Libertad

UNIDAD OPERATIVA	TIPOLOGIA	POBLACION 2009
La libertad - 15 camas	HB	55.290
Enríquez Gallo	SCU	18.851
Virgen del Carmen	SCU	12.601
TOTAL AREA	3	86.742

Fuente: MSP. Sistema común de información - proyección de población por cantones y parroquias 2009

* HB Hospital Básico

*SCU Subcentro de Salud urbano

Tabla No. 74
Hospital Básico de la Libertad

HOSPITAL DE LA LIBERTAD	CAPACIDAD
Numero de Camas	15
Quirófanos	02
Ambulancia	01
Médico general	03
Obstetríz	01
Médicos residentes	05
Internos Rotativos	04
Enfermera profesional	01
Servicio de RX	01

Fuente: MSP. Sistema común de información - proyección de población por cantones y parroquias 2009

3) Área No. 26.

Cantón Salinas, Cuenta con un hospital básico y 4 sub centros de salud. (Ver tabla No. 75 y 76)

Tabla No 75
Unidades de Salud del Área No. 26 Cantón Salinas

UNIDAD OPERATIVA	TIPOLOGIA	POBLACION 2009
Salinas - 15 camas	HB	21.162
San Judas Tadeo	SCU	6.320
Santa Rosa	SCU	4.651
Anconcito	SCR	9.542
José Luis Tamayo (Muey)	SCR	13.703
TOTAL AREA	5	55.379

Fuente: MSP. Sistema común de información - proyección de población por cantones y parroquias 2009

Tabla No. 76
Hospital Básico José Rodríguez

HOSPITAL DE LA LIBERTAD	CAPACIDAD
Numero de Camas	15
Quirófanos	02
Ambulancia	01
Médico general	03
Anestesiólogo	01
Obstetriz	01
Médicos residentes	04
Internos Rotativos	03
Enfermera profesional	01
Servicio de RX	01

Fuente: MSP. Sistema común de información - proyección de población por cantones y parroquias 2009

4) Área No. 28

Manglar Alto, Cuenta con un hospital básico y 8 **sub centros** de salud. (Ver tabla No.77)

Tabla No 77
Unidades de Salud del Área No. 28 Manglar Alto

UNIDAD OPERATIVA	TIPOLOGIA	POBLACION 2009
Manglaralto - 15 camas	HB	14.163
Colonche	SCR	9.789
Bambil Desecho	SCR	5.445
Manantial de Guangala	SCR	6.910
Olon	SCR	1.899
San Pedro	SCR	7.750
Valdivia	SCR	2.385
Monteverde	SCR	4.268
Ayangue	SCR	1.081
TOTAL AREA	9	53.691

Fuente: MSP. Sistema común de información - proyección de población por cantones y parroquias 2009

B. Unidades de Salud del IESS

El IESS cuenta a nivel de la provincia cuenta con 2 unidades de salud para dar atención a sus afiliados. (Ver tablas No. 78 y 79)

Tabla No. 78

Clínica del IESS en Ancón

CAPACIDAD Y SERVICIOS	CAPACIDAD
Numero de Camas	40
Quirófano	01
Ambulancia	01
Médico general	02
Cirujano general	01
Ginecólogo	01
Urólogo	01
Pediatría	02
Dermatólogo	01
Traumatólogo	01
ORL	01
Hepatólogo	01
Médicos residentes	05
Médico rural	02
Enfermera profesional	05
Odontólogo	01
Laboratorio Clínico	01
Servicio de RX	01

Fuente: MSP. Sistema común de información - proyección de población por cantones y parroquias 2009

Tabla No. 79

Dispensario del IESS de La Libertad

CAPACIDAD Y SERVICIOS	CAPACIDAD
Numero de Camas	01
Médico general	02
Ginecólogo	01
Dermatólogo	01
Técnico fisiatra	01
Tecnólogo Laboratorio Clínico	01
Enfermera profesional	01
Laboratorio Clínico	01

Fuente: MSP. Sistema común de información - proyección de población por cantones y parroquias 2009

C. Unidades de Salud Militares

Dentro de las unidades de salud militares que existen en la Provincia de Santa Elena tenemos a las siguientes: la Clínica FAE Salinas es la más importante y cuyas características ya fueron descritas anteriormente, el Centro de Salud ubicado en la Base Naval y Subcentro de Salud del ejército, estos dos últimos centros son unidades de salud de I nivel, y entre estos tres centros funciona el sistema de Referencia y Contrareferencia.

D. Clínicas Particulares

En lo referente a las clínicas particulares vamos a mencionar a las más importantes y que están dentro del nivel II, es decir poseen parecidas características en infraestructura y prestación de servicios, sus capacidades se detallan a continuación. (Ver tablas No.80, 81, 82)

Tabla No. 80
Clínica Granados

CAPACIDAD Y SERVICIOS	CAPACIDAD
Numero de Camas	22
Quirófano	03
UCI	01
Médico general	03
Cirujano General	03
Ginecólogo	02
Oftalmólogo	01
Pediatría	02
Cardiólogo	01
Obstetriz	01
Técnico anestesista	01
Enfermera profesional	04
Traumatólogo	01
Cirujano Plástico	01
Servicio de RX	01
TAC	01

Fuente: Administración Clínica Granados
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Tabla No. 81
Clínica Cristo Redentor

CAPACIDAD Y SERVICIOS	CAPACIDAD
Número de Camas	40
Médico general	03
Ginecólogo	01
Oftalmólogo	01
Pediatría	02
Traumatólogo	01
Urólogo	01
Enfermera profesional	04
Técnico anestesista	01
Servicio de Laboratorio	01
Servicio de RX y Ecografía	01

Fuente: Administración Clínica Cristo Redentor
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Tabla No. 82
Clínica Baste

CAPACIDAD Y SERVICIOS	CAPACIDAD
Número de Camas	12
Médico General	01
Ginecólogo	01
Pediatría	02
Cardiólogo	01
Enfermera profesional	04
Odontólogo	01
Laboratorio Clínico	01
Servicio de RX	01
Ambulancias	04

Fuente: Administración Clínica Baste
Elaborado por: Gilbert Samaniego

CAPITULO IV

CAPITULO IV

PLAN DE MARKETING PARA PROMOCIONAR LOS SERVICIOS DE LA CLINICA FAE SALINAS

4.1 CUESTIONES PREVIAS

El Marketing como se mencionó en el primer capítulo es el proceso de planificación y distribución del intercambio de productos y servicios conforme a los conceptos esenciales de precio y promoción, toda vez que el Marketing es previo a las acciones de estímulo de la demanda como la publicidad y otras acciones relacionadas (promoción).

En lo que concierne al Marketing, la demanda es el valor que refiere la intención de compra de un mercado (grupo de individuos u organizaciones que desean un determinado producto o servicio y que disponen de capacidad financiera para adquirirlos).

El Marketing puede definirse como un sistema total de actividades mercantiles, encaminadas a planear, fijar precios, promover y distribuir productos y servicios que satisfacen las necesidades de los consumidores potenciales, o lo que es lo mismo, tener el producto adecuado en el momento adecuado, adaptado a la demanda en el tiempo correcto y con el precio más justo. El Marketing es una batalla de Percepciones, es el proceso de tratar con las percepciones que tienen los clientes en sus mentes.

De las definiciones anteriores se desprende que el marketing se centra en los deseos y necesidades del consumidor o usuario, hacer lo que el consumidor desea en lugar de hacer lo que deseamos nosotros como institución, el cliente es el centro de nuestras actividades y todo lo que realizamos lo hacemos pensando en él. Esto es aplicable por supuesto a los Servicios de Salud, los hospitales actualmente están realizando encuestas a los pacientes para determinar sus necesidades y han establecido el monitoreo sistemático para determinar las necesidades, satisfacciones e insatisfacciones de los pacientes. Los médicos y demás

trabajadores de la salud están recibiendo capacitación para aprender como ejercer sus prácticas de forma más efectiva.

En la actualidad los servicios que proporcionan bienestar a la población como es el caso de los Servicios de Salud, se encuentran también inmersos en el gran reto que implica la competitividad, haciendo que tome cada vez mayor importancia el estudio de las necesidades de los consumidores, clientes, usuarios y pacientes, para atenderlos mejor, para lo cual es necesario la identificación y satisfacción de las necesidades del cliente de una manera eficiente.

Se ha repetido hasta la saciedad que el objetivo del servicio sanitario, sobre todo si corresponde al sector público, es la rentabilidad social antes que la económica; pero eso no quita para declarar también e insistentemente, la necesidad de proporcionar al usuario “la máxima satisfacción”. Semejante dualidad, que tropieza inevitablemente con el principio de escasez de los recursos, abona multitud de confusiones en cuanto a los verdaderos fines de esa actividad porque, si se quiere proporcionar la máxima satisfacción como criterio exclusivo o primordial (cosa que se traduce normalmente en dar esa máxima satisfacción “cueste lo que cueste”, priorizando así la rentabilidad social con desprecio de la económica), la empresa sanitaria puede entrar inevitablemente en la bancarrota como cualquier otra empresa, pues ya hay preocupantes indicios acerca de esto y a la vista está la tremenda escalada de gastos en que incurren las instituciones públicas dentro de una dinámica que parece carecer de límites.

Enarbolar la bandera de la rentabilidad social y de la máxima satisfacción, olvidándose de que toda actividad tiene que reportar un beneficio es un grave error porque lo único que no tiene límites es la disposición del usuario a obtener el máximo beneficio para él.

El criterio del beneficio es esencial en el desempeño eficaz de la labor directiva en cualquier empresa, pero la trampa consiste en creer que para ello el control de las actividades ha de hacerse exclusivamente en función del costo y no en relación con los ingresos, lo que como criterio práctico de estas decisiones lleva a tener que

plantearse de forma muy clara cuáles son los objetivos de la empresa y cuáles los sociales.

La empresa sanitaria tiene que enfrentarse en todo momento con varias alternativas (financieras, de personal, de producción, etc.) que rara vez pueden evaluarse por separado e imponen que haya que procederse a una elección. Esto hace que la Dirección tenga que desarrollar un plan de objetivos básicos que vendrán a conformar lo que podemos denominar como “política general de la empresa”. Dichos objetivos, por ejemplo, pueden ser: a) consolidar la situación del centro en el mercado sanitario, b) mantener, aumentar o estabilizar la actividad que se desarrolla, c) incrementar el prestigio de la institución, etc. Naturalmente, pueden elegirse otros objetivos, pero lo que no cabe perder de vista es que sea cual fuere la selección efectuada, ha de tener como meta un beneficio que pueda asegurar la supervivencia, el desarrollo y la continuidad de la empresa.

Los economistas y los contadores dicen que el beneficio equivale al diferencial entre ingresos y gastos, eso es correcto; pero, por lo que afecta a la empresa sanitaria, no cabe dejar de lado que hay una “parte social” de gasto que debería deducirse al computar beneficios (o realizaciones de presupuesto) por causa del servicio rendido a la sociedad y el individuo.

Se tiende insistentemente a hacer hincapié en el principio básico de reunir los datos referentes a los costos que componen el restablecimiento, mejora o rehabilitación de la salud y a eludir cualquier referencia si realmente han de saldarse estos en la medida que supone su total recuperación con los ingresos, pero hay que tener en cuenta también los costos que se incurren en la investigación y en las nuevas tecnologías en el campo médico, que no son de carácter corriente, y eso guste o no, siempre incidirá en una reducción de los beneficios económicos.

Los gastos totales que se generan en el proceso productivo de la atención sanitaria son siempre diferentes, porque diferentes son los pacientes, los procesos, las patologías y las circunstancias que rodean el acto asistencial, por lo que estos se hallan en dependencia directa de los objetivos que se persigan. En consecuencia, salvo el concepto correspondiente a gastos fijos, el criterio de gasto total es muy

relativo que afecta al beneficio financiero como la contribución que con su merma también afecta al beneficio social, precisamente este es la única razón de ser de un servicio público.

La Clínica FAE Salinas al ser una institución de Salud Pública, integrante del sistema de Sanidad Militar, dependiente del Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas del Ecuador a través de su Dirección de Salud, y más directamente de la Fuerza Aérea Ecuatoriana al pertenecer a la misma, y si bien está bajo el amparo y planificación estratégica de de dichas instituciones, en este mundo globalizado no está exenta de estos conceptos y al ser proveedor de servicios médicos también de la competencia.

Como se mencionó en el primer capítulo, si bien el objetivo principal la sanidad militar es proporcionar atención médica al personal militar como apoyo a las operaciones militares y para que estos puedan cumplir sus misiones con tranquilidad este servicio se extiende a sus dependientes y derechohabientes, la Fuerza Aérea Ecuatoriana consiente con las necesidades de salud de la población en general donde están ubicadas cada una de sus bases aéreas y sustentada en la obligación de contribuir al desarrollo de la nación como se establece en su misión que dice **Desarrollar el poder militar aéreo para la consecución de los objetivos institucionales, que garanticen la defensa, contribuyan con la seguridad y desarrollo de la Nación,** y como reza en la misión de sanidad de la FAE **Preservar, mantener y rehabilitar la salud del recurso humano Institucional, derecho habiente y dependiente, asistiendo a las sociedades militar y civil, con el uso eficiente y eficaz de la medicina en apoyo a la misión de la Fuerza Aérea Ecuatoriana.** Se decide que como apoyo de la FAE a la comunidad sus unidades de salud presten atención médica a la población en general con calidad y a bajos costos, pero también buscando rentabilidad (beneficio) es decir maneja los dos conceptos: rentabilidad social y rentabilidad económica.

El objetivo de la Clínica FAE Salinas es proveer atención de salud con eficiencia, eficacia y calidad tanto a los pacientes militares, sus familiares (dependientes y derechohabientes) así como a la población civil de la provincia de Santa Elena y a los turistas que acuden de todo el país y pretende:

- ✓ Brindar excelencia en la atención médica integral en todos sus campos para las personas que busquen sus servicios.
- ✓ Realizar actividades de fomento y protección en salud.
- ✓ Impulsar el desarrollo de la medicina en la provincia con servicios de alta calidad y que aseguren una rentabilidad razonable que contribuya al financiamiento de su crecimiento y desarrollo.
- ✓ Fomentar la actualización de su recurso humano mediante actividades de educación médica continua en sus diferentes servicios.

La Clínica FAE Salinas además de la rentabilidad social busca una rentabilidad económica por lo que se debe manejar como una empresa, razón por la cual con el presente trabajo pretendemos realizar una propuesta de un plan de marketing, que debidamente confeccionado sirva de guía para proporcionar la mejor satisfacción de las necesidades a los pacientes, gracias a una buena y constante comunicación con los mismos, con los proveedores, con los propios empleados y con el público en general, esto nos permitirá tener una orientación claramente práctica y científicamente sustentada de cómo mejorar la venta de servicios que ofrece la clínica a pacientes particulares y así generar una mayor utilidad, teniendo en mente siempre la satisfacción del paciente, haciendo ver la importancia estratégica de los planes de Marketing y así identificar las oportunidades, establecer los objetivos y estrategias,

Si bien el Marketing es un enfoque de la gestión empresarial, el plan de marketing es un instrumento de gestión que consiste en un documento donde se recoge de manera detallada, ordenada y fácilmente comprensible, el conjunto de acciones de marketing que se pretenden llevar a cabo para alcanzar unos objetivos deseados, en un ambiente de mercado.

Planificar, es un proceso continuo y flexible que tiene por objeto seleccionar objetivos, determinar estrategias y políticas, y determinar cursos de acción.

La Estrategia se define frecuentemente como “un medio para un fin”, pero en su forma más pura y real es una secuencia en las normas de decisión, porque

desarrolladas concatenadamente posibilitan preveer la acción “más adecuada” que ha de emprenderse ante cualquiera de los acontecimientos que se presenten.

Ahora bien, lo que aquí interesa resaltar es la existencia de diferentes niveles estrategia, y que estos se relacionan jerárquicamente entre sí y con las metas de la organización.

4.2 ANALISIS DE LA SITUACION

La clínica FAE Salinas está ubicado dentro de las instalaciones de la Escuela Superior Militar de Aviación, en la punta más saliente del pacífico de la península de Santa Elena, está cerca de la playa de Chipipe, tiene una sola planta que facilita el acceso a todos los servicios, tiene espacio suficiente en caso de realizar una ampliación, está ubicada en una zona de fácil acceso desde todos los puntos de la ciudad. (Ver Anexo C y D, pág. 295, 296)

Como se mencionó a detalle en el capítulo II la Clínica FAE Salinas es un establecimiento de mediana complejidad (nivel II), forma parte de la red de establecimientos del sistema de sanidad militar, pertenecientes al Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas y dentro de este particularmente de la Fuerza Área Ecuatoriana, brinda atención médica especializada en las cuatro especialidades básicas (medicina interna, pediatría, cirugía general, y gineco-obstetricia), especialidades de los órganos de los sentidos (oftalmología y otorrinolaringología), además traumatología, cardiología, fisiatría y odontología; es uno de los hospitales de referencia de las otras dos unidades de salud militar de la provincia de Santa Elena (policlínico naval y policlínico del ejército), así como de las instituciones de salud de la provincia.

Al ser una institución pública y formar parte del sistema de sanidad militar la Clínica FAE Salinas ya cuenta con un mercado cautivo de pacientes, quienes son la razón de ser de la misma, estos son: el personal militar de la Escuela Superior Militar de Aviación que está conformado por el personal de cadetes quienes pasan estudiando y formándose por cuatro años en la misma y al graduarse serán los futuros oficiales de la Fuerza Aérea Ecuatoriana, y por el personal militar de la ESMA con sus familiares, así como también los militares y familiares de las otras

ramas de las Fuerzas Armadas acantonadas en la provincia de Santa Elena a quienes se le presta atención médica a través del ISSFA. En cumplimiento a la misión de la Fuerza Aérea Ecuatoriana y a la Misión de Sanidad de la FAE, como apoyo a la comunidad la Clínica brinda atención médica a la población civil a bajos costos, con eficiencia, eficacia y calidad, intentando cubrir la demanda insatisfecha de salud de la provincia en vista que los centros de salud del MSP no tienen la capacidad suficiente para hacerlo.

La Clínica FAE Salinas presta atención a pacientes particulares por medio de convenios con empresas aseguradoras y a los pacientes particulares que acuden a la clínica en forma individual.

A. Portafolio de Servicios que se brindan en la Clínica FAE Salinas

1) Consulta Externa:

Consulta externa durante cuatro horas por la mañana de lunes a viernes en las siguientes especialidades:

- Medicina interna
- Pediatría
- Cirugía general
- Gineco-Obstetricia
- Medicina General
- Cardiología
- Traumatología
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Psicología
- Medicina física y rehabilitación
- Odontología

Las consultas de Pediatría, Medicina Interna, y Odontología durante el último año tiene atención también por la tarde de 14:00 a 18:00 horas

2) Servicios Hospitalización

La clínica tiene una capacidad de Hospitalización total de 23 camas y presta atención a los siguientes servicios:

- Servicio de Medicina
- Servicio de Cirugía
- Servicio de Pediatría y Neonatología
- Servicio de Gineco-Obstetricia

3) Centro Quirúrgico y Anestesiología

Centro Quirúrgico realiza cirugías programadas de lunes a viernes durante 8 horas y cirugías de emergencia las 24 horas del día los 365 días al año, en las siguientes especialidades: cirugía general, cirugía laparoscopia, gineco-obstetricia, traumatología oftalmología y otorrinolaringología, esta última especialidad es la única que realiza intervenciones quirúrgicas en toda la provincia.

4) Emergencia y Cuidados Intermedios

Atención de emergencias tanto clínica como quirúrgicas las 24 horas del día los 365 días al año, con servicio de evacuación terrestre con dos ambulancias y evacuación aérea cuando la emergencia lo amerita (población militar).

5) Servicios Complementarios:

- Radiología Simple y Ecosonografía
- Laboratorio Clínico
- Electrocardiografía
- Odontología
- Rehabilitación Física
- Gabinete de Audiología, y Video-fibronasofaringolaringoscopia, estos dos últimos servicios son los únicos en la provincia.

- Servicio Social
- Servicio de Farmacia

6) Medicina de Aviación

Calificación de Aptitud Psicofísica a pilotos militares, actividad que es exclusiva de la Institución por estar de acuerdo con la actividad de la Fuerza aérea Ecuatoriana.

B. Orgánico Estructural

Al ser una institución militar tiene una organización vertical y el orgánico estructural actual es el siguiente. (Ver gráfico No 23, Pag. 211)

Como se puede apreciar en el orgánico estructural la clínica no cuenta con un Departamento de Marketing y Servicio al Cliente

C. Productividad de la Clínica FAE Salinas

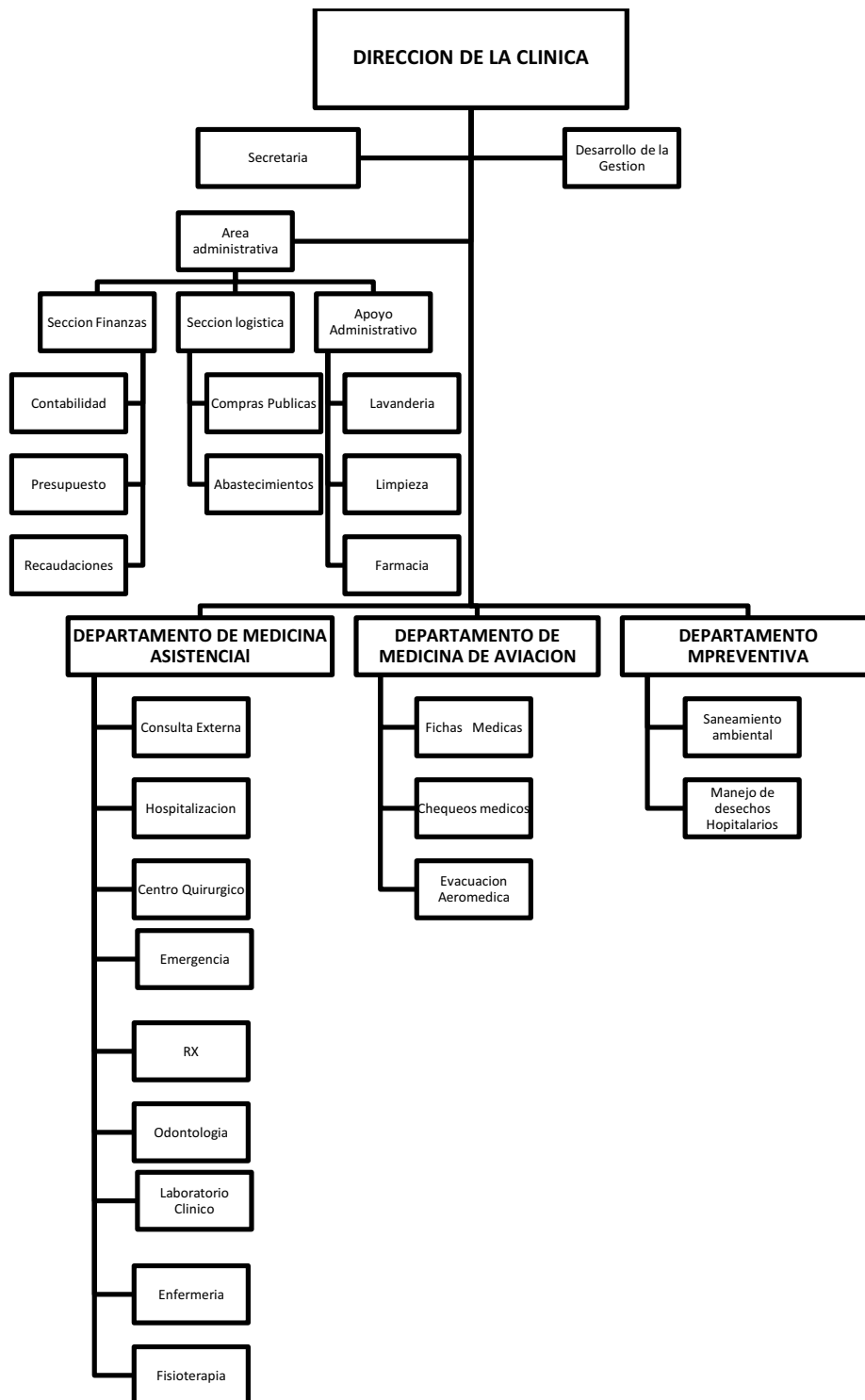
La productividad de la Clínica FAE Salinas se describió a detalle en el capítulo II, a continuación vamos a realizar un resumen de la productividad por servicios y la producción total de la misma, para visualizar la oferta de los mismos.

1. Productividad por Servicios

a) Productividad de Consulta Externa anual

La producción anual de consulta externa en las diferentes especialidades médicas de la Clínica FAE Salinas durante los últimos cinco años fue: en el año 2006 acudieron 13.140 pacientes, en el año 2007 fueron atendidos 11.192 pacientes, en el año 2008 llegaron 6.234 pacientes, el año 2009 acudieron 9.010 pacientes y durante el 2010 fueron vistos 8.910 pacientes en consulta, se nota que el número de pacientes va disminuyendo progresivamente cada año

Gráfico No 23
Orgánico Estructural de la Clínica FAE Salinas



Fuente: Planificación estratégica Clínica FAE Salinas

teniendo el pico máximo en el año 2008 luego se observa un incremento ligero, con un promedio 9.697 pacientes durante estos cinco años. Al revisar los tres grupos de pacientes (militares, familiares y particulares) vemos que el grupo de pacientes que más acuden a la clínica son los familiares de los militares, seguido por pacientes militares y por ultimo pacientes particulares excepto en el año 2006 donde los pacientes particulares ocupan el segundo lugar con 4093 pacientes, si realizamos una comparación entre el año 2006 y el año 2010 se observa que existe una disminución de 4.230 pacientes entre estos dos años, que equivale a un 32.19%.

El grupo de pacientes que más disminuye son los pacientes particulares de 4.093 pacientes en el año 2006 a 1.997 pacientes en el año 2010 con una diferencia de 2096 pacientes que equivale a 51.21%, seguido por pacientes militares con 28.62% y por 20.44 por familiares.

Como el objeto de este trabajo está dirigido a pacientes particulares vemos que durante el año 2006 los pacientes particulares representan 31.15% del total de consulta externa y para el 2010 representa el 22.41%, con un promedio durante estos cinco años del 26.47%. Dentro del grupo de pacientes particulares se manejan 2 tipos, los provenientes de convenio con las diferentes empresas de seguros médicos en promedio durante este periodo de 5.09% y los pacientes que acuden en forma individual a la Clínica 94.91%.

Las especialidades de consulta externa que más demandan los pacientes particulares son medicina general, pediatría, otorrinolaringología, oftalmología y traumatología.

Como se mencionó en el capítulo II, si aplicamos la norma internacional que dice que en cada hora debe ver 4 pacientes en la Clínica se deberían atender 41.600 consultas al año, en el año 2010 tan solo se atendieron 8910 consultas que equivale al 21.41%, de la capacidad ofertada. El promedio general de consultas hora médico, para la Clínica FAE Salinas es de 0.85 consultas por hora médico, es decir, el 21.25% de la norma recomendada por la OPS.

b) Productividad de Hospitalización

La producción anual de Hospitalización en las diferentes especialidades médicas de la Clínica FAE Salinas durante los últimos cinco años fue: en el año 2006 se hospitalizaron 566 pacientes, en el año 2007 fueron ingresados 572 pacientes, en el año 2008 se hospitalizaron 597 pacientes, el año 2009 ingresaron 427 pacientes y durante el 2010 fueron tratados en hospitalización 293 pacientes, con un promedio 491 pacientes durante este periodo, el número de pacientes se mantiene en promedio durante los primeros cuatro años pero en el último año existe una caída brusca a 293 pacientes. Al revisar los tres grandes grupos de pacientes que ingresan a hospitalización se observa que el grupo de pacientes que más acuden a la clínica son los familiares de los militares, seguido por pacientes particulares (30.51%). y por ultimo pacientes militares excepto en los años 2007 y 2010 donde ocupan el segundo lugar.

Si realizamos una comparación entre los años 2006 y 2010 vemos que existe una diferencia de 273 pacientes entre estos dos años, que equivale a un 48.23%.

El grupo de pacientes que más disminuye son los pacientes particulares de 170 pacientes en el año 2006 a 71 pacientes en el año 2010 con un a diferencia de 99 pacientes menos, que equivale a 58.24%, seguido por pacientes militares con 45.40% y por ultimo pacientes de familiares de militares con 42.92%.

Si sabemos que la Clínica FAE Salinas tiene una capacidad total de 23 camas de hospitalización, hemos calculado el porcentaje de ocupación de camas durante los últimos cinco años se observa que el porcentaje es de menos del 44%, siendo el último año de tan solo del 22.54%.

c) Productividad del Centro Quirúrgico

La producción anual del Centro Quirúrgico en las diferentes especialidades quirúrgicas de la Clínica FAE Salinas durante los últimos cinco años fue: el año 2006 fueron operados 269 pacientes, en el año 2007 fueron intervenidos

quirúrgicamente 249 pacientes, en el año 2008 fueron 311 pacientes, el año 2009 fueron 192 pacientes y durante el 2010 fueron 125 pacientes, con un promedio de 229 pacientes durante este periodo. Al revisar los tres grandes grupos de pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente durante el periodo 2006-2010 se observa que el grupo de pacientes que más acuden a la clínica a operarse son los familiares de los militares, seguido por pacientes particulares (30.63%) excepto en el año 2010 y por último pacientes militares excepto en el año 2010 que ocupa el segundo lugar y lo más importante es que los paciente militares y sus familiares existe un incremento progresivo hasta el año 2008 posterior a este existe una disminución progresiva de los mismos, en relación con los pacientes particulares existe una tendencia progresiva a la baja excepto en el año 2008 que existe una ligera recuperación.

Si realizamos una comparación entre los años 2006 y 2010 vemos que existe una disminución 125 pacientes que equivale a 53.53% de reducción.

Es de notar que el número de pacientes que más disminuye son los pacientes particulares de 108 pacientes en el año 2006 a 23 pacientes en el año 2010 con un a diferencia de 144 pacientes menos, que equivale a 78.70% reducción seguido por pacientes de familiares con 37.50% y por último paciente militares con 34.69%.

Dentro de las especialidades quirúrgicas que más demanda tienen son: cirugía general, oftalmología, gineco-obstetricia, traumatología, otorrinolaringología y cirugía laparoscópica.

d) Productividad de Emergencia

La producción anual del servicio de emergencia de la Clínica FAE Salinas durante los últimos cinco años fue: el año 2006 acudieron 1.035, en el año 2007 fueron atendidos 760 pacientes, en el año 2008 llegaron 512 pacientes, el año 2009 acudieron 870 pacientes y durante el 2010 fueron vistos 991 pacientes, con un promedio 635 pacientes durante este periodo, notamos que el número de pacientes va disminuyendo progresivamente cada año hasta el

2008 donde se alcanza el pico más bajo, en los dos años siguientes se observa un crecimiento progresivo hasta en el 2010 donde se llega a 991 pacientes pero no se llega a la producción del año 2006. Al revisar los tres grandes grupos de pacientes que acuden al servicio de emergencia es de notar que el grupo de pacientes que más acuden a la clínica son los familiares de los militares, seguido por pacientes militares y por ultimo pacientes particulares (25.34%)

Si realizamos una comparación entre los años 2006 y 2010, vemos existe una disminución de 44 pacientes que equivale a un 4.5% menos.

Es de notar que el grupo de pacientes que más disminuye son los pacientes militares de 417 pacientes en el año 2006 a 327 pacientes en el año 2010 con un a diferencia de 90 pacientes que equivale a 21.58% reducción, pero en relación con pacientes de familiares y particulares se observa un incremento entre estos dos años con un 7.0% de los primeros y un 8.26% los segundos.

Dentro del grupo de pacientes particulares vemos que los provenientes de seguros son menos del 5.91% en promedio durante estos cinco años, siendo los pacientes particulares que llegan individualmente la gran mayoría.

e) Productividad de Laboratorio Clínico

La producción anual de Laboratorio Clínico de la Clínica FAE Salinas durante los últimos cinco años fue: 2.577 pacientes el año 2006, en el año 2007 fueron atendidos 2.267 pacientes, llegaron 1.734 pacientes en el año 2008, el año 2009 acudieron 1.814 pacientes y durante el 2010 fueron vistos 1.699 pacientes, con un promedio 1.678 pacientes durante este periodo. Al revisar los tres grandes grupos de pacientes que acuden al laboratorio clínico de la Clínica FAE Salinas se notó que el grupo que más acuden a la clínica son los familiares de los militares, seguido por pacientes militares y por ultimo pacientes particulares (12.37%) y lo más importante es que el número de pacientes va disminuyendo progresivamente cada año y en este periodo se observa que hay una disminución de 878 pacientes que equivale a un 34.07%.

El grupo de pacientes que más disminuye son los pacientes particulares de 362 pacientes en el año 2006 a 128 pacientes en el año 2010 con un a diferencia de 235 pacientes que equivale a 64.74%, seguido por pacientes de familiares con 36.15% y por 16.89% por militares.

Dentro del grupo de pacientes particulares vemos que los provenientes de seguros son en promedio menos del 21.11% durante estos cinco años, siendo los pacientes particulares que llegan individualmente la gran mayoría.

f) Productividad de Rayos X

La producción anual del departamento de Rx. de la Clínica FAE Salinas durante los últimos cinco años fue: el año 2006 acudieron 939 pacientes, en el año 2007 fueron atendidos 639 pacientes, en el año 2008 llegaron 848 pacientes, el año 2009 acudieron 694 pacientes y durante el 2010 fueron vistos 641 pacientes con promedio 624 pacientes., Al revisar los tres grandes grupos de pacientes que acuden al departamento de Radiología de la Clínica FAE Salinas se observa que el grupo de pacientes que más acuden a la clínica son los militares, seguido por pacientes familiares de militares y por ultimo pacientes particulares (31.67%), excepto en el año 2006 donde los pacientes particulares ocupan el primer lugar con 338 pacientes y lo más importante es que el número de pacientes va disminuyendo progresivamente cada año excepto con los pacientes militares que durante el año 2008 existe un incremento marcado pero posteriormente decae la producción, finalmente en este periodo se observa que hay una disminución de 298 pacientes que equivale a un 31.74%.

El grupo de pacientes que más disminuye son los pacientes particulares de 338 pacientes en el año 2006 a 123 pacientes en el año 2010 con un a diferencia de 215 pacientes que equivale a 63.61%, seguido por pacientes militares con 16.99% y por 10.38% por familiares.

Dentro del grupo de pacientes particulares vemos que los provenientes de seguros son menos del 4.37% en promedio durante estos cinco años, siendo los pacientes particulares que llegan individualmente la gran mayoría.

g) Productividad de Odontología

La producción anual del servicio de odontología de la Clínica FAE Salinas durante los últimos cinco años fue: en el año 2006 acudieron 2.122 pacientes, en el año 2007 fueron atendidos 1.511 pacientes, en el año 2008 llegaron 1.551 pacientes, el año 2009 acudieron 1.843 pacientes y durante el 2010 fueron vistos 1.846 pacientes en promedio 1.405 pacientes durante este período. Al revisar los tres grandes grupos de pacientes que acuden al servicio de odontología se nota que el grupo de pacientes que más acuden a la clínica son los militares, seguido por pacientes familiares de militares y por último pacientes particulares (18.19%) y lo notorio es que el número de pacientes va disminuyendo cada año el pico más bajo es el 2007 con 1511 pacientes, finalmente en este periodo se observa que hay una disminución de 276 pacientes que equivale a un 13.01%.

El grupo de pacientes que más disminuye son los pacientes particulares de 412 pacientes en el año 2006 a 214 pacientes en el año 2010 con una diferencia de 198 pacientes que equivale a 48.06%, seguido por pacientes militares con 14.96% pero en relación con los pacientes de familiares de militares se observa que existe un incremento del 11.69%.

Dentro del grupo de pacientes particulares vemos que los provenientes de seguros son menos del 31.10% en promedio durante estos cinco años, siendo los pacientes particulares que llegan individualmente la gran mayoría.

h) Productividad Rehabilitación Física

La producción anual del servicio de rehabilitación física de la Clínica FAE Salinas durante los últimos cinco años fue: el año 2006 acudieron 2.103 pacientes, en el año 2007 fueron atendidos 1.783 pacientes, en el año 2008

llegaron 1.901 pacientes, el año 2009 acudieron 1.004 pacientes y durante el 2010 fueron vistos 2.847 pacientes, promedio 1.358 pacientes durante este período. Al revisar los tres grandes grupos de pacientes que acuden al servicio de rehabilitación física se observa que el grupo de pacientes que más acuden a la clínica son los militares, seguido por pacientes familiares de militares y por ultimo pacientes particulares (16.92%) excepto en el año 2008 donde los pacientes particulares ocupan el segundo lugar con 354 pacientes, como se observa la producción presenta altibajos pero si se compara el 2006 con el 2010 vemos que existe un incremento en todos los grupos.

El grupo de pacientes que más incrementa son los pacientes militares de 1.222 en el año 2006 a 1.852 pacientes con un a diferencia de 630 pacientes más que equivale a 34.02% de incremento, seguido por pacientes familiares de militares con 18.09% y por 1.96% por pacientes particulares.

Dentro del grupo de pacientes particulares vemos que los provenientes de seguros son menos del 5.01% en promedio durante estos cinco años, siendo los pacientes particulares que llegan individualmente la gran mayoría.

2. Producción General total

En referencia a la producción total de la clínica en la que se contempla todos los servicios que brinda la misma como son: consulta externa, hospitalización, centro quirúrgico, emergencia, exámenes complementarios (laboratorio y Rx), odontología y rehabilitación física, se observa que en el año 2006 la producción fue de 22.751 pacientes, en el año 2007 fue de 18.973 pacientes, en el año 2008 de 13.688 pacientes, en el año 2009 de 15.854 pacientes y por ultimo durante el año 2010 fueron atendidos 17.352 pacientes, como se observa el año más alta producción es el 2006 y el año más bajo el 2008, teniendo un promedio anual de 17.724 pacientes durante este periodo, en cuando a la tendencia se observa que conforme transcurren los años vemos que existe una disminución progresiva hasta el año 2008 llegando a tener solo 13.688 pacientes posteriormente se incrementa en forma lenta y progresiva llegando al 2010 a 17.352 pacientes.

Si comparamos la producción del año 2006 y la del año 2010 vemos que existe una disminución total de 5399 pacientes, que equivale a un 23.73% de reducción, siendo los servicios más afectados, centro quirúrgico con un 53.53%, hospitalización con 48.23%. Laboratorio clínico con 34.07%, consulta externa con un 32.19% y RX con un 31.74%.

Dentro de los tres grupos de pacientes que acuden a la clínica podemos decir que el grupo que más acude son los pacientes familiares de los militares, en segundo lugar pacientes militares y por último pacientes particulares, dentro de estos últimos podemos decir como es la tendencia general de la producción también ha disminuido progresivamente ya en el año 2006 fueron 6103 pacientes que equivalía al 26.83% llegando a un 18.45%, en un promedio durante este periodo de cinco años de 4.060 pacientes que equivale a un 22.91%.

D. Situación Financiera

Como se mencionó en el capítulo II en referencia a la parte económica y financiera de la clínica FAE Salinas, la Fuerza Aérea Ecuatoriana al ser parte de las Fuerzas Armadas del Ecuador es una institución pública por lo que el presupuesto para su funcionamiento viene del presupuesto general del estado, por la crisis económica que ha sufrido el país durante la última década, el presupuesto general para las Fuerzas Armadas los últimos en años han disminuido progresivamente, por lo que las fuerzas han tenido que priorizar la utilización del mismo y se han visto obligadas a idearse otros mecanismos para suplir el déficit, es así que todas las clínicas de I y II nivel de la Fuerza Aérea Ecuatoriana funcionan con autogestión para cubrir todos los gastos operativos, por la venta de servicios al ISSFA y a pacientes particulares, de acuerdo a tablas y tarifas correspondientes establecidas para cada grupo (ver anexo I Pág. 301), la fuerza contribuye con el presupuesto para los salarios de del personal de la clínica.

Para determinar la importancia de la contribución de los pacientes particulares en el presupuesto de la Clínica FAE Salinas y especialmente ver su tendencia durante los últimos cinco años, se precedió a revisar los estados financieros de la misma durante los últimos cinco años encontrándose los siguientes resultados.

Al ver la producción económica general observamos que en el año 2006 se facturo USD \$ 139.360,88, en el año 2007 ingreso USD \$ 102.449,14, en el año 2008 se recaudó USD \$ 127.602,43 dólares, en el año 2009 se planillo USD \$ 126.050,35 y en el año 2010 se facturo USD \$ 106.769,42. Al realizar una comparación de la producción económica de los cinco años vemos que esta disminuye progresivamente durante este periodo, con una tendencia de la producción hacia la baja en forma progresiva anualmente, pasa de USD \$ 139.360,80 en el año 2006 a USD \$ 106.769,42 en el año 2010, con una reducción general de USD \$ 32.591,46 que equivale a una reducción de 23.39% entre estos dos años. Dentro de los servicios de más alta producción tenemos: consulta externa, hospitalización y centro quirúrgico.

Durante el año 2006 la clínica tuvo un total ingresos por USD \$ 139.360,88, de este al ISSFA se le facturo USD \$ 16.248,74, la diferencia USD \$ 123.112.14 equivale a la venta de servicios a pacientes particulares por lo tanto los pacientes particulares contribuyen con el 88.34% al presupuesto durante ese año.

En el año 2007 la clínica tuvo un total ingresos por USD \$ 102.449,14, de este al ISSFA se le facturo USD \$ 17.330,07, la diferencia USD \$ 85.119,07 equivale a la venta de servicios a pacientes particulares por lo tanto los pacientes particulares contribuyen con el 83.08% al presupuesto durante ese año.

En el año 2008 la clínica tuvo un total ingresos por USD \$ 127.602,43, de este al ISSFA se le facturo USD \$ 25.043,69, la diferencia USD \$ 102.558,74 equivale a la venta de servicios a pacientes particulares por lo tanto los

pacientes particulares contribuyen con el 80.37% al presupuesto durante ese año.

En el año 2009 la clínica tuvo un total ingresos por USD \$ 126.050,35, de este al ISSFA se le facturo USD \$ 35.897,43, la diferencia USD \$ 90.152,92 equivale a la venta de servicios a pacientes particulares por lo tanto los pacientes particulares contribuyen con el 71.52% al presupuesto durante ese año.

Por último en el año 2010 la clínica tuvo un total ingresos por USD \$ 106.769,42 de este total al ISSFA se le facturo USD \$ 50.387,82, la diferencia USD \$ 56.381,60 equivale a la venta de servicios a pacientes particulares por lo tanto los pacientes particulares contribuyen con el 52.81% al presupuesto durante el último año.

Se observa que la recaudación de los pacientes ISSFA se incrementa progresivamente durante este periodo pasando de USD \$ 16.248,74 en el año 2006 a USD \$ 50.387,82 en el año 2010, con un incremento de 67.75% de incremento en la facturación, en cambio en relación con los pacientes particulares observamos que el efecto es contrario la facturación va hacia la baja pasando de USD \$ 123.112,14 en el año 2006 a USD \$ 56.381,60 en el año 2010, con un porcentaje de reducción de 54.20%.

Al realizar el análisis del estado de pérdidas y ganancias vemos que la utilidad es marginal durante los últimos cuatro años, incluso durante el último año ha presentado pérdida.

E. Competidores existentes:

Hay competencia directa en los tres cantones, está representada por los hospitales del Ministerio de Salud Pública que prestan atención médica a la mayor parte de la población de la provincia pero ofrecen una atención limitada y en forma gratuita, hospitales del IESS que prestan atención solo a sus afiliados y las clínicas particulares. La fortaleza de la competencia radica en el

tiempo que hace que están en el mercado, la conciencia respecto del producto de la competencia está sólidamente establecida.

El desarrollo de nuevas tecnologías y modernos métodos de atención hace que la Clínica FAE Salinas posea como posibles competidores los siguientes establecimientos que describiremos a continuación que están dentro del mismo nivel de complejidad (nivel II):

a) Unidades de salud del MSP.

- Hospital de Salinas
- Hospital de La Libertad
- Hospital Santa Elena

b) Unidades de Salud del IESS

- Hospital IESS Ancón, está ubicado en ancón lugar lejano a los tres cantones

c) Clínicas Particulares

- Clínica Granados
- Clínica Baste
- Clínica Cristo Redentor
- Clínica Virgen del Cisne

Es importante mencionar aquí, que en el Cantón de la Libertad se construyó el Hospital Alcívar de la Península, como una extensión del Hospital Alcívar de Guayaquil, con una infraestructura moderna y equipamiento de punta, se inauguró en el mes de octubre del año 2003, está ubicado en la ciudadela Mirador Costa de Oro, frente al centro comercial El Paseo. Se manejaba con las mismas políticas de administración y costos del hospital de Guayaquil

El hospital tenía una infraestructura necesaria para “solucionar los problemas clínicos y quirúrgicos de emergencia”, especialmente trauma, para lo cual poseía

un departamento de imagen moderno con la única tomografía axial computarizada en ese entonces y era el único hospital de la región que poseía una Unidad de Cuidados Intensivos, con un staff de médicos especialistas que venían del hospital de Guayaquil y pocos médicos de la zona, todo esto con el objetivo de captar y servir a un mercado compuesto por los habitantes de la provincia y especialmente a quienes acuden a los balnearios en época de temporada turística que son de estratos económicos medios altos a altos que tienen buena capacidad de pago, para que tengan donde ir cuando presenten problemas de salud y llenar así un vacío en materia de salud, debido a que las clínicas existentes en la zona peninsular tienen limitaciones; convirtiéndose en el principal competidor para la Clínica FAE Salinas.

Manteniendo las políticas administrativas del hospital de Guayaquil y por ser un hospital nuevo con tecnología de punta y con médicos que venían de Guayaquil, los costos de los servicios que brindaban eran muy elevados para la zona, al comienzo tuvo una gran acogida a pesar de sus costos pero lastimosamente con el transcurso del tiempo la afluencia de pacientes fue disminuyendo progresivamente debido a varios factores entre los principales tenemos: la temporada turística solo dura aproximadamente cuatro meses porque inicia a finales de mes de diciembre con el feriado de fin de año y termina en el mes de abril con el feriado de Semana Santa y la población residente de recursos económicos altos son pocos, el resto del año la afluencia de pacientes era baja, otro factor fue que para los médicos de Guayaquil no era rentable venir frecuentemente y poco a poco dejaron de hacerlo afectando la calidad de atención porque era mucho el tiempo de espera y frecuentemente cancelaban las citas; los costos de mantenimiento son sumamente altos y el factor más importante como se mencionó anteriormente fueron los costos de los servicios eran demasiado altos por lo que los mismos eran inaccesibles para la mayoría de la población de la provincia. Todo esto influyó para que la rentabilidad disminuya progresivamente y el negocio no sea sostenible y el hospital dejó de funcionar en el año 2009.

F. Mercado de la Clínica FAE Salinas

El estudio de mercado nos permite tener información que sea relevante para la identificación y solución de los problemas con miras a prever futuras demandas derivadas del análisis demográfico, sociocultural y tecnológico realizados, prestando especial atención a los proveedores para calibrar debidamente la capacidad y calidad de sus suministros, seriedad en el cumplimiento de plazos de entrega, precios y conflictos que con ellos hayan podido suscitarse y tiene tres funciones primordiales:

- Enlazar a los pacientes y público en general con el agente proveedor de servicios sanitarios a través de una información gracias a la cual sea posible identificar y definir los problemas de marketing que aquejan o pueden aquejar a este.
- Evaluar y poner de manifiesto el rendimiento de las acciones de Marketing.
- Mejorar en el seno del agente proveedor la comprensión del Marketing como proceso.

En resumidas cuentas, la utilidad de conocer el mercado en el que se desenvuelven los servicios sanitarios puede concretarse en tres puntos:

- Proporcionar información que ayuda a comprender el entorno.
- Identificar problemas y oportunidades del entorno, y puntos fuertes y débiles del entorno.
- Desarrollar y evaluar cursos de acción alternativos.

No obstante, para que el conocimiento del mercado sea realmente útil han de cumplirse tres requisitos:

- Que reduzca la incertidumbre. Esto es, que aporte aquella información que amplíe o mejore el conocimiento sobre un determinado fenómeno.

- Que influya en la decisión, puesto que de nada vale una información si, con independencia de los resultados de la investigación, una vez obtenida no sirve para cambiar o modificar una decisión ya tomada.
- Que justifique su coste; o sea, que el valor o rentabilidad que proporcione la información sea superior al coste que suponga la investigación y estudios realizados.

El mercado en el que se desenvuelve la Clínica FAE Salinas es la provincia de Santa Elena, que está compuesta de tres Cantones: Santa Elena, La Libertad y Salinas; como se mencionó en el capítulo II, según información del INEC de acuerdo al censo poblacional y de vivienda del 2010, la población está compuesta 308.693 habitantes, con un incremento de 64.377 habitantes durante el periodo 2001-2010, que equivale a un crecimiento poblacional intercensal del 20,85%.

La provincia tiene una población residente de 308.693 habitantes (2.13 % del total nacional) y una población flotante superior a 200,000 personas en época alta de turismo, básicamente turistas de la ciudad de Guayaquil y otros cantones de la Provincia del Guayas y del país.

La población total de la provincia está distribuida de la siguiente manera: El Cantón Santa Elena con 144.076 habitantes de los cuales 73.396 son hombres y 70.680 son mujeres. El Cantón La Libertad con 95.942 habitantes de los cuales 48.030 son hombres y 47.912 son mujeres. El cantón Salinas con una población de 68.675 habitantes, de los cuales 35.436 son hombres y 33.239 son mujeres.

Aunque políticamente los tres cantones están separados, físicamente y en su convivir las tres ciudades: Salinas, Libertad y Santa Elena junto con las parroquias rurales de Ballenita y José Luis Tamayo están fusionadas formando una sola ciudad o aglomeración en la actualidad. Que en total acumulan una población total de 180.000 habitantes según proyecciones del INEC para el 2010.

La provincia se caracteriza como el resto del país de ser multiétnica, entre las principales razas tenemos: mestizo 79.1%, afroecuatoriano 8.5%, montubio 4.9%, blanco 3.7%, indígena 1.4%, otras 2.4%.

La población de la provincia tiene una edad media de 26,9 años, el 77,1% tienen cedula de identidad, solo el 20,0% son ocupados con seguro general, el 6,5% cuentan con seguro de salud privado. En lo referente a educación tiene un analfabetismo ≥ 15 años de 5,2%, promedio de años de escolaridad ≥ 10 años 8.5, tiene una cobertura del sistema de educación pública del 78%, el 5.8% de hogares con niños que no asisten a un establecimiento. En relación con el uso de tecnología, el 21,2% utiliza computadoras, el 17,7% utilizan internet, el 51.0% utilizan celular, con un analfabetismo digital del 39.7%. El 41.3% de hogares tienen vivienda propia y totalmente pagada, y tan solo el 28.8% viviendas con servicios básicos públicos.

Según el censo de población y vivienda de noviembre del 2010, la población de la provincia se caracteriza por ser predominantemente joven, dentro de sus grupos etáreos vemos que la población que predomina es la comprendida entre los 5 a 9 años con 34.252 habitantes (11.10%), seguido por la población comprendida entre 10 a 14 años con 33.446 habitantes (10.83%), luego la población 15 a 19 años con 29.874 habitantes (9.68%), después la población entre los 1 a 4 años con 29.835 habitantes (9.66%), seguida por la población de 20 a 24 años con 27.175 habitantes (8.80%) por último la población de 25 a 29 años con 25.512 habitantes (8.26%).

G. Segmentación del Mercado

La segmentación es un proceso de división del mercado en grupos homogéneos con el fin de llevar a cabo una estrategia comercial diferenciada para cada uno de ellos, permitiendo satisfacer de un modo más efectivo sus necesidades y alcanzar los objetivos de la empresa.

Es muy útil porque nos ayuda en primer lugar a poner de relieve las oportunidades de negocio existentes; en segundo lugar contribuye a establecer prioridades; en tercer lugar nos facilita el análisis de la competencia; y por último la correcta adecuación entre oferta y necesidades.

La provincia de Santa Elena de acuerdo a lo anteriormente expuesto tiene tres mercados totalmente definidos: los habitantes propios de la región que son la gran mayoría, y son de recursos económicos bajos, por lo tanto que acuden a los hospitales del Ministerio de Salud o a unidades de salud de bajos costos; el grupo de estratos económicos altos que están en capacidad de pagar costos elevados en clínicas particulares y que generalmente poseen seguro médico; y por último tiene una población flotante constituida por los visitantes y turistas que pueden acudir a los dos sistemas de salud.

La clínica FAE Salinas por lo tanto tiene que planificar y dirigir su oferta comercial a estos tres mercados. Para ello es preciso realizar un análisis por sectores dentro de ese mercado y al mercado por separado.

4.3 ANALISIS ESTRATEGICO

La tarea de Marketing es planificar y controlar la actividad dentro de la empresa proyectándola hacia el cliente, cosa que debe ser impulsada por la Dirección, eso supone analizar las fortalezas, oportunidades debilidades y amenazas con el objetivo establecer estrategias, desarrollar programas, hacer previsiones de beneficios y pérdidas, y dar a la información y el control la crítica importancia que tienen.

La labor del directivo no es fácil, pues ha de dominar el arte de saber distinguir y separar lo controlable de lo incontrolable. No hay ejecutivo que pueda escapar a tener que hacer frente a cuestiones más o menos incontrolables que actúan en el entorno social, político y económico en el que se desenvuelve la empresa. Por fortuna, siempre tendrá a su disposición algunos medios que sí son controlables y que puede utilizar para tratar de adaptarla a ese entorno; pero, de todas formas, no cabe engañarse: la adaptación de la empresa a su entorno no es tarea

sencilla. El camino por el que discurre esa labor es un orden dinámico, creativo y exige notables esfuerzos porque, en el fondo, se trata de algo tan insólito como procurar que encajen dos piezas que no son semejantes

Las fuerzas externas están representadas por el entorno social, político y económico que rodea a la empresa y en cuyo interior debe operar; las fuerzas internas representan a la propia empresa, indicándose también con los recursos con que cuenta para proceder a la requerida adaptación al entorno. Es una manera de exponer visualmente la ardua problemática que supone tratar de conseguir un encaje que resulte lo más perfecto o plenamente satisfactorio posible entre uno y otro. Pero, por si eso fuera poco, ha de señalarse que además se produce el hecho de que cada uno ejerce su influencia en el funcionamiento de la empresa y, como el entorno se halla sujeto a continuas modificaciones, se suma la necesidad de tener que proceder a constantes cambios en la política que se lleva a cabo utilizando los recursos de la manera más provechosa.

El asunto, realmente, es complejo, cualquier predicción o previsión que se haga va siempre arrojada de una considerable incertidumbre, y con lo único que se cuenta para resolver y controlar los problemas es la experiencia acumulada, la información y el sentido común. Como no hay labor directiva que esté exenta de problemas, y los problemas suelen tener la virtud de sucederse tan imprevisible como continuamente, saber reconocerlos o identificarlos con rapidez y a tiempo tiene sus dificultades, y de aquí la ineludible necesidad de contar con un buen sistema de control.

La clave es contar con una buena información y un correcto control para detectar los problemas que pueden surgir, y que siempre de una manera u otra manera dificultan el encaje de este con el entorno

La institución sanitaria es una empresa de servicios en la que el control es o debería ser análogo al que se ejerce en cualquier empresa industrial para asegurar la calidad.

Es incuestionable que la incertidumbre que lleva aneja la consideración del beneficio como criterio de decisión es el problema final, pues la Dirección de un centro sanitario tiene que acabar decidiendo entre varias alternativas de acción. Puede que hayan de prestarse servicios que no estaban previstos inicialmente, dejen de prestarse otros que sí lo estaban o que la actividad desarrollada no alcance el volumen que sí estaba previsto. También puede ocurrir que los costos difieran de los esperados porque las posibilidades de una sorpresa son ilimitadas.

Ahora bien, como en cualquier otra, en la empresa sanitaria la incertidumbre puede ser de dos clases y hay que saber distinguir entre ellas.

Una es la que se produce en el entorno de la institución, como lastre inevitable del funcionamiento; la otra es la que se presenta como fruto de la incidencia que ejercen las múltiples facetas de carácter económico, político y social del entorno, que son características de una economía dinámica y que influyen tanto sobre los costos como los servicios prestados. Si para la primera se dispone de recursos que pueden ser controlables, para la segunda no cabe más que el pronóstico y enfocarlas conceptualmente echando mano de las probabilidades.

La planeación estratégica es el proceso con el cual, un gerente o equipo gerencial de una entidad de salud, organiza sus ideas y la información, para concentrarse en ellas y alcanzar la mayor efectividad posible. El proceso esencialmente comprende la realización de un análisis interno de la organización de salud y un análisis externo de lo que rodea a la entidad (entorno).

Luego, con base en ello, se determinará unos objetivos estratégicos, se establecen las metas que serán la medición cuantitativa de los objetivos estratégicos y por último las estrategias, que son las acciones ordenadas en secuencia lógica para alcanzar el cumplimiento de los objetivos.

En el análisis interno, se estudian las debilidades u obstáculos como se les llama hoy en día, que son los elementos negativos que no dejan ser competitiva a la entidad. También se analizan las fortalezas que son los elementos que han

posicionado y destacado a la organización en el mercado de los servicios de salud.

Respecto al análisis externo, lo que busca es identificar y aprovechar las oportunidades que nos ofrece el entorno. En ellas desarrollaremos los actuales y nuevos servicios de la entidad. Las amenazas se estudiarán con el fin de que no perdamos mercado o lo peor de todo, que nos salgamos del mismo. Se refiere entonces a elementos como la legislación, la competencia desleal, el deterioro social, nuevas tecnologías, etc., que afecten o puedan afectar a la entidad de salud de una forma directa.

El Marketing recoge y analiza la información, tras ello hace sus recomendaciones a la dirección de la empresa, que procede a desarrollar un proceso de planificación estratégica que fija objetivos y asigna los recursos. A continuación se preparan los planes de marketing y entra en acción el marketing operativo. Finalmente, se evalúan los resultados y se reinicia el proceso. Debe, pues, entonces, este Plan de Marketing conducir a la organización y a los profesionales de salud, al desarrollo basado en beneficios para quienes existen como principal razón de ser de la entidad de salud: los pacientes.

Misión de la Clínica FAE Salinas

Preservar, mantener y rehabilitar la salud del recurso humano Institucional, derecho habiente y dependiente, asistiendo a las sociedades militar y civil, con el uso eficiente y eficaz de la medicina en apoyo a la misión de la Fuerza Aérea Ecuatoriana.

Visión

Ser una Institución de salud líder, competitiva, pionera y respetada por la comunidad de la provincia de Santa Elena y del resto del país, por la Calidad de Atención Médica especializada que ofrece en base a la capacidad científica de su Recurso Humano y tecnología médica de punta que posee.

Análisis FODA de la Clínica FAE Salinas

1) Evaluación de los factores externos (EFE).

Oportunidades

- Estabilidad económica, la inflación durante los últimos 3 años se ha mantenido sin mucha variación y con tendencia a la baja en el último año: 3,33% al 31 diciembre del 2010, nos permite adquirir insumos, materiales y equipos médicos a precios estables, sin mayor incremento, estructurar de mejor manera nuestro presupuesto, controlar nuestros costos operativos; el PIB creció al 5,32% en el 2008 y tuvo un crecimiento positivo de 0,98% en el 2009 pese a la crisis financiera mundial, en el 2010 a 3.73% a 1 enero del 2010, lo que garantiza la entrega de los recursos por parte del estado.
- Fortalecimiento de las Fuerzas Armadas, el gobierno nacional por la amenaza de que tiene el país en la frontera norte con Colombia está empeñado en mejorar la capacidad operativa de las Fuerzas Armadas, por lo que está aumentando el presupuesto para las mismas, como la sanidad militar es un apoyo para el cumplimiento de las operaciones militares también participa de este incremento, lo que permitirá mejorar su infraestructura y tecnología y producir mejores servicios.
- Sistema Nacional de Salud, como en la constitución contempla que la salud es responsabilidad del estado el gobierno nacional está empeñado en integrar un solo sistema nacional de salud, por lo que ha incrementado el presupuesto para salud en el que está incluido los hospitales militares, está previsto que para el 2011 se inicie con este sistema.
- Ubicación estratégica, La Clínica FAE Salinas se encuentra ubicada en la periferia de la escuela Superior Militar de Aviación, a tres cuadras de la playa de Chipipe, en el cantón Salinas tiene acceso directo y rápido para la población civil.

- Densidad poblacional, actualmente la población de la Provincia de Santa Elena es 301.168 habitantes, con un crecimiento intercensal 2001-2010 del 23.27%, la provincia, especialmente el cantón Salinas se caracteriza por ser eminentemente turístico maneja dos tipos de poblaciones: una flotante y otra residente donde podemos definir tres tipos de actores:

Actor 1: Visitante de temporada que vive y trabaja en Guayaquil, acude a Salinas en época de temporada a sus casas o departamentos de primera categoría, girando sus actividades tan solo alrededor de la playa, sin participar en el desarrollo de las áreas públicas de Salinas porque no le afectan directamente, es usuario de malls y comisariatos de categoría, tienen la capacidad económica para pagar bien por los servicios médicos.

Actor 2: Visitante de un día que viaja en transporte público, accede directa y lo más rápidamente posible a la playa, siendo este su único objetivo, por tanto tampoco le interesa el desarrollo de las áreas públicas del resto de la ciudad, es usuario del balneario y uno de los generadores de su consumo masivo. y **Actor 3:** Residentes permanentes de la ciudad que viven a espaldas de los grandes edificios, quienes se sienten afectados cuando Salinas se encuentra en mal estado, siendo en su mayoría la base de la estructuración y avance urbano
- Construcción del nuevo Aeropuerto en el cantón Salinas, el Gobierno Nacional decide la construcción del aeropuerto internacional de Salinas como aeropuerto alterno al de Guayaquil como parte del plan de modernización aeroportuaria, en el mes de julio del año 2008 se iniciaron sus trabajos y su terminación está prevista para el año 2012, su pista está dentro de las instalaciones de la Escuela Superior Militar de Aviación ya está lista, la infraestructura aeroportuaria está planificada construirla en los límites cercanos a la misma, esto influenciará en la necesidad de servicios médicos especializados en medicina de aviación y asistencial tanto para pilotos como para pasajeros.

Amenazas

- Competencia, a parte de la Clínica FAE Salinas para cubrir la demanda y necesidades de atención médica por parte de la población civil de la provincia de Santa Elena existen otras instituciones de salud que dependen del Ministerio de Salud Pública (Hospitales de Salinas, La Libertad y Santa Elena), del IESS (Hospital de Ancón, Dispensario del IESS de la Libertad) así como un sinnúmero de unidades privadas tanto de I y II nivel, lo que ha incidido que los ingresos provenientes de pacientes particulares disminuyan progresivamente durante los últimos cinco años.
- Gratuidad de salud, como el gobierno nacional quiere cumplir lo que está establecido en la constitución que el estado es responsable de la salud, ha comenzado a aumentar el presupuesto de salud y está fortaleciendo las unidades de salud del MSP, está mejorando el acceso a servicios de salud adecuados en forma gratuita lo que disminuye la demanda de pacientes particulares para la Clínica.
- Nivel cultural población, la población residente del cantón Salinas la mayor parte se encuentra ubicada en la cabecera cantonal de Salinas, con aproximadamente el 58% del total de habitantes, José Luis Tamayo le sigue con el 25%, y finalmente Anconcito con el 17%. Estas dos últimas son de estratos económicos muy bajos donde se nota pobreza, y su población es la más vulnerable, como no tiene la capacidad económica busca la atención de parteras, comadronas, shamanes, la mayoría se automédica.
- Creación de la provincia de Santa Elena, el gobierno local está buscando un aumento del presupuesto y fortalecer los hospitales del ministerio de salud pública, en abril del 2011 está programada la inauguración del hospital general de Santa Elena

2) Evaluación factores internos (EFI)

Fortalezas

- Marca conocida, la Clínica FAE Salinas al ser parte de la Fuerza Aérea Ecuatoriana, cuenta con su auspicio y prestigio reconocido a nivel provincial y nacional.
- Mercado cautivo, todos el personal militar, sus dependientes y derechohabientes tienen seguro médico a través del ISSFA, los mismos tienen la obligación de hacerse atender en instituciones médicas militares a menos que sean urgencias médicas, por lo tanto la clínica FAE Salinas maneja un mercado de todas las instituciones militares acantonadas en la provincia de Santa Elena como son: la Escuela Superior Militar de Aviación, Escuela Superior Naval, Escuela de Grumetes, Base Naval, Fuerte Militar Atahualpa, y Fuerte Militar Marañón.
- Personal y equipo médico especializado, la Clínica FAE Salinas brinda atención con personal médico especializado en el país y en el exterior en las siguientes especialidades médicas: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General y Laparoscópica, Gineco-Obstetricia, Traumatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, gabinete de audiología y videonasofaringolaringoscopia estos dos últimos los únicos en la provincia.
- Costos bajos, como política de la Fuerza Aérea Ecuatoriana de servir a la comunidad, los costos de atención para pacientes privados son bajos, encaminados a lograr una rentabilidad mínima, así tenemos por ejemplo que **la consulta especializada cuesta USD \$ 8 dólares cuando la misma en otras clínicas particulares bordea los USD \$ 25 dólares.**
- Personal comprometido con la institución, todos los días lunes en el acto cívico se les recuerda la misión y visión por lo tanto saben quiénes somos, que hacemos y a donde nos dirigimos.

- Buena infraestructura Hospitalaria, la Clínica FAE Salinas es uno de los pocos centros médicos construidos con las especificaciones técnicas para instituciones de Salud, con su área administrativa y operativa (consulta externa, hospitalización, centro quirúrgico y emergencia), la misma cuenta con un buen mantenimiento.
- Buena organización, al ser una institución militar está bien establecido su orgánico estructural y orgánico funcional, cada miembro de la institución sabe que es lo que tiene que hacer y cómo hacerlo.
- Disponibilidad de Atención brinda atención médica especializada de lunes a viernes y emergencias las 24 horas al día los 365 días al año.
- Sistema de compras públicas, al ser una institución pública estamos obligados a adquirir todos los insumos, materiales y equipos médicos a través del portal de compras públicas, lo que nos ha permitido eliminar los intermediarios esto nos permite adquirir dichos productos a menor costo, esto redundando en disminuir los gastos operativos.
- Evacuación aeromédica, por los recursos aeronáuticos que tiene la Fuerza Aérea Ecuatoriana la Clínica FAE Salinas es la única institución de salud de la provincia que tiene la capacidad de evacuar pacientes críticos por vía aérea.

Debilidades

- Déficit de recursos humanos, se cuenta solo con una licenciada de enfermería con una jornada de 6 horas, los servidores públicos que prestan atención médica de pediatría, medicina interna, psicología, odontología, fisioterapia, tienen contrato de solo cuatro horas, y los tres médicos residentes según la Ley Orgánica del Servicio Público no deben trabajar más de 40 horas a la semana, no se cuenta con partidas

presupuestarias para contratar más especialistas que den mayor cobertura de dichos servicios.

- Horarios de atención, los médicos militares a parte de funciones como médicos cumplen con funciones administrativas en la clínica, funciones adicionales en el reparto y comisiones dentro del país, lo que condiciona mucho tener un horario fijo de atención.
- Tecnología caduca, los equipos de Rx. y laboratorio clínico ya tienen más de 10 años de vida útil, por lo que están obsoletos para la tecnología actual.
- Mal manejo de inventarios, no se cuenta con personal especializado en control de inventarios por lo que se los realiza de forma artesanal, impidiendo tener un control rápido de los mismos.
- No autonomía presupuestaria, la proforma presupuestaria se presenta a la dirección de desarrollo institucional de la Fuerza esta la aprueba de acuerdo a su criterio.
- Bajo costos del ISSFA, este impone los costos de los servicios por lo que se logra una rentabilidad mínima, a veces se cubre solo los gastos operativos.
- Déficit de capacitación, la clínica tiene un presupuesto aprobado bajo para capacitación en el año 2010 fue de USD \$ 7.000 dólares para 45 personas.
- No se maneja un Plan de Marketing, si bien en el orgánico estructural existe una sección destinada a marketing éste está solo encaminado a la promoción y no cumple con todas las funciones de marketing por no contar con recurso humano y presupuesto necesario sino que se lo realiza de manera empírica.

- Servicio al cliente inapropiado, el personal militar por su naturaleza no maneja adecuadamente el trato con el paciente, el área de admisión no cuenta con personal entrenado en dicha función.

4.4 ORGANIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MARKETING

Como se observó en el organigrama de la Clínica FAE Salinas no existe un departamento de marketing bien estructurado que cumpla con las funciones del mismo, no posee ni personal especializado en el tema y su presupuesto es muy reducido encaminado solo a publicidad, por lo tanto es esencial diseñar un departamento de Marketing que pueda poner en práctica las estrategias y planes de Marketing, este departamento será el encargado de realizar todas las actividades referentes a Marketing y Ventas.

El área del marketing dentro del organigrama estructural de la Clínica quedaría como una sección del área administrativa. (Ver gráfico No 24, Pag 238)

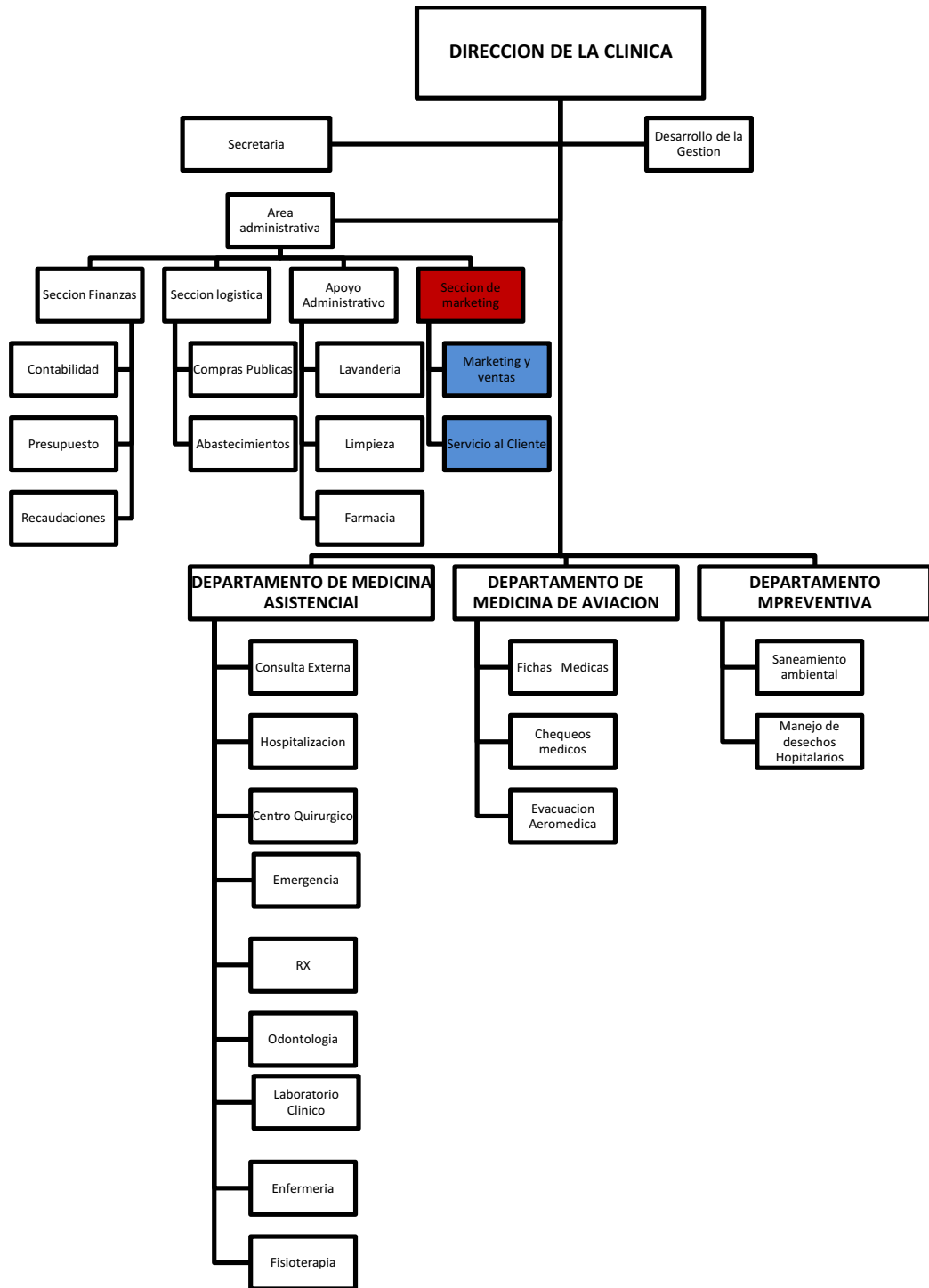
Es necesario tener en cuenta las funciones estratégicas y operativas que tendría a cargo dicha departamento, en base a las mismas se podrá elaborar su organización con sus actividades específicas.

A. Funciones Estratégicas del Departamento de Marketing

- ✓ El análisis del entorno
- ✓ El análisis de las necesidades del mercado
- ✓ La definición de los sectores de negocio
- ✓ La segmentación del mercado
- ✓ El análisis del atractivo real del negocio
- ✓ El análisis de la competencia
- ✓ El análisis de la gama de servicios
- ✓ El diseño del desarrollo estratégico

Gráfico No 24

Propuesta de orgánico con Departamento de Marketing



Fuente: Planificación estratégica Clínica FAE Salinas.

Elaborado por: Gilbert Samaniego

B. Funciones Operativas del Departamento de Marketing

- ✓ El desarrollo del plan de marketing
- ✓ El diseño y lanzamiento de nuevos servicios
- ✓ La gestión comercial
- ✓ La comunicación
- ✓ La puesta en marcha y el control del plan de marketing

Organigrama Funcional de la sección de Marketing

De acuerdo a las actividades que tendrá a su cargo el área, la misma se encontrará establecida de la siguiente manera



Investigación

- ✓ Recogerá y analizará la información del mercado de servicio y rentabilidad
- ✓ Identificación y análisis de la situación, posición, capacidades, amenazas, oportunidades, factores diferenciales y alternativos.

Planificación

- ✓ Selección de alternativas, a partir de las líneas estratégicas de la empresa

- ✓ Fijación de objetivos comerciales por líneas de productos, canal, segmento de clientes o territorio.
- ✓ Toma de decisiones sobre los recursos necesarios para alcanzar los objetivos.
- ✓ Plan y presupuestos que contemplen: recursos (financieros, humanos y materiales), acciones y tiempos.

Ventas

- ✓ La estructuración de ventas
- ✓ La selección de la fuerza de ventas
- ✓ El diseño y estructura del servicio post venta
- ✓ La estructura y soporte informático de la gestión comercial

Publicidad

- ✓ Inserciones de publicidad en prensa escrita, radial y televisiva
- ✓ Realización de material de apoyo para ventas

Control

- ✓ Medir los resultados de las estrategias propuestas
- ✓ Diagnosticar el cumplimiento de los objetivos
- ✓ Tomar medidas correctoras realizando planes de contingencia

Para iniciar la sección y mientras se estructura el área de Marketing en la Clínica este será manejado por dos personas: un jefe de marketing y una asistente responsable de todas las funciones anteriormente mencionadas, contará con un presupuesto anual de USD \$ 12.000 para sueldos. Mientras la clínica siga cumpliendo los objetivos a largo plazo se deberá incrementar personal para el manejo del área

4.5 OBJETIVOS DEL PLAN DE MARKETING DE LA CLÍNICA FAE SALINAS

- 1) El principal objetivo del plan de marketing es reposicionar a la Clínica FAE Salinas en la Provincia de Santa Elena y recuperar el número de pacientes particulares (2892) que se han perdido en el periodo 2006-2010, es decir pasar de 3.211 pacientes particulares que actualmente acuden a la clínica a 6.103 pacientes particulares durante los próximos tres años, posteriormente tener un crecimiento progresivo de los mismos, mediante la estrategia de promoción y mejorando la accesibilidad, la que debe considerar la ventaja que tiene la Clínica FAE Salinas al poseer recurso humano especializado fortaleciendo la diferenciación. Así lograr una mayor cuota de rentabilidad que le permita tener un mejor crecimiento y desarrollo y mejorar la imagen de la institución.
- 2) Garantizar la asistencia a los diferentes servicios de acuerdo al número de casos tal que justifique la existencia del mismo, ya que se demuestre que es de probada utilidad y efectividad para la solución de un grupo importante de problemas de salud, promoviendo acciones de divulgación entre los profesionales de la salud, pacientes y población en general, sobre los beneficios que brinda la institución en sus diferentes especialidades y métodos de tratamiento.
- 3) Establecer elementos de control de la calidad de los servicios brindado a los pacientes, a través de mecanismos o retroalimentación a los usuarios y al recurso humano, conformando una cultura organizacional orientada al usuario, buen manejo del clima organizacional y en la calidad de atención al usuario, para satisfacer de mejor manera las necesidades, deseos y gustos de los pacientes y de ser necesario innovar los aspectos funcionales del proceso productivo.
- 4) Realizar un análisis del posible mercado a insertarse para la solución de un número importante de patologías.

4.6 MARKETING MIX

La mezcla de mercadeo es la combinación de cuatro elementos, una adecuada estrategia comercial centralizada en los 4P (Producto, Precio, Plaza, Promoción) que sirven para satisfacer las necesidades del mercado o mercados meta de una empresa, y al mismo tiempo alcanzar sus objetivos del Marketing, el Marketing Mix, debe integrar aquellos elementos imprescindibles para el cumplimiento de los objetivos generales de la Clínica FAE Salinas. Para lo cual, se deberían cumplir ciertas condiciones:

- Coherencia con el mercado objetivo.
- Adecuado posicionamiento de nuestro producto.
- Tener presentes los recursos con los que cuenta la Clínica FAE Salinas, para hacer frente a la competencia y expandir su mercado.

4.6.1 Estrategias de Producto

Como se mencionó anteriormente los productos de servicio constituyen el núcleo de la estrategia de marketing, si un producto está mal diseñado, no creará valor significativo para los clientes, incluso si las P's restantes están bien ejecutadas, por lo tanto la planeación de la mezcla de Marketing inicia con la creación de un concepto de servicio que ofrezca valor a los clientes y que satisfaga sus necesidades.

El servicio que ofrece la Clínica FAE Salinas es una atención médica especializada en consulta externa, hospitalización, cirugías, emergencia y servicios complementarios, en una infraestructura confortable, equipo moderno y recurso humano capacitado, atención personalizada, y además por la característica de ser una institución militar se manejan ciertos valores (honor, lealtad, integridad, disciplina) que pocas casas de salud los tienen, todo esto dedicado a el mejoramiento y prevención de la salud en forma eficiente y eficaz de las personas de la provincia de Santa Elena, a precios inferiores a los de la competencia.

El servicio de hospitalización cuenta con salas diferenciadas, así tenemos que posee dos suites una para hombre y otra para mujeres, 6 habitaciones de camas dobles y dos salas generales con cuatro camas cada una.

Sus actividades desde hace algunos años se orientan a servicios asistenciales, con prioridad a la parte recuperativa, cada una de las especialidades y servicios se brindan por medio procesos y protocolos establecidos pero que están sujetos a mejoramiento, esto ofrece la oportunidad de reinventar los conceptos de salud e involucra a la gente en el proceso creativo, los servicios recibidos permiten que la gente exprese su estilo personal de manera novedosa, convirtiéndose de manera paulatina en uno de los establecimientos de mayor capacidad resolutiva de la provincia.

El producto es diferenciado porque la clínica FAE salinas posee infraestructura y equipamiento especializado único en la provincia, para realizar cirugías de otorrinolaringología, oftalmología, posee el respaldo de la Fuerza Aérea Ecuatoriana una marca conocida y con un posicionamiento logrado durante años de trabajo pero que producto de la competencia los pacientes particulares han disminuido.

En cuanto al producto se ha optado por una estrategia estandarizada, en el sentido de mantener las bases originales del producto suministrado por la clínica a un costo asequible para la mayor parte del mercado, a fin de eliminar competencia y ganar posicionamiento de marca.

Objetivo

Brindar paquetes de servicios diferenciados mejorando la accesibilidad y servicio rápido para cada uno de los nichos de mercado a los que se dirige o pretende dirigirse la Clínica FAE Salinas

Estrategias de Servicio

- Diseñar paquetes de servicios médicos adecuados para satisfacer todas las expectativas de cada segmento de mercado
- Realizar convenios con las instituciones de la provincia de Santa Elena para brindar el servicio médico de la Clínica FAE Salinas
- Realizar estudios de mercado referente a necesidades y expectativas de los pacientes, así como el comportamiento de la competencia en los nuevos mercados donde se pretende ampliar los servicios de la Clínica FAE Salinas
- Realizar la ampliación de los convenios con las empresas aseguradoras privadas para atender a los nuevos mercados a penetrar
- Realizar convenios con las instituciones privadas de salud de la provincia de Santa Elena para ampliar nuestro portafolio de servicios.

Estrategia No 1

Diseñar paquetes de servicios médicos adecuados para satisfacer todas las expectativas de cada segmento de mercado

Tareas	Plazo	Costo	Responsable	Indicador
Realizar una investigación de mercado para conocer las expectativas de cada segmento de mercado	Seis meses	0	Departamento de Marketing	Informe de investigación
Identificar tratamientos, costos personas	Dos meses	0	Departamento de Marketing	Informe de investigación
Estructurar paquetes de servicios para cada Segmento de Mercado	2 meses	0	Departamento de Marketing	Venta de cada tipo de paquete
				Venta total de paquetes investigación

Elaborado por: Gilbert Samaniego

Diseño de paquetes

De acuerdo al estudio que se realizó previamente y de acuerdo a la capacidad de hospitalización de la Clínica se ha mantenido los costos de los paquetes de atención médica, cumpliendo con las necesidades de las personas a las que se dirige la misma.

Es importante mencionar que el paquete consiste en tratamiento de una enfermedad en cualquier caso, alimentación, hospitalización exámenes de laboratorio radiografías y en la utilización de los quirófanos si el caso lo amerita.

Para esto se ha tomado en cuenta dos tipos de tratos para los tratamientos recibidos:

a) Compra continua del servicio

Dentro de estos paquetes se realizara un descuento del 5% del precio actual siempre y cuando el paciente pague de contado y NO mediante seguro o tarjeta de crédito y los paquetes quedarían de la siguiente manera.

La Clínica posee un Reglamento de tarifas para la atención en las unidades de salud militar, en las que se clasifican las intervenciones quirúrgicas en cuatro tipos: cirugía especial, cirugía mayor, cirugía mediana, cirugía menor, en cada una de las especialidades quirúrgicas, razón por la cual se ha realizado paquetes para cada uno de estos tipos de cirugías.

El costo total de las cirugías, varía dependiendo del tipo de habitación, tiempo de cirugía y días de hospitalización, estos costos no incluyen medicación.

PAQUETES DE CIRUGIAS						
SERVICIOS	PRECIOS EN USD \$ POR TIPO DE CIRUGIAS					
	LAPAROSCOPICA	ESPECIAL	MAYOR	MEDIANA	MENOR	PARTO
Hospitalización	50.00	100.00	60.00	30.00	15.00	25.00
Derechos anestesia	50.00	50.00	30.00	30.00	20.00	20.00
Derechos de quirófano	50.00	62.50	30.00	30.00	25.00	20.00
Honorarios cirujano	180.00	175.00	112.50	87.50	37.50	75.00
Honorarios anesthesiologo	50.00	57.25	43.00	28.50	21.50	
Ayudante	60.00	60.00	60.00	50.00		
Instrumentista	15.00	15.00	15.00	10.00	10.00	
Cuidados de enfermería	9.50	19.00	19.00	9.50	4.75	4.75
Derechos de atención médica	9.50	19.00	19.00	9.50	4.75	4.75
Material Quirúrgico	350.00	97.00	97.00	55.00	35.00	20.00
Uso de laparoscopia	100.00					
Cuidados recién nacido						17.50
TOTAL	924.00	654.75	485.50	340.00	173.50	169.00

Elaborado por: Gilbert Samaniego

b) Servicio exclusivo (suite)

Este servicio estaría destinado a pacientes que quieran atención medica en instalaciones exclusivas y confortables que tengan capacidad de pago, los costos aumentaran un 20% en cada uno de los servicios al precio actual.

Estrategia No 2

Realizar convenios con las instituciones de la provincia de Santa Elena para brindar el servicio médico de la Clínica FAE Salinas.

Tareas	Plazo	Costo	Responsable	Indicador
Enlistar empresas importantes para la realización de convenios	1 semana	\$ 10.00	Departamento de Marketing	Listado de empresas
Realizar entrevistas y firmas de convenios con gerentes de empresas	2 meses	\$ 100,00	Departamento de Marketing	Porcentaje de convenios firmados

Elaborado por: Gilbert Samaniego

Empresas

Como posibles empresas y o Instituciones para realizar las entrevistas se ha tomado a Petrocomercial, Petroindustrial, Refinería de la Libertad, IESS, Municipios (Salinas, La libertad, Santa Elena), Policía Nacional, instituciones educativas particulares (Colegio Rubira, Colegio Militar Eugenio Espejo, Colegio Jefferson Salinas, Colegio Frank Vargas, Colegio Santa Teresita, etc), con los que actualmente no se tiene convenios

Estrategia No 3

Realizar estudios de mercado referente a necesidades y expectativas de los pacientes, así como el comportamiento de la competencia en los nuevos mercados donde se pretende ampliar los servicios de la Clínica FAE Salinas

Tareas	Plazo	Costo	Responsable	Indicador
Identificación de mercado objetivo	6 meses	\$3.500,00	Departamento de Marketing	Informe de investigación
Identificar objetivos generales y específicos				
Elegir tipo y técnicas de investigación				
Realizar cálculo de las muestras respectivas (300 casos)				
Diseñar el cuestionario y realizare prueba piloto				
Realizar trabajo de campo en cada uno de los mercados				
Codificar y tabular datos				
Presentación de resultados				
Conclusiones				
Presentar Informe				

Elaborado por: Gilbert Samaniego

Estrategia No 4

Realizar la ampliación de los convenios con las empresas aseguradoras privadas para atender a los nuevos mercados a penetrar

Tareas	Plazo	Costo	Responsable	Indicador
Enlistar aseguradoras	1 semana	\$ 50,00	Departamento de Marketing	Listado de aseguradoras
Realizar entrevistas y firmas de convenios con representantes legales de empresas de seguros	1 mes	\$ 100,00	Departamento de Marketing	Porcentaje de firma de convenios

Elaborado por: Gilbert Samaniego

Empresas Aseguradoras.

Actualmente la Clínica FAE Salinas tiene convenio con las aseguradoras Ecuasanitas, Seguros Sucre, Humana, Salud; lo que se pretende es ampliar los convenios con las coberturas respectivas con los mismos y firmar convenios con: Hispana, Seguros Rocafuerte, Seguros BMI, Seguros Bolívar y Seguros Colonial.

Estrategia No 5

Realizar convenios con las instituciones privadas de salud de la provincia de Santa Elena para ampliar nuestro portafolio de servicios.

Tareas	Plazo	Costo	Responsable	Indicador
Enlistar Instituciones de salud privadas	1 semana	\$ 50,00	Departamento de Marketing	Listado de aseguradoras
Realizar entrevistas y firmas de convenios con representantes legales de instituciones de salud privadas	1 mes	\$ 100,00	Departamento de Marketing	Porcentaje de firma de convenios

Elaborado por: Gilbert Samaniego

Dentro de las instituciones de salud serian la Clínica Granados y Clínica Virgen del Cisne para Tomografía Axial computarizada y Laboratorios Arriaga para pruebas de laboratorio especiales.

4.6.2 Estrategias del Precio

En el proceso de compra de servicios el precio siempre interactúa con la calidad, esta asociación (precio/calidad) entendida como la valoración y percepción que para un determinado servicio el precio que se paga es justo, alto o bajo, y su fijación viene determinada en gran medida por la capacidad de pago del mercado, pero en el caso de los servicios sanitarios se da una particularidad: si son públicos lo establece la administración, los recursos financieros no dependen de los ingresos y los costos de producción corren a cuenta de las dotaciones presupuestarias; en cambio si son privados pero concertados con el sector público lo condiciona en gran parte fijando unas tarifas que nos permite cubrir los costos de producción y tener un margen de rentabilidad.

La Clínica FAE Salinas vende sus servicios casi a precio de costo, (por ejemplo el precio de consulta médica de especialidad es de USD \$ 8,00 dólares cuando la competencia cobra \$ 25,00 dólares), buscando solo recuperar los mismos y tener un pequeño margen de utilidad, esta práctica no ha permitido tener una renovación tecnológica frecuente ni estimular al talento humano, podríamos decir que tan solo le ha permitido sobrevivir solamente. El plan de marketing propone que la clínica FAE Salinas supla la falta de mentalidad de crecimiento y desarrollo es decir tener un sentido empresarial que le permita competir estratégicamente.

El mayor problema que enfrenta la Clínica FAE Salinas es que su mercado es heterogéneo, como se ha mencionado anteriormente la mayor parte de la población de la provincia es pobre por lo que su capacidad de pago es bajo, un menor porcentaje esta cubiertos por un seguro médico y poseen una capacidad de pago buena, estas condiciones al momento de escoger las estrategias de precio deben ser tenidas en cuenta, por lo que el precio debe ser diferenciado para los diferentes segmentos de mercado.

Teniendo en cuenta la imagen y el posicionamiento de nuestro producto y de la empresa, hemos optado por seguir una estrategia de penetración estableciendo un precio relativamente bajo puesto que debemos conquistar un mercado en el que nuestro producto no está asentado, de esta forma podremos lograr que nuestro producto vaya alcanzando una mayor demanda, que nos permitirá posteriormente, aumentar el precio en forma progresiva del mismo. Se trataría por lo tanto de un precio promocional hasta llegar al precio que cubra los costos y nos permita tener un mayor margen de utilidad.

Todos los costos de los servicios ofertados por la Clínica FAE Salinas, obedecen a un Tarifario establecido aprobado por la Dirección de Sanidad de la Fuerza Aérea (Ver anexo I, Pags. 309-314), los cobros se realizan en efectivo y cheques personales o institucionales en caso de empresas de seguros médicos, al momento no se cuenta con el sistema para aceptar tarjetas de crédito.

Objetivo de establecimiento de Precios

Retener el mercado actual de pacientes y ampliar la participación en el mismo con una estrategia de precios que nos permita solventar los costos de producción, que el mercado pueda pagarlos y que sean inferiores a la competencia y que nos permita maximizar la rentabilidad, aumentando el posicionamiento, segmentando el mercado y diferenciándose.

Estrategias de Precios

- ✓ Ofrecer servicios médicos de calidad con precio diferenciado para cada segmento del mercado (población con y sin seguro médico).
- ✓ Mantener el precio actual para los pacientes sin seguro médico por un año, así asegurar una fuerte demanda que permita conquistar al máximo el segmento del mercado, mejorando la accesibilidad a los servicios y disminuyendo los costos de producción.
- ✓ Subir el precio para los pacientes de seguros médicos, pero este siempre será inferior al de la competencia y negociar con dichas empresas los nuevos valores.

Estrategia No 1

Ofrecer servicios médicos de calidad con precio diferenciado para cada segmento del mercado (población con y sin seguro médico).

Tareas	Plazo	Costo	Responsable	Indicador
Diseñar paquetes de acuerdo a los cotos de los servicios que brinda la Clínica FAE Salinas	6 meses	\$ 100,00	Departamento de Marketing	Venta de cada tipo de paquete
				Venta total de paquetes

Elaborado por: Gilbert Samaniego

Estrategia No 2

Mantener el precio actual por un año para los pacientes sin seguro médico, así asegurar una fuerte demanda que permita conquistar al máximo el segmento del mercado, mejorando la accesibilidad a los servicios y disminuyendo los costos de producción.

Tareas	Plazo	Costo	Responsable	Indicador
Reorganizar y estructurar paquetes de servicios con los precios actuales	3 meses	\$00,00	Departamento de Marketing	Paquetes de servicios
Organizar los horarios de atención medica	1 semana	\$00,00	Departamento de Marketing	Informe de investigación
Mejorar los procesos de producción de los servicios	4 meses	\$00,00	Departamento de Marketing	Nuevos procesos
Optimizar proceso de compras publicas	1 mes	\$00,00	Departamento Financiero	Porcentaje de ahorro en compro de materiales e insumos médicos

Elaborado por: Gilbert Samaniego

El precio actual de los servicios que brinda la Clínica FAE serian los mismos que hasta el momento están en vigencia y han sido aprobados por la Dirección de Sanidad de la Fuerza Aérea Ecuatoriana. (Ver anexo I, Pags. 306-311)

Estrategia No 3

Subir el precio pero que sea inferior al de la competencia para los pacientes de seguros médicos y negociar con dichas empresas los nuevos valores.

Tareas	Plazo	Costo	Responsable	Indicador
Realizar estudio de costos y estructurar nuevos precios	3 meses	\$00,00	Departamento Financiero	Nuevo listado de precios
Negociar y firmar convenios con representantes legales de seguros médicos	3 meses	\$00,00	Departamento de Marketing	Porcentaje de convenios firmados

Elaborado por: Gilbert Samaniego

Propuesta de Nuevos precios por paquetes de cirugías

PAQUETES DE CIRUGIAS						
SERVICIOS	PRECIOS EN USD \$ POR TIPO DE CIRUGIAS					
	LAPAROSCOPICA	ESPECIAL	MAYOR	MEDIANA	MENOR	PARTO
Hospitalización	60	120	90	30	30	30
Derechos anestesia	70	90	70	40	40	20
Derechos de quirófano	90	120	90	50	50	20
Honorarios cirujano	180	175	115	90	40	75
Honorarios anesthesiólogo	50	60	50	30	25	
Ayudante	60	60	60	50		
Instrumentista	15	15	15	10	10	
Cuidados de enfermería	10	20	10	10	10	10
Derechos de atención	15	30	30	15	15	
Material Quirúrgico	350	97	97	55	35	20
Uso de laparoscopia	100					
Cuidados recién nacido						17.5
TOTAL	1000	787	627	380	255	192.5

Elaborado por: Gilbert Samaniego

El costo total de las cirugías, varía dependiendo del tipo de habitación, tiempo de cirugía y días de hospitalización, estos costos no incluyen medicación

Propuesta de Nuevos precios de los diferentes servicios de la Clínica FAE Salinas

DESCRIPCION DEL SERVICIO	PRECIO USD \$
Consulta médica especialidad horario normal 0:7 am a 15:15 pm	15
Consulta médica en horario de 15:15 a 07:00 y feriados	20
Consulta de medicina general	10
Consulta familiares de otra fuerza	4
Hospitalización suite	30
Hospitalización cama doble	25
Hospitalización sala general	20
Derecho de enfermería	5
Hospitalización del día (hasta 6 horas)	15

Elaborado por: Gilbert Samaniego

DERECHO DE QUIROFANO	1h	2h	3h	4h
Cirugía por cada hora	50	40	30	20
Uso laparoscópico	100			
Uso de microscopio oftalmológico	30			

Elaborado por: Gilbert Samaniego

DERECHO DE ANESTESIA	1h	2h	3h
General	40	30	20
Conductiva	40		
Local	30		
Sedación	20		

Elaborado por: Gilbert Samaniego

DERECHO DE OBSTETRICIA	PRECIO USD \$
Parto eutócico	50
Legrado uterino	40
Atención al recién nacido	20

Elaborado por: Gilbert Samaniego

DERECHO DEL MEDICO CIRUJANO	PRECIO USD \$
Cirugía Laparoscópica	180
Cirugía especial	175
Cirugía mayor	115
Cirugía mediana	90
Cirugía menor	40

Parto	75
Legrado	50
DERECHO DEL MEDICO ANESTESIOLOGO	PRECIO USD \$
Cirugía especial	50
Cirugía mayor	60
Cirugía mediana	50
Cirugía menor	30
Parto	25
Legrado	20

Elaborado por: Gilbert Samaniego

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	PRECIO USD \$
Uso de foto terapia por día	10
Termocuna por día	10
Uso de bomba de infusión por día	10
Oxígeno por libra	0.5
Insumo qx. (1 paq. gasa, 5 gorros, mascarillas, zapatos)	3
Paquete de compresas x 5 unidades	3
Uso de monitor pediátrico	10
Desinfección de quirófano	15
Monitoreo cardiaco	10
Oxímetro de pulso	10

Elaborado por: Gilbert Samaniego

ATENCION DE EMERGENCIA	PRECIO USD \$
Administración intravenosa	2
Administración intramuscular	1
Canalización de venoclisis	5
Atención ferulización	5
Curación quemaduras (-10%)	10
Curación quemaduras (+10%)	12
Curaciones menores	4
Curaciones medianas	6
Curaciones grandes	12
Retiro de puntos	3
Retiro de puntos hasta 5 puntos	4
Retiro de puntos más de 5 puntos	6
Drenaje absceso con anestesia local	10
Extracción de cuerpo extraño nariz, ojos, oídos	10
Luxo fractura clavícula e inmovilización.	15
Reanimación cardio pulmonar	60
Sutura de piel hasta 5 cm.	15
Sutura de piel de + 5 cm. x cada punto adicional	2
Cambio de sonda foley (procedimiento)	6
Lavado de estómago por intoxicación	15

monitor de signos vitales x 1 hora	6.25
Enema evacuante	3
Atención paciente politraumatizado	40
Certificado de salud	2
Extracción de uñeros (onicectomía)	10
Atención paciente en coma por día	40
Atención paciente herida de arma blanca	40
Atención paciente con herida de arma de fuego	40
Lavado de oídos por cada uno	10
Biopsia de piel	10
Nebulizaciones	3

Elaborado por: Gilbert Samaniego

EXAMENES DE LABORATORIO	PRECIO USD \$
Biometría hemática	8
Glucosa	2
Urea	2
Creatinina	2.5
Colesterol	2.5
Triglicéridos	2.5
Acido úrico	2.5
TGO	4
TGP	4
HDL.	4
Bilirrubina total	4
Bilirrubina directa	4
ASTO	4
Latex	4
PCR	4
Reacción de widal (aglutinaciones febriles)	6
HIV	12
VDRL	4
Sedimentación VSG	3
Plaquetas	3
TP	4
TTP	4
Grupo sanguíneo	5
EMO	4
Coproparasitario	3
Hematozooario (paludismo) (plasmodium)	10
Sangre oculta	5
Espermatograma	12
PMN	5
Micológico	6
Fresco	3
Gram	5

RPR	5
Heces concentrado	5
KOH	5
PSA	15
Test de embarazo	8
Dengue	15
Hepatitis c	15
Helicobacter pylori	15
Fosfatasa alcalina	5
Rotavirus	10

Elaborado por: Gilbert Samaniego

ODONTOLOGIA	PRECIO USD \$
Consulta Odontológica	5
OPERATORIAS	
Amalgama simple	10
Amalgama compuesta	12
Amalgama compleja	15
Resina simple	15
Resina compuesta	20
Resina compleja	25
Obturación temporal	10
Obturación con ionomero	12
Cimentación de corona	10
PERIODONCIA	
Tartrectomía	15
Profilaxis	15
Fluorización	15
ENDODONCIA	
Anteriores	80
Premolares	90
Molares	120
Pulpotomía	50
Exodoncia anteriores	10
Exodoncia posteriors	10
Exodoncia 3 molar	15
Rx. Periapical	5

Elaborado por: Gilbert Samaniego

PLACAS DE RX	PRECIO USD \$
Articulación temporomaxilar	10
Cavum (hipertrofia adenoidea)	10
Cavum contrastado	14
Columna cervical ap y lateral	13
Columna cervical funcional	20
Columna dorsal ap y lateral	13
Cráneo 2 posiciones ap y lateral	11

Cráneo lateral	10
Cráneo 3 posiciones	14
Cuello ap y l	11
Foramen óptico	10
Huesos faciales 2 posiciones	14
Huesos faciales 3 posiciones	18
Columna lumbar ap y lateral (dorso lumbar)	18
Columna lumbar 4 posiciones	20
Maxilar inferior 3 posiciones	18
Oído bilateral	14
Oído unilateral	18
Senos paranasales (senos faciales y maxilares)	12
Silla turca	12
Huesos nasales (HPN)	12
Tórax	
Tórax adulto 1 posición	10
Tórax adulto 2 posiciones	14
Tórax adulto 3 posiciones	18
Tórax adulto 4 posiciones	22
Tórax niño 1 posición	10
Tórax niño 2 posiciones	14
Tórax niño 3 posiciones	22
Tórax niño 4 posiciones	35
Colangiografía valor x places	10
Abdomen	
Abdomen adulto 1 posición	10
Abdomen adulto 2 posiciones	16
Abdomen adulto 3 posiciones	20
Abdomen niño 1 posición	12
Abdomen niño 2 posiciones	16
Abdomen niño 3 posiciones	20
Urográma excretor	30
Tránsito intestinal	25
Fistulografía	20
Pelvis	
Cadera niño 1 posición	10
Cadera niño 2 posiciones ap y l	12
Cadera niño 3 posiciones ap- l y obli	16
Pelvis 1 posición (cadera)	10
Pelvis 2 posición (cadera ap y l)	14
Sacro coxis	10
Esofagograma	20
Miembros	
Antebrazo ap y l	10
Brazo ap y l	10

Calcáneo	10
Clavícula	10
Codo a p y l	10
Dedos a p y l	10
Escanograma	12
Hombro bilateral	14
Hombro 1 posición a p	10
Muslo a p y l	11
Pierna a p y l	11
Hombro 2 posiciones	14
Hombro 3 posiciones	18
Mano a p y l	10
Muñeca a p y l	10
Pie a p y l	10
Rodilla a p y l	10
Rodilla con bostezo	10
Rótula a p y l	10
Rótula axiales	10
Tobillo a p y l	10
Panorámica dental	10
Histerosalpingografía	30

Elaborado por: Gilbert Samaniego

DERMATOLOGIA	PRECIO USD \$
Biopsia de piel	15
Cauterización	15

Elaborado por: Gilbert Samaniego

TRAUMATOLOGIA	PRECIO USD \$
Extracción de clavos	10
Ferulización dedos (sin material)	5
Fijación percutánea	30
Infiltración intraarticular	10
Reducción incruenta sin material	30
Retiro de yeso	10
Confección de yeso columna vertebral	40
Curaciones pequeñas	5
Curaciones medianas	10
Curaciones grandes	15
Confección yeso miembro superior sin material	15
Confección de yeso miembro inferior sin material	20
Cambio de yeso total sin material	10

Elaborado por: Gilbert Samaniego

OFTALMOLOGIA	PRECIO USD \$
Campo visual	10
Espectofotómetro	10

Lámpara de hendidura	5
Retiro de cuerpo extraño	15

Elaborado por: Gilbert Samaniego

OTORRINOLARINGOLOGIA	PRECIO USD \$
Taponamiento nasal anterior	15
Taponamiento nasal posterior	20
Lavado de oídos	15
Audiometría	15
Timpanometría	15
Logoaudiometría	10
Reducción de fractura de huesos propios nariz (consultorio)	65
Retiro de cuerpo extraño de oído	20
Retiro cuerpo extraño nariz	20
Retiro cuerpo extraño de faringe y laringe (consultorio)	20
Extracción de tubos óticos	15

Elaborado por: Gilbert Samaniego

CARDIOLOGIA	PRECIO USD \$
Electrocardiograma	15

NEUMOLOGIA	PRECIO USD \$
Inhaloterapia – micronebulizaciones	3

PSICOLOGIA	PRECIO USD \$
Evaluación psicológica completa	20
Evaluación psicológica parcial	10

Elaborado por: Gilbert Samaniego

FISIATRIA	PRECIO USD \$
Valor por sesión	
Bicicleta estacionaria	1.5
Compresa química fría	2.5
Compresa química caliente	1.5
Diatermia	1.5
Ejercicios de resistencia progresiva	1.5
Evaluación de la marcha y postura	1.5
Ejercicios xifoides escoliosis	1.5
Electroestimulación	1.5
Examen muscular	1.5
Infrarrojos	1.5
Laser terapia	2.5
Masaje	10
Medición movimiento articular	1.5
Mobilización artic. extremidades	1.5
Parafina	1.5
Reeducación de marcha y postura	1.5

Reeducación muscular	1.5
Restaurador de hombro	1.5
Ejercicios de circulación periférica	1.5
Ejercicios funcionales de colchón	1.5
Técnicas de coordinación	1.5
Técnicas de facilitación muscular	1.5
Técnicas de relajación	3
Tracción cervical	3
Tracción lumbar	3
Ultrasonido	3
Terapia ocupacional	3

Elaborado por: Gilbert Samaniego

AMBULANCIA	PRECIO USD \$
Dentro perímetro de Salinas	20
La Libertad	30
Santa Elena	40
Guayaquil	150

Elaborado por: Gilbert Samaniego

4.6.3 Estrategia de Plaza y Distribución

La Clínica se encuentra ubicada en el barrio Chipipe del cantón Salinas, el más turístico de la provincia de Santa Elena, a dos cuadras de la playa, dentro de las instalaciones de la Escuela Superior Militar de Aviación, pero en su periferia, lo que le permite tener un contacto directo con la comunidad, característica que facilita un acceso directo y rápido tanto de pacientes militares que están dentro de las instalaciones de la ESMA y de los otros recintos militares acantonados en el sector, así como de pacientes que vienen de todos los lugares de la provincia, sin necesidad de pasar por sitios de control que caracterizan a las instituciones militares, las vías de acceso a la misma están en muy buenas condiciones, las terminales de transporte de buses se encuentra a doscientos metros, posee parqueaderos amplios, todo esto facilita una buena accesibilidad a los servicios que brinda la Clínica. (Ver Anexo D, Pag. 296)

La Clínica FAE Salinas oferta en forma directa sus servicios, por lo tanto el punto de venta es solo en las instalaciones de la misma, el servicio se produce y se consume simultáneamente por lo tanto el proceso de “entrega” se sustenta en un contacto de cara a cara, razón por la cual se ha trabajado en la señalización, limpieza,

decoración, el trato que se dispense, atmósfera de atención y bienestar, horarios, equipamiento, trámites burocráticos, realización de tareas, cantidad y habilidad del personal, tiempos de repuesta, profesionalidad, reducción de los aspectos desagradables o molestos que pueden comportar las exploraciones, tratamientos, extracción de muestras, etc. parámetros decisivos para la configuración de la opinión del paciente.

Como no tenemos la posibilidad de ubicar una sucursal, para seguir haciendo competitiva la ubicación de los servicios, debemos aumentar fuertemente la promoción (comunicación) de en donde estamos ubicados y lograr diferenciar nuestros servicios y hacerlos muy atractivos por la especialización, así disminuir la importancia de la ubicación para el paciente.

Objetivo

Establecer canales de distribución adecuados a través de los cuales se transferirá los servicios en forma óptima y oportuna.

Estrategias de Plaza y Distribución

- ✓ Mejorar las instalaciones de la Clínica especialmente hospitalización para que la entrega del servicio sea más confortable.
- ✓ Realizar alianzas estratégicas que nos permitan completar y extender nuestro portafolio de servicios (Tomografía Axial Computarizada y laboratorio especializado).
- ✓ Hacer la plaza lo más móvil posible, con los servicios a domicilio, obviamente esto solo es aplicable para ciertos servicios de salud atención de emergencia y Rx portátil, laboratorio clínico y ambulancias.

Estrategia No 1

Mejorar las instalaciones de la Clínica especialmente hospitalización para que la entrega del servicio sea más confortable.

Tareas	Plazo	Costo	Responsable	Indicador
Diseñar y pintar una señalización que brinde toda la información posible de la Clínica	2 meses	\$2000,00	Departamento logística de la Clínica	Metros lineales de señalización
Adquisición de mobiliarios y equipos audiovisuales y confort para las suites y habitaciones dobles	2 meses	\$3000,00	Departamento de logística de la Clínica	Habitaciones mejor equipadas

Elaborado por: Gilbert Samaniego

Estrategia No 2

Realizar alianzas estratégicas que nos permitan completar y extender nuestro portafolio de servicios (Tomografía Axial Computarizada y laboratorio especializado).

Tareas	Plazo	Costo	Responsable	Indicador
Enlistar Instituciones de salud privadas	1 semana	\$50,00	Departamento de Marketing	Listado de aseguradoras
Realizar entrevistas y firmas de convenios con representantes legales de instituciones de salud privadas	1 mes	\$100,00	Departamento de Marketing	Porcentaje de firma de convenios

Elaborado por: Gilbert Samaniego

Dentro de las instituciones de salud serian la Clínica Granados y Clínica Virgen del Cisne para Tomografía Axial computarizada y Laboratorio Arriaga para pruebas de laboratorio especiales.

Estrategia No 3

Hacer la plaza lo más móvil posible, con los servicios a domicilio, obviamente esto solo es aplicable para ciertos servicios de salud atención de emergencia y Rx portátil, laboratorio clínico y ambulancias.

Tareas	Plazo	Costo	Responsable	Indicador
Enlistar Instituciones y hoteles de la provincia	1 semana	\$50,00	Departamento de Marketing	Listado de instituciones y hoteles
Realizar entrevistas y firmas de convenios con representantes legales de instituciones y hoteles de la provincia para atención a domicilio.	1 mes	\$100,00	Departamento de Marketing	Porcentaje de firma de convenios

Elaborado por: Gilbert Samaniego

4.6.4 Estrategia de Promoción y Comunicación

En el servicio sanitario, la “P” de “promoción” no atañe sólo a la publicidad y a las relaciones públicas (folletos, anuncios, presencia en los medios de comunicación, etc.), sino que concierne principalmente a tangibilizar lo que es intangible, cuidando el entorno físico, los signos visuales (uniformes, grafismos), los esquemas organizativos de la institución, la eficacia, los atributos funcionales.

Por lo tanto lo que esencialmente se busca es la definición de lo que debe comunicarse al mercado, de acuerdo a los servicios ofrecidos por la entidad de salud, que es el punto clave de todo el proceso publicitario, pues lo que se comunique por los medios masivos se posicionara de una u otra manera en el mercado receptor, si existe una equivocación en esta definición de lo que se requiere comunicar, será difícil que el receptor del mensaje interprete y recuerde lo que nosotros queremos comunicar.

La particularidad de este elemento en los servicios de salud lleva a la circunstancia de que la auténtica promoción que cabe hacer de ellos, trasciende en no perder de vista tres cosas:

- Que el establecimiento de una relación implica hacer promesas.
- Que el mantenimiento de una relación se basa en el cumplimiento de las promesas.
- Que el desarrollo y consolidación de una relación significa un nuevo conjunto de promesas que se hacen luego y que tienen como requisito ineludible el previo cumplimiento de las que se han hecho con anterioridad.

Hay un principio claro en el manejo publicitario y es el de la “continuidad de la comunicación publicitaria” para que tenga efecto en la mente de los clientes, si la publicidad no va a ser continua en el tiempo, tal vez sea mejor no hacerla o pensarlo dos veces, de ahí que definir el presupuesto es el gran cuello de botella para las entidades de salud, aunque necesariamente no se tiene que contar con grandes presupuestos, pues si se cuenta con unos más moderados, lo importante es direccionar bien esa publicidad y poderle dar continuidad, con el objetivo de no dejar de comunicarse con su mercado. Deberá tenerse en cuenta esencialmente si este presupuesto se destina para impulsar el nombre de la entidad (la marca) y todos sus servicios; o si se dedicara por un periodo definido a comunicar más intensamente, uno o varios servicios por su alta rentabilidad o por la alta competencia que se les ha generado o por razones de innovación para aprovechar con la mayor intensidad esa oportunidad de mercado.

El público objetivo de la Clínica FAE Salinas es la población de la península de Santa Elena y los turistas que visitan la misma, esta población tiene el concepto que se atiende exclusivamente a pacientes militares por lo tanto creen que no tienen acceso a los servicios de la Clínica o que este es muy restringido. Uno de los principales desafíos que debe enfrentar la clínica FAE salinas es la falta de conciencia de la comunidad respecto de los servicios que ofrece. En el año 2010 la cartera de clientes está compuesta por 6.609 pacientes militares, 7.542 pacientes familiares de militares, y 3,201 pacientes particulares, que equivalen a 18.45% del total. El objetivo de la Clínica es recuperar el número de pacientes particulares a

nivel del año 2006, donde fueron atendidos 6103 pacientes particulares, que equivalen al 26.83 % del total de pacientes y tener un crecimiento posterior progresivo.

La Clínica FAE Salinas tiene como objetivo primordial dar a conocer su producto que es un servicio médico especializado, de alta calidad y precio competitivo en el mercado local, al mismo tiempo buscamos ampliar el mercado, comenzando con la comercialización de los servicios actuales, para luego ir ampliando los servicios si fuera necesario, así fortalecer y mejorar la imagen de la Clínica, indirectamente también potenciar la imagen de la Fuerza Aérea Ecuatoriana y de la Sanidad Militar.

Objetivos

- Conseguir o reforzar el posicionamiento de la Clínica FAE Salinas en el mercado.
- Informar de los servicios que presta y de sus atributos más relevantes, así crear notoriedad de la marca de la Clínica FAE Salinas en el mercado actual y posteriormente en los mercados a penetrar.
- Influir en el comportamiento y fidelizar al paciente, para que en sus nuevas necesidades de restablecimiento de la salud, tienda asistir o volver a la Clínica FAE Salinas donde ya fue atendido.

Estrategias de Promoción

- Realizar una campaña publicitaria mediante medios de comunicación (radio y televisión) para dar a conocer los servicios de la Clínica FAE Salinas en los mercados a donde se va a dirigir.
- Estructurar un plan de relaciones públicas para la Clínica para posicionarla.
- Implementar una línea de servicio al cliente para brindar mayor información, recibir comentarios y sugerencias.

- Crear una página Web para promocionar nuestros servicios.

Estrategia No. 1

Realizar una campaña publicitaria mediante medios de comunicación (radio, televisión y medios impresos) para dar a conocer los servicios de la Clínica FAE Salinas en los mercados a donde se va a dirigir.

Podemos clasificar los medios masivos en tres grandes grupos, cada uno con sus vehículos propios.

- ✓ Impresos: revistas, prensa, vallas, pasacalles, correo.
- ✓ Electrónicos: televisión, radio, teléfono, fax, computadores (Internet), cine.
- ✓ Presenciales: ferias, exposiciones.

El tipo de uso que puede dársele hoy en día a estos medios es de dos características: altamente masivo o altamente selectivo, el criterio de uso altamente masivo o más selectivo, dependerá de cuál de las dos formas es la que más puede llegar al mercado directamente. Hay que tener en cuenta otros criterios como complejidad del servicio que se va a comunicar, rapidez de reacción de la competencia y obviamente el presupuesto de inversión publicitaria.

Dentro de los medios altamente masivos vamos a utilizar la campaña radial, campaña por televisión y por medios impresos:

a) Campaña radial

Para la campaña radial se ha escogido a radio Amor y radio La Chola, puesto que son radios que tienen un target de radio de escuchas apropiados para los segmentos de mercado a los que nos vamos a dirigir.

En lo referente al detalle de la producción de la cuña, se tendrá el derecho de la cuña radial para poder publicitar en todas las radios en que se desee para de esta manera tener una misma imagen de la Clínica. El costo de la Producción de

una cuña o spot será de USD \$ 30,00 dólares, incluirá el libreto, la radio se encarga de la grabación y producción de un spot.

Radio Amor (89.3FM) es un medio de comunicación respaldado en 10 años de servicio y radio La Chola (94.1FM) con una experiencia de 5 años en el mercado, ofrecen el servicio de publicidad radial garantizando: credibilidad, cobertura y sintonía, para que sus bienes y servicios se fortalezcan en el mercado.

Radio La Chola en paquete de cinco cuñas diarias de lunes a viernes tiene un costo de USD \$ 250.00, Horario de transmisión: 00H00 a 24H00, población: clase baja, media, media alta, en la siguiente programación: (Ver Anexo J, Pag. 312-313)

De 04h00-06h00	Chicha Chola
De 06h00-09h00	Desayunando con la Chola
De 09h00-11h00	La zona del amor
De 11h00-13h00	Vacilando con la Chola
De 13h00-15h00	Cuando los acordeones lloran
De 15h00-18h00	Al son de tu corazón
De 18h00-19h00	Zona retro
De 19h00-21h00	Chicha Chola
De 21h00-24h00	La cantina de la Chola
De 24h00-04h00	Entre la arena y la Luna

En radio Amor el paquete de 4 cuñas diarias, durante un mes tiene el costo de \$150.00 dólares Horario de transmisión: 00H00 a 24H00, población: clase media y alta, en la siguiente programación: (Ver Anexo K, Pag. 314)

06h00-15h00	Panorama informativo (programa estelar)
15h00-17h00	Programación variada
17h00-18h00	Noticiero "Nuestra Verdad"
19h00-20h00	Transmisión de "El Noticiero"
20h00-23h00	Programación variada

b) Campaña de Televisión

Para la campaña de televisión se ha escogido a BRISA TV, canal 23 UHF- Santa Elena, puesto que hasta el momento es el único canal de la provincia y tiene un target de televidentes apropiados para los segmentos de mercado a los que nos vamos a dirigir. (Ver Anexo L, Pag. 315)

El detalle de la difusión será de 4 spots por día, de lunes a viernes en los siguientes programas:

SPOTS			
NOMBRE DEL PROGRAMA	HORARIO	DÍA	SPOTS/DÍA
Comisaria del pueblo	7H00-8h00	Lunes a viernes	1
Noticias en la comunidad	8H00-9H30	Lunes a viernes	1
De buen rollo	10H00-12H00	Lunes a viernes	1
Por la tarde	16h00-17H00	Lunes a viernes	1

Costo mensual será de USD \$ 580,00 dólares, con un costo anual de USD \$ 6960,00 dólares.

La duración del spot será de máximo de 40 segundos.

c) Impresión de material publicitario

1) Material impreso

La empresa encargada de imprimir todo el material publicitario que informe el portafolio de servicios de la Clínica FAE Salinas, será Imprenta Guayaquil y consistirá en el siguiente material: (Ver Anexo M, Pag. 316)

- Impresión de 2.000 trípticos A 4 en papel couché de 200 g de 21 x 29, impresión full color en tiro y retiro. Costo USD \$ 1.740.00

- Impresión de 2.500 volantes A 4 en papel couché de 200 g de 21 x 29, impresión full color en tiro y retiro. Costo USD \$ 2.175.00
 - Impresión de 2.500 volantes A 4 en papel couché de 200 g de 21 x 29, impresión blanco y negro en tiro. Costo USD \$ 1.200.00
- 2) Elaboración de dos ROLL UP en lona banner en estructura de aluminio de 2.00 X 0.80m en impresión solvente. Costo USD \$ 250.00
 - 3) La creación de un exhibidor de ventas adicional en las conferencias y congresos locales. Esto puede implementarse a un costo de USD \$ 210,00
 - 4) La distribución de 2000 tarjetas comerciales y copias de los servicios que ofrece la Clínica FAE Salinas. Los puntos de distribución serán en los centros comerciales, costo USD \$ 350.00 (Ver Anexo M, Pag 316)
 - 5) La colocación de letreros adicionales uno en el techo de la Clínica y el otro en el malecón de salinas, costo USD \$ 655.20. (Ver Anexo N, Pag. 317)
 - 6) La publicación de un boletín trimestral para los clientes existentes y algunas empresas selectas. El boletín solicitará recomendaciones, publicará los agregados al inventario y notificará a los lectores respecto de las actuales promociones de venta.
 - 7) Publicidad en las Páginas Amarillas a un costo mensual de USD \$ 10,75.

Estrategia No. 2

Estructurar un plan de Relaciones Públicas para la Clínica para posicionarla.

Se va a potencializar las relaciones públicas por parte de la Clínica, principalmente las externas, para lo cual se realizarán las siguientes actividades:

a) Conferencia a Empresas

Contratar el salón de recepciones del hotel Barceló Miramar para invitar a las personas pertenecientes a empresas donde se mantenga convenios, así como para las empresas que operan en la Península, con la finalidad de a conocer los servicios que ofrece la Clínica FAE Salinas. Costo: USD \$ 2.084,20, incluye coffee break, para 150 personas. (Ver Anexo O, Pag. 318)

Realizar la presentación visual para dar a conocer los servicios de la Clínica, Costo USD \$200.00

Conferencia por parte de un médico especialista para hablar de enfermedades comunes en la Provincia (Diabetes, Hipertensión Arterial, Dengue, Paludismo, HIV, etc), con la colaboración de un médico tratante de la Clínica, se realizará un calendario para dar tentativas de fecha para cada conferencia.

Colocación de de ROLL UP en el evento.

Entrega de trípticos

b) Organizar y Patrocinar de Eventos

Organización de eventos relacionados con el sector de la salud, donde pudieran participar no sólo miembros de la Clínica sino todo el personal se salud de la provincia.

Decisión de los eventos en los que se va a patrocinar

Asignación de una cantidad como máximo de USD \$ 300.00 para el auspicio o donación del tratamiento de alguna enfermedad en la clínica.

Colocación de un roll up en los eventos patrocinados

c) Proponemos realizar las siguientes actividades dirigidas pacientes:

Realizar charlas a pacientes ingresados en el propio hospital para dar a conocer la disponibilidad de los servicios, sus beneficios y cómo pueden llegar al mismo.

Confeccionar plegables que informen sobre los servicios ofertados.

Coordinar programas televisivos con algunos canales existentes y propaganda mediante algún diario de circulación local.

Coordinar con los médicos sobre las diferentes áreas de atención y charlas a pacientes referentes a las especialidades existentes.

Colocar un buzón de quejas y sugerencias.

d) Proponemos las siguientes actividades dirigidas a médicos:

Asistencias a conferencias y seminarios relacionadas con el sector de la salud.

Congresos de las diferentes especialidades médicas.

Realizar seminarios a enfermeras, médicos y personal técnico de enfermería del hospital donde se presta el servicio.

Realizar Talleres y Jornadas científicas sobre temas relacionados de Salud, en el propio centro con la invitación a otros hospitales de la provincia y de otras provincias.

Confeccionar un artículo ya sea en forma de revista, libro, plegable, etc. que pueda ser repartido a todo el personal del hospital y personas interesadas en temas relacionados a salud.

Estrategia No 3

Implementar una línea de servicio al cliente para brindar mayor información, recibir comentarios y sugerencias

Línea 1-700

Puesto que la clínica le interesa contratar un servicio de este tipo para la consultas de los clientes actuales y potenciales se recomienda contratar una línea 1-700 para que los costos no sean elevados para la Clínica, por obvias razones el servicio se contratara con la Corporación Nacional de Telecomunicaciones (CNT).

El detalle del costo de los servicios se muestra a continuación:

- ✓ Línea de acceso regional: Cubre toda la región costa
- ✓ La pensión básica de USD \$ 30.00 mensuales
- ✓ Cada línea inteligente de 1-700 prevee libre asociación de líneas telefónicas.
- ✓ Al usuario llamante se le facturara el valor de la llamada hasta la plataforma de red inteligente de acuerdo a su categoría y el cliente que contara con el servicio deberá cancelar el tramo desde la red inteligente hacia el destino con categoría comercial C.
- ✓ Los valores por concepto de tráfico generado en este servicio de red inteligente corresponden a los mismos de una línea telefónica con categoría comercial con las siguientes tarifas:
 - Llamada uso local 0,024 USD (cubre todo el distrito de la provincia)
 - Llamada de uso regional 0.056 USD (cubre las provincias de la costa)
 - Llamada de uso nacional 0.112 USD (cubre todo el país)

Estrategia No 4

Crear una página web para promocionar nuestros servicios.

La ESMA posee una página web, se encargaría al departamento de informática de la Escuela que diseñe un segmento para la Clínica donde se informe nuestros servicios.

4.6.5. Controles a emplear

Proponemos tres tipos de controles: preventivos, correctivos y tardíos; como mecanismos para implementar este tipo de controles las siguientes acciones:

A. Preventivos:

- ✓ Implementar el control diario del número y tipo de pacientes que acuden para recibir tratamiento a través de una hoja de cargo especial diseñada al efecto.
- ✓ Realizar diariamente no menos de 3 encuestas de satisfacción a pacientes y acompañantes y no menos de 1 al personal de la Clínica.
- ✓ Analizar en las entregas de guardias un parte diario del funcionamiento de los diferentes servicios del Hospital.
- ✓ Realizar una supervisión diaria del trabajo del personal de médicos y de enfermería en los diferentes servicios.

B. Correctivos:

- ✓ Analizar, canalizar y dar respuesta a los pacientes y familiares de las inquietudes, planteamientos o señalamientos recogidos en las encuestas de satisfacción de forma sistemática.
- ✓ Establecer mecanismos administrativos para la solución urgente de los problemas materiales y de aseguramiento que afecten la calidad del servicio.

- ✓ Establecer mecanismos directos de relación con los profesionales de diferentes especialidades que aseguren la utilización del servicio por los pacientes más necesitados y no solos de los de uno o dos patologías.

C. Tardíos:

- ✓ Realizar análisis administrativos mensuales de los problemas que han afectado la estabilidad y funcionamiento de los diferentes servicios.
- ✓ Garantizar la toma de medidas con los profesionales y técnicos de la salud que violen o causen dificultades en el trato o asistencia de los pacientes que reciben atención.

CAPITULO V

CAPITULO V.

FACTIBILIDAD ECONOMICA Y FINANCIERA DE LA PROPUESTA

5.1 ANALISIS ECONOMICO

Como se mencionó en el capítulo anterior el principal objetivo del plan de marketing es reposicionar a la Clínica FAE Salinas en la Provincia de Santa Elena y recuperar los 2.892 pacientes particulares que se han perdido en el periodo 2006-2010, es decir pasar de 3.201 pacientes particulares que actualmente acuden a la clínica a 6.103 pacientes particulares durante los próximos tres años, posteriormente tener un crecimiento progresivo de los mismos, mediante la estrategia de promoción y mejorando la accesibilidad, la que debe considerar la ventaja que tiene la Clínica FAE Salinas al poseer recurso humano especializado fortaleciendo la diferenciación. Así lograr una mayor cuota de rentabilidad que le permita tener un mejor crecimiento y desarrollo y mejorar la imagen de la institución.

Para tener clara la situación vamos a realizar un repaso de la producción de pacientes particulares en todos los servicios que brinda de la Clínica FAE Salinas en el año 2006 y el año 2010 y su contribución en el presupuesto de la misma.

La producción de pacientes particulares durante el año 2006 fue 6.103 pacientes, de estos 5.594 (91,66%) pacientes acuden a la clínica en forma directa y tan solo 509 (8.34%) pacientes poseen seguros de salud. En lo referente a los ingresos económicos durante ese año se facturo un total USD \$ 139.360,88, de estos al ISSFA se le facturo USD \$ 16.248,74 y USD \$ 123.112.14 son de la venta de servicios a pacientes particulares, por lo tanto estos contribuyen con el 88.34% al presupuesto de la Clínica durante ese año. (Ver tabla No. 83 Pág. 276)

En cambio durante el año 2010 la producción total de pacientes particulares fue de 3.211 pacientes, de estos 2.978 (92.74%) son pacientes que acuden en forma directa a la clínica y tan solo 233 (7.26%) pacientes poseen seguro médico. En lo referente a la parte económica el año 2010 la Clínica tuvo un total ingresos por USD \$ 106.769,42 de este total al ISSFA se le facturo USD \$ 50.387,82, y USD \$

56.381,60 equivalen a la venta de servicios a pacientes particulares por lo tanto los pacientes particulares contribuyen con el 52.81% al presupuesto de la Clínica durante este último año. (Ver tabla No. 84, Pág. 277)

Tabla No. 83
Producción por servicios y por tipo de pacientes particulares de la Clínica FAE
Salinas en el año 2006.

1. CONSULTA EXTERNA	Convenio	%	Particular	%	Total	%
Medicina Interna	3	0.07	392	9.58	395	9.65
Pediatría	7	0.17	435	10.63	442	10.80
Cirugía General	3	0.07	247	6.03	250	6.11
Gineco-Obstetricia	14	0.34	57	1.39	71	1.73
Oftalmología	36	0.88	512	12.51	548	13.39
Otorrinolaringología	20	0.49	668	16.32	688	16.81
Traumatología	18	0.44	419	10.24	437	10.68
Medicina general	30	0.73	1061	25.92	1091	26.66
Psiquiatría	1	0.02	53	1.29	54	1.32
Psicología	3	0.07	59	1.44	62	1.51
Anestesiología	2	0.05	53	1.29	55	1.34
Fisiatría	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Cardiología	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	137	3.35	3956	96.65	4093	100.00
2. CENTRO QUIRURGICO						
C. Laparoscópica	3	2.78	8	7.41	11	10.19
C. General	1	0.93	31	28.70	32	29.63
Otorrinolaringología	2	1.85	8	7.41	10	9.26
Traumatología	1	0.93	25	23.15	26	24.07
Oftalmología	1	0.93	25	23.15	26	24.07
Ginecología	0	0.00	3	2.78	3	2.78
TOTAL	8	7.41	100	92.59	108	100.00
3. HOSPITALIZACION	10	5.88	160	94.12	170	100.00
4. EMERGENCIA	8	3.67	210	96.33	218	100.00
5. LABORATORIO	71	19.56	292	80.44	363	100.00
6. RX	7	2.07	331	97.93	338	100.00
7. ODONTOLOGIA	237	57.52	175	42.48	412	100.00
8. FISIOTERAPIA	31	7.73	370	92.27	401	100.00
TOTAL GENERAL	509	8.34	5594	91.66	6103	

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
 Elaborado por: Gilbert Samaniego

Tabla No. 84
Producción por servicios y por tipo de pacientes particulares de la Clínica FAE
Salinas en el año 2010

1. CONSULTA EXTERNA	Convenio	%	Particular	%	Total	%
Medicina Interna	13	0.65	317	15.87	330	16.52
Pediatría	54	2.70	493	24.69	547	27.39
Cirugía General	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Gineco-Obstetricia	0	0.00	50	2.50	50	2.50
Oftalmología	3	0.15	138	6.91	141	7.06
Otorrinolaringología	8	0.40	360	18.03	368	18.43
Traumatología	13	0.65	118	5.91	131	6.56
Medicina general	26	1.30	320	16.02	346	17.33
Psiquiatría	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Psicología	0	0.00	27	1.35	27	1.35
Anestesiología	5	0.25	32	1.60	37	1.85
Fisiatría	1	0.05	13	0.65	14	0.70
Cardiología	0	0.00	6	0.30	6	0.30
TOTAL	123	6.16	1874	93.84	1997	100.00
2. CENTRO QUIRURGICO						
C. Laparoscópica	0	0.00	4	5.63	4	17.39
C. General	0	0.00	3	4.23	3	13.04
Otorrinolaringología	2	2.82	7	9.86	9	39.13
Traumatología	2	2.82	2	2.82	4	17.39
Oftalmología	0	0.00	3	4.23	3	13.04
Ginecología	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	4	17.39	19	82.61	23	100.00
3. HOSPITALIZACION	29	40.85	42	59.15	71	167.61
4. EMERGENCIA	17	7.20	219	92.80	236	100.00
5. LABORATORIO	24	18.75	104	81.25	128	100.00
6. RX	10	7.52	123	92.48	133	100.00
7. ODONTOLOGIA	12	5.61	202	94.39	214	100.00
8. FISIOTERAPIA	14	3.42	395	96.58	409	100.00
TOTAL GENERAL	233	7.26	2978	92.74	3211	

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
 Elaborado por: Gilbert Samaniego

Al realizar una comparación en lo referente a la producción individual por servicios de la Clínica entre el año 2006 y el año 2010 vemos que en consulta externa pasa de 4.093 pacientes en el año 2006 a 1.997 pacientes en el año 2010, con una diferencia de 2.096 pacientes, en el centro quirúrgico va de 108 pacientes en el año

2006 a 23 pacientes en el año 2010 con un diferencia de 85 cirugías, en hospitalización pasa de 170 pacientes en el año 2006 a 71 pacientes en el año 2010 con una diferencia de 99 pacientes; en emergencia de va 218 pacientes en el año 2006 a 236 pacientes en el año 2010 es uno de los dos servicios con un balance positivo, Laboratorio Clínico pasa de 363 pacientes en el año 2006 a 128 pacientes en el año 2010, con una diferencia de 235 pacientes; en lo referente a Rayos X pasamos de 338 pacientes en el año 2006 a 133 pacientes en el año 2010 con una diferencia de 205 pacientes; en odontología vamos de 412 pacientes en el año 2006 a 214 pacientes en el año 2010 con una diferencia 198 pacientes y por último fisioterapia de 401 pacientes en el año 2010 vamos a 409 pacientes siendo el otro servicio con un balance positivo. Existiendo una diferencia total entre estos dos años de 2892 pacientes, siendo esta la meta que se tendría que recuperar en tres años; siendo estas las metas por servicios a recuperar. En lo referente a la parte económica al comparar la producción entre estos dos años vemos que en año 2006 se facturo USD \$ 123.112,14 en cambio en el año 2010 tan solo se facturo USD \$ 56.381,60, con un porcentaje de reducción de 54.20%. (Ver tabla No. 85)

Tabla No. 85

Cuadro comparativo de la producción por servicios entre años 2006 y 2010

SERVICIOS	AÑOS		DIFERENCIA 2006-2010	% DE LA DIFERENCIA
	2006	2010		
Consulta Externa	4093	1997	2096	51.21
Centro Quirúrgico	108	23	85	78.70
Hospitalización	170	71	99	58.24
Emergencia	218	236	+18	+8.26
Laboratorio Clínico	363	128	235	64.74
Rayos x	338	133	205	60.65
Odontología	412	214	198	48.06
Fisioterapia	401	409	+8	+2.00
TOTAL	6103	3211	2892	47.39

Fuente: Informes estadísticos Clínica FAE Salinas años 2006-2010
Elaborado por: Gilbert Samaniego

Para lograr recuperar en tres años los 2.892 pacientes perdidos en el periodo 2006–2010, y luego continuar con un crecimiento mensual progresivo hasta los cinco años donde se estima tener una meseta de producción, se calculó los

respectivos porcentajes de incremento en cada uno de los servicios y por tipo de pacientes particulares, dichos porcentajes de incremento serían mayores para los pacientes particulares con seguro médico. Para determinar la meta inicial mensual se tomó la producción anual total de pacientes particulares durante el año 2010 y se dividió para los doce meses. (Ver tabla No. 86)

Tabla No. 86

Meta inicial de pacientes y porcentaje de incremento

DATOS PARA FLUJO DE CAJA PROYECTADO DE LA CLINICA FAE SALINAS		
SERVICIOS	Meta y % Crecimiento	
CONSULTA EXTERNA		
Pacientes particulares sin convenio	156	Mensual
Crecimiento %	1.5%	Mensual
Precio Venta	8.00	USD X 1 año
Pacientes particulares con convenio	10	Mensual
Crecimiento %	8.0%	Mensual
Precio Venta	15.00	USD
CENTRO QUIRURGICO		
Pacientes particulares sin convenio	2	Mensual
Crecimiento %	3.0%	Mensual
Precio Venta	477.49	USD x 1 año
Pacientes particulares con convenio	1	Mensual
Crecimiento %	7.0%	Mensual
Precio Venta	609.80	USD
HOSPITALIZACION		
Pacientes particulares sin convenio	4	Mensual
Crecimiento %	3.0%	Mensual
Precio Venta	40.00	USD X 2 DIAS
Pacientes particulares con convenio	2	Mensual
Crecimiento %	3.5%	Mensual
Precio Venta	50.00	USD X 2 DIAS
EMERGENCIA		
Pacientes particulares sin convenio	18	Mensual
Crecimiento %	1%	Mensual
Precio Venta	15.00	USD X 1 año
Pacientes particulares con convenio	1	Mensual
Crecimiento %	1%	Mensual

Precio Venta	20.00	USD
LABORATORIO CLINICO		
Pacientes particulares sin convenio	9	Mensual
Crecimiento %	3.5%	Mensual
Precio Venta	2.82	USD X 1 anno
Pacientes particulares con convenio	2	Mensual
Crecimiento %	3.5%	Mensual
Precio Venta	5.81	USD
RAYOS X		
Pacientes particulares sin convenio	10	Mensual
Crecimiento %	3%	Mensual
Precio Venta	8.64	USD X 1 anno
Pacientes particulares con convenio	1	Mensual
Crecimiento %	5%	Mensual
Precio Venta	16.39	USD
ODONTOLOGIA		
Pacientes particulares sin convenio	17	Mensual
Crecimiento %	2.0%	Mensual
Precio Venta	23.60	USD X 1 anno
Pacientes particulares con convenio	1	Mensual
Crecimiento %	5%	Mensual
Precio Venta	26.86	USD
FISIOTERAPIA		
Pacientes particulares sin convenio	31	Mensual
Crecimiento %	1%	Mensual
Precio Venta	30.00	USD X 1 anno
Pacientes particulares con convenio	1	Mensual
Crecimiento %	1%	Mensual
Precio Venta	60.00	USD

Elaborado por: Gilbert Samaniego

Para determinar los costos de producción iniciales de cada uno de los servicios se procedió a revisar y tomar los datos del último estudio de costos posee la Clínica FAE Salinas realizado en el año 2007. Teniendo en cuenta que la inflación durante el año 2010 fue de 3.33 % anual según estadísticas del Banco Central del Ecuador y que esta se ha mantenido a la baja durante los últimos cinco años, para calcular los costos durante los próximos cinco años se considerará este porcentaje de incremento (Ver tabla No. 87)

Tabla No. 87
Costos de producción de los servicios de la clínica FAE Salinas durante
cinco años

COSTOS DE PRODUCCION EN USD	1 AÑO	2 AÑO	3 AÑO	4 AÑO	5 AÑO
Costos de consulta externa	3.47	3.59	3.70	3.83	3.96
Costos del centro quirúrgico	24.15	24.95	25.79	26.64	27.53
Costos de hospitalización	20.11	20.78	21.47	22.19	22.93
Costos de emergencia	30.00	31.00	32.03	33.10	34.20
Costos de laboratorio Clínico	1.98	2.05	2.11	2.18	2.26
Costos de Rx	12.18	12.59	13.00	13.44	13.89
Costos de odontología	5.00	5.17	5.34	5.52	5.70
Costos de Fisioterapia	2.37	2.45	2.53	2.61	2.70

Fuente: Estudio Costos Clínica FAE Salinas 2007

Para determinar los costos de producción de las diferentes estrategias del plan de Marketing se tomó los valores de las diferentes proformas presentadas para el primer año para los años siguientes se realizó un incremento de acuerdo a la inflación del año 2010 que fue de 3.33 % anual. (Ver tabla No. 88 Pág. 282)

Para cumplir con este objetivo y lograr la producción tanto de pacientes como de rentabilidad económica y así demostrar la factibilidad económica del proyecto se procedió elaborar un flujo de caja proyectado teniendo en cuenta las condiciones y características anteriormente indicadas. (Ver anexo P, Págs. 319-333). De acuerdo a la estrategias de precio del plan de marketing se considera mantener el precio actual por un año para los pacientes particulares que acuden en forma directa a la Clínica, a partir del segundo año precio será unificado para todos los pacientes particulares que acuden a la clínica tengan o no seguro médico.

Al analizar el flujo de caja proyectado se observa que se tendría que realizar una inversión inicial de USD \$19.339,95, que la producción de pacientes durante el primer año sería de 3.566 pacientes los que producirían una ganancia de USD \$14.359,49 a favor, si bien la producción económica de pacientes particulares durante el año 2010 fue USD \$ 56.381,60 durante el primer año se tendría USD \$42.022,11 aparentemente de pérdida a pesar de incrementar el número de pacientes; la producción en el segundo año sería de 4.636 pacientes con una ganancia de USD \$ 70.999,25 en este segundo año ya se superaría la producción

del año 2010; la producción durante el tercer año se de 6.388 pacientes que produciría una ganancia de USD \$ 129.366,27 y durante este ya se alcanzaría la producción de pacientes y ganancias a nivel del año 2006 que fue de USD \$ 123.112.14; y si se mantiene los mismos porcentajes de crecimiento la producción durante los próximos dos años sería: el cuarto año sería de 9.600 pacientes con una ganancia de USD \$ 243.913,09; y durante el quinto año sería de 16.140 pacientes con una ganancia de USD \$ 479.983,18.

Tabla No 88
Costos de producción de los servicios de la clínica FAE Salinas durante cinco años en USD \$

ANNOS	1 AÑO	2 AÑO	3 AÑO	4 AÑO	5 AÑO
Costos de estrategia de producto	3910.00	423.65	437.76	452.34	467.40
Convenios con instituciones	110.00	113.66	117.45	121.36	125.40
Estudio de Mercado	3500.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Ampliación de convenios	150.00	155.00	160.16	165.49	171.00
Convenio Clínicas privadas	150.00	155.00	160.16	165.49	171.00
Costos de estrategia de precios	100.00	103.33	106.77	110.33	114.00
Diseñar paquetes	100.00	103.33	106.77	110.33	114.00
Costos de estrategias plaza	5300.00	309.99	320.31	330.98	342.00
Mejorar instalaciones	5000.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Alianza estratégica	150.00	155.00	160.16	165.49	171.00
Plaza móvil	150.00	155.00	160.16	165.49	171.00
Costos de estrategias de promoción	10029.95	9371.98	9684.07	10006.55	10339.76
Campaña radial	400.00	413.32	427.08	441.31	456.00
Campaña de TV	580.00	599.31	619.27	639.89	661.20
Material impreso trípticos	5115.00	5285.33	5461.33	5643.19	5831.11
Roll up	250.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Exhibidor	210.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Tarjetas comerciales	350.00	361.66	373.70	386.14	399.00
Letrero	500.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Páginas amarillas	10.75	11.11	11.48	11.86	12.26
Conferencia empresas Barceló	2084.20	2153.60	2225.32	2299.42	2375.99
Presentación visual	200.00	206.66	213.54	220.65	228.00
Patrocinio de eventos	300.00	309.99	320.31	330.98	342.00
Línea 1-700	30.00	31.00	32.03	33.10	34.20

Elaborado por: Gilbert Samaniego

La clínica funciona con autogestión toda facturación a favor es ganancia, se tendría que incrementar el presupuesto de marketing a USD \$ 19.339,95, actualmente el mismo es solo de USD \$ 1.866,00, por lo que se tendría que coordinar con la Dirección de Planificación de la FAE para que aprueben dicho presupuesto, en la partida 530205 difusión información y publicidad. (Ver Tabla No. 89)

Tabla No. 89
Presupuesto de la Clínica FAE Salinas durante el año 2010

CODIGO	PARTIDAS	GASTOS USD \$
530104	Energía eléctrica	660.00
530105	Telecomunicaciones	2,670.00
530106	Servicio de correo	372.60
530204	Edición, impresión y reproducción	1,966.50
530205	Difusión, información y publicidad	1,866.00
530303	Viáticos y subsistencias del país	8,850.00
530402	Mantenimiento de edificios, locales y res.	8,500.00
530403	Mantenimiento de mobiliario	1,830.00
530404	Mantenimiento maquinaria y equipo	15,900.00
530405	Mantenimiento vehículos	2,000.00
530803	Combustible y lubricantes	1,000.00
530499	Otras instalaciones, mantto. y repar.	2,000.00
530603	Servicio de capacitación	7,300.00
530704	Mantenimiento mantto. equipo informático	860.00
530802	Vestuario prendas de protección	1,716.00
530804	Material de oficina	2,591.16
530805	Material de aseo	4,818.00
530807	Material de imprenta y reproducción.	3,084.00
530810	Material de laboratorio y uso medico	32,167.00
530899	Medicinas y productos farmacéuticos	15,000.00
530899	Otros servicios uso y consumo	1,261.00
840104	Maquinaria y equipo	30,110.00
840105	Mobiliario	2,500.00
840107	Equipos y sistemas informáticos	3,300.00
	TOTAL	152,322.26

Fuente: Departamento Financiero Clínica FAE Salinas

Si bien la rentabilidad disminuye durante los dos primeros años en vista que esta sería menor que la llevada a cabo en el año 2010, en los años venideros la producción sería mayor, teniendo un TIR mensual de 12.44% y TIR anual 149.29% y un VP de USD \$ 938,621.28 y VPN de USD \$ 919,281.33 por lo tanto el proyecto es sumamente rentable.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. El Ecuador actualmente tiene una población de 14.483.499 habitantes, de acuerdo a la Constitución es obligación del Estado proporcionarles salud, que es un derecho inalienable, para esto cuenta con un sistema Nacional de Salud, teniendo como ente rector del mismo al Ministerio de Salud Pública, y como parte integrante de este es el Sistema de Sanidad Militar.
2. El Sistema de Sanidad militar está bajo la Dirección del Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas del Ecuador, está constituido por todas las unidades de Salud de las tres ramas (Ejército, Marina y Aviación), su misión principal es ser un apoyo a las operaciones militares, además brindar atención médica a la población militar (activos y pasivos), sus dependientes (esposa e hijos) y derechohabientes (padres e hijos), a través del ISSFA.
3. Las Unidades de salud dependientes de la Fuerza Aérea Ecuatoriana, entre ellas la Clínica FAE Salinas sustentadas en la misión de la Fuerza y de la Dirección Sanidad de la misma prestan atención médica con calidad y calidez a la población civil a bajos costos, contribuyendo al desarrollo de país.
4. Es Marketing es el análisis, planificación, ejecución, y control de programas destinados a producir intercambios convenientes con determinado público, a fin de obtener rentabilidad, depende considerablemente de la adaptación y coordinación del producto, precio, promoción y plaza para lograr una reacción efectiva, por lo tanto es una herramienta muy útil en la planificación estratégica de toda empresa ya sea que produzca bienes o servicios, lo que si debemos tener en cuenta es que las empresas que producen servicios el Marketing no se puede aplicar de la misma forma que para las empresas que producen bienes por las particularidades especiales que tienen los servicios.
5. La aplicación del Marketing a los servicios de salud se sitúa en un marco estratégico que impone tener que precisar la misión y orientación de las instituciones de salud, definir sus objetivos con claridad y velar por el mantenimiento de una estructura equilibrada para llevar a cabo sus actividades. Siendo el marketing actualmente es una herramienta de planificación gerencial.
6. Las instituciones de salud del sector público generalmente se caracterizan por ser no lucrativas, pero eso no es excusa para que en ellas deban aplicar también un enfoque de marketing idéntico al del sector de los negocios teniendo

en cuenta ciertas características al ser proveedoras de servicios y no de bienes. Esto lleva a concretar que el marketing de servicios de salud tiene que proyectarse en dos vertientes: impulsar el interés y la satisfacción de las necesidades de salud activamente, y aumentar la eficacia de sus actividades.

7. Hoy en día muchos todavía se cuestionan por qué hablar de la mercadotecnia en los hospitales públicos, donde se da la impresión de que las “fuerzas del mercado” intervienen poco, y donde parece que los directivos tienen que pensar más en cómo frenar la demanda que en conseguir clientes. La Mercadotecnia Sanitaria es un ejercicio profesional y una disciplina de la gestión cada vez más tecnificada, cuya esencia radica en que se vincula directamente a la gestión del hospital, es este último punto el principal argumento para su aplicación.
8. La Clínica FAE Salinas es una unidad de salud pública de II Nivel, por lo tanto presta atención médica tanto atención Clínica como Quirúrgica, tiene una capacidad de 23 camas, se financia con autogestión por la venta de servicios al ISSFA y pacientes particulares (privados) con y sin convenio con la misma.
9. La producción general de la Clínica FAE Salinas disminuye progresivamente durante el periodo 2006-2010, pasando de 22.751 pacientes en el primero a 17.352 pacientes en el último, con una disminución durante este periodo de 5.399 pacientes que equivale al 23.73%, siendo los servicios más afectados en reducción el centro quirúrgico con un 53.53%, hospitalización con 48.23%, consulta externa con un 32.19%. En relación a los pacientes particulares durante este periodo observamos que pasa de 6.103 (26.83%) pacientes en el año 2006 a 3.201 (18.45%) pacientes en el año 2010.
10. La Clínica FAE Salinas tiene un porcentaje de ocupación de camas del solo el 22.54% durante el año 2010, por lo tanto tiene una gran oferta de las mismas.
11. La disminución de pacientes particulares durante el periodo 2006 – 2010 se refleja económicamente, así que tenemos que por este tipo de pacientes durante el año 2006 se facturó USD \$ 123.112.14, siendo el 88.34% del presupuesto de ese año; y durante el año 2010 se factura tan solo USD \$ 56.381,60 que equivale al 52.81% al presupuesto de ese año.
12. La Clínica FAE Salinas brinda un servicio de buena Calidad.
13. El mercado en el que se desenvuelve la Clínica FAE Salinas es la provincia de Santa Elena, se caracteriza por ser heterogéneo, maneja dos tipos de poblaciones: la población residente que en su mayoría son estratos

socioeconómicos bajos y en menor porcentaje de estratos económicos altos, y una población flotante constituida por turistas que generalmente son de estratos socioeconómicos altos generalmente tienen algún tipo de seguro médico, con buena capacidad de pago.

- 14.** Las unidades de salud dependientes del MSP tienen una sobredemanda, por lo tanto no están en la capacidad de satisfacer a todas las demandas de salud de la población de la Provincia y sus turistas.
- 15.** La Clínica FAE Salinas no cuenta con un departamento de marketing bien estructurado y por lo tanto no posee un Plan de Marketing, y está muy expuesta a la competencia creciente, actualmente los escenarios por los que camina la atención de salud avisan cada vez con más fuerza al sector público que va a tener que entrar por los derroteros de la competencia entre sus instituciones y entre estas y las del sector privado, por lo que van a tener que desarrollar sólidamente estrategias que les permitan alcanzar ventajas competitivas; esto implica que van a tener que entrar en una fase de serio auto diagnóstico para comprobar el nivel de competitividad que poseen los servicios que proveen.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda la aplicación de este Plan de Marketing que proponemos o al menos algunas de las estrategias y políticas que sugerimos, que mejoraría de forma notable no solo el número de pacientes atendidos, se brindaría una asistencia médica de mejor calidad, se podrían establecer mecanismos de superación de un grupo importante de profesionales y se contarían con mecanismos de control y de retroalimentación más eficientes, de esta manera la Clínica FAE Salinas tendrá un crecimiento sostenido y se reposicionara en el mercado, aumentado su prestigio, así como de la Fuerza Aérea Ecuatoriana y del Sistema de Sanidad Militar en conjunto y se convierta en un ejemplo a aplicar en el resto de unidades de salud militares.
2. Es recomendable la creación de un departamento de Marketing bien estructurado que contribuya al desarrollo de las estrategias propuestas para la Clínica FAE Salinas, este será el encargado de todas las actividades de mercadeo.
3. Se debiera aplicar una encuesta a los usuarios para apreciar su punto de vista con respecto a la aplicación del Marketing en la Clínica FAE Salinas y si es que efectivamente puede contribuir a mejorar la satisfacción de sus necesidades de salud.
4. Realizar un estudio de mercado, para así tener una mejor información de los diferentes segmentos de mercado, conocer sus necesidades y expectativas de los pacientes con el objetivo de mejorar la prestación y calidad del servicio.
5. Los profesionales del sector salud rara vez nos percatamos de que “estamos manejando un negocio” como otro cualquiera y que en su desempeño y aunque no se trate de obtener utilidades, se han de emplear las técnicas de la organización y gestión de empresas, utilizando los instrumentos disponibles para el logro de la eficacia porque la titularidad de esos elementos no es de nadie y su don principal es la universalidad para la administración de recursos escasos, por lo tanto es recomendable mantener la mentalidad empresarial, pensar que siempre estamos sujetos a la competencia y a las expectativas del paciente y no mantener la meta de sobrevivir solamente.

BIBLIOGRAFIA

1. Perfil de los sistemas de salud del Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma, octubre 2008, Organización Panamericana de la Salud (OPS).
2. INEC. Censo de población y vivienda 2010.
3. Ministerio de Salud Pública (MSP). Informe de la Dirección Nacional de Salud de Pueblos Indígenas; Ecuador, 2005.
4. OPS. Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2005. Washington, DC: OPS; 2005.
5. INEC. Anuario de Estadísticas Hospitalarias, Camas y Egresos, año 2009
6. INEC. Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones año 2010
7. Ministerio de Salud Pública (MSP), Epidemiología 2009
8. Programa nacional de SIDA/ITS, MSP
9. MSP. Programa nacional de prevención y control de ITS-VIH/SIDA.
10. EPI-2 / Año 2004 a 2007 Datos Programa de Control de la Tuberculosis
11. Ministerio de Salud Pública (MSP), Programa Nacional de Malaria; Instituto Nacional de Higiene. Estudio de droga resistencia a los anti maláricos. Resultados preliminares. Ecuador 2004–2005, SNEM /MSP epidemiología 2009.
12. BCE. Estadísticas
13. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Encuesta de Condiciones de Vida, 2006.
14. INEC, Cuentas Nacionales de Salud.
15. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Encuesta de Condiciones de Vida, 2006.
16. World Development Report. 2004
17. INEC, Anuario Estadístico de Recursos y Actividades de Salud, 2006.
18. INEC. Anuario de Recursos y Actividades de Salud, 2009
19. Andrés Figueroa Cedeño, Las Direcciones de Sanidad Militar de Venezuela, Gac. Méd. Caracas 2001;109(2):240-246
20. Martín J. Doctrina sobre el Servicio de Sanidad Militar en Campaña. Madrid: Imprenta y Talleres del Ministerio de la Guerra; 1936.
21. Chacón, Galo. El Ejército nacional y sus inicios republicanos. En: Rev. Fuerzas Armadas del Ecuador No 131 Septiembre 2001 Quito Ecuador.

22. Gral. Pirzio, Alejandro. Concepto de la Sanidad Militar EN: Rev. El Ejército Nacional Año IV, No.26 1923 Quito Ecuador.
23. Cuartel General del Pueblo de Trapiche, el 29 de mayo de 1822. Firma Simón Bolívar
24. Chacon, Galo Crnl (SP). Datos Históricos del Ejército Ecuatoriano Julio del 2000. Centro de Estudios Históricos del Ejército.
25. Gaceta de Gobierno del Estado Ecuatoriano No 19 Trimestre 2do. Quito Domingo 8 de Mayo de 1.831 pag 84-85. (Biblioteca de la Función Legislativa del Ecuador)
26. Cevallos F. Et. Al. La Sanidad en las Fuerzas Armadas. En: Rev. Sanidad Fuerza Terrrestre 2001.
27. Montero José. Trayectoria de la Sanidad Militar Ecuatoriana En: Rev. del Servicio de Sanidad de las FF.AA. 1978.
28. Corella José María. Introducción a la Gestión de Marketing en los Servicios de Salud. Edita Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, 1998. Pg 41.
29. Ruiz Benitez D. La función de marketing en la empresa moderna. CESEA. Madrid, 1970: 6.
30. Corella José María. Introducción a la Gestión de Marketing en los Servicios de Salud. Edita Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, 1998.
31. Grönroos CH. Gestión de marketing o gestión orientada al mercado. En: Marketing y gestión de servicios. Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid, 1994: 123-150
32. Whitney RA. Nuevas técnicas de marketing en USA. Congreso de Especialistas en Marketing. París, 1964.
33. Corella José María. Introducción a la Gestión de Marketing en los Servicios de Salud. Edita Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, 1998. Pg 30.
34. Kotler P. Marketing. España: Editorial PearsonPrentice Hall, 2007.
35. Veciana JM. Anatomía de la empresa. CESEA. Madrid, 1970: 5.
36. Mazur P. The Standards We Raise. Ed. Rusell Sage. New York, 1953: 196.
37. Grönroos CH. Gestión de marketing o gestión orientada al mercado. En: Marketing y gestión de servicios. Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid, 1994: 123-150
38. Gummesson E. Organizing for Marketing and Marketing Organizations. Congram y Friedman, Eds. New York, 1990: 277.

39. Berry LL. Big Ideas in Services Marketing. J Consumer Marketing. Primavera de 1986: 49.
40. Quintanilla Pardo I. Capítulo VIII. En: Recursos humanos y marketing interno. Edic Pirámide, S.A. Madrid, 1991: 176-198.
41. Grönroos CH. La gestión de marketing interno: un prerrequisito para un marketing externo eficaz. En: Marketing y gestión de servicios. Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1994: 215-234.
42. De Val I. La cultura empresarial. En: Organizar: acción y efecto. ESIC. Madrid, 1997: 307-314.
43. Grönroos CH. La gestión de marketing interno: un prerrequisito para un marketing externo eficaz. En: Marketing y gestión de servicios. Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1994: 215-234.
44. Bowen DE, Schneider B. Services Marketing and Management: Implications for Organizational Behavior. Research in Organizational Behavior, 10. 1988.
45. Schneider B. The Service Organization: Climate Is Crucial. Organizational Dynamics. Otoño, 1980.
46. Lovelock C/Wirtz J. Marketing de Servicios, personal, tecnología y estrategia, sexta edición. Pearson, Prentice Hall, 2009
47. Grönroos CH. La naturaleza y calidad de los servicios. En: Marketing y gestión de servicios. Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1994: 25-48.
48. Schmoller G. Principios de Economía Política General. 2ª parte. Imprenta Clarasó. Barcelona, 1920: 17.
49. Von Stackelberg H. Principios de Teoría Económica. Instituto de Estudios Políticos. Madrid, 1954: 19.
50. Veciana JM. Política de Mercado. CESEA. Madrid, 1970: 19.
51. Corella José María. Introducción a la Gestión de Marketing en los Servicios de Salud. Edita Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, 1998. Pg 41.
52. Corella JM. El "producto" sanitario. En: La gestión de servicios de salud. Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid, 1996: 155-196.
53. Pérez LA. Marketing social. México: Editorial Pearson Prentice Hall, 2004, pp. 390-393.
54. Perez LA. Geomarketing en salud para ubicar oferta de servicios médicos de valor, Salud uninorte. Barranquilla(col) 2008;24(2):319-340

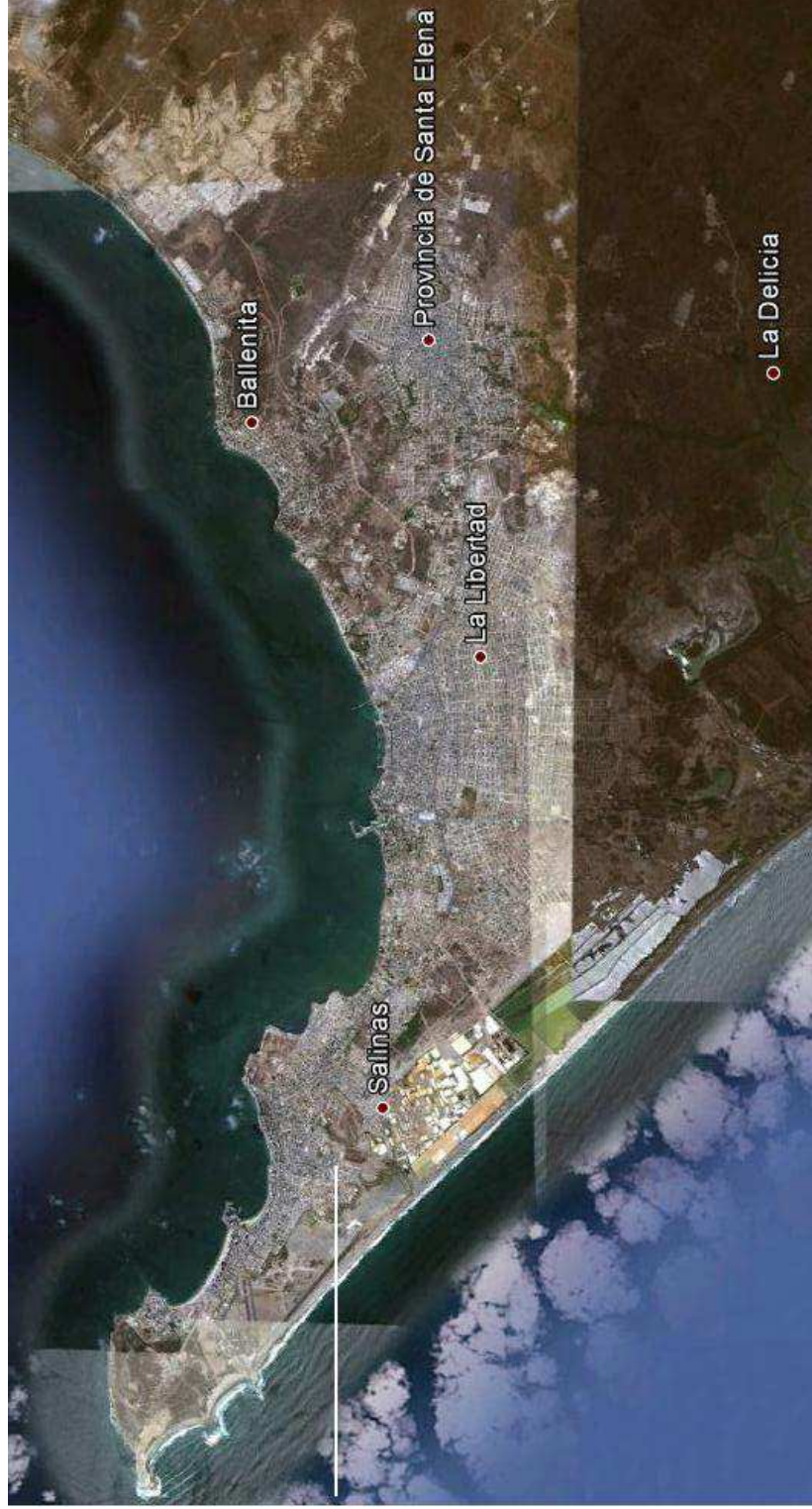
55. Kotler Ph. Marketing Management. Prentice-Hall. Englewood Cliffs., N. J., 1988: 193.
56. Alzate G., Juan Gonzalo: Manual Gerencia del Servicio en Salud. Instituto de Ciencias de la Salud CES. Medellín, Colombia. 1994.
57. Arrow KJ. La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas. ICE. Junio, 1981: 27-50.
58. Corella JM. El "producto" sanitario. En: La gestión de servicios de salud. Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid, 1996: 155-196.
59. Grande Esteban I. Capítulo VII. En: Marketing de los servicios. ESIC. Madrid, 1996: 168-197.
60. Lovelock C/Wirtz J. Marketing de Servicios, personal, tecnología y estrategia, sexta edición. Pearson, Prentice Hall, 2009
61. Berry LL. Delivering Excellent Service in Retailing. Retailing Issues Letter (publicación de Arthur Andersen & Co. y Center for Retailing Studies). Nº 4, 1988: 2.
62. Corella José María. Introducción a la Gestión de Marketing en los Servicios de Salud. Edita Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, 1998. Pg 136.
63. Schneider B, Bowen DE. New Service Design, Development, and Implementation and the Employee. En la edición de W.R. George y C.E. Marshall Developing New Services, auspiciada por la American Marketing Association. Chicago, 1984.
64. Grönroos CH. La gestión de marketing interno: un prerequisite para un marketing externo eficaz. En: Marketing y gestión de servicios. Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1994: 215-234.
65. Blanco A, Senlle A. Desarrollo de directivos y calidad total en la Organización. ESIC. Madrid, 1988: 51.
66. Takenchi H. La calidad es algo más que hacer un buen producto. Harvard Business Review. Ed. Deusto. Bilbao, 1983.
67. Vuori HV et al. The doctor-patient relationship in the light of patients' experiences. Soc Sci Med 1972; 6.
68. Tramontana Antonio. Calidad en los Servicios Médicos, Revista Universidad Católica Santiago de Guayaquil, No. 9 año 2005, pag. 22-27

69. Álvarez Gabriela. Plan de Marketing para la Clínica Continental en la ciudad de Latacunga. Escuela Politécnica del Ejército, departamento de ciencias económicas, administrativas y de comercio. 2007
70. Diario el Universo. El Gran Guayaquil, 27 de octubre del 2003
71. Constitución Política del Ecuador 2008
72. www.inec.gov.ec
73. www.bce.com.ec
74. www.msp.com.ec
75. www.aquapen.com.ec

ANEXOS

ANEXO A

PENINSULA DE SANTA ELENA



FUENTE: Google Earth

ANEXO B
CANTON SALINAS



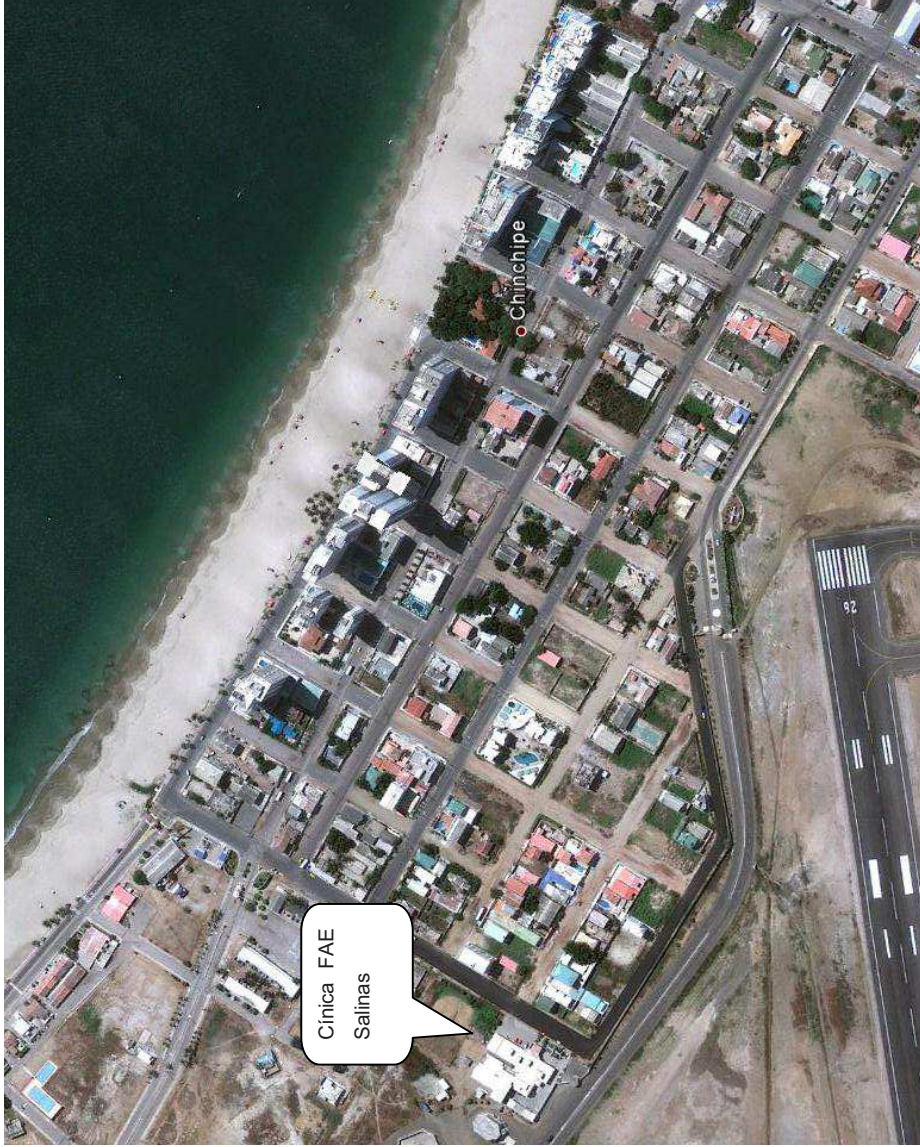
FUENTE: Google Earth

ANEXO C
INSTALACIONES ESCUELA SUPERIOR MILITAR DE AVIACION



FUENTE: Google Earth

ANEXO D
UBICACIÓN CLÍNICA FAE SALINAS



FUENTE: Google Earth

ANEXO E
FACHADA CLINICA FAE SALINAS



Fotos: Gilbert Samaniego

CONSULTA EXTERNA



Fotos: Gilbert Samaniego

HOSPITALIZACION



Fotos: Gilbert Samaniego

CENTRO QUIRURGICO
QUIROFANO 1



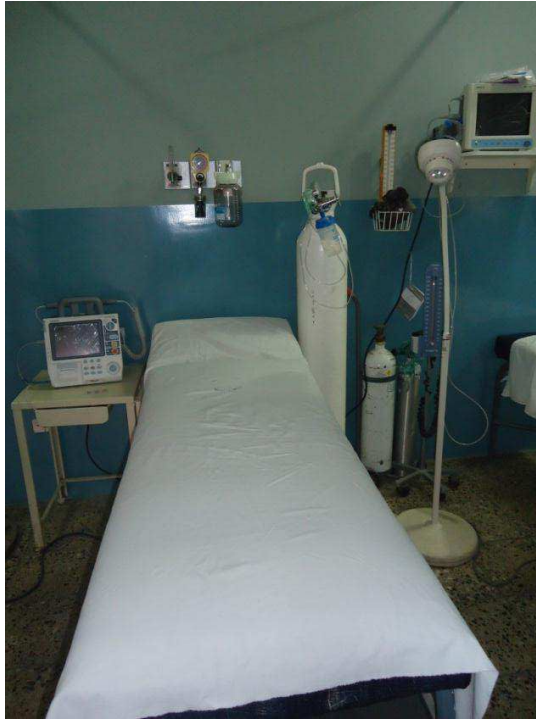
Fotos: Gilbert Samaniego

QUIROFANO 2



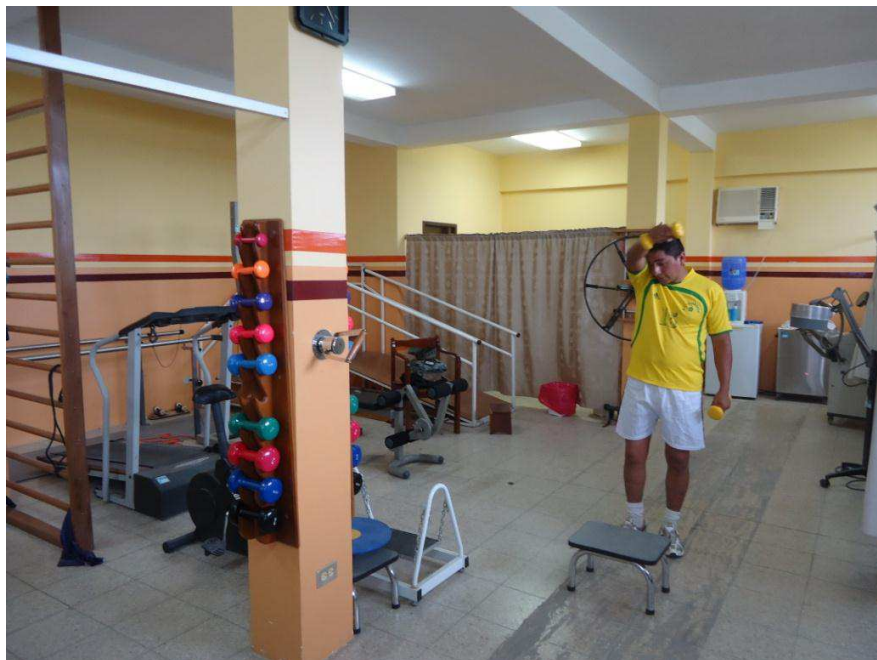
Fotos: Gilbert Samaniego

EMERGENCIA



Fotos: Gilbert Samaniego

FISIOTERAPIA



Fotos: Gilbert Samaniego

LABORATORIO CLINICO



Fotos: Gilbert Samaniego

RAYOS X



Fotos: Gilbert Samaniego

**PROCEDIMIENTOS ESPECIALES
VIDEONASOFARINGOLARINGOSCOPIA**



Fotos: Gilbert Samaniego

GABINETE DE AUDIOLOGIA



Fotos: Gilbert Samaniego

ANEXO G

FORMATO DE ENCUESTA DE CALIDAD

DIRECCIÓN DE SANIDA DE LAS FF.AA. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

Estimado usuario(a) el objetivo de esta encuesta es determinar su satisfacción por el servicio de hospitalización que brinda la Unidad de Salud. La información es anónima y confidencial por lo que le pedimos contestar con veracidad.

1.- UNIDAD DE SALUD DONDE SE REALIZO LA ENCUESTA:

NOMBRE DE LA UNIDAD DE SALUD _____ PROVINCIA _____ CIUDAD _____ FECHA _____

2.- QUIEN CONTESTA: PACIENTE FAMILIAR

3.- DATOS DEL PACIENTE:

- 3.1 Sexo: M F
- 3.2 Edad (años cumplidos):
- 3.3 Tipo de Usuario: Militar Servicio Activo Dependiente
 Militar Servicio Pasivo Derechohabiente
 Aspirante Civil
 Conscripto

4.- INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN:

- 4.1 El tiempo que tuvo que esperar hasta que le asignen la cama, fue de:
 Menos de 30 minutos De 30 a 60 minutos Más de 1 hora

4.2 Como califica el trato que recibió del personal de la Unidad de Salud

PERSONAL	MUY BUENO (1)	BUENO (2)	REGULAR (3)	MALO (4)
4.2,1 Médico tratante				
4.2,2 Médico Residente				
4.2,3 Personal de enfermería				
4.2,3 Personal administrativo				

4.3 Información recibida:

4.3,1	Le comunicaron sobre sus deberes y derechos como usuario de la Unidad de Salud?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4.3,2	Conoce el nombre de su médico tratante?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4.3,3	Usted dió su consentimiento para realizar pruebas de diagnostico y/o tratamiento clínico quirúrgico?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4.3,4	Las explicaciones que le dió el médico sobre su enfermedad satisficieron sus expectativas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Si su respuesta es NO diga el ¿Por qué? _____

4.4 En general cómo califica el confort y calidad de los servicios que Usted utilizó?

ÍTEMS	MUY BUENO (1)	BUENO (2)	REGULAR (3)	MALO (4)
4.4,1 Iluminación				
4.4,2 Limpieza				
4.4,3 Señalización				

- 4.5 ¿Cuando solicitó ayuda, la respuesta fue oportuna? SI NO
- 4.6 ¿Le informaron sobre los cuidados que debe seguir? SI NO
- 4.7 ¿Le informaron cuándo debe volver al control? SI NO
- 4.8 ¿Le informaron a dónde debe volver al control? SI NO
- 4.9 ¿Recomendaría esta Unidad de Salud a otra persona? SI NO
- Si su respuesta es NO diga el ¿Por qué? _____
- 4.10 ¿Sus inquietudes y comentarios en esta Unidad de Salud fueron atendidas? SI NO
- 4.11 ¿Como califica la atención recibida en hospitalización?
 Muy bue Buena Regular Mala

5.- ISSFA

- 5,1 ¿Está satisfecho con la cobertura del seguro de salud? SI NO
- Si su respuesta es NO diga el ¿Por qué? _____

La Dirección de Salud trabaja para llevar a la excelencia la atención de salud.
 Las sugerencias y comentarios remitir a: dirsan_comaco@ffaa.mil.ec ó sdiaz@issfa.mil.ec

ANEXO H
CANTON SANTA ELENA CON SUS PARROQUIAS RURALES



ANEXO I
TARIFARIO DE LOS SERVICIOS DE LA CLINICA FAE SALINAS AUTORIZADO
POR LA DIRECCION DE SANIDAD FAE

TARIFARIO DE SERVICIOS	USD
Consulta general	5.00
Consulta de especialidad	8.00
Cuidados de enfermería	4.75
Fisioterapia (cada sesión)	6.00
Emergencia	
Consulta de emergencia	8.00
Servicio de ambulancia	
Dentro de los perímetros de salinas	5.00
La Libertad	10.00
Santa Elena	15.00
Guayaquil	150.00
Procedimientos de emergencia	
Atención traumatológica (ferulizaciones)	6.00
Curación de quemadura de I grado menos del 10% de sup. Corporal	4.25
Curación de quemadura de I grado más 10% superficie corporal	5.00
Curaciones menores	2.00
Curaciones medianas	4.00
Curaciones grandes	6.00
Retiro de puntos	2.00
Drenaje de absceso con anestesia local	7.00
Extracción quirúrgica de cuerpo extraño de ojos, nariz oídos	8.00
Luxofractura de clavícula (inmovilización)	15.00
Reanimación de accidente cardio-vasculo-respiratorio	60.00
Atención paciente politraumatizado	8.00
Sutura de piel hasta 5 cm	6.00
Sutura de piel de más de 5 cm (por cada cm adicional)	1.00
Sutura con compromiso musculo aponeurótico (5 cm)	15.00
Certificado médico de buena salud	2.00
Onicectomía	6.00
Cambio de sonda de Foley	6.00
Atención de paciente Shockado	10.00
Lavado de estómago por intoxicación	15.00
Monitorización de signos vitales (1 hora)	6.25
Enema evacuante	2.00
Tanque de oxígeno	18.00

HOSPITALIZACION	PRECIO USD
Pieza Suite	25.00
Pieza individual (no cama acompañante)	15.00
Pieza individual (cama de acompañante)	10.00
Cama de acompañante	5.00
Derechos de anestesia	
Ver tarifario adjunto	
Interconsultas	8.00
Derechos de atención médica	
Atención clínica paciente hospitalización por día	4.75
HONORARIOS POR INTEVENCION QUIRURGICA	
Cirugía Laparoscópica	180.00
Cirugía especial	175.00
Cirugía mayor	112.50
Cirugía mediana	87.50
Cirugía menor	37.50
HONORARIOS POR ATENCION OBSTETRICA	
Parto	75.00
Legrado	50.00
Atención de recién nacido en sala de partos	17.50
HONORARIOS POR ANESTESIA	
Cirugía Laparoscópica	50.00
Cirugía especial	57.25
Cirugía mayor	43.00
Cirugía mediana	28.50
Cirugía menor	21.50
Parto	21.50
Legrado	14.25

PROCEDIMIENTOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CLINICO QUIRURGICO	
Cardiología	
Electrocardiograma	4.25
Neumología	
Inhaloterapia-micronebulizaciones	1.75
Psicología y Psiquiatría	
Evaluación Psicológica complete	6.25
Evaluación Psicológica parcial	4.00
Dermatología	

Electrodisecación de verrugas	6.00
Oftalmología	
Campo visual	8.00
Otorrinolaringología	
Taponamiento nasal	5.00
Audiometría	7.00
Impedanciometría	7.00
Logoaudiometría	7.00
Reducción de huesos propios de nariz	65.00
Retiro de cuerpo extraño de oído	15.00
Retiro de cuerpo extraño de nariz	15.00
Retiro de cuerpo extraño de laringe (consultorio)	18.00
Taponamiento nasal posterior	14.00
Extracción de tubos óticos	12.00
Lavado de oídos	10.00
Traumatología y Ortopedia (sin material)	
Cambio de yeso total	10.00
Confección de yeso miembro inferior sin material	20.00
Confección de yeso miembro superior sin material	15.00
Confección de yeso columna vertebral sin material	25.00
Extracción de clavos	5.00
Ferulizaciones	5.00
Fijación percutánea	25.00
Infiltración extrarticular	5.00
Infiltración intrarticular	5.00
Reducción incruenta de muñeca, falanges y metacarpo	17.50
Retiro de yeso	10.00

DETALLE TARIFARIO DE CIRUGIAS	SUIT	GENERAL
DERCHOS DE QUIROFANO		
Derecho de quirófano No 1 (1 hora)	20.00	15.00
Derecho de quirófano No 1 (1 hora extra)	10.00	7.50
Derecho de quirófano No 2 (1 hora)	25.00	18.00
Derecho de quirófano No 2 (1 hora extra)	12.50	9.00
Derecho de cirugía plástica (anestesia local 1 hora)	25.00	15.00
Derecho de cirugía plástica (1 hora extra)	12.50	4.00
DERECHOS DE ANESTESIA		
Derecho de anestesia general (con maquina)	20.00	15.00

Derecho de anestesia general (con maquina hora extra)	10.00	7.50
Derecho de anestesia epidural o conductiva	15.00	12.00
Derecho de anestesia epidural o conductiva (1 hora extra)	7.50	6.00
Derecho de sedación	10.00	8.00
SERVICIOS		
Hospitalización por día	25.00	15.00
Recuperación hasta 5 horas	10.00	7.00
Electrobisturí	10.00	7.00
Oxímetro de pulso	10.00	7.00
Cunero día	10.00	7.00
Gastos administrativos	10.00	7.00
Desinfección de quirófano	10.00	7.00
Monitoreo cardiaco	10.00	7.00
Instrumentista	10.00	7.00

Las medicinas y materiales que se consuman serán facturados por separado y no están incluidos en los derechos, las cirugías contaminadas deberán cancelar la desinfección del quirófano.

TARIFARIO DE ODONTOLOGIA	USD
Consulta odontológica	5.00
OPERATORIAS	
Amalgama simple	10.00
Amalgama compuesta	12.00
Amalgama compleja	15.00
Resina simple	15.00
Resina compuesta	20.00
Resina compleja	25.00
Obturación temporal	5.00
Cimentación de corona	10.00
PERIODONCIA	
Tartrectomia	10.00
Profilaxis	15.00
Fluorización	15.00
ENDODONCIA	
Anteriores	80.00
Premolares	80.00
Molares	80.00
Pulpotomía	40.00

Exodoncia anteriores	10.00
Exodoncia posteriors	10.00
Exodoncia terceros molars	10.00
Rayos X	
Rayos X periapical	5.00

TARIFARIO DE LABORATORIO

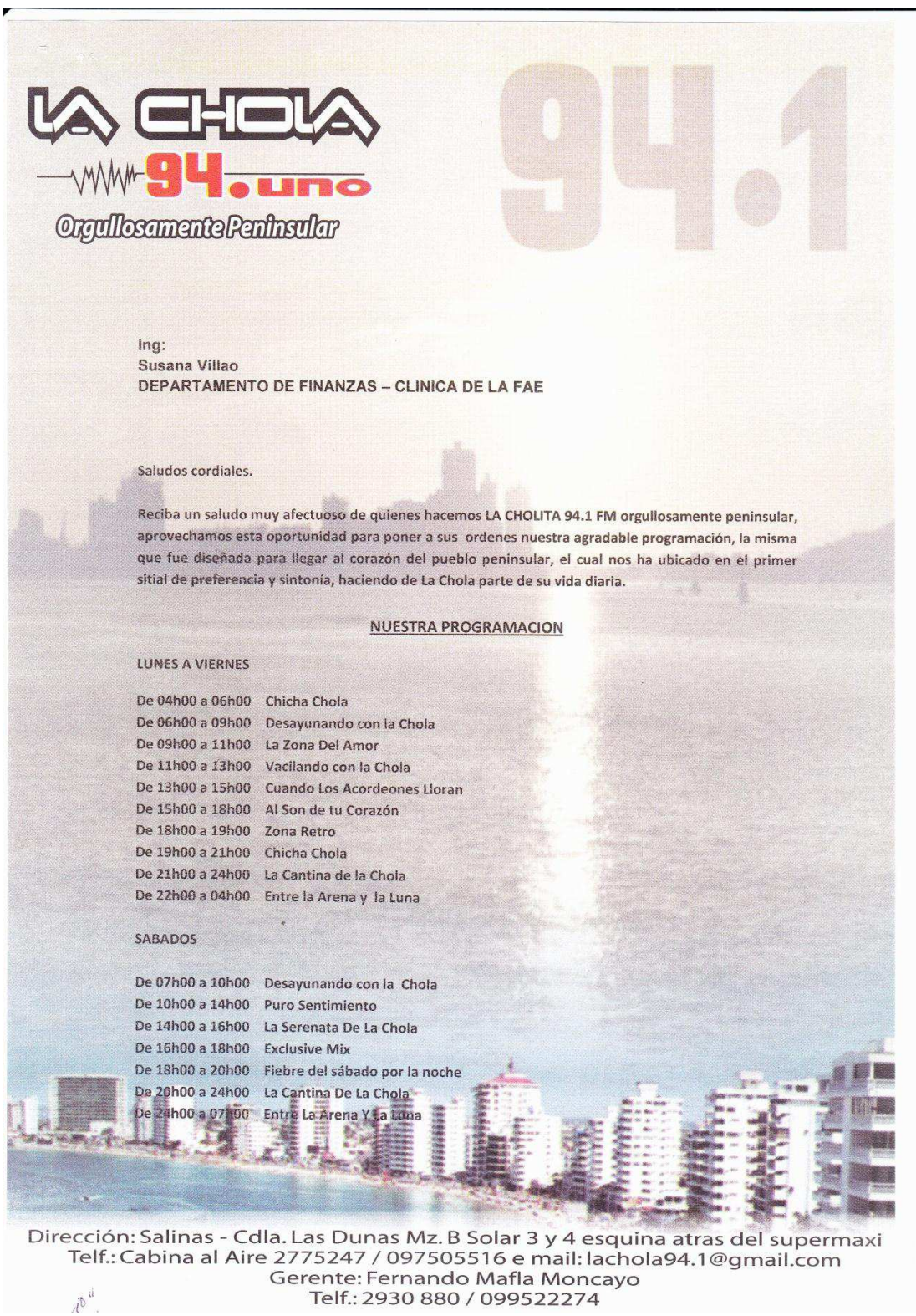
Biometría	2.62	CKNAC	2.18
Hemoglobina	0.45	CKMB	2.04
Hematocrito	0.44	Fosfatasa alcalina	2.04
Hematíes	0.44	Fosf. ac. Tot	6.09
Sedimentación globular	0.85	Amilasa	6.56
Leucocitos	0.86	Lipasa	5.93
Formula leucocitaria	0.86	Triglicéridos	2.54
Plaquetas	1.33	Colesterol	2.19
Reticulocitos	1.65	Colesterol HDL	2.69
Hematozoario	1.53	VDRL	1.94
TP	2.33	Reacción widal	3.7
TTP	1.69	Factor reumático	1.84
Glucosa-glicemia	1.98	PCR	1.8
Glucosa post prandial	2.03	ASTO	2.84
Urea	2.04	EMO	1.86
Creatinina	2.03	Test embarazo	4
Acido úrico	2.07	Heces	1.15
Bilirrubina total	2.07	Sangre oculta heces	2.06
Bilirrubina directa	2.07	Fresco KOH	2.06
Bilirrubina indirect	0	Gram	1.29
Proteínas totals	2.19	Coloración BK	1.29
Albúmina	2.06	Writh	1.13
TGO	2.24	Hemocultivo	6.62
TGP	2.24	HIV	6.37
LDH	2.19	HBsAg	5.62
Química Sanguínea	6.00	Grupo Sanguíneo	2.31
Prueba dengue	12.00	Helicobacter pillory	12.00
PMN	2.00		

TARIFARIO DE RX

Art. Temporomandibular	7.77	Abdomen niño 1P	7.91
Cavum	6.68	Abdomen niño 2P	9.68
Columna cervical AP y L	7.23	Abdomen niño 3P	11.45
C. cervical funcional	9.39	Cadera niño 2P	8.13
Columna dorsal AP y L	9.31	Cadera niño 3P	8.85
Cráneo AP y L	7.94	Pelvis 1 posición	7.74
Cráneo 3P	8.85	Sacro coxis	11.1
Cuello AP y L	7.23	Antebrazo AP y L	7.05
Huesos facials	7.94	Brazo AP y L	7.05
Huesos faciales 3P	7.77	Calcáneo AP y L	7.94
Huesos nasals	7.23	Clavícula AP y L	7.94
Columna lumbar AP y L	9.96	Codo AP y L	6.68
Columna lumbar 4P	13.76	Dedos AP y L	6.68
Maxilar 3P	7.77	Scanograma	9.96
Oído bilateral	8.29	Hombro bilateral	7.94
Oído unilateral	7.23	Hombro 1P	7.05
Senos paranasales	7.77	Hombro 2P	7.94
Silla turca	7.23	Hombro 3 P	8.85
Tórax adulto 1 Posición	7.74	Mano AP y L	7.05
Tórax adulto 2 Posiciones	9.31	Muñeca AP y L	6.68
Tórax adulto 3 Posiciones	10.95	Muslo AP y L	8.06
Tórax adulto 4 posiciones	12.49	Pie AP y L	7.05
Tórax infante 1 P	7.14	Pierna AP y L	7.74
Tórax infante 2 P	8.13	Rodilla AP y L	7.05
Tórax infante 3 P	9.12	Rodilla con bostezo	7.05
Tórax infante 4 P	10.02	Rótula AP y L	6.68
Abdomen AD	8.06	Rótula axial	7.05
Abdomen AD 2P	9.96	Urograma excretor	25.39
Abdomen AD 3P	11.91	Tobillo AP y L	7.05

Fuente: Departamento financiero Clínica FAE Salinas
Elaborado por: Gilbert Samaniego

ANEXO J
PROFORMA RADIO LA CHOLA



LA CHOLA
94.1
Orgullosamente Peninsular

94.1

Ing:
Susana Villao
DEPARTAMENTO DE FINANZAS – CLINICA DE LA FAE

Saludos cordiales.

Reciba un saludo muy afectuoso de quienes hacemos LA CHOLITA 94.1 FM orgullosamente peninsular, aprovechamos esta oportunidad para poner a sus ordenes nuestra agradable programación, la misma que fue diseñada para llegar al corazón del pueblo peninsular, el cual nos ha ubicado en el primer sitial de preferencia y sintonía, haciendo de La Chola parte de su vida diaria.

NUESTRA PROGRAMACION

LUNES A VIERNES

De 04h00 a 06h00	Chicha Chola
De 06h00 a 09h00	Desayunando con la Chola
De 09h00 a 11h00	La Zona Del Amor
De 11h00 a 13h00	Vacilando con la Chola
De 13h00 a 15h00	Cuando Los Acordeones Lloran
De 15h00 a 18h00	Al Son de tu Corazón
De 18h00 a 19h00	Zona Retro
De 19h00 a 21h00	Chicha Chola
De 21h00 a 24h00	La Cantina de la Chola
De 22h00 a 04h00	Entre la Arena y la Luna

SABADOS

De 07h00 a 10h00	Desayunando con la Chola
De 10h00 a 14h00	Puro Sentimiento
De 14h00 a 16h00	La Serenata De La Chola
De 16h00 a 18h00	Exclusive Mix
De 18h00 a 20h00	Fiebre del sábado por la noche
De 20h00 a 24h00	La Cantina De La Chola
De 24h00 a 07h00	Entre La Arena Y La Luna

Dirección: Salinas - Cdla. Las Dunas Mz. B Solar 3 y 4 esquina atras del supermaxi
Telf.: Cabina al Aire 2775247 / 097505516 e mail: lachola94.1@gmail.com
Gerente: Fernando Mafla Moncayo
Telf.: 2930 880 / 099522274



94.1

DOMINGOS

De 06h00 a 09h00 Desayunando Con La Chola
De 09h00 a 13h00 Puro Sentimiento
De 13h00 a 16h00 Vacilando Con La Chola
De 16h00 a 20h30 El Show De Las Estrellas
De 20h30 a 00h00 Luna Sobre La Ciudad

NUUESTRA COBERTURA

Atahualpa - Entre Ríos - Julio Moreno - Sube y Baja - Juntas Del Pacifico - Sacachum - Chanduy - Bajada De Chanduy - Puerto Chanduy - Zapotal - Pechiche - San Rafael - Olmedo - Cienega - Engunga - El Real - Tugaduaia - Manantial De Chanduy - Manglar Alto - La Entrada - Ayangue - Montañita - Cadeate - Ayampe - San Pedro - Sin Chal - Dos Mangas - Barcelona - Sitio Nuevo - Olon - Rio Chico - San Antonio - Curia - Atravesado - San Francisco De Las Núñez - Valdivia - Pajiza - San José De Amen - Jambeli - Loma Alta - Rio Seco - San Marcos - Cerezal De Bellavista - Palmar - Monteverde - Las Balsas - Salan Guillo - Ayangue - Manantial De Colonche - Calicanto - Bambil Desecho - Manantial De Guangala - Bambil Collao - Febres Cordero - Las Palmitas - San Marcos - Javita - Los Manguitos - Sevilla - Barbas Cal - Pueblo Negro - Juan Montalvo - Rio Verde - San Vicente - Cerro Alto - Villingota - San Pedro - El Morrillo - Prosperidad - El Azúcar - El Tambo.

NUUESTROS VALORES

VALOR DE CADA CUÑA \$ 3,00 USD ✓
10 CUÑAS DIARIAS DE LUNES A VIERNES \$ 500,00 USD MAS IVA
05 CUÑAS DIARIAS DE LUNES A VIERNES \$ 250,00 USD MAS IVA
BONIFICACIONES LOS DIAS SABADOS
ELABORACIÓN DE SPOT \$ 30,00 USD

Esperamos poder servirle como Ud. Se merece.

Atentamente


Sheyla Alemán Fierro
Móvil: 084926043 - Ejió 2778095
e-mail: kanro33@hotmail.com

Dirección: Salinas - Cdla. Las Dunas Mz. B Solar 3 y 4 esquina atras del supermaxi
Telf.: Cabina al Aire 2775247 / 097505516 e mail: lachola94.1@gmail.com
Gerente: Fernando Mafla Moncayo
Telf.: 2930 880 / 099522274

ANEXO K
PROFORMA RADIO AMOR



La radio que vive por ti.....

La Libertad, 16 de Junio 2011

**INGENIERA
AZUCENA VILLAO
CONTADORA CLINICA FAE SALINAS
Ciudad.**

De nuestras consideraciones:

Saludos muy cordiales, a continuación se hacemos llegar el precio de nuestra publicidad:

Paquete de 4 cuñas diarias, durante un mes. \$ 150.00 + IVA

Programación:

06h00 - 15h00	Panorama informativo (Programa Estelar)
15h00 - 17h00	Programación variada
17h00 - 18h00	Noticiero "Nuestra Verdad"
19h00 - 20h00	Transmisión de "El Noticiero"
20h00 - 23h00	Programación Variada

Esperando contar con usted en nuestro selecto grupo de clientes, nos despedimos muy gentilmente.

Atentamente,

Abg. Carlos Cambala Montecé
Radio Amor

*La Libertad: Barrio Abdón Calderón, calle 18 entre Av. 25 y 26
Teléfono: 2782-250, telefax: 2780-780; email: radioamor89.3@gmail.com*

ANEXO L
PROFORMA BRISA TV



Salinas, Abril del 2011

Señores

CLINICA FUERZA AEREA ECUATORIANA

Salinas,

Estimados Señores

Nos complace dirigirnos a ustedes para saludarlos y poner a su consideración nuestros paquetes publicitarios de Brisa tv, con nuestra cobertura en Salinas, La Libertad y Santa Elena, provincia de Santa Elena.

PAQUETE PUBLICITARIO

Se detalla la difusión de un spot por día en los programas siguientes

Total = 580,00 USD. Mas IVA

SPOT			
NOMBRE DEL PROGRAMA	HORARIO	DIA	SPOTS/H/A
COMISARIA DEL PUEBLO	7H00-8H00	LUNES A VIERNES	1
NOTICIAS EN LA COMUNIDAD	8H00-9H30	LUNES A VIERNES	1
DE BUEN ROLLO	10H00-12H00	LUNES A VIERNES	1
X LA TARDE	16H00-17H00	LUNES A VIERNES	1

Me despido de Ustedes

Muy atentamente

Carolina Cedeño

SECRETARIA

Tel: 094484858. gunthervlk@hotmail.com

SALINAS: Av. Principal Salinas - La Libertad, Cdla. Las Dunas Ed. Brisa Tv.
Telfs.: 2775693 - 2779102 - 2777231 Ext. 0

ANEXO N
PROFORMA LETREROS

HARRY MENOSCAL CASTILLO
R.U.C. 0913988085001
La Libertad – Barrio Eloy Alfaro, calle 15 y Av. 9na. Esq.
Telefax: 2783134



La Libertad, 14 de diciembre del 2011

COTIZACION

Nombre: CLINICA FAE
Ciudad: SALINAS

UNIDAD	DESCRIPCION	SUBTOTAL	IVA	TOTAL
1	LETRERO MEDIDAS DE 5 X 1 CAMBIO DE PANAFLEX, SISTEMA ELECTRICO Y TAPAS DE LATA.	\$ 275.00	\$ 33.00	\$308.00
1	LETRERO MEDIDAS DE 2 X 1 CAMBIO DE PANAFLEX, SISTEMA ELECTRICO Y FORRADA DE LATA CON VINIL.	\$ 110.00	\$ 13.20	\$ 123.20
1	LETRERO MEDIDAS DE 2 X 1 DOBLE CARA Y CAMBIO DE PANAFLEX, SISTEMA ELECTRICO Y FORRADA DE LATA CON VINIL.	\$ 200.00	\$ 24.00	\$ 224.00
	TOTAL	\$ 585.00	\$ 70.20	\$ 655.20

El plazo de entrega es una vez aprobado el diseño y correrá a partir del correspondiente abono del 70% y saldo contra entrega una vez entregado el trabajo.

Esperando contar con su aceptación y confianza, no sin antes recordarle que nuestro trabajo es profesional y **garantizado** quedo de Uds.

Muy atentamente

HARRY MENOSCAL C.
Cel.097724706

ANEXO O

PROFORMA DE EVENTOS

Barceló | Colón
Miramar

Salinas, 26 de Diciembre de 2011

Señores
Clínica Fae Salinas
Ciudad

De mis consideraciones:

Reciba un cordial saludo de quienes hacemos **Hotel Barceló Colón Miramar Spa & Casino**. En referencia a la conversación sostenida en día de hoy, procedo a presentarle el presupuesto para su evento a realizarse **20 de Enero del 2012**

EVENTO				
1	Salón Valdivia	\$ 405,74	1	\$ 405,74
1	Pantalla 2,40 x 2,40	\$ 32,00	1	\$ 32,00
1	Pizarra tiza liquida	\$ 12,00	1	\$ 12,00
1	Papelografo	\$ 12,00	1	cortesía
1	Estancia permanente de café y agua		1	\$ 0,00
150	Almuerzos de Salida	\$ 6,97	1	\$ 1.045,50
1	equipo de Audio	\$ 106,56	1	\$ 106,56
1	Proyector	\$ 106,56	1	\$ 106,56
Subtotal General				\$ 1.708,36
10% Servicio				\$ 170,84
12% IVA				\$ 205,00
Subtotal General				\$ 2.084,20
TOTAL A PAGAR				\$ 2.084,20

Forma de Pago: Para la reservación y respectivo bloqueo de habitaciones y salones de acuerdo al presupuesto requerimos: **Fecha de confirmación del evento: 30 de Diciembre del 2011.** Pago del 100% del monto total del evento **20 de Enero del 2012**, ya sea con cheque certificado, cargo a un voucher de tarjeta de crédito o depósito **en efectivo**, a nuestra Cuenta Corriente #5222311 en el Banco del Pacifico a nombre de MAGNETOCORP S.A. #RUC 0991306080001, y enviarnos vía fax la respectiva papeleta de depósito.

En caso de tener alguna inquietud o duda, favor comunicarse con nosotros a los teléfonos 2771575 – 084495115; con gusto la ayudaremos a la brevedad posible.

Atte.

Jorge Palma Perero

Dpto. Reservas

Av. Malecón entre calle 38 y 40 | Santa Elena | Salinas | Ecuador

Tel: 593 4 2771575 ext.206 | Fax: 593 4 2773806

Barceló Colón Miramar- Malecón entre calles 38 y 40, Salinas, Santa Elena, ECUADOR
Tel.: 593 (4) 277 1610 Fax: 277 3806. E-mail: colonmiramar@barcelo.com
Oficina de Mercadeo y Ventas GYE : Galería Comercial Hotel Hilton Colón
Telefax 593 (4) 229 0794 - 228 1502 E-mail: debcm@colonmiramar.com www.barcelo.com

ANEXO P
FLUJO DE CAJA PROYECTADO CLINICA FAE SALINAS PARA CINCO AÑOS
FLUJO DE CAJA DURANTE EL PRIMER AÑO

MESES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOTAL
INGRESOS OPERATIVOS POR SERVICIOS													
1. CONSULTA EXTERNA													
Número de pacientes sin convenio	156	158	161	163	166	168	171	173	176	178	181	184	2,034
Precio Unitario	8.00	8.00	8.00	8.00	8.00	8.00	8.00	8.00	8.00	8.00	8.00	8.00	8.00
Total Ingresos	1,248.00	1,266.72	1,285.72	1,305.01	1,324.58	1,344.45	1,364.62	1,385.09	1,405.86	1,426.95	1,448.35	1,470.08	
Número de pacientes con convenio	10	11	12	13	14	15	16	17	19	20	22	23	190
Precio Unitario	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00
Total Ingresos	150.00	162.00	174.96	188.96	204.07	220.40	238.03	257.07	277.64	298.85	323.84	349.75	
2. CENTRO QUIRURGICO													
Número de pacientes sin convenio	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	28
Precio Unitario	477.49	477.49	477.49	477.49	477.49	477.49	477.49	477.49	477.49	477.49	477.49	477.49	477.49
Total Ingresos	954.98	983.63	1,013.14	1,043.53	1,074.84	1,107.08	1,140.30	1,174.50	1,209.74	1,246.03	1,283.41	1,321.92	
Número de pacientes con convenio	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	18
Precio Unitario	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80
Total Ingresos	609.80	652.49	698.16	747.03	799.32	855.28	915.15	979.21	1,047.75	1,121.09	1,199.57	1,283.54	
3. HOSPITALIZACION													
Número de pacientes sin convenio	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	6	57
Precio Unitario	40.00	40.00	40.00	40.00	40.00	40.00	40.00	40.00	40.00	40.00	40.00	40.00	40.00
Total Ingresos	160.00	164.80	169.74	174.84	180.08	185.48	191.05	196.78	202.68	208.76	215.03	221.48	
Número de pacientes con convenio	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	29
Precio Unitario	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00
Total Ingresos	100.00	103.50	107.12	110.87	114.75	118.77	122.93	127.23	131.68	136.29	141.06	146.00	
4. EMERGENCIA													
Número de pacientes sin convenio	18	18	18	19	19	19	19	19	19	20	20	20	228
Precio Unitario	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00
Total Ingresos	270.00	272.70	275.43	278.18	280.96	283.77	286.61	289.48	292.37	295.30	298.25	301.23	
Número de pacientes con convenio	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
Precio Unitario	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00
Total Ingresos	20.00	20.20	20.40	20.61	20.81	21.02	21.23	21.44	21.66	21.87	22.09	22.31	

FLUJO DE CAJA DURANTE EL SEGUNDO AÑO

MESES	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	TOTAL
INGRESOS OPERATIVOS POR SERVICIOS													
1. CONSULTA EXTERNA													
Número de pacientes sin convenio	187	189	192	195	198	201	204	207	210	213	216	220	2,432
Precio Unitario	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00
Total Ingresos	2,797.75	2,839.71	2,882.31	2,925.54	2,969.43	3,013.97	3,059.18	3,105.06	3,151.64	3,198.92	3,246.90	3,295.60	
Número de pacientes con convenio	25	27	29	32	34	37	40	43	47	50	54	59	478
Precio Unitario	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00
Total Ingresos	377.73	407.94	440.58	475.83	513.89	555.00	599.40	647.36	699.14	755.08	815.48	880.72	
2. CENTRO QUIRURGICO													
Número de pacientes sin convenio	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	40
Precio Unitario	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80
Total Ingresos	1,738.86	1,791.02	1,844.75	1,900.10	1,957.10	2,015.81	2,076.29	2,138.58	2,202.73	2,268.82	2,336.88	2,406.99	
Número de pacientes con convenio	2	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	5	40
Precio Unitario	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80
Total Ingresos	1,373.39	1,469.52	1,572.39	1,682.46	1,800.23	1,926.25	2,061.08	2,205.36	2,359.73	2,524.91	2,701.66	2,890.78	
3. HOSPITALIZACION													
Número de pacientes sin convenio	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	8	8	81
Precio Unitario	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00
Total Ingresos	285.15	293.71	302.52	311.59	320.94	330.57	340.49	350.70	361.22	372.06	383.22	394.72	
Número de pacientes con convenio	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	44
Precio Unitario	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00
Total Ingresos	151.11	156.40	161.87	167.53	173.40	179.47	185.75	192.25	198.98	205.94	213.15	220.61	
4. EMERGENCIA													
Número de pacientes sin convenio	20	20	21	21	21	21	22	22	22	22	22	23	257
Precio Unitario	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00
Total Ingresos	405.66	409.71	413.81	417.95	422.13	426.35	430.61	434.92	439.27	443.66	448.10	452.58	
Número de pacientes con convenio	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
Precio Unitario	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00
Total Ingresos	22.54	22.76	22.99	23.22	23.45	23.69	23.92	24.16	24.40	24.65	24.89	25.14	

5. LABORATORIO CLINICO																
Número de pacientes sin convenio	14	14	15	15	15	16	16	17	17	17	18	19	19	20	199	
Precio Unitario	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81		
Total Ingresos	79.01	81.78	84.64	87.60	90.67	93.84	97.13	100.53	104.05	107.69	111.46	115.36	119.23	123.10		
Número de pacientes con convenio	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	44	
Precio Unitario	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81		
Total Ingresos	17.56	18.17	18.81	19.47	20.15	20.85	21.58	22.34	23.12	23.93	24.77	25.64	26.51	27.38		
6. RAYOS X																
Número de pacientes sin convenio	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	20	202	
Precio Unitario	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39		
Total Ingresos	233.68	240.69	247.91	255.35	263.01	270.90	279.03	287.40	296.02	304.90	314.05	323.47	333.00	342.53		
Número de pacientes con convenio	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	29	
Precio Unitario	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39		
Total Ingresos	29.43	30.91	32.45	34.07	35.78	37.57	39.44	41.42	43.49	45.66	47.95	50.34	52.83	55.42		
7. ODONTOLOGIA																
Número de pacientes sin convenio	22	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	27	289	
Precio Unitario	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86		
Total Ingresos	579.10	590.69	602.50	614.55	626.84	639.38	652.17	665.21	678.51	692.08	705.93	720.04	734.39	748.95		
Número de pacientes con convenio	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	29	
Precio Unitario	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86		
Total Ingresos	48.24	50.65	53.18	55.84	58.63	61.56	64.64	67.87	71.27	74.83	78.57	82.50	86.63	90.87		
8. FISIOTERAPIA																
Número de pacientes sin convenio	35	35	36	36	36	37	37	37	38	38	39	39	39	39	443	
Precio Unitario	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00		
Total Ingresos	2,095.89	2,116.85	2,138.02	2,159.40	2,181.00	2,202.81	2,224.83	2,247.08	2,269.55	2,292.25	2,315.17	2,338.32	2,361.67	2,385.13		
Número de pacientes con convenio	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	
Precio Unitario	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00		
Total Ingresos	67.61	68.29	68.97	69.66	70.35	71.06	71.77	72.49	73.21	73.94	74.68	75.43	76.18	76.94		
TOTAL DE INGRESOS OPERATIVOS	10,302.70	10,588.81	10,887.71	11,200.17	11,527.00	11,869.07	12,227.32	12,602.72	12,996.35	13,409.32	13,842.85	14,298.24	14,800.24	15,303.24	4,636	
TOTAL PACIENTES EN EL SEGUNDO AÑO															4,636	

FLUJO DE CAJA DURANTE EL TERCER AÑO

MESES	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	TOTAL
INGRESOS OPERATIVOS POR SERVICIOS													
1. CONSULTA EXTERNA													
Número de pacientes sin convenio	223	226	230	233	237	240	244	247	251	255	259	263	2,908
Precio Unitario	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00
Total Ingresos	3,345.04	3,395.21	3,446.14	3,497.83	3,550.30	3,603.55	3,657.61	3,712.47	3,768.16	3,824.68	3,882.05	3,940.28	
Número de pacientes con convenio	63	68	74	80	86	93	101	109	117	127	137	148	1,203
Precio Unitario	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00
Total Ingresos	951.18	1,027.27	1,109.45	1,198.21	1,294.07	1,397.59	1,509.40	1,630.15	1,760.56	1,901.41	2,053.52	2,217.80	
2. CENTRO QUIRURGICO													
Número de pacientes sin convenio	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	6	58
Precio Unitario	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80
Total Ingresos	2,479.20	2,553.57	2,630.18	2,709.08	2,790.36	2,874.07	2,960.29	3,049.10	3,140.57	3,234.79	3,331.83	3,431.79	
Número de pacientes con convenio	5	5	6	6	7	7	8	8	9	9	10	11	91
Precio Unitario	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80
Total Ingresos	3,093.13	3,309.65	3,541.32	3,789.22	4,054.46	4,338.27	4,641.95	4,966.89	5,314.57	5,686.59	6,084.65	6,510.58	
3. HOSPITALIZACION													
Número de pacientes sin convenio	8	8	9	9	9	9	10	10	10	11	11	11	115
Precio Unitario	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00
Total Ingresos	406.56	418.76	431.32	444.26	457.59	471.31	485.45	500.02	515.02	530.47	546.38	562.77	
Número de pacientes con convenio	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	7	67
Precio Unitario	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00
Total Ingresos	228.33	236.32	244.60	253.16	262.02	271.19	280.68	290.50	300.67	311.19	322.09	333.36	
4. EMERGENCIA													
Número de pacientes sin convenio	23	23	23	24	24	24	24	25	25	25	25	25	290
Precio Unitario	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00
Total Ingresos	457.10	461.68	466.29	470.96	475.66	480.42	485.23	490.08	494.98	499.93	504.93	509.98	
Número de pacientes con convenio	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
Precio Unitario	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00
Total Ingresos	25.39	25.65	25.91	26.16	26.43	26.69	26.96	27.23	27.50	27.77	28.05	28.33	

FLUJO DE CAJA DURANTE EL CUARTO AÑO

MESES	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	TOTAL
INGRESOS OPERATIVOS POR SERVICIOS													
1. CONSULTA EXTERNA													
Número de pacientes sin convenio	267	271	275	279	283	287	292	296	300	305	309	314	3,477
Precio Unitario	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00
Total Ingresos	3,999.39	4,059.38	4,120.27	4,182.07	4,244.80	4,308.48	4,373.10	4,438.70	4,505.28	4,572.86	4,641.45	4,711.07	
Número de pacientes con convenio	160	172	186	201	217	235	253	274	296	319	345	372	3,030
Precio Unitario	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00
Total Ingresos	2,395.23	2,586.84	2,793.79	3,017.29	3,258.68	3,519.37	3,800.92	4,105.00	4,433.40	4,788.07	5,171.11	5,584.80	
2. CENTRO QUIRURGICO													
Número de pacientes sin convenio	6	6	6	6	7	7	7	7	7	8	8	8	82
Precio Unitario	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80
Total Ingresos	3,534.74	3,640.78	3,750.01	3,862.51	3,978.38	4,097.73	4,220.66	4,347.28	4,477.70	4,612.03	4,750.40	4,892.91	
Número de pacientes con convenio	11	12	13	14	15	16	17	18	20	21	22	24	204
Precio Unitario	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80
Total Ingresos	6,966.32	7,453.96	7,975.74	8,534.04	9,131.42	9,770.62	10,454.57	11,186.39	11,969.43	12,807.30	13,703.81	14,663.07	
3. HOSPITALIZACION													
Número de pacientes sin convenio	12	12	12	13	13	13	14	14	15	15	16	16	165
Precio Unitario	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00
Total Ingresos	579.66	597.05	614.96	633.41	652.41	671.98	692.14	712.90	734.29	756.32	779.01	802.38	
Número de pacientes con convenio	7	7	7	8	8	8	8	9	9	9	10	10	101
Precio Unitario	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00
Total Ingresos	345.03	357.10	369.60	382.54	395.93	409.78	424.13	438.97	454.33	470.24	486.69	503.73	
4. EMERGENCIA													
Número de pacientes sin convenio	26	26	26	27	27	27	27	28	28	28	28	29	327
Precio Unitario	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00
Total Ingresos	515.08	520.23	525.43	530.68	535.99	541.35	546.76	552.23	557.75	563.33	568.97	574.65	
Número de pacientes con convenio	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	18
Precio Unitario	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00
Total Ingresos	28.62	28.90	29.19	29.48	29.78	30.08	30.38	30.68	30.99	31.30	31.61	31.93	

5. LABORATORIO CLINICO													
Número de pacientes sin convenio	31	32	33	34	36	37	38	40	41	42	44	45	453
Precio Unitario	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81
Total Ingresos	180.41	186.73	193.26	200.03	207.03	214.28	221.78	229.54	237.57	245.89	254.49	263.40	
Número de pacientes con convenio	7	7	7	8	8	8	8	9	9	9	10	10	101
Precio Unitario	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81
Total Ingresos	40.09	41.50	42.95	44.45	46.01	47.62	49.28	51.01	52.79	54.64	56.55	58.53	
6. RAYOS X													
Número de pacientes sin convenio	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	411
Precio Unitario	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39
Total Ingresos	475.03	489.28	503.96	519.08	534.65	550.69	567.21	584.22	601.75	619.80	638.40	657.55	
Número de pacientes con convenio	6	6	6	7	7	7	8	8	9	9	9	10	92
Precio Unitario	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39
Total Ingresos	94.93	99.87	104.66	109.89	115.39	121.15	127.21	133.57	140.25	147.26	154.63	162.36	
7. ODONTOLOGIA													
Número de pacientes sin convenio	35	35	36	37	38	38	39	40	41	41	42	43	465
Precio Unitario	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86
Total Ingresos	931.45	950.08	969.08	988.47	1,008.24	1,028.40	1,048.97	1,069.95	1,091.35	1,113.17	1,135.44	1,158.15	
Número de pacientes con convenio	6	6	6	7	7	7	8	8	9	9	9	10	92
Precio Unitario	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86
Total Ingresos	155.57	163.35	171.51	180.09	189.09	198.55	208.48	218.90	229.85	241.34	253.40	266.07	
8. FISIOTERAPIA													
Número de pacientes sin convenio	44	45	45	46	46	47	47	48	48	49	49	49	563
Precio Unitario	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00
Total Ingresos	2,661.23	2,687.84	2,714.72	2,741.87	2,769.29	2,796.98	2,824.95	2,853.20	2,881.73	2,910.55	2,939.65	2,969.05	
Número de pacientes con convenio	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	18
Precio Unitario	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00
Total Ingresos	85.85	86.70	87.57	88.45	89.33	90.23	91.13	92.04	92.96	93.89	94.83	95.78	
TOTAL DE INGRESOS OPERATIVOS	22,988.61	23,949.40	24,966.70	26,044.34	27,186.41	28,397.28	29,681.66	31,044.58	32,491.43	34,027.98	35,660.44	37,395.43	9,600
TOTAL PACIENTES EN EL CUARTO AÑO													9,600

FLUJO DE CAJA DURANTE EL QUINTO AÑO

MESES	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	TOTAL
INGRESOS OPERATIVOS POR SERVICIOS													
1. CONSULTA EXTERNA													
Número de pacientes sin convenio	319	324	328	333	338	343	349	354	359	364	370	376	4,157
Precio Unitario	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	
Total Ingresos	4,781.74	4,853.47	4,926.27	5,000.16	5,075.16	5,151.29	5,228.56	5,306.99	5,386.59	5,467.39	5,549.40	5,632.64	
Número de pacientes con convenio	402	434	469	507	547	591	638	689	744	804	868	938	7,631
Precio Unitario	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	
Total Ingresos	6,031.59	6,514.11	7,035.24	7,598.06	8,205.91	8,862.38	9,571.37	10,337.08	11,164.04	12,057.17	13,021.74	14,063.48	
2. CENTRO QUIRURGICO													
Número de pacientes sin convenio	8	9	9	9	9	10	10	10	10	11	11	11	117
Precio Unitario	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	
Total Ingresos	5,039.69	5,190.89	5,346.61	5,507.01	5,672.22	5,842.39	6,017.66	6,198.19	6,384.13	6,575.66	6,772.93	6,976.12	
Número de pacientes con convenio	26	28	29	32	34	36	39	41	44	47	51	54	460
Precio Unitario	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	609.80	
Total Ingresos	15,689.49	16,787.75	17,962.89	19,220.30	20,565.72	22,005.32	23,545.69	25,193.89	26,957.46	28,844.48	30,863.60	33,024.05	
3. HOSPITALIZACION													
Número de pacientes sin convenio	17	17	18	18	19	19	20	20	21	22	22	23	235
Precio Unitario	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	
Total Ingresos	826.45	851.24	876.78	903.08	930.18	958.08	986.82	1,016.43	1,046.92	1,078.33	1,110.68	1,144.00	
Número de pacientes con convenio	10	11	11	12	12	12	13	13	14	14	15	15	152
Precio Unitario	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	
Total Ingresos	521.36	539.61	558.49	578.04	598.27	619.21	640.88	663.31	686.53	710.56	735.43	761.17	
4. EMERGENCIA													
Número de pacientes sin convenio	29	29	30	30	30	31	31	31	31	32	32	32	368
Precio Unitario	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	
Total Ingresos	580.40	586.21	592.07	597.99	603.97	610.01	616.11	622.27	628.49	634.78	641.12	647.54	
Número de pacientes con convenio	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20
Precio Unitario	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	
Total Ingresos	32.24	32.57	32.89	33.22	33.55	33.89	34.23	34.57	34.92	35.27	35.62	35.97	

5. LABORATORIO CLINICO													
Número de pacientes sin convenio	47	49	50	52	54	56	58	60	62	64	66	69	685
Precio Unitario	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81
Total Ingresos	272.62	282.16	292.04	302.26	312.84	323.79	335.12	346.85	358.99	371.55	384.56	398.01	
Número de pacientes con convenio	10	11	11	12	12	12	13	13	14	14	15	15	152
Precio Unitario	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81	5.81
Total Ingresos	60.58	62.70	64.90	67.17	69.52	71.95	74.47	77.08	79.77	82.57	85.46	88.45	
6. RAYOS X													
Número de pacientes sin convenio	41	43	44	45	47	48	49	51	52	54	56	57	586
Precio Unitario	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39
Total Ingresos	677.28	697.59	718.52	740.08	762.28	785.15	808.70	832.96	857.95	883.69	910.20	937.51	
Número de pacientes con convenio	10	11	11	12	13	13	14	15	15	16	17	18	166
Precio Unitario	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39	16.39
Total Ingresos	170.48	179.00	187.95	197.35	207.22	217.58	228.46	239.88	251.87	264.47	277.69	291.57	
7. ODONTOLOGIA													
Número de pacientes sin convenio	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	590
Precio Unitario	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86
Total Ingresos	1,181.31	1,204.93	1,229.03	1,253.61	1,278.69	1,304.26	1,330.34	1,356.95	1,384.09	1,411.77	1,440.01	1,468.81	
Número de pacientes con convenio	10	11	11	12	13	13	14	15	15	16	17	18	166
Precio Unitario	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86	26.86
Total Ingresos	279.38	293.35	308.01	323.42	339.59	356.57	374.39	393.11	412.77	433.41	455.08	477.83	
8. FISIOTERAPIA													
Número de pacientes sin convenio	50	50	51	51	52	53	53	54	54	55	55	56	634
Precio Unitario	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00
Total Ingresos	2,998.74	3,028.73	3,059.02	3,089.61	3,120.50	3,151.71	3,183.22	3,215.06	3,247.21	3,279.68	3,312.48	3,345.60	
Número de pacientes con convenio	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20
Precio Unitario	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00
Total Ingresos	96.73	97.70	98.68	99.66	100.66	101.67	102.68	103.71	104.75	105.80	106.85	107.92	
TOTAL DE INGRESOS OPERATIVOS	39,240.08	41,202.00	43,289.39	45,511.01	47,876.26	50,395.23	53,078.71	55,938.32	58,986.49	62,236.56	65,702.84	69,400.67	16140
TOTAL PACIENTES EN EL QUINTO AÑO													16140

