



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
ESTUDIOS DE POSTGRADO
AREA DE CIENCIAS ECONOMICAS
POSTGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

Trabajo de Grado de Maestría

**MODELO DE FINANCIAMIENTO DE GASTOS DE BOLSILLO EN EL
SECTOR PRIVADO DE SALUD EN VENEZUELA**

Presentado por:

PEREZ MARKOVIC, TIANA

C.I. 12.627.486

para optar al título de:

MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

Tutor (a)

DRA. SANOJA, MILAGROS

C.I. 5.277.993

Caracas, 13 de septiembre de 2.014



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
ESTUDIOS DE POSTGRADO
AREA DE CIENCIAS ECONOMICAS
POSTGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

Trabajo de Grado de Maestría

**MODELO DE FINANCIAMIENTO DE GASTOS DE BOLSILLO EN EL
SECTOR PRIVADO DE SALUD EN VENEZUELA**

Presentado por:

PEREZ MARKOVIC, TIANA

C.I. 12.627.486

para optar al título de:

MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

Tutor (a)

DRA. SANOJA, MILAGROS

C.I. 5.277.993

Caracas, 13 de septiembre de 2.014

*A toda mi familia y
a Pedro por el apoyo
y aliento.*



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
ESTUDIOS DE POSTGRADO
AREA DE CIENCIAS ECONOMICAS
POSTGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

Trabajo de Grado de Maestría

**MODELO DE FINANCIAMIENTO DE GASTOS DE BOLSILLO EN EL
SECTOR PRIVADO DE SALUD EN VENEZUELA**

Autor (a): **PEREZ MARKOVIC, TIANA**

Tutor (a): DRA. SANOJA, MILAGROS

Año: 2.014

RESUMEN

El sector salud en Venezuela está atravesando un bien conocido colapso. Los insumos escasean, las nuevas leyes implementadas para controlar ciertos servicios no permiten el desarrollo de los centros de salud privados y los seguros cubren tan sólo una porción de los gastos de salud de los pacientes. Los gastos de bolsillo de los hogares destinados a la salud en Venezuela se pueden medir por la cobranza de la deuda particular que tienen los pacientes con los centros de salud privados. La medicina en estos centros es sumamente costosa y cada vez menos pacientes tienen acceso a los servicios de salud requeridos. A través de la metodología de pronósticos financieros se propone un modelo de financiamiento para cubrir los gastos de bolsillo, es decir, aquellos gastos no avalados por empresas aseguradoras. Se propone utilizar los fondos que destinan las empresas según la Ley de Contrataciones Públicas para cubrir los gastos de pacientes que agotan cobertura o no la tienen, de manera que obtengan acceso a tratamientos en las clínicas privadas. A través de este modelo se puede garantizar la salud a los venezolanos y ayudar a las clínicas a controlar pérdidas financieras a las que están expuestas bajo el marco legal actual.

Palabras Clave: sector salud, deuda, clínicas, gastos de bolsillo, sanidad, código UNESCO 5312.07.



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
ESTUDIOS DE POSTGRADO
AREA DE CIENCIAS ECONOMICAS
POSTGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

Thesis for Master's Degree

**FINANCIAL MODEL FOR OUT-OF-POCKET EXPENSES IN THE PRIVATE
HEALTHCARE SECTOR IN VENEZUELA**

Author: **PEREZ MARKOVIC, TIANA**

Tutor: DRA. SANOJA, MILAGROS

Year: 2.014

ABSTRACT

The healthcare sector in Venezuela is undergoing a well-known collapse. Medication and health-related goods are scarce and a number of new laws imposed on the sector have capped the possibilities of certain private healthcare services to prosper. Insurance companies cover only a portion of the healthcare costs of patients. Thus, it is possible to measure out-of-pocket expenses through the debt accumulated by individuals of the private healthcare institutions. The pricing of private healthcare is very expensive and ever less patients have access to required treatment. The methodology of financial forecasts is used to propose a financing model to cover out-of-pocket expenses, which are those expenses not covered by insurance companies or aid. The proposal consists of obtaining funds for patients who would like to attend private hospitals, but exhaust insurance coverage or do not have insurance through the Ley de Contrataciones Públicas. Thus, the financial model guarantees access to healthcare for Venezuelan citizens, as it helps private hospitals control financial losses under the current legal framework to which private healthcare institutions are subject in the country.

Keywords: health sector, debt, private hospital, out-of-pocket expenses, UNESCO code 5312.07.

INDICE DE CONTENIDO

Resumen.....	4
Abstract.....	5
Introducción.....	9
Capítulo I: Propuesta de la investigación.....	12
1.1. Planteamiento del Problema.....	12
1.2. Objetivos.....	18
1.2.1. Objetivos Generales.....	18
1.2.2. Objetivos Específicos.....	18
1.3. Justificación de la Investigación.....	19
Capítulo II: Marco Teórico.....	20
2.1. Antecedentes.....	20
2.2. Bases Teóricas.....	23
2.2.1. Fuerzas de Porter.....	23
2.2.2. Calidad del Servicio.....	25
2.2.3. Formulación y Evaluación de Proyectos.....	27
2.2.3.1. Estudio de Mercado.....	27
2.2.3.2. Estudio Técnico.....	29
2.2.3.3. Estudio Económico-Financiero.....	29
2.2.4. VAN y TIR.....	31
2.2.5. Escenarios.....	32
2.2.6. Balanced Scorecard.....	33
2.3. Bases Legales.....	35
2.3.1. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.....	35
2.3.2. Declaración de Derechos Humanos.....	35
2.3.3. Reglamento de Ley de Contrataciones Públicas.....	36
2.3.4. Ley de la Actividad Aseguradora.....	37
2.3.5. Sundecop.....	37
2.4. Definición de Términos.....	37
Capítulo III: Marco Metodológico.....	39
3.1. Tipo de Investigación.....	39
3.2. Delimitación de la Investigación.....	39
3.3. Diseño de la Investigación.....	40
3.4. Unidad de Análisis.....	41
3.5. Variables.....	42
3.6. Procedimiento por Objetivos.....	42
3.7. Técnica de Recolección de Información.....	42
3.8. Operacionalización de la Variable.....	44
3.9. Código de Ética.....	45

Capítulo IV: Marco Referencial.....	46
4.1. Sistema de Salud Venezolano	46
4.1.1. Subsector Público.....	47
4.1.2. Subsector privado.....	47
Capítulo V: Plan de Negocios.....	50
5.1. Análisis de la Industria.....	50
5.1.1. El poder de negociación de los compradores.....	51
5.1.2. Potenciales Entrantes.....	51
5.1.3. Intensidad de la Rivalidad.....	52
5.1.4. Presión de Productos Sustitutos.....	54
5.1.5. Poder de Negociación de los Proveedores.....	54
5.2. Análisis de los Competidores.....	54
5.2.1. Areas de Fortalezas y Debilidades de los Competidores.....	55
5.3. Estrategia Competitiva.....	57
5.4. Estudio de Mercado.....	58
5.4.1. Descripción del Producto.....	58
5.4.2. Demanda del Producto.....	59
5.4.3. Oferta del Producto.....	66
5.4.4. Mercado Potencial.....	67
5.4.5. Formación de Precio.....	68
5.4.6. Canales de Comercialización.....	70
5.5. Estudio Técnico.....	72
5.5.1. Ubicación de la Oficina	72
5.5.2. Infraestructura de Servicios.....	73
5.5.3. Cronograma de Inversión.....	73
5.5.4. Organigrama.....	74
5.5.5. Descripción de Cargos.....	74
5.5.5.1. Gerente.....	74
5.5.5.2. Analista.....	75
5.6. Estudio Económico Financiero.....	75
5.6.1. Capital de Trabajo.....	77
5.6.1.1. Cálculo de Requerimiento de Capital de Trabajo para Compañía.....	77
5.6.1.2. Cálculo de Requerimiento de Capital de Trabajo para ONG.....	81
5.6.2. Préstamo.....	83
5.6.3. Flujo Libre de Caja.....	86
5.6.4. VAN y TIR.....	87
5.6.4.1. VAN y TIR para Compañía.....	87
5.6.4.2. VAN y TIR para ONG.....	87
5.6.5. Escenarios.....	88
5.6.6. Conclusiones Financieras.....	91
Capítulo VI: Plan Estratégico.....	92
6.1. Visión.....	92
6.2. Misión.....	92
6.3. Balanced Scorecard.....	93

6.3.1. Mapa Estratégico.....	94
6.3.2. Perspectiva Financiera.....	95
6.3.3. Perspectiva de Clientes.....	96
6.3.4. Perspectiva de Procesos Internos.....	97
6.3.5. Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento.....	98
7. Conclusiones y Recomendaciones.....	99
Indice de Tablas.....	102
Indice de Gráficos.....	103
Referencias Bibliográficas.....	104
Validación de Entrevista.....	108

INTRODUCCIÓN

“Un servicio de salud se refiere a cualquier servicio, no limitado a servicios médicos o clínicos, dirigido a contribuir a la mejora de la salud o el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los enfermos” (WHO, 2013).

El derecho a la salud es un derecho humano y figura en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, en la cual se afirma que “todos tenemos el derecho a una calidad de vida adecuada para preservar la salud propia y de su familia, incluyendo comida, ropa, techo, atención médica y servicios sociales necesarios” (ONU, 2013).

Es bien conocido que el sistema de salud público en Venezuela es sumamente ineficiente y “carente a corto y mediano plazo de sostenibilidad financiera y que ha contribuido negativamente a la fragmentación del sistema y debilitado simultáneamente la red de asistencia pública convencional” (Federación Médica Venezolana, 2008), y recae en el sistema de salud privado atender a una gran cantidad de pacientes que requieren tratamientos.

El Capítulo I de este trabajo contiene la propuesta de la investigación, en la cual se presenta la realidad que atraviesa el sistema de salud privado del país y se aclara la problemática; esta da paso a los objetivos planteados.

En el Capítulo II se tomaron en cuenta una serie de antecedentes que describen el subsector privado de salud en Venezuela y Latinoamérica, así como las bases teóricas y legales que sostienen el análisis que se desarrolla en los siguientes capítulos.

En el Capítulo III se explica la metodología de un proyecto factible que está orientado a resolver un problema planteado, a través de una investigación cuyo diseño es cuali-cuantitativo.

En el Capítulo IV se analizan los subsectores privado y público del sistema de salud venezolano, presentando datos actuales que se recabaron.

En el Capítulo V se realizó el plan de negocios. Se comenzó con un análisis del subsector privado de salud, según el modelo para el desarrollo de una estrategia competitiva, en el cual se analizan las 5 fuerzas que describen a las industrias, desarrollado por Porter (1990). Seguidamente, se revisaron los ingresos de dos clínicas del país para determinar la porción de gastos no avalados por los seguros, o gastos particulares. Estos gastos se denominan gastos de bolsillo y son incurridos por los hogares venezolanos. Es un hecho que una gran porción de los pagos programados para los pacientes no son realizados a tiempo y se convierten en deudas que los pacientes adquieren con las clínicas. Estos gastos de bolsillo o deudas particulares constituyen la manera más ineficiente de cubrir gastos de salud y en muchas ocasiones, resultan en cobranzas infructuosas, ocasionando pérdidas para las clínicas.

Por lo tanto, este trabajo propone una manera más eficiente de cubrir estos gastos y permitir que los pacientes que no cuentan con avales o agotan coberturas, ingresen a los centros de salud privados, contando con los pagos de este modelo de financiamiento. Se propone que la fuente de los fondos sean ayudas económicas de la empresa privada. Se plantearon dos propuestas para el modelo por medio de un estudio de factibilidad, una empresa privada y una ONG. Se definieron los estudios de mercado, técnico y

económico-financiero, en el último de los cuales se evaluó el Valor Presente Neto y Tasa Interna de Retorno del proyecto y se emitieron las conclusiones financieras.

En el Capítulo VI se procedió con la creación de una estrategia o Balanced Scorecard, según Kaplan y Norton (1996) para la propuesta que representó mayor viabilidad. Esto incluyó la misión y visión del proyecto, así como un estudio de los objetivos planteados en cada una de las cuatro perspectivas que propone el modelo: perspectiva financiera, de clientes, de procesos internos y de aprendizaje y crecimiento.

En el Capítulo VII se realizó el análisis de los resultados, o la viabilidad de las alternativas, para así discutir estos hallazgos, emitir las conclusiones y recomendaciones estratégicas.

CAPITULO I. PROPUESTA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1.Planteamiento del Problema:

En Venezuela, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela del 19 de febrero de 2009 establece en el Artículo 83 que “la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios”.

Tal y como señala el diputado Ríos, la salud se interpreta como “un derecho social garantizado por la sociedad (Estado), en su conjunto, que tiene varios principios fundamentales: solidaridad, equidad, eficiencia, eficacia, calidad, ética” (Ríos, 2012).

Lamentablemente, Venezuela está lejos de poder enorgullecerse de su sistema de salud o de encontrarse cerca de cumplir los derechos establecidos por la Constitución, pues los hospitales carecen de los servicios y tecnología necesarios para atender las necesidades de la población “La red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas denunció que en la actualidad unas 26 mil camas están fuera de servicio en el sistema público de salud, lo que imposibilita al personal médico garantizar el acceso a la salud a todos los ciudadanos por igual” (Moreno, 2013). En consecuencia, las clínicas privadas se han convertido en la única alternativa para obtener la atención médica requerida por los pacientes. “Cifras del sector muestran que con sólo 7.600 camas operativas, las instituciones privadas de salud atienden a 55% de la población del país” (Alfonzo, 2013). A raíz de la gran demanda creada por los pacientes, aunada a la crisis de obtención de

insumos en el sector público, los “especialistas coinciden en que la situación afecta la calidad del servicio que prestan las clínicas y dibuja un panorama sombrío en el sector” (Meneses, 2013). En pocas palabras, la atención prestada en las clínicas se ha visto desmejorada, y es bien conocido el hecho de que el sector salud ha colapsado en Venezuela.

Es decir, la obtención de servicios de salud bajo este esquema no le rinde honor a la definición de salud antes expuesta por el legislador Ríos, vocero de las políticas del Gobierno, pues la salud no califica como un derecho social sino como un bien escaso alrededor del cual se manifiesta la ineficiencia del sistema de salud. Cabe destacar que los centros de salud privada se ven obligados a cobrar un alto precio por los servicios prestados, y si bien es cierto que a mayor tecnología, más alta la calidad, y por ende más altos los precios, la realidad es que cada vez más, los pacientes no pueden costear estos servicios de salud de alta calidad. Por ende, los venezolanos enfrentan la escasez de servicios de salud, así como el gran costo de los mismos. Según el Presidente del Hospital de Clínicas Caracas, Amadeo Leyba: "Si seguimos por este camino, la salud privada va a colapsar. Será como en el grueso de los hospitales: se suspenderán muchos procedimientos, especialmente los de alta tecnología" (González, 2013).

En vista de esta situación y en un intento de conciliar el derecho a la salud de los venezolanos, el Gobierno ha implementado modificaciones a la Ley de la Actividad Aseguradora (Gaceta Oficial N° 5.990). La entrada en vigencia de esta ley, el 29 de Junio de 2010 cambia las reglas del juego a la hora de los ingresos, obligando a las clínicas privadas a atender a todos aquellos pacientes que acudan al servicio de emergencia, sin previo requerimiento económico, abriendo así el acceso a la atención médica a toda la

población. La nueva normativa obliga a las clínicas a atender las estrictas emergencias, aun cuando el paciente no esté avalado por un seguro, ni se hagan los respectivos pagos por la atención médica prestada al ingreso o egreso de la institución. Si bien se atienden exclusivamente las estrictas emergencias y los servicios electivos se mantienen fuera del alcance de aquellos que no posean un aval, esto trae como consecuencia, que las instituciones privadas de salud absorban las pérdidas financieras ocasionadas por pacientes no avalados que ingresen por la emergencia, o quienes agotan cobertura con sus seguros, además de abarrotar el servicio de emergencia.

Estas pérdidas financieras se ven reflejadas en cobranzas de saldos particulares que no se llegan a materializar, por lo cual las clínicas privadas han tenido que recurrir a diferentes métodos para subsistir. Algunas clínicas han optado por instaurar subsidios cruzados, incrementando los precios de diferentes servicios, con el fin de mantener los márgenes de ganancias globales. Originalmente, los subsidios cruzados se crearon para poder costear áreas estratégicas, las cuales no se ofrecen en una gran parte de los hospitales, tales como la costosísima unidad de cuidados intensivos pediátricos, pero últimamente se han visto multiplicadas las razones para implementar esta estrategia. Los subsidios cruzados impulsan los precios hacia arriba y el costo de las emergencias y otros servicios se vuelve aun mayor para aquellos pacientes que sí hacen los pagos correspondientes.

En vista de esta estrategia adoptada por las clínicas, los precios de los servicios de salud llegan a niveles astronómicos, ubicándose así fuera de los convenios con los diferentes seguros, privados y públicos. Finalmente, es el paciente, quien debe asumir los costos no avalados. Las deudas de los pacientes con las clínicas terminan siendo cuentas

incobrables para las clínicas, contribuyendo a un círculo vicioso plagado de pérdidas financieras e ineficiencia.

Ahora bien, el Gobierno ha buscado bajar los costos de los servicios de salud con diferentes métodos. Según Flores (2012), quien se desempeña como asesor de salud, se busca regular:

el incremento desmesurado de tarifas y precios especulativos... eliminar la ineficiencia del uso de los recursos públicos utilizados por los planes de salud de las instituciones del Estado, producido al no existir mecanismos de contención de costos sobre los precios ni instrumentos regulatorios de la atención médica privada. Flores (2012)

También se busca controlar los desembolsos de los entes públicos hacia las clínicas que, según Flores (2012), han incrementado interanualmente un 40%, superando el nivel del índice de precios al consumidor. Como primer paso, el Gobierno formó la AIS, Alianza Interinstitucional para la Salud; un equipo interinstitucional conformado por 35 instituciones del Estado, que incluye a BCV, PDVSA, Seguros Horizonte, entre otros, que buscan ejercer presión para el cobro de precios justos para la prestación de los servicios de salud en las instituciones privadas. La AIS fue creada por la Vicepresidencia de la República en Marzo de 2010 para regular y denunciar los “abusos” de las clínicas privadas hacia los usuarios.

El 26 de Junio de 2013 entró en vigencia la Providencia 294, dictada por la Superintendencia de Costos y Precios Justos, la cual materializa las diferentes iniciativas del Gobierno de regular los precios de los servicios de salud, imponiendo ajustes a una serie de rubros facturados. Según Moreno (2013),

Ante las complicadas relaciones con el Gobierno, especialmente tras darse a conocer el nuevo plan de tarifas para todo el sector, Salas, Presidente de la Junta Directiva del Centro Médico de Caracas, destaca que los recintos funcionan con una inflación del 80% en sus costos, lo que hace cuesta arriba

ajustar los precios dictados por la Providencia 294. (Moreno, 2013)

Las clínicas se encuentran “entre la espada y la pared” toda vez que los seguros han decidido acatar la nueva ley con el fin de evitar sanciones a las empresas. Según Hernández (2013),

El sector siempre ha cumplido la normativa legal vigente, y en particular acata la Ley de la Actividad Aseguradora, que en el artículo 40, numeral 14 indica que las empresas de seguros tienen prohibido pagar precios a proveedores de insumos y servicios mayores a los ofertados para el público en general, o regulado si los hubiese. (Hernández, 2013)

Tal como es en caso de las emergencias, antes expuesto, los diferentes rubros regulados, tales como el Servicio de Quimioterapia, Terapia Intensiva, entre otros 28 para los cuales se ha fijado un precio, obliga a las clínicas, una vez más, a absorber las pérdidas ocasionadas.

Cabe destacar que el caso de los precios regulados aplica a algunos servicios clínica únicamente, ya que cuando se trata de ajustar honorarios médicos a un baremo, los médicos pueden fijar sus honorarios por fuera de los costos de la clínica, cobrando a los pacientes las diferencias no asumidas por los seguros. Es así como se evidencia que quienes pagan esta ineficiencia del sistema son los pacientes, aumentando de esta manera la deuda de cobranzas de las clínicas. Esto implica una actividad de cobranza mucho más extensa, pero también infructuosa. Se trata de la cobranza de los llamados gastos de bolsillo. Este término se refiere a los pagos particulares de los hogares, en este caso, los gastos de salud. Según Knaul, Arreola y Méndez (2011),

Gastos de bolsillo para el pago directo de los servicios son considerados la manera más ineficiente y desigual de financiar el sistema de salud. Implica muy poca capacidad de diversificar el riesgo de esta manera debido a la fragmentación del riesgo y a la urgencia del tratamiento. El mayor peso lo

carga la familia del paciente (...) y si el costo del servicio excede la capacidad de pago, se incurre en gastos catastróficos y empobrecedores o en el fallo de la obtención del servicio. (Knaul, Arreola y Méndez, 2011)

En el actual sistema de financiamiento para la salud al que tienen acceso los ciudadanos venezolanos, se encuentra la opción de recurrir a ayudas del Gobierno, lo cual alivia los gastos de bolsillo. Las ayudas sociales, aunque de manera muy esporádica son entregadas por entes públicos. Si bien es cierto que cada ente público cuenta con un presupuesto para esta causa, también lo es que las ayudas no se pueden considerar un programa sistematizado de financiamiento de gastos de salud. Algunas patologías también cuentan con el apoyo del seguro social, tales como los servicios de diálisis en las clínicas privadas. Sin embargo, los casos avalados por el Seguro Social constituyen una ínfima porción de los ingresos de las clínicas y no son objeto de este proyecto.

En algunas ocasiones, las ayudas también pueden ser otorgadas por la empresa privada, a través de fundaciones, ya sea para sus empleados o para pacientes con dolencias específicas en las cuales se especializa la fundación en cuestión. La empresa privada tiene una obligación de contribuir con servicios de índole social según la Ley de Contratación Pública, y una porción de estos gastos se dirige a la salud.

Como se puede apreciar, las ayudas económicas son una solución tangible al problema de los gastos de bolsillo para paciente de bajos recursos o para aquellos que han agotado cobertura con sus seguros y otros avales. Ahora bien, las ayudas sociales, hoy en día, son solicitadas directamente por el ciudadano al ente. Resulta increíble, pero es cierto que en muchos casos de pacientes de bajos recursos, la falta de preparación académica imposibilita la solicitud de las ayudas, ya que algunos pacientes, ni siquiera puede escribir una carta o reunir los recaudos necesarios para la solicitud. Esto se traduce en una

perpetuación de la deuda que el paciente ha adquirido con la clínica. La interrogante que surge es cuál es el nivel de financiamiento efectivo de los gastos no avalados, a través de ayudas del sector privado y público, ya que esta medida ayudará a determinar el riesgo que asumen las clínicas con cada nuevo ingreso.

1.2 Objetivos

1.2.1. Objetivo General:

Diseñar un modelo de financiamiento que permita reducir los gastos de bolsillo destinados a la salud de los pacientes.

1.2.2. Objetivos Específicos:

- Determinar el nivel de saldos particulares o gastos de bolsillo en el sector privado.
- Analizar la demanda de financiamiento de gastos de salud.
- Analizar la oferta de financiamiento de gastos de salud.
- Identificar las partidas en el presupuesto del Gobierno para la contratación pública, de manera que se pueda calcular el porcentaje de fondos destinados a fines sociales que dicta la Ley de Contratación Pública, entre los cuales se encuentran las ayudas económicas para los pacientes.
- Evaluar la aceptación de diferentes modelos de financiamiento para cubrir los saldos particulares o gastos de bolsillo, tales como una propuesta para la empresa privada y una ONG.

1.3. Justificación de la Investigación:

Esta investigación condujo a la creación de un modelo que permite el financiamiento de tratamientos médicos que tan sólo están disponibles en ciertos centros privados de salud, a un elevado costo. El modelo de financiamiento beneficia a los pacientes que deben realizarse los tratamientos o someterse a intervenciones, ya sea de manera electiva o de emergencia, toda vez que beneficiaría a las clínicas para reducir las deudas de particulares. Es decir, las clínicas que se ven obligadas a permitir el acceso a pacientes sin garantizar que todos los gastos estén cubiertos, verán un beneficio en emplear el modelo para financiar saldos particulares. La motivación a crear el modelo se basó en la experiencia laboral adquirida en la Administración de una Clínica Tipo 1 desde el año 2010. Ante la gran cantidad de pacientes que no tienen acceso a tratamientos necesarios por razones financieras, las clínicas se ven obligadas a rechazar a pacientes o a admitir a estos pacientes y asumir cobranzas de saldos que no recuperarán. Esto resulta en un gran riesgo financiero, tanto para los pacientes como para las clínicas. El beneficio del modelo se extiende al país, pues demostraría que sus ciudadanos pueden confiar en las estructuras existentes para garantizar el derecho a la salud tal como reza en la Constitución y los Derechos Humanos.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes:

Las noticias más relevantes en el sector salud tienen que ver, sin duda, con la regularización de los precios, impuestos por el Gobierno. Ahora bien, el Estado ha intentado regularizar los precios de los servicios privados de salud desde el 2007. Morillo (2008) analiza la especulación o acuerdos verticales, los cuales formaron parte del argumento de la Asamblea Nacional con relación a la propuesta de regular los servicios de las clínicas, así como todos los actores dentro de las negociaciones. Se determina que en Venezuela existe un desfinanciamiento del sistema público nacional de salud que da paso a la migración de la demanda al sector privado, el cual se nutre principalmente del Gobierno Central a través de los empleados públicos, quienes figuran como usuarios principales de las clínicas privadas. El subsector privado de salud (Jaén, 2006) se alimenta de los gastos de bolsillo y consumo de salud en hogares, los cuales son elevados dada la inestabilidad de los gastos de salud del Gobierno.

Este no es el caso solamente en Venezuela, Baeza (2006) presenta un análisis de la deficiente situación del sector salud en Latinoamérica, el cual se financia en gran parte de maneras ineficientes, tales como los gastos de bolsillo de las familias. De tal manera, las clínicas privadas se ven en la obligación de cobrar servicios directamente a los pacientes. Se trata la incidencia de gastos catastróficos en hogares de bajos recursos y en hogares de recursos limitados, los cuales son arrojados a la pobreza ante adversidades, dados los sistemas de salud existentes. Este trabajo demostró que las clínicas asumen

deudas a causa de este modelo de financiamiento y en el caso más extremo, la ineficiencia del modelo actual conlleva a la ausencia de la prestación del servicio. Se analizan diferentes sistemas de risk pooling en Latinoamérica y se evidencia que existe una fragmentación del riesgo muy alta, lo cual se traduce en riesgo asumido por el núcleo más pequeño de la sociedad, como lo es la familia.

El modelo de financiamiento que se propone en este trabajo, el cual contribuirá a solucionar la situación actual de las familias venezolanas se evaluó por medio de un estudio de factibilidad. La opción que los pacientes tendrían de hacer uso de este modelo de financiamiento, a su vez, elevaría la calidad del servicio prestado por las clínicas. En Arévalo y Morales (2002) se expone el concepto de calidad de servicio dentro del sector salud como la capacidad de proveer a clientes externos, es decir familiares y pacientes, de satisfacción. La calidad del servicio se mide a través de una serie de criterios, tales como fiabilidad, seguridad, tangibilidad y empatía, entre otros. Según el texto, la calidad del servicio está en los detalles y se logra a través del recurso humano, el cual se debe orientar hacia las prioridades del cliente. Esto lo logran los empleados del centro de salud gracias a su grado de sensibilidad, atención y voluntad de ayudar.

En Gil y Malavé (2004) se estudia la mejora de los procesos internos basándose en una estándar de calidad deseado para un proyecto nuevo en el mercado de servicios odontológicos. Se define el concepto de calidad total, así como el de mejora continua junto a las medidas de efectividad, tales como tener el servicio apropiado en el momento y al precio apropiado, al igual que su prestación eficiente y adaptabilidad. Se puede transpolar el concepto de calidad total a los servicios de una clínica, logrando así satisfacer a los pacientes para proveerles de un servicio de alta calidad en el área de

admisión.

La creación del modelo de financiamiento propuesto desde el área de admisión de las clínicas privadas se apoyaría en una gestoría de ayudas económicas. En Figueredo y Longarte (2002) resulta relevante la historia presentada sobre las ONGs en Venezuela, la cual data de 40 años. Estas surgieron como una respuesta a un sistema de salud público deficiente o la ineficiencia del Estado y se matienen muy cerca de este, ya que sobreviven de aportes del mismo, al igual que de organizaciones nacionales y la empresa privada.

La gestoría que se estudió se organizará según las perspectivas del cuadro de mando integral, misión y visión aplicados al sistema de salud en Venezuela. Pereda (2007) estudia la estrategia que debe seguir una institución en el sector salud en Venezuela y se exhibirá la teoría organizacional relevante. Se propone el modelo del Balanced Scorecard para compañías con fines de lucro, así como aquellas sin fines de lucro, el cual busca implementar objetivos estratégicos para impulsar a las organizaciones hacia el éxito con sus empleados y procesos clave de las operaciones, así como en el aspecto financiero y de relaciones con los clientes. Se discuten algunas opciones para alinear la estrategia con los objetivos personales, medir la eficacia de los objetivos de las organizaciones, establecer presupuestos y lograr mejoras continuas en las cuatro perspectivas mencionadas anteriormente.

2.2. Bases Teóricas:

2.2.1. Fuerzas de Porter:

Las bases teóricas de este proyecto están relacionadas al análisis del sector salud en Venezuela, el cual atraviesa por una notoria crisis. El análisis preliminar que se aplicó a la industria fue desarrollado por Porter (1990). El autor propone con el modelo que se presentará a continuación ayudar a las empresas a desarrollar una estrategia competitiva que les permita salir a flote en este mundo de cambiantes escenarios de negocios. Porter considera que hay cinco fuerzas que describen una industria, en donde cada “una de ellas representa competidores potenciales” (Porter, 1990, p. 26). Estas fuerzas se presentan a continuación:

Potenciales Entrantes: esta fuerza representa la amenaza de nuevos entrantes, ya sea en la forma de nuevas empresas o de empresas que han decidido incursionar nuevos mercados. Los nuevos entrantes se enfrentan con posibles ventajas que disfrutan las compañías existentes, las cuales se convierten en barreras para ellos, tales como economías de escala, diferenciación del producto, requisitos de capital, costos de cambiar de compañía, así como políticas del gobierno, estructura de precios existente, curva de aprendizaje, entre otros, que influyen sobre la posibilidad de formar parte de la industria o sector.

Intensidad de la rivalidad entre competidores existentes: en este aspecto puede el influir número y tamaño relativo de los competidores, el crecimiento observado en la industria, el nivel de los costos fijos, falta de diferenciación o costos de cambio y las

barreras de salida.

Presión de productos sustitutos: los productos sustitutos limitan las tasas de retorno potenciales al significar un techo para los precios que las compañías pueden cobrar por sus productos. En principio, se trata de identificar productos que cumplan con las mismas funciones del producto de la industria que se estudia.

El poder de negociación de los compradores: los clientes tienen el poder de ejercer presión para bajar los precios o aumentar la calidad del servicio dependiendo de la importancia o magnitud de los mismos con relación a la industria. Algunos factores que influyen en el índice de importancia de los compradores incluye los volúmenes o concentración de las compras, costo relativo de las compras, la falta de diferenciación de los productos comprados, bajos costos de cambio, bajos niveles de ganancias, potencial integración de los compradores a la fuerza de los competidores o “backward integration” y amplia información sobre el mercado.

El poder de negociación de los proveedores: los proveedores pueden ejercer presión para subir los precios o reducir la calidad de los bienes y servicios, limitando las ganancias de las compañías. Los criterios determinantes son la concentración de los proveedores, competencia con productos sustitutos, importancia de la industria para el grupo de proveedores, costos de cambio o diferenciación creados por el grupo de proveedores y si el grupo de proveedores representa una amenaza de integración en el mercado de los competidores o “forward integration”.

2.2.2. Calidad del Servicio

Un servicio es intangible, heterogéneo e inseparable (Zeithaml, Parasuraman y Berry, 1990, p. 15) y resulta mucho más difícil evaluar la calidad de un servicio que de un bien, ya que el criterio que se utiliza para la evaluación depende de los clientes exclusivamente. En el caso de los centros de salud el servicio se compone del servicio médico, por un lado, y del servicio administrativo, por otro. En este trabajo la calidad del servicio se refiere tan solo al área administrativa, pues el modelo de financiamiento no hace distinción entre patologías u órdenes médicas para realizarse intervenciones quirúrgicas.

Por lo tanto, este trabajo estudia la calidad del servicio de los procesos administrativos que el proyecto representaría para los pacientes de las clínicas. Es decir, el proyecto añadiría valor a los pacientes que hagan uso de las clínicas y se podría entender como una expansión de la calidad del servicio que prestan las clínicas, las cuales estarían estrechamente relacionadas al ente que provea el financiamiento de los saldos particulares.

Es importante resaltar que el compromiso que tienen los centros de salud privados es con los ciudadanos de la nación, a partir del artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en el cual se declara el derecho a la salud como un derecho humano fundamental. Por lo tanto, el derecho de admisión es un tema delicado en el cual se debe enfatizar la calidad del servicio, procurando atender la mayor cantidad de pacientes posible, de manera que la salud no se convierta en un privilegio sino en un derecho. La calidad del servicio se puede medir de acuerdo a dimensiones establecidas a

través de numerosos estudios, tales como aquellas desarrolladas por el modelo SERVQUAL. Este último mide 5 dimensiones, incluyendo bienes tangibles, confianza, capacidad de respuesta, seguridad y empatía (Zeithaml, Parasuraman y Berry, 1990, p. 26). Para evaluar la ampliación del servicio que prestarían las clínicas a través del modelo de financiamiento propuesto se pueden utilizar las dimensiones mencionadas anteriormente.

Bienes tangibles: se refieren a la apariencia de las instalaciones, equipos, personal y materiales de comunicación.

Confianza: mide la habilidad de proveer el servicio prometido de manera confiable.

Capacidad de respuesta: estudia la disposición de ayudar a los clientes con un servicio rápido.

Seguridad: se refiere al conocimiento y cortesía de los empleados y su capacidad de brindar un servicio confiable.

Empatía: es el cuidado y atención individualizada que la compañía provee a los clientes. (Zeithaml, Parasuraman y Berry ,1990, p. 26).

Estas dimensiones se convierten en piezas claves para medir el grado en el cual el servicio de las clínicas privadas puede garantizar una atención acorde a aquello expresado en los derechos humanos y la constitución sobre la calidad de salud que se merecen los venezolanos. El proyecto hace el intento de dotar a los servicios de admisión de las clínicas privadas de herramientas para lograr el objetivo de proveer de financiamiento a pacientes que bajo las circunstancias actuales no podrían ser admitidos para tratamientos en los centros privados, renunciando así a su derecho a la salud. En estudios dedicados al sector salud se han estudiado estas variables junto a tres adicionales, que incluyen

sensibilidad, atención y voluntad de ayudar. (Arévalo y Morales, 2002). Estas variables se pueden añadir a las primeras cinco dimensiones para medir la satisfacción de los pacientes que ingresen solicitando tratamiento en las clínicas y actualmente no sean capaces de cubrir los presupuestos con avales o pagos particulares o una combinación de ambos.

2.2.3. Formulación y Evaluación de Proyectos:

Las bases teóricas de este trabajo incluyen información sobre la formulación y evaluación de proyectos, tales como la elaboración de un estudio de factibilidad, así como sobre la propuesta de valor y estrategia del proyecto. El conjunto de estudios que se deben realizar para evaluar la factibilidad del proyecto o emprendimiento incluyen el marco del estudio de mercado, estudio técnico y estudio económico-financiero. Los primeros dos estudios se deben realizar anteriormente al económico-financiero, cuyo objetivo primario “es determinar el flujo de fondos que manejará la empresa lo que permitirá, a su vez, calcular la tasa interna de retorno y el Valor Presente Neto del proyecto y derivar de estas dos herramientas su factibilidad financiera.” (Blanco, 2001, p. 115).

2.2.3.1. Estudio de Mercado:

La estructura del estudio de factibilidad sigue el formato de tres partes mencionado arriba, comenzando con la descripción del producto, sus características y

uso, la demanda del producto, la oferta, el mercado potencial, la formación del precio y los canales de comercialización. (Blanco, 2001, p. 113). Se trata de un servicio o bien intangible, cuya demanda puede ser proyectada basándose en los datos de saldos particulares o deuda de los pacientes con las instituciones de salud privadas que se estudian en los dos casos expuestos en este trabajo, Clínica 1 y Clínica 2, para los últimos 5 años. De esta manera, se pudo proyectar la demanda del proyecto.

Seguidamente, se estudió la oferta del producto, la cual se refiere a las fuentes de financiamiento actuales para los tratamientos de los pacientes de estos centros de salud. Esto incluye avales privados y del gobierno, tales como HCMs y ayudas del gobierno, así como gastos de bolsillo de los pacientes. De esta manera, se puede deducir que existe un mercado potencial para este servicio.

La diferencia entre demanda y oferta permite determinar la demanda insatisfecha la cual conforma el mercado potencial del producto; en caso de no existir tal diferencia, se deberán mencionar los factores que permitan la posibilidad de captar un mercado ya cubierto, o la incorporación a parte de su expansión futura (Blanco, 2001, p. 133).

El próximo paso consistió en obtener el precio del servicio, el cual se obtuvo de manera práctica, recurriendo a “análisis directos de campo sobre precios de productos similares” (Blanco, 2001, p. 133), o en este caso el nivel de los saldos particulares, es decir aquella porción de los servicios no cubiertos por ninguna clase de aval.

El último punto referente al estudio de mercado se denomina canales de comercialización y se define como “el conjunto de actividades relacionadas con la transferencia de bienes y servicios desde el productor hasta el consumidor final” (Blanco, 2001, p. 134). Los canales de comercialización de este servicio se reducen a las clínicas privadas que refieran el servicio durante sus procesos de admisión. Se trata de un servicio

adicional de financiamiento de tratamientos médicos para pacientes que no logren cubrir los presupuestos calculados con los avales disponibles.

2.2.3.2. Estudio Técnico:

El segundo componente del estudio de factibilidad es el Estudio Técnico. Este estudio se encuentra relacionado a plantas que se planifiquen para producir un producto determinado. En el caso de un servicio, los componentes de un estudio técnico no aplican necesariamente, y tan sólo se puede hablar de equipos que se vayan a utilizar en las oficinas, así como infraestructura de servicios, los cuales incluyen facilidades que las que se cuenta “relativas a energía eléctrica o de otro tipo, disponibilidades telefónicas y similares”, (Blanco, 2001, p. 137) entre otras relacionadas a la comunicación. La ubicación de la oficina y de los diferentes centros de salud es en la Gran Caracas, por lo cual se garantiza el acceso a todos los servicios públicos. Seguidamente, se consideró un cronograma de inversión, el cual contiene los planes para la adquisición de los diferentes equipos que se vayan a utilizar en la oficina. Entre ellos se encuentran computadoras y teléfonos.

2.2.3.3. Estudio Económico Financiero:

La tercera parte del estudio se refiere al Estudio Económico-Financiero. Aquí se cuantificó la información derivada de las primeras dos fases del proyecto para llegar a resultados financieros que se puedan proyectar hacia el horizonte del mismo. En primer

lugar se cuantificaron los componentes de la inversión, tales como los activos fijos y otros activos, los cuales, una vez más se refieren a los equipos de oficina, mobiliario y similares (Blanco, 2001,p. 139). De esta manera se calcula la inversión total en el Cronograma de Inversión y se deriva la depreciación y amortización estimada para estos equipos, calculada basándose en el número de años de vida del activo fijo y el valor del activo intangible. Según Blanco (2001),

La inversión efectuada se recupera a través de la depreciación-que se aplica sobre los activos fijos- y de la amortización, aplicada sobre los otros activos, o activos intangibles. En el caso de los activos fijos el número de años aplicados suele arrancar con un mínimo de tres años y permanecer hasta finalizar la vida útil el activo. En el caso de los activos intangibles su duración suele abarcar entre un mínimo de tres años y un máximo de cinco años”. (Blanco, 2001, p. 141)

Los costos de depreciación y amortización se deben llevar directamente al Estado de Resultados por ser un costo contable que no conlleva manejo de efectivo.

El próximo componente del Estudio Económico Financiero incluye el financiamiento, el cual debe contener el monto del crédito, la tasa de interés nominal, tasa de interés efectivo por período de pago, comisiones de apertura y de compromiso, períodos de vigencia y de gracia y el monto de los pagos de amortización (Blanco, 2001, p. 143). Los costos financieros anuales fueron presentados directamente en un Flujo de Fondos. Uno de los gastos más importantes a considerar en todo proyecto fue el de nómina y se consideraron los efectos de las prestaciones sociales y otros beneficios.

Igualmente, se calcularon las necesidades de Capital de Trabajo. Esto se torna crítico para el desarrollo de la caja de la empresa.

Para ello se toma del Cuadro de Inversión y del Estado de Resultados las cifras de inversión, de ingresos y de costos correspondientes al primer año de inversión y se desplazan mensualmente en el tiempo. El saldo negativo mayor

de la fila del saldo acumulado de caja mostrará el capital de trabajo necesario. (Blanco, 2001, p. 146)

El Capital de Trabajo se define como la diferencia entre activo circulante y pasivo circulante necesario para el funcionamiento del proyecto. Este “no está sujeto a depreciación ni a amortización debido a su naturaleza de activo líquido transferible a lo largo de los años de funcionamiento del proyecto, y consecuentemente, es recuperable al final del proyecto”. (Blanco, 2001, p. 141)

2.2.4. Valor Actual Neto y Tasa Interna de Retorno:

El Flujo de Fondos es un componente clave para calcular Tasa Interna de Retorno (TIR) y el Valor Actual Neto (VAN).

Una vez calculado el Flujo de Fondos se procedió con la evaluación de la Rentabilidad del proyecto. Las herramientas más comunes para determinar si el proyecto debe ser puesto en marcha son la VAN y TIR. La Tasa Interna de Retorno se define como la tasa de interés que se gana sobre el saldo no recuperado de una inversión de forma que el saldo final sea cero. También se puede describir como la tasa a la que el VAN de la inversión es igual a 0. Ahora bien, el criterio para el presupuesto de capital sobre la base de la tasa interna de rentabilidad es aceptar un proyecto de inversión si el coste de oportunidad del capital es menor que la tasa interna de rentabilidad” (Brealey y Myers, 1988, p. 80)

El VAN se define como

$$VAN = Co + C1 / (1+r)^0 \text{ (Brealey y Myers, 1988, p. 78)}$$

Donde C1 equivale a rendimiento, Co a inversión requerida y r al tipo de descuento

O como

$$VAN = VA - \text{inversión requerida} \text{ (Brealey y Myers, 1988, p. 15)}$$

En cuanto al VAN se puede definir que el componente del VA es el “valor presente descontado de la sumatoria de los flujos de caja (Blanco, 2001, p. 147). Estos flujos de caja fueron descontados a una tasa denominada WACC, la cual se define a continuación:

$$\text{Coste medio ponderado de capital} = rd * (1 - Tc) * D/V + rt * (E/V) \text{ (Brealey y Myers, 1988, p. 463)}$$

*donde **rd** corresponde a la tasa de interés de la deuda, **Tc** a la tasa de impuesto, **D** al préstamo, **E** al aporte de capital, **re** a la tasa requerida por el inversionista y **V** al valor total de la empresa*

Cabe destacar que los precios que se utilizaron son corrientes.

2.2.5. Escenarios:

Una vez finiquitado el análisis de los estados financieros proyectados que se presentaron anteriormente, se procedió al análisis de sensibilidad. Aquí se calculó el impacto de ciertos factores que pudieran estar fuera del control de la Gerencia. Es

importante señalar que los tradicionales escenarios que se estudian en los proyectos, tales como el efecto de la inflación y los precios de los insumos se manifiestan de manera limitada. Esto se debe a la regulación de los precios impuesta por el gobierno a una significativa porción de los servicios de las clínicas.

2.2.6. Balanced Scorecard:

Otra herramienta que es de mucha utilidad para encauzar el proyecto es el Balanced Scorecard, desarrollado por Kaplan y Norton (1996). Esta es una herramienta que “provee a los ejecutivos de un marco completo que traduce la visión y la estrategia de la compañía en una serie de medidas de rendimiento coherentes” (Kaplan y Norton, 1996, p. 24). Existen cuatro perspectivas que son evaluadas por medio del esquema propuesto.

Perspectiva Financiera: Las compañías se pueden encontrar en una de tres situaciones financieras, crecimiento, manutención y cosecha, para las cuales se estudiaron tres dimensiones diferentes, tales como crecimiento de ingresos, reducción de costos y mejoras en la productividad y explotación de activos. La combinación de estos seis aspectos ofrece diferentes estrategias financieras. De esta manera se dedujo cuál estrategia se debe aplicar para maximizar los objetivos a largo plazo de la unidad de negocios en cuestión. (Kaplan and Norton, 1996, p. 47)

Perspectiva de Clientes: esta perspectiva sirve para identificar los segmentos del mercado en el cual competirá la compañía, de manera que pueda impactar los ingresos positivamente. Las medidas que se buscan incluyen aquellas de market share, retención, adquisición y satisfacción del cliente, así como rendimiento de los segmentos a los cuales

se apunta. Estas tan sólo tendrán sentido si se acompañan de propuestas de valor para cada uno de los segmentos. Estas propuestas se logran por medio de tres clases de atributos. Se trata de atributos del producto o servicio, tales como función, calidad y precio; de la relación del cliente, tales como calidad de la experiencia de compra y relaciones personales; así como de atributos de imagen y reputación. (Kaplan and Norton, 1996, p.63).

Perspectiva de Procesos Internos: este aspecto intenta dilucidar sobre aquellos procesos que resultan cruciales para el cumplimiento de objetivos de clientes y accionistas. Estos procesos están divididos en tres partes, procesos de innovación, de operaciones existentes y de post-venta. (Kaplan and Norton, 1996, p.92)

Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento: Esta perspectiva representa la base sobre la cual reposan las primeras tres perspectivas. Es importante señalar que resulta clave invertir en la infraestructura de la compañía, que son su gente, los sistemas y procedimientos para lograr resultados financieros a largo plazo. Las categorías en las que se divide esta perspectiva incluyen capacitación de los empleados, capacidades de los sistemas de información y motivación, apoderamiento y alineación con la estrategia de la compañía. (Kaplan and Norton, 1996, p.126)

De igual manera resulta importante crear un presupuesto que considere los temas estratégicos que han sido escogidos en las perspectivas mencionadas anteriormente para garantizar la consecuente realización de los objetivos.

2.3. Bases Legales:

2.3.1 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela:

El proyecto se realiza manteniendo como fundamental aquello expresado en el Artículo 83 que dice que la “salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida”, pues el modelo de financiamiento considera otorgar servicios de salud por medio de la Ley de Responsabilidad Social de la Contratación Pública (Gaceta Oficial N° 39.181 del 19 de mayo de 2009) a personas que actualmente no cubren sus gastos tal y como son presupuestados en los centros de salud privados.

2.3.2. Declaración de Derechos Humanos:

Según el artículo 25 de la Declaración de los Derechos Humanos (ONU, 2013),

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. (ONU, 2013)

Este artículo abarca la intención de este proyecto, la cual intenta proveer de financiamiento a pacientes con enfermedades, quienes están en su derecho de ser atendidos, pero por problemas de deficiencia del sistema de salud público no encuentran tratamientos en las instituciones públicas y se ven obligadas a recurrir a las instituciones

privadas.

2.3.3. Reglamento de Ley de Contrataciones Públicas:

Según el reglamento de Ley de Contrataciones Públicas (LCP) el “Compromiso de Responsabilidad Social son todos aquellos acuerdos que los oferentes establecen en su oferta, para la atención de por lo menos una de las demandas sociales relacionadas con: a. La ejecución de proyectos de desarrollo socio comunitario. b. La creación de nuevos empleos permanentes. c. Formación socio productiva de integrantes de la comunidad. d. Venta de bienes a precios solidarios o al costo; e. Aportes en dinero especies a programas sociales determinados por el Estado o a instituciones sin fines de lucro; y f. Cualquier otro que satisfaga las necesidades prioritarias del entorno social del órgano o ente contratante”. (Gaceta Oficial N° 39.181)

Adicionalmente, en su artículo 35 la LCP menciona que

Para el suministro de bienes, prestación de servicios o ejecución de obras, se establece para el Compromiso de Responsabilidad Social un valor mínimo del uno por ciento (1%) y un valor máximo del cinco por ciento (5%) del monto del contrato suscrito, el cual asumirán los Contratistas beneficiarios de la adjudicación del mismo. Los órganos o entes contratantes deberán fijar los porcentajes a ser aplicados a cada condición del Compromiso de Responsabilidad Social, así como, establecer categorías o escalas proporcionales con base en los montos de los contratos a ser suscritos (Gaceta Oficial N° 39.181)

Este proyecto se puede clasificar de índole social, pues intenta otorgar financiamiento a pacientes que no cuentan con avales para cubrir gastos médicos y procura disminuir los gastos de bolsillo en salud que contribuyen al empobrecimiento de los hogares.

2.3.4. Ley de la Actividad Aseguradora:

La entrada en vigencia de esta ley el 29 de Junio de 2010 regula los ingresos, para los cuales no es necesario solicitar clave de emergencia de las compañías aseguradoras para el ingreso de los pacientes, obligando a las clínicas privadas a atender a todos aquellos pacientes que acudan al servicio de emergencia.

Adicionalmente, en el artículo 40, numeral 14 indica que las empresas de seguros tienen prohibido pagar precios a proveedores de insumos y servicios mayores a los ofertados para el público en general, o regulado si los hubiese”, con lo cual las clínicas se ven en la obligación de facturar costos no asumidos por los seguros a los pacientes, incrementando los saldos particulares.

2.3.5. Sundecop:

Se estudia la Providencia 294, publicada en la Gaceta Oficial el 26 de junio de 2013 de la Superintendencia Nacional de Precios y Costos, en la cual se regulan los precios al público de ciertos servicios de salud privados, tales como los servicios de emergencia, hospitalización en habitación, quirófano, hemodiálisis, hemodinamia, laboratorio y rayos x, entre otros.

2.4. Definición de términos:

- **Gastos de bolsillo:** pagos particulares de pacientes para cubrir gastos de salud.

- **Financiamiento del sistema de salud:** incluye recolectar, “pooling” y asignar recursos, así como manejar el riesgo financiero.
- **Cobranza:** está relacionado a los ingresos recibidos de las compañías aseguradoras o los pacientes particulares.
- **Saldos particulares:** deuda de pacientes particulares que se mantienen pendientes.
- **Deuda:** Se trata de saldos particulares o deuda de compañías aseguradoras, públicas y privadas.
- **Risk pooling:** Refiere a seguros sociales y se utiliza para aminorar los efectos de gastos catastróficos, de esta manera reduciendo el riesgo de empobrecimiento.

CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación:

Este es un estudio descriptivo, ya que Balestrini, (2006) infiere la descripción acerca de las singularidades de una realidad estudiada de una organización y tipo de gestión. Se estudió la gestión de dos centros privados de salud en cuanto esta revela la falta de financiamiento de tratamientos para pacientes que no cubren el 100% de los tratamientos por medio de sus respectivos avales. Se trata de los casos de dos clínicas Tipo 1 ubicadas en el área de la Gran Caracas.

En específico, se evaluaron los saldos particulares o cobranza particular de estos dos centros de salud, para dar indicio de los gastos de bolsillo de los pacientes que ingresan a las instituciones. Es necesario dar cuenta con gran precisión de los resultados que se obtendrán para aumentar su grado de fiabilidad. El proyecto es un caso de estudio, en el cual el investigador “debe explorar a fondo el programa, evento, actividad, proceso o individuos. Los casos están delimitados por el tiempo y la actividad, y los investigadores deben recolectar información detallada por un período de tiempo” (Creswell, 2009, p. 46).

3.2. Delimitación de la Investigación:

La investigación se centró en los niveles de deuda de las instituciones privadas exclusivamente y sólo contempla el financiamiento de pacientes que acuden a estas

instituciones que deben desembolsar pagos particulares para costear sus tratamientos. De esta manera, se estudió el riesgo que corren las instituciones privadas por depender de financiamiento particular.

El subsector público es excluido de esta investigación; así como detalles sobre las clases de tratamiento que son financiados, no haciendo énfasis en si los niveles de gastos incluyen gastos catastróficos o no. En otras palabras, no se hizo distinción entre patologías o duración del tratamiento.

3.3. Diseño de la Investigación:

El diseño de la investigación es cuali-cuantitativa, ya que “se aborda la investigación combinando o asociando las formas cualitativas y cuantitativas en un estudio. Esto va más allá de recolectar y analizar la información por separado, sino que se utilizan simultáneamente para incrementar la fiabilidad del estudio” (Creswell, 2009 p. 37).

La estrategia de la investigación es transformativa, pues se utilizó “un lente teórico para brindar una perspectiva que abarque tanto el diseño cuantitativo como el cualitativo. Este lente brinda apoyo para seleccionar datos de interés, métodos para recolectar data y anticipa resultados del estudio” (Creswell 2009, p. 48). Tal es el caso de las proyecciones financieras que se realizaron utilizando los datos de la oferta y la demanda; es decir del presupuesto nacional en su partida 404, la cual arroja un estimado de la contratación pública para proyectar la oferta de ayudas de entes privados que destinan recursos por Ley de Responsabilidad social a gastos de salud, y los saldos

particulares, para proyectar la demanda del modelo de financiamiento propuesto.

El gráfico Nro. 1 resume los métodos a aplicar en cada diseño:

Gráfico Nro. 1. Métodos de Investigación

Métodos Cuantitativos:	Métodos Quali-Cuantitativos:	Métodos Cualitativos:
<ul style="list-style-type: none">• Pre-determinados• Instrumentos basados en preguntas• Data de resultados, y otra• Análisis Estadístico• Interpretación Estadística	<ul style="list-style-type: none">• Pre-determinados y emergentes• Preguntas abiertas y cerradas• Múltiples formas de recolección• Análisis de textos y estadístico	<ul style="list-style-type: none">• Métodos emergentes• Preguntas abiertas• Data documental, de entrevista y audiovisual• Análisis de textos e imágenes

Nota: Adaptado de J. Creswell, p. 15, 2009 por Sage Publications

Cabe destacar que la data que se recopiló con el método cuantitativo se refiere a data de resultados, mientras que la data que se recauda con métodos cualitativos es documental. El método más utilizado es el análisis de textos.

3.4. Unidad de análisis:

La unidad de análisis es el sector de salud privado o sector clínicas, ya que se estudian los casos de dos clínicas Tipo 1 del área metropolitana. Las clínicas Tipo 1 se consideran las más completas, y en la Gaceta Oficial el 26 de junio de 2013 de la Superintendencia Nacional de Precios y Costos se les han asignado las tarifas máximas.

3.5. Variables:

Ante la situación de gran riesgo para las clínicas, es de gran importancia determinar el volumen o el nivel de gastos no avalados que se presenta, gastos de bolsillo o saldos particulares. Esta es la variable dependiente. El sector privado de salud es la variable independiente.

3.6. Procedimiento por Objetivos:

Para definir la situación actual del sistema privado de salud en Venezuela, así como del sistema público de salud se realizó una entrevista al el Director Ejecutivo de la Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales y se analizarán artículos de periódicos, leyes vigentes y libros especializados en la industria.

Se recaudaron datos en dos de las principales clínicas ubicadas en Caracas para analizar la demanda de financiamiento de gastos de salud y se recolectaron datos del presupuesto nacional para analizar la oferta de financiamiento de estos gastos.

Se realizará un cuadro comparativo entre una ONG y una compañía para estudiarla aceptación de diferentes modelos de financiamiento para cubrir los saldos particulares.

3.7. Técnica de Recolección de Información:

Los datos recopilados abarcan hospitalizaciones electivas y emergencias por igual. El tipo de datos que se recolectaron se pueden clasificar en diseños de campo y diseños

bibliográficos o documentales ya que se cuenta con un diseño cuali-cuantitativo. Asimismo se trata de datos no experimentales, ya que se observan los “hechos estudiados tal como se manifiestan en su ambiente natural, y en este sentido no se manipulan de manera intencional las variables.” (Balestrini 2006 p. 132). En este caso se recaudaron datos secundarios, “por cuanto estos datos fueron reunidos por otros individuos” (Balestrini 2006, p. 146). Se trata de información de estados financieros auditados de Clínica 1, Tipo 1, para evaluar los ingresos y cuentas por cobrar a pacientes para los años 2009-2012, proveída por un Analista. En cuanto a la información de la Clínica 2, Tipo 1, se obtuvieron los datos secundarios del sistema de la institución en cuanto a la facturación y saldos pendientes de los años 2009-2012, a través del Jefe de Área.

Los datos del presupuesto nacional fueron obtenidos de la página web de la ONAPRE, Ley de Presupuesto para el Ejercicio Fiscal 2014, Capítulo 2 el 11 de junio de 2014.

Se realizó una visita a la Asociación de Clínicas y Hospitales en donde se entrevistó al Director Ejecutivo, Dr. Cristino García (2013), quien reveló datos del sector salud, tales como número de camas y su clasificación en el subsector público y privado, así como rotación de los subsectores, y cuentas incobrables.

Para el análisis de las fuentes documentales se utilizaron la observación documental, resaltado y uso de fichas, así como preparación de abstractos de no más de un párrafo. “La aplicación de la técnica de presentación resumida de un texto, permitirá dar cuenta, de manera fiel y en síntesis, acerca de las ideas básicas que contienen las obras consultadas”. (Balestrini 2006, p. 152)

3.8. Operacionalización de las Variables:

Tabla Nro. 1: Operacionalización de la Variable

Evento	Sinergia	Variable	Dimensión	Indicador	Herramientas	Fuente
Financiar gastos de bolsillo de pacientes en sector privado	Determinar saldos particulares	Cobranzas y pagos particulares	Facturación y deuda de pacientes	En Bolívares	Estados Financieros	Datos suministrados por clínicas
	Demanda de financiamiento	Cobranzas y pagos particulares	Facturación y deuda de pacientes	Flujo de Caja en Bolívares fuertes, VPN y TIR	Cobranza Particular	Datos Suministrados por clínicas
	Oferta de financiamiento	Presupuesto Nacional Partida 404	Partida 404 de cada ente	En Bolívares	Presupuesto Nacional	Datos publicados por ONAPRE
	Modelo de financiamiento	Estructura legal	ONG, empresa privada	Historia legal	Propuesta de valor, Balance Scorecard, Mapa estratégico	Marco legal y literatura académica

Nota: Creación propia, 2014.

3.9. Código de Ética:

Se hizo uso de los siguientes principios éticos (Creswell, 2009, p. 125) aplicados por la comunidad de investigadores académicos.

- Los investigadores deben deshacerse de los datos recolectados para evitar que estos no caigan en manos equivocadas que puedan hacer mal uso de la misma.
- Las entrevistas se validaron con los entrevistados para garantizar su fiabilidad
- No se omitirá, falsificará o inventarán hallazgos ni se utilizarán resultados para perjudicar a algún grupo.

CAPITULO IV. MARCO REFERENCIAL

En este capítulo se describe la situación actual del sistema de salud venezolano.

4.1 El Sistema de Salud Venezolano:

El total de centros de salud del sector de salud se estima en 294 hospitales, 4648 ambulatorios y 350 clínicas (Jaén 2006, p.30).

Según Jaén (2006) el sistema de salud en Venezuela se considera mixto y segmentado.

Los problemas más importantes de este modelo son: la desarticulación de los sistemas sanitarios; la fragmentación del financiamiento y desorganización institucional; la orientación hacia la atención hospitalaria y curativa - que consume un importante monto de los recursos disponibles; los deficientes e ineficientes mecanismos de asignación y distribución de los recursos financieros y elevado gasto en seguros privados que generan exclusión de la población más necesitada (Jaén 2006, p. 29).

En Venezuela, el sector salud se divide en tres subsectores, Subsector Público, representado por el Ministerio de la Salud y Desarrollo Social, el Subsector de la Seguridad Social, que involucra a los trabajadores y sus dependientes y Subsector Privado, que es constituido por instituciones que reciben financiamiento privado, ya sea mediante compañías aseguradoras o medicina prepagada.

Un análisis más cuidadoso de los subsectores revela que los mismos se pueden clasificar según sus camas. Las camas del sector salud se dividen en estructurales, funcionales y operativas. Las camas estructurales son aquellas que son diseñadas para ser construidas en los centros de salud, las funcionales son aquellas distribuidas en los

diferentes servicios y las operativas son las que se utilizan diariamente.

4.1.1. Subsector Público:

En el subsector público las camas estructurales alcanzan la cifra de 46.700; existen 19.500 camas funcionales y 11.200 operativas. Esto indica que el subsector público está plagado de ineficiencia, ya que una porción significativa de las camas no están operativas. Otra medida significativa para calcular la eficiencia de la atención prestada es el índice de rotación. El subsector público presenta un índice de rotación de 11.7 o 11 días y 7 horas. Esto implica que cada cama se encuentra vacía durante 11 días y 7 horas entre cada paciente. Otra medida de la eficiencia de los subsectores son las cuentas incobrables, las cuales ascienden a 32% de la facturación a los entes públicos, tales como entes gubernamentales y fondos autoadministrados. La deuda del sector público a Julio del 2013 (a 60 días) fue estimada en Bs. 3.100.000 millones (García, 2013)

4.1.2. Subsector Privado:

En el subsector privado, en cambio, el número de las camas estructurales, funcionales y operativas es el mismo, coincidiendo en 7.600. Es decir, el subsector privado trabaja con alta eficiencia, haciendo uso de todas las camas planificadas para la prestación de la atención médica. La rotación asciende a 0.04 en el subsector privado, significando que las camas rotan en 4 horas. Ahora bien, las cuentas incobrables alcanzan

11% de la facturación de los entes privados, consistiendo en cobranzas a compañías aseguradoras, medicina prepago y saldos particulares. La deuda del sector privado se mantiene en Bs. 1.890.000 millones (García, 2013)

Cabe destacar que las cuentas por cobrar representan la punta del iceberg de los problemas que presenta el sistema de salud en Venezuela y del subsector de clínicas privadas, pues advierten sobre una deficiencia en la calidad de la prestación del servicio y apuntan hacia un proceso de admisión ineficaz, en el cual las clínicas no logran cubrir todos los gastos incurridos por los pacientes. Más específicamente se puede hablar de que las pérdidas ocasionadas son humanitarias, traduciéndose en pacientes no atendidos por falta de cobertura, así como financieras, lo cual es resultado de que las cuentas por cobrar eventualmente son declaradas incobrables y se convierten en pérdida para las clínicas.

Sin embargo, se evidencia un incremento en la cantidad de clínicas en la última década, según la Tabla Nro. 2.

Tabla Nro. 2. Establecimientos de salud hospitalarios públicos y privados, año 1999

Tipo de centro asistencial	Público		Privado		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Tipo I (de 20 a 60 camas)	108	61.0	248	91.2	356	79.3
Tipo II (de 60 a 120 camas)	34	19.2	22	8.1	56	12.5
Tipo III (de 150 a 300 camas)	17	9.6	2	0.7	19	4.2
Tipo IV (más de 300 camas)	18	10.2	0	0.0	18	4.0
Total	177	100	272	100	449	100

Nota: Adaptado de Costo de la Salud en Venezuela de M. Jaén, p. 113, 2006, IESA

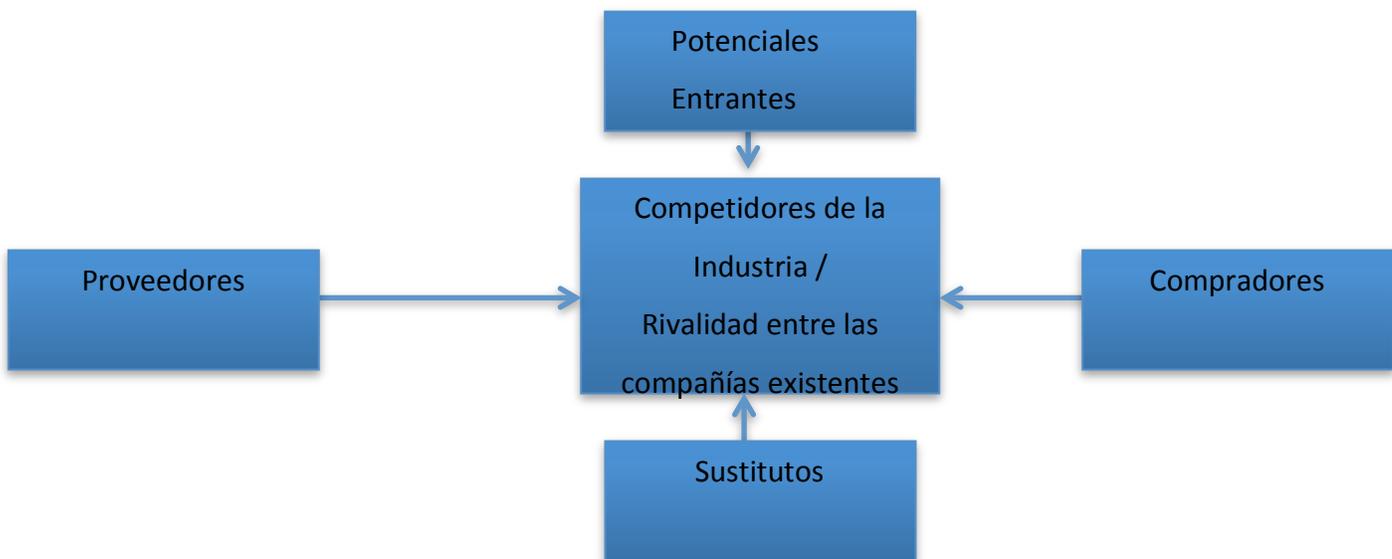
CAPITULO V. PLAN DE NEGOCIOS

En este capítulo se presenta el plan de negocios basado en un modelo de financiamiento para gastos de bolsillo o saldos particulares.

5.1. Análisis de la Industria

El modelo de financiamiento que se propone es evaluado a través de un plan de negocios. Mientras que la estrategia que se debe adoptar con dicha compañía o modelo de financiamiento es el objetivo primario de este análisis, el primer paso a tomar con respecto al plan de negocios es establecer la industria en la cual operará. La industria se definió como la industria del financiamiento de la salud. Seguidamente, se analizaron las cinco fuerzas que definen a la industria (Porter, 1980) según el Gráfico Nro. 2.

Gráfico Nro. 2. Las Fuerzas de Porter



Nota: Adaptado de M. Porter, p.4 1980, The Free Press.

5.1.1. El poder de negociación de los compradores:

Cabe destacar que se determinan dos niveles de clientes o compradores. En primer lugar está el cliente final o usuario, con lo cual se refiere a los pacientes individuales que buscan maneras de financiar sus tratamientos. Aquí se establece que hay dos clases de usuarios, aquellos con altos niveles de saldo particular o deuda, quienes por lo general no cuentan con seguros privados, usuarios de bajos recursos y aquellos con niveles intermedios o bajos de saldos particulares o deuda, los cuales cuentan con seguros que cubren sus cuentas parcialmente. El poder de negociación de ambas clases de compradores es bajo, ya que el producto en cuestión, el tratamiento o el precio de este tratamiento es altamente inelástico.

En segundo lugar, se determina otra clase de cliente o comprador. Estos son las clínicas. Las clínicas son usuarios distribuidores y contarán con el servicio de este modelo de financiamiento o compañía. Estas recomendarán a los usuarios finales el servicio de financiamiento para cubrir los pagos particulares o los gastos de bolsillo para financiar los presupuestos que se facturarán a los pacientes que buscan tratamientos. En el año 2013, hubo 183 clínicas inscritas en la Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales (García, 2013).

5.1.2. Potenciales Entrantes:

Entre los factores que significan una barrera de entrada en la industria se pueden nombrar las políticas del gobierno, ya que este ha afectado al sector salud

significativamente en los últimos años, alterando leyes y profundizando la brecha que existe entre el usuario y la atención médica que se presta en los centros de salud. En el caso del modelo de financiamiento, existe el Reglamento de Ley de Contrataciones Públicas, del cual se beneficiarían los usuarios de las instituciones de salud. En la ausencia de este reglamento, el modelo tendría que hacer uso de otras fuentes para conseguir fondos.

El acceso a canales de distribución significa otra barrera de entrada. La industria del financiamiento de los gastos de salud se ve limitada por el número de clínicas privadas que existen en el país. Como se expuso anteriormente, el sistema de salud privado está colapsado, por lo cual es cada vez más exclusivo.

Finalmente, se puede determinar que el acceso a capital constituye otra barrera de entrada, pues las compañías aseguradoras y fundaciones que proveen el financiamiento para los gastos de salud generalmente tienen altos requerimientos de capital antes de emprender sus operaciones.

Los potenciales entrantes de la industria de financiamiento de gastos de salud son nuevos entes gubernamentales que se puedan crear para fines de salud y compañías que no cuentan con fundaciones en estos momentos.

5.1.3. Intensidad de la Rivalidad:

Los actores que comparten el mercado del financiamiento de los gastos de salud son las compañías aseguradoras, así como las fundaciones o entidades del gobierno que otorgan ayudas.

Según Porter (1980), las industrias en las cuales “las compañías son numerosas, la probabilidad de incoformistas es alta y algunas compañías creerán que pueden tomar pasos estratégicos sin ser percibidas. Aún cuando haya relativamente pocas compañías, si estas están relativamente balanceadas en cuanto a su tamaño y recursos, habrá inestabilidad y estas lucharán entre ellas mismas” (Porter, 1980, p. 18).

Según la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, en Venezuela existen actualmente 50 empresas de seguros constituidas. En cuanto a la cantidad de fundaciones que operan, es difícil de determinar la cantidad de ellas que se han formado en el territorio venezolano. Cabe destacar que los convenios creados por los hospitales con las fundaciones son escasos y estos se han establecido casi exclusivamente con las compañías aseguradoras. Sin embargo, existe una parte del mercado que es abarcado por entes gubernamentales y fondos autoadministrados, tales como el Ministerio de la Educación, Corpoelec o CANTV, quienes negocian convenios con las clínicas.

La intensidad de la rivalidad incrementa ante factores como altos costos fijos, falta de diferenciación del producto, así como altas barreras de salida. Los costos fijos son altos para las compañías aseguradoras debido a la larga lista de requisitos financieros que deben cumplir. En cuanto al producto, se debe hablar de la cobertura de los gastos de salud, cuya diferenciación variará de acuerdo a las pólizas y queda sujeta a la discreción de los Ministros y funcionarios que otorgan las ayudas. Existe cierta diferenciación a nivel de las fundaciones, en donde algunas se especializan por tratamiento requerido. Tal es el caso de la Fundación Polar, la cual otorga ayudas para pacientes con cáncer. En el caso de las barreras de salida, se puede hablar de la fecha de expiración de los contratos con los usuarios por el pago de las primas y la prestación de servicios.

5.1.4. Presión de Productos Sustitutos:

Los productos sustitutos del financiamiento de los gastos de salud son aquellos que los usuarios pagan de su bolsillo, así como las exoneraciones otorgadas por los médicos y hospitales por tratarse de casos sociales. En tal sentido, no existe una alta presión de productos sustitutos.

5.1.5. Poder de Negociación de los Proveedores:

Los proveedores de la industria son las reaseguradoras en el caso de las compañías aseguradoras, el Gobierno, en el caso de los diferentes entes proveedores de ayudas, y las compañías privadas que son el sustento de las fundaciones. En cada caso, el poder de negociación de los proveedores es muy alto.

5.2. Análisis de los Competidores:

“La estrategia competitiva de una compañía acarrea posicionar la compañía para maximizar el valor de las capacidades que la distinguen de los competidores” (Porter, 1980, p. 47). Es por esto que se hace necesario un análisis de la competencia. Se define la competencia como toda aquel ente, privado o del gobierno, que provea de fondos necesarios a los pacientes para cubrir los gastos de salud en los que se incurra en las clínicas privadas del país. De tal manera, la

compañía compite con todas las compañías aseguradoras del país, así como con las ayudas sociales otorgadas por los diferentes Ministerios y Fundaciones.

Tabla Nro. 3: Prestaciones y Siniestros Brutos pagados por ramos.

Siniestros		
en miles de Bolívars		
Año	Hospitalización-Individual	Hospitalización-Colectivo
2012	4.165.704	13.487.380
2011	3.319.935	10.195.659
2010	2.490.226	8.562.667
2009	1.587.276	6.749.635
2008	1.055.877	5.033.660

Nota: Adaptado de la página web de Superintendencia de la Actividad Aseguradora, Estadísticas, Seguro en Cifras, Cuadro Nro. 6, 2008-2012

Los datos presentados en la Tabla Nro. 3 permiten medir las coberturas otorgadas a los pacientes por los gastos de salud incurridos en el territorio nacional o los siniestros. Estas cifras son obtenidas de los reportes de la actividad aseguradora del país, y representan el estimado más cercano para medir los gastos de salud de las clínicas privadas del país. Por lo tanto, miden el tamaño del mercado que abarca la competencia y son una aproximación del tamaño de la industria que se estudia.

5.2.1. Areas de Fortalezas y Debilidades de los Competidores:

Las áreas en las que los competidores demuestran debilidades y fortalezas, según Porter (1980), incluye “posicionamiento y gama de los productos, distribución, mercadeo, operaciones, investigación, costos totales, capacidad financiera, organización, gerencia y portafolio corporativo entre otros” (Porter, 1980, p. 64). En el caso de las compañías

aseguradoras, se puede determinar que presentan una capacidad financiera superior, lo cual se evidencia de las utilidades de la industria en los últimos cinco años. Esto se debe principalmente a la fuerza de los ingresos percibidos, los cuales se componen primordialmente de primas que abarcan tanto los seguros por hospitalización, como aquellos de vida, patrimoniales, etc.

Tabla Nro. 4: Indicadores Financieros de la Industria Aseguradora

Año	Utilidad	Activos	Ingresos
en miles de Bolívares			
2012	3.939.290	51.472.198	106.719.811
2011	2.606.041	41.979.255	82.002.258
2010	2.471.683	32.286.821	66.015.417
2009	1.049.739	21.754.470	47.442.381
2008	1.046.040	17.849.624	37.154.339

Nota: Adaptado de la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, Estadísticas, Seguro en Cifras, Balance Condensado, Cuadro Nro. 24, Estado de Ganancias y Pérdidas, Cuadro Nro. 25-A para los años 2008-2012

La capacidad financiera de la industria aseguradora, evidenciada en la Tabla Nro. 4 permite que los productos financieros sean posicionados como una alternativa confiable para cubrir tratamientos médicos. Cabe destacar que las compañías cuentan con una gama de productos más amplia que aquella que se sugiere tenga la empresa que se propone, pues sus ramos no se limitan a hospitalización, maternidad y cirugía. Es por esto que se puede hablar de un portafolio corporativo fuerte o diversificado.

Entre las debilidades de la competencia se encuentran los altos costos administrativos que conllevan las diferentes organizaciones, atadas a estrictas regulaciones propias del gremio que dictan el nivel de reservas que deben mantener para

mercadear sus servicios, así como los gastos en salario que requieren sus estructuras organizacionales.

5.3. Estrategia Competitiva:

Las diferentes fuerzas que mueven la industria, mencionadas anteriormente, ayudan a identificar las fortalezas y debilidades de la compañía que se está ideando, de manera que se puede estructurar una estrategia competitiva propia. Sin embargo, existen estrategias competitivas genéricas, preestablecidas por Porter (1980) que pueden dilucidar la problemática de la industria. En el caso del modelo de negocios sugerido, se puede identificar que una estrategia competitiva ventajosa, sería aquella del Liderazgo Total de Costos. Esta estrategia requiere de “agresividad en su construcción, reducciones de costos vigorosas por experiencia, alto control de costos de producción y administrativos, etc (Porter, 1980, p. 35). El hecho de que los competidores de este modelo de negocios sean las compañías aseguradoras, con sus costosas reservas y comisiones a reaseguradoras, implica que la compañía se posicionaría en la cabeza del liderazgo de costos naturalmente, al no incurrir en tales costos. En su lugar, la compañía obtendría fondos directamente de las empresas privadas según el Reglamento de Ley de Contrataciones Públicas. Es decir, la compañía actuaría como una gestoría, sin mantener fondos en reservas, en donde las compañías privadas que se beneficien de contrataciones públicas donarían sus fondos directamente a los pacientes.

Al encontrarse en la posición de contar con bajos costos permitiría a la compañía obtener rendimientos por encima del promedio en la industria, a pesar de la presencia de fuerzas competitivas de mucha fuerza. Su posición de costos le brinda a la compañía defensas para combatir la rivalidad

de los competidores, ya que con sus bajos costos todavía podría obtener retornos después de que sus competidores hayan perdido sus ganancias en la rivalidad (Porter, 1980, p. 35).

Adicionalmente, se debe considerar que la compañía también trabaja como complemento de la competencia, en tanto que sus servicios pueden ser utilizados para cubrir los gastos de los pacientes que las compañías de seguros no cubran, los cuales quedan pendientes por pago como saldos particulares y se convierten en gastos de bolsillo de salud.

5.4. Estudio de Mercado:

El estudio del mercado, según Blanco (2001), debe contener la descripción del producto, demanda, oferta, mercado potencial, formación del precio y canales de comercialización.

5.4.1. Descripción del Producto:

El producto consiste de un servicio que se prestará a los pacientes que acuden a las clínicas privadas para realizarse tratamientos electivos, así como emergencias. El servicio será referido en las áreas de admisión de las clínicas. Los pacientes solicitarán el presupuesto del tratamiento o intervención y se encargarán de gestionar la cantidad de la cobertura con seguros que puedan tener a la disposición. La diferencia entre el presupuesto y el monto que se otorgará en forma de cobertura constituye el saldo a pagar

por el paciente o gasto de bolsillo en el que se incurrirá. Dependiendo de la clínica privada en la que se encuentre el paciente, la institución requerirá pagos por adelantado o la clínica negociará un plan de financiamiento para el saldo particular. Este servicio será activado para cubrir este saldo particular que no cuenta con aval. En casos de personas de bajos recursos que no cuenten con seguros, el saldo particular abarcará la factura total, la cual será introducida a este servicio para su cobertura. Igualmente, se contempla el pago de deudas o saldos particulares atrasados.

Al recibir el presupuesto, el saldo particular estimado y los informes médicos, la compañía se encargará de aprobar los gastos presupuestados y gestionar la obtención de fondos de una red de empresas privadas que contribuye con un porcentaje de las ventas de la contratación pública a fines de salud, tal como sugiere Reglamento de Ley de Contrataciones Públicas. La intermediación se cobrará por medio de una comisión y los fondos se depositarán a nombre de la institución de salud por parte de las diferentes empresas de la red.

5.4.2. Demanda del Producto:

La demanda del producto se podría medir en términos monetarios a través del monto de los saldos particulares de las clínicas privadas. Esta sería la aproximación más cercana a los gastos de bolsillo, es decir a los fondos no cubiertos por los diferentes avales que los pacientes deben pagar de su bolsillo, saldos particulares o saldos paciente. Sin embargo, esta información no se pudo obtener de manera agregada de la Asociación de Clínicas y Hospitales. Por lo tanto, se limitó el estudio de la demanda a los casos de

los saldos particulares de Clínica 1 y Clínica 2, representados en la Tabla Nro. 5 y Tabla Nro 6. Es decir, para los fines de este proyecto, se definirá el mercado como los gastos de bolsillo de los pacientes de las Clínicas 1 y 2, también llamados saldos particulares o de pacientes o cuentas por cobrar a particulares.

Tabla Nro. 5: Saldos Particulares de Clínica 1.

Saldo Paciente Anual en Bolívares corrientes				
2013	2012	2011	2010	2009
85.276.000	132.897.681	105.197.100	65.392.430	61.125.026

Nota: Adaptado de Balance General de Clínica 1, Cuentas por cobrar a pacientes para años 2009-2013

Tabla Nro. 6: Saldos Particulares de Clínica 2.

Saldo Paciente Anual* en Bolívares corrientes				
2013	2012	2011	2010	2009
81.723.776	68.678.946	53.844.398	32.804.136	30.987.933

Nota: Adaptado de Sistema de Información de Clínica 2 para años 2009-2013, *Facturación-Cobertura=Saldo Paciente

“De ser posible, las proyecciones deberán hacerse en unidades de producto y/o en divisas utilizando un mínimo de cinco años” (Blanco, 2001, p. 132). A pesar de que la evolución de los saldos paciente se ha comportado de manera irregular en la Clínica 1, estos han incrementado de manera sostenida en la Clínica 2 en los últimos cinco años. Esto sucede cuando las coberturas de los seguros no se ajustan a los precios facturados.

Se escogió la suavización exponencial como método para pronosticar la demanda en estas dos clínicas, ya que

A menudo, el modelo es adecuado para datos que no tienen una tendencia predecible ascendente o descendente. El

objetivo es el nivel real. Esta estimación de nivel se emplea luego como el pronóstico de valores futuros. La suavización exponencial revisa continuamente un estimado a la luz de las experiencias más recientes. Este método se basa en promediar (suavizar) valores pasados de una serie de manera exponencialmente decreciente. La observación más reciente recibe el peso más grande.” (Hanke y Wichern, 2010, p. 119).

Resulta importante tomar en consideración los datos más recientes con mayor énfasis debido al desarrollo del sector salud en el último año, en el cual se implementó la regulación de precios de las clínicas.

La suavización exponencial se determina a través de la siguiente fórmula:

$$Y_{t+1} = \alpha Y_t + \alpha (1-\alpha) Y_{t-1} + \alpha (1-\alpha)^2 Y_{t-2} + \alpha (1-\alpha)^3 Y_{t-3} + \dots \text{(Hanke y Wichern, 2010, p. 137)}$$

Donde Y_{t+1} = Nuevo pronóstico

α = constante de suavización

Y_t = nueva observación o el valor real del período t

Y^{\wedge}_t = último valor suavizado o el pronóstico del período t

La elección del α es la clave del análisis. “ Si se desea que las predicciones sean estables y las variaciones aleatorias se suavicen, se requiere un valor pequeño α . Si se desea una respuesta rápida a un cambio real en el patrón de observaciones, un valor más grande de α es el apropiado” (Hanke y Wichern, 2010, p. 120). Es decir, mientras más inestable la demanda, más valor se debe otorgar a los últimos datos, con un α más alto.

Un método para estimar α es un procedimiento iterativo que minimiza el error cuadrático medio (MSE) dado por la ecuación $MSE = 1/n \sum (Y_t - Y^{\wedge}_t)^2$. Los pronósticos se calculan para, digamos $\alpha = .1, .2, \dots, .9$, y se calcula la suma de

los errores cuadráticos del pronóstico de cada uno de ellos. Se selecciona el valor de α que produzca el error más pequeño para usarlo en la generación de futuros pronósticos (Hanke y Wichern, 2010, p. 120).

Se utiliza la siguiente fórmula para calcular el nuevo pronóstico y el MSE o error cuadrático medio, para así elegir α . El proceso se describe en Tabla 7 hasta Tabla 14.

Nuevo pronóstico = $[\alpha * (\text{nueva observación})] + [(1-\alpha) * (\text{último pronóstico})]$ (Hanke y Wichern, 2010, p. 137)

Tabla Nro. 7: Selección de α para Clínica 1 con $\alpha=0.1$

Año	Demanda Y_t	Pronóstico \hat{Y}^t	último Pronóstico*	et
2009	61.125.026			
2010	65.392.430			
2011	105.197.100	67.452.565	63.258.728	41.938.372
2012	132.897.681	73.997.076	67.452.565	65.445.115
2013	85.276.000	75.124.969	73.997.076	11.278.923
MSE	2.056.368.112.362.820			

Nota: MSE= Error Cuadrático Medio, \hat{Y}^t calculado con $\alpha=0.1$, el último pronóstico o último valor suavizado se calculó utilizando el promedio de la demanda de años anteriores datos

Tabla Nro. 8: Selección de α para Clínica 1 con $\alpha=0.4$

Año	Demanda Y_t	Pronóstico \hat{Y}^t	último Pronóstico	Et
2009	61.125.026			
2010	65.392.430			
2011	105.197.100	80.034.076	63.258.728	41.938.372
2012	132.897.681	101179518	80.034.076	52.863.604
2013	85.276.000	94818111	101.179.518	-15.903.518
MSE	1.602.103.198.356.110			

Nota: MSE= Error Cuadrático Medio, \hat{Y}^t calculado con $\alpha=0.4$, el último pronóstico o último valor suavizado se calculó utilizando el promedio de la demanda de años anteriores datos

Tabla Nro. 9: Selección de α para Clínica 1 con $\alpha=0.7$

Año	Demanda Y_t	Pronóstico \hat{Y}^t	último Pronóstico	et
2009	61.125.026			
2010	65.392.430			
2011	105.197.100	92.615.588	63.258.728	41.938.372
2012	132.897.681	120.813.053	92.615.588	402.820.92
2013	85.276.000	95.937.115	120.813.053	-35.537.053
MSE	1.548.118.727.268.820			

Nota: MSE= Error Cuadrático Medio, \hat{Y}^t calculado con $\alpha=0.7$, el último pronóstico o último valor suavizado se calculó utilizando el promedio de la demanda de años anteriores datos

Tabla Nro. 10: Selección de α para Clínica 1 con $\alpha=0.9$

Año	Demanda Y_t	Pronóstico \hat{Y}^t	último Pronóstico	et
2009	61.125.026			
2010	65.392.430			
2011	105.197.100	113.655.008	63.258.728	41.938.372
2012	132.897.681	153.704.415	113.655.008	19.242.672
2013	85.276.000	122.859.724	153.704.415	-68.428.415
MSE	2.270.518,510.564.420			

Nota: MSE= Error Cuadrático Medio, \hat{Y}^t calculado con $\alpha=0.9$, el último pronóstico o último valor suavizado se calculó utilizando el promedio de la demanda de años anteriores datos

De acuerdo a los resultados, se escoge el valor de $\alpha=0,7$, con lo cual el pronóstico para el año 2014 de la demanda de Clínica 1 asciende a Bs. 95.811.626.13, con un ajuste por inflación que lleva la cifra a Bs. 167.670.345,74

Tabla Nro. 11: Selección de α para Clínica 2, con $\alpha=0.1$

Año	Demanda Y_t^*	Pronóstico \hat{Y}^t	último Pronóstico	et
2009	30.987.933			
2010	32.804.136			
2011	53.844.398	34.090.870	31.896.035	21.948.364
2012	68.678.946	37.549.678	34.090.871	34.588.075
2013	81.723.776	41.967.088	37.549.678	44.174.098
MSE	1,209,805,501,592,230			

Nota: MSE= Error Cuadrático Medio, \hat{Y}^t calculado con $\alpha=0.1$, el último pronóstico o último valor suavizado se calculó utilizando el promedio de la demanda de años anteriores datos

Tabla Nro. 12: Selección de α para Clínica 2, con $\alpha=0.4$

Año	Demanda Y_t^*	Pronóstico \hat{Y}^t	último Pronóstico	et
2009	30.987.933			
2010	32.804.136			
2011	53.844.398	40.675.379	31.896.035	21.948.364
2012	68.678.946	51.876.806	40.675.380	28.003.566
2013	81.723.776	63.815.594	51.876.806	29.846.970
MSE	718,923,990,843,387			

Nota: MSE= Error Cuadrático Medio, \hat{Y}^t calculado con $\alpha=0.4$, el último pronóstico o último valor suavizado se calculó utilizando el promedio de la demanda de años anteriores datos

Tabla Nro. 13: Selección de α para Clínica 2, con $\alpha=0.7$

Año	Demanda Y_t	Pronóstico \hat{Y}^t	último Pronóstico	et
2009	30.987.933			
2010	32.804.136			
2011	53.844.398	47.259.888	31.896.035	21.948.364
2012	68.678.946	62.253.228	47.259.889	21.419.057
2013	81.723.776	75.882.611	62.253.229	19.470.547
MSE	439.869.623.398.907			

Nota: MSE= Error Cuadrático Medio, \hat{Y}^t calculado con $\alpha=0.7$, el último pronóstico o último valor suavizado se calculó utilizando el promedio de la demanda de años anteriores datos

Tabla Nro. 14: Selección de α para Clínica 2, con $\alpha=0.9$

Año	Demanda Y_t	Pronóstico \hat{Y}^t	último Pronóstico	et
2009	30.987.933			
2010	32.804.136			
2011	53.844.398	58.028.768	31.896.035	21.948.364
2012	68.678.946	79.219.681	58.028.769	10.650.177
2013	81.723.776	97.317.302	79.219.682	2.504.094
MSE	200.475.808.993.581			

Nota: MSE= Error Cuadrático Medio, \hat{Y}^t calculado con $\alpha=0,9$, el último pronóstico o último valor suavizado se calculó utilizando el promedio de la demanda de años anteriores datos

De acuerdo a los resultados, se escoge el valor de $\alpha=0,9$, con lo cual el pronóstico para el año 2014 de la demanda de Clínica 2 asciende a Bs. 80.249.415,76, con un ajuste por inflación que lleva la cifra a Bs. 140.436.477,58 .

Los saldos particulares representan la demanda de los pacientes para adquirir fondos, pues les resultan en gastos de bolsillo o bien en deuda. Según los estados financieros de Clínica 1, la “gestión de cobranzas logró la recuperación del 66% de las cuentas por cobrar brutas a pacientes” (Estados Financieros al 31 de Diciembre de 2009 de Clínica 1). Ya que no se encuentra ninguna otra información sobre los porcentajes de recuperación de cobranzas de la Clínica 2, este porcentaje se toma para la estimación de gastos de salud presupuestados que no pueden ser cubiertos por los pacientes de ambas clínicas.

Al aplicar el porcentaje de los saldos particulares que se recuperan, se concluye que la demanda del año 2014 para la Clínica 1 y 2 es

**Saldo Paciente 2014 * Porcentaje de Saldos Paciente que no se recuperan =
(Bs. 104.756.320)**

Cabe mencionar que resulta beneficioso para las clínicas agilizar la cobranza de los saldos particulares a través de la referencia que hagan al servicio del modelo de financiamiento, y así evitar costosas gestiones de cobranza.

5.4.3. Oferta del Producto:

“La oferta cuantifica la cantidad futura de un producto que los fabricantes e importadores están dispuestos a llevar al mercado en conformidad con los precios vigentes del mismo” (Blanco, 2001, p. 132). El producto es el financiamiento de los gastos de salud, el cual se puede pronosticar según la partida 404 del Presupuesto Nacional. Esta partida corresponde a las contrataciones públicas, la cual incluye activos reales, así como reparaciones y ampliaciones. De acuerdo al Reglamento de Ley de Contrataciones Públicas la empresa privada debe destinar desde un 1% a un 5% de la Contratación Pública a un compromiso de responsabilidad social, descrito a continuación.

“Compromiso de Responsabilidad Social son todos aquellos acuerdos que los oferentes establecen en su oferta, para la atención de por lo menos una de las demandas sociales relacionadas con: a. La ejecución de proyectos de desarrollo socio comunitario. b. La creación de nuevos empleos permanentes. c. Formación socio productiva de integrantes de la comunidad. d. Venta de bienes a precios solidarios o al costo; e. Aportes en dinero especies a programas sociales determinados por el Estado o a instituciones sin fines de lucro; y f. Cualquier otro que satisfaga las necesidades prioritarias del entorno social del órgano o ente contratante”. (Gaceta Oficial N° 39.181)

El programa de esta compañía es de naturaleza social, pues tiene como objetivo ayudar a los pacientes que no cuentan con recursos para cubrir sus gastos de salud, evitando así que tengan que renunciar a su tratamiento o adquirir deudas. En potencia, la oferta del producto corresponde a la siguiente fórmula:

$$\text{Partida 404 para el año 2014} * \text{Porcentaje destinado a fines sociales} = \text{Gastos de Responsabilidad Social de la empresa privada}$$

La partida 404 para el año 2014 asciende a Bs. 47.791.255.228. Se puede aplicar el porcentaje mínimo destinado a fines de responsabilidad social de un 1%, lo cual determina que se pueden destinar un máximo de 477.912.552 al fin social propuesto por el modelo de financiamiento por parte de la empresa privada que participa en contrataciones públicas. Sin embargo, se debe aplicar un porcentaje adicional a esta cifra, pues el proyecto cuenta con la competencia de otros fines de responsabilidad social, algunos de los cuales ya están puestos en marcha con los que resultará más difícil competir.

5.4.4. Mercado Potencial:

“La diferencia entre la demanda y oferta permite determinar la demanda insatisfecha, la cual conforma el mercado potencial del producto” (Blanco, 2001, p. 132). El monto de los saldos paciente de las Clínicas 1 y 2 para el año 2014 asciende a Bs. 104.756.430.

Esto significa que habría fondos suficientes para cubrir los saldos paciente que surgen anualmente en el 2014 a través del modelo de financiamiento, logrando de esta manera el acceso a la atención médica de los pacientes de estas dos clínicas que no cuentan con los recursos necesarios para cubrir los tratamientos presupuestados. Es importante mencionar que estas dos instituciones no permiten el acceso a cirugías electivas a pacientes con deudas, por lo cual requieren el pago en su totalidad de los saldos deudores para otorgar nuevo ingreso. De esta manera, los pacientes con enfermedades crónicas se verían más beneficiados bajo el esquema del pago de las deudas pasadas por medio del modelo de financiamiento.

5.4.5. Formación de Precio:

Según Blanco (2001) suele ser difícil determinar las funciones de la oferta y la demanda dada la disponibilidad de datos, con los cuales se determinaría el precio del mercado. Por lo tanto es “necesario recurrir a análisis directos de campo sobre precios de productos similares” (Blanco, 2001, p. 133). Los productos similares son las pólizas de seguros y las ayudas otorgadas por las fundaciones y entes gubernamentales. La diferencia entre ambos consiste en que la primas tienen un precio fijo por póliza, mientras que las fundaciones y entes ofrecen sus servicios de manera gratuita.

Para determinar los precios de productos similares, de las primas en específico, se tomará en cuenta la regulación de precios para primas que apareció en la gaceta oficial Nro. 40.316, publicada el 16 de Diciembre de 2013, la cual entra en vigencia en Junio del

2014 y se representa en la Tabla Nro. 15 Se toma la moda de los deducibles ofrecidos, por el monto de Bs. 1.000.

Tabla Nro. 15: Primas Reguladas

Primas Comerciales Póliza General y Uniforme de Salud Individual 2014					
Deducible: 1.000					
Suma Asegurada	Rango de Edad				
	00 - 09	10 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49
20.000	2.592	2.983	3.367	3.954	4.422
25.000	2.891	3.328	3.756	4.412	4.934
30.000	3.136	3.609	4.074	4.785	5.351
35.000	3.343	3.847	4.343	5.101	5.704
40.000	3.522	4.054	4.576	5.374	6.010
45.000	3.681	4.236	4.782	5.615	6.280
50.000	3.822	4.399	4.965	5.831	6.521
55.000	3.950	4.546	5.132	6.026	6.740
60.000	4.067	4.680	5.283	6.205	6.939
65.000	4.174	4.804	5.423	6.369	7.122
70.000	4.274	4.918	5.552	6.520	7.292
75.000	4.366	5.025	5.673	6.662	7.450
80.000	4.453	5.125	5.785	6.794	7.598
85.000	4.534	5.218	5.891	6.918	7.737
90.000	4.611	5.307	5.991	7.035	7.868
95.000	4.684	5.390	6.085	7.146	7.992
100.000	4.753	5.469	6.174	7.251	8.109
105.000	4.818	5.545	6.259	7.351	8.221
110.000	4.880	5.617	6.341	7.446	8.327
115.000	4.940	5.685	6.418	7.537	8.429
120.000	4.997	5.751	6.492	7.624	8.527
125.000	5.052	5.814	6.563	7.708	8.620
130.000	5.105	5.875	6.632	7.788	8.710
135.000	5.155	5.933	6.698	7.866	8.796
140.000	5.204	5.989	6.761	7.940	8.880
145.000	5.251	6.043	6.822	8.012	8.960
150.000	5.297	6.096	6.881	8.081	9.038

Primas Comerciales Póliza General y Uniforme de Salud Individual 2014					
Deducible: 1.000					
Suma Asegurada	Rango de Edad				
	50 - 54	55 - 59	60 - 69	70 - 79	80 - 99
20.000	5.291	6.516	7.515	9.236	11.489
25.000	5.903	7.269	8.383	10.303	12.817
30.000	6.402	7.884	9.093	11.175	13.902
35.000	6.825	8.404	9.693	11.913	14.820
40.000	7.191	8.855	10.213	12.551	15.614
45.000	7.514	9.252	10.671	13.115	16.315
50.000	7.802	9.608	11.081	13.619	16.942
55.000	8.063	9.930	11.452	14.075	17.509
60.000	8.302	10.223	11.791	14.491	18.027
65.000	8.521	10.493	12.102	14.874	18.503
70.000	8.724	10.744	12.391	15.228	18.944
75.000	8.913	10.976	12.659	15.558	19.355
80.000	9.090	11.194	12.911	15.867	19.739
85.000	9.256	11.399	13.147	16.157	20.100
90.000	9.413	11.592	13.369	16.430	20.440
95.000	9.561	11.774	13.579	16.689	20.762

100.000	9.702	11.947	13.779	16.934	21.067
105.000	9.836	12.112	13.969	17.168	21.357
110.000	9.963	12.269	14.150	17.390	21.634
115.000	10.085	12.419	14.323	17.603	21.899
120.000	10.201	12.563	14.489	17.806	22.152
125.000	10.313	12.700	14.648	18.002	22.395
130.000	10.421	12.833	14.800	18.189	22.628
135.000	10.524	12.960	14.947	18.370	22.853
140.000	10.624	13.083	15.089	18.544	23.069
145.000	10.720	13.201	15.225	18.712	23.278
150.000	10.813	13.316	15.357	18.874	23.480

Nota: Extraído de la Gaceta Oficial 40.316 del 16 de Diciembre del 2013, Tarifas

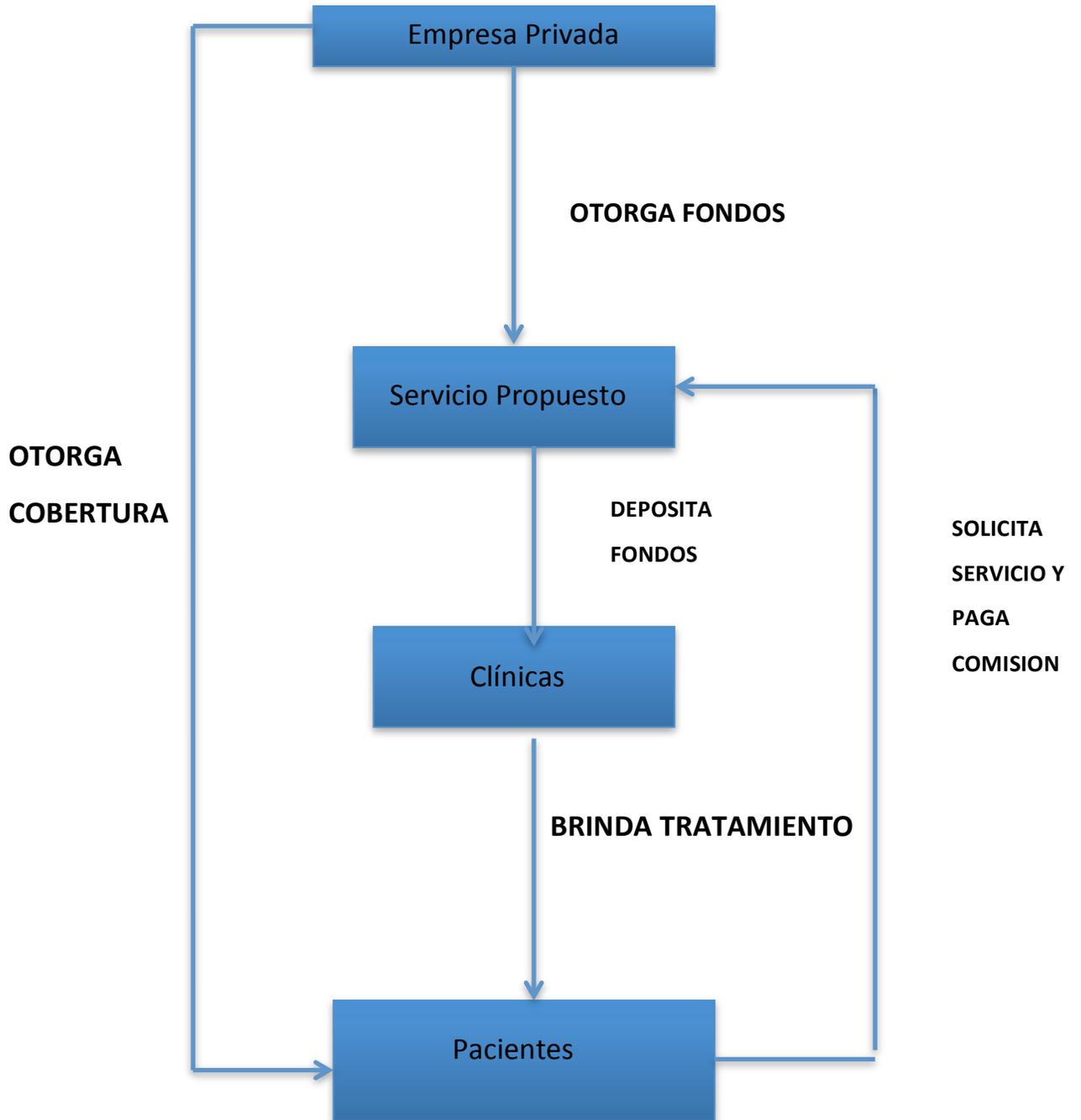
Se toma la moda de la coberturas, por el monto de Bs. 80.000 y la moda de la edad de 40-49 años. El precio regulado para este segmento asciende a Bs. 7.598.

El razonamiento detrás de la escogencia del precio correcto para el servicio propuesto es cobrar una comisión por ayuda otorgada. De esta manera, se estaría cobrando por servicio prestado, a diferencia de las primas, las cuales se pagan por derecho a servicio, ya se preste o no el mismo. Esta comisión puede fluctuar dependiendo de la urgencia con la cual se requieran los fondos para cobrar por la eficiencia del servicio y los recursos que sean requeridos para este propósito. De tal modo, que las comisiones para emergencias, pueden ser más altas que las comisiones para cirugías electivas, o para realizarse exámenes de laboratorio. Sin embargo, el precio de la comisión no debe ascender a la prima escogida para garantizar la competitividad.

5.4.6. Canales de Comercialización:

Los canales de comercialización se definen como “el conjunto de actividades relacionadas con la transferencia de bienes y servicios desde el productor hasta el consumidor final, actividades que pueden generar costos importantes para la empresa” (Blanco, 2001, p. 134). En principio, el servicio se ubica en la siguiente cadena de comercialización, dentro del Gráfico Nro. 3.

Gráfico Nro. 3: Canal de Comercialización



Nota: Creación Propia, 2014

Como se puede observar en el Gráfico Nro. 3 la compañía propuesta actúa como gestor entre la empresa privada, las clínicas y los pacientes, con el fin de obtener fondos requeridos por las instituciones de salud para cancelar tratamientos o deudas por tratamientos ya suministrados. Las clínicas actúan como los distribuidores del servicio, pues son estas quienes refieren a los pacientes. La empresa privada es a quien recurren los gestores para obtener los fondos destinados a las clínicas para los pacientes que soliciten el servicio. Los fondos son depositados directamente a nombre de la forma legal del servicio propuesto para los diferentes pacientes. Las comisiones son depositadas por los pacientes en la cuenta de la gestoría.

5.5. Estudio Técnico:

El objetivo general del estudio técnico “persigue la determinación de la capacidad instalada y utilizada de la empresa, así como la de todos los costos involucrados en el proceso de producción” (Blanco, 2001, p. 135).

5.5.1 Ubicación de la Oficina:

La oficina de la gestoría debe estar ubicada cerca de las empresas privadas que desembolsarán los fondos para los gastos de los pacientes, ya que se acude a estas para presentar los gastos de salud. Igualmente, debe ser accesible para los pacientes que planifiquen los tratamientos en las clínicas. Si bien el modelo está basado en data de dos clínicas privadas, puede considerarse que la población de Clínicas Tipo 1 está en el área

metropolitana, y la recomendación es una oficina que estuviera ubicada en la Gran Caracas.

5.5.2 Infraestructura de Servicios:

La oficina debe contar con acceso a telefonía, Internet, luz eléctrica, agua, entre otras comodidades, ya que debe albergar tanto a los empleados, como a los pacientes y representantes de empresas privadas en sus visitas.

5.5.3 Cronograma de Inversión:

Los cálculos de la Tabla Nro. 16 fueron hechos para una amoblar y equipar una oficina con tres empleados. Es importante resaltar que los valores fueron calculados utilizando precios de mayo de 2014 para implementar en este mismo año.

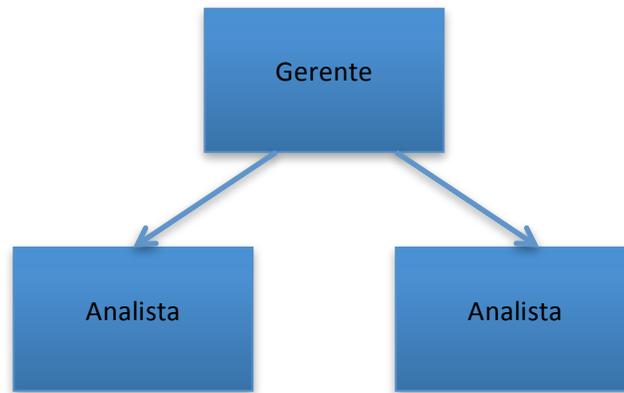
Tabla Nro. 16: Cronograma de Inversión

Cronograma de Inversión en Bolívares	
	Año 0
Computadoras	68.970
Impresora	23.895
Software	5.670
Teléfonos	35.000
Escritorios	21.000
Sillas	13.390
Total de la Inversión	167.925

Nota: los datos fueron estimados utilizando precios de mercadolibre.com, en mayo 2014.

5.5.4. Organigrama

Gráfico Nro. 4: Organigrama



Nota: Creación propia, 2014

5.5.5 Descripción de Cargos

5.5.5.1 Gerente:

El Gerente será el encargado de gestionar los convenios con la empresa privada para el desembolso de los fondos destinados a los gastos de salud. Este se encargará de mercadear los servicios de la compañía entre las diferentes compañías que contraten con el Gobierno. Su trabajo de mercadeo consiste en crear nuevos contactos en la empresa privada para promover la responsabilidad social destinada a la salud, así como mantener contactos ya existentes. Su labor de mercadeo se basa en presentaciones, así como la creación de material explicativo y campaña de prensa. Adicionalmente, el Gerente está encargado de promover el modelo de financiamiento en las clínicas Tipo 1 del área metropolitana a través de contacto directo con Gerentes de Admisión y Cobranzas, entre

otros. Esta labor promoverá las referencias de las clínicas a los pacientes que soliciten recursos.

El Gerente está encargado de coordinar las labores contables y de financiamiento, pago de impuestos, etc. Igualmente, el Gerente está encargado de coordinar las actividades de los analistas.

5.5.5.2 Analista:

El Analista está encargado de recibir a los pacientes y sus solicitudes. Este recaudará los presupuestos de las clínicas para cada intervención, así como cualquier giro pendiente o plan de financiamiento y lo revisará en su contenido. Al generarse las facturas, revisará cada factura y analizará las variaciones en el presupuesto para obtener el saldo total que se mantiene pendiente. El Analista comparará la lista de precios de las clínicas con los precios establecidos por el Gobierno para cada servicio y se encargará de que no existan discrepancias, de manera que los fondos que se solicitarán a la empresa privada sean los reglamentados por la ley vigente.

El Analista prepara las solicitudes de fondos para la empresa privada y se encargará de hacer seguimiento a los desembolsos a nombre de las clínicas para recogerlos y entregarlos a los pacientes.

5.6 Estudio Económico Financiero:

Todos los procedimientos formales para pronosticar requieren extender las experiencias pasadas hacia el futuro. Así, implican la suposición de que las condiciones que generaron los datos y las relaciones pasadas son iguales a las condiciones futuras” (Hanke y Wichern, 2010, p. 4). Por lo tanto, se asumirá el mismo marco legal actual que influirá sobre la tasa de interés, la cual se ubica en 24%.

La inflación que se utilizará para ajustar la cifra de las ventas de las proyecciones financieras para la compañía es el estimado del Fondo Monetario Internacional en su reporte por países (FMI, 2014).

Tabla Nro. 17 Inflación:

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Inflación	75%	75%	55%	40%	30%	30%

Nota: Adaptado de página web del FMI World Economic Outlook Database 2014, 2014

La inflación presentada en la Tabla Nro. 17 no fue calculada, sino revisada en los pronósticos del Fondo Monetario Internacional, ya que no se pudieron conseguir pronósticos locales confiables, tales como aquellos del BCV. Sin embargo, se intentó hacer un pronóstico propio de la inflación según el uso del método de suavización exponencial con ajuste de tendencia, tal y como aparece en publicaciones dentro de la página web del BCV. Lamentablemente, no se cuenta con los datos de las tendencias anteriores, necesarios para este cálculo.

5.6.1. Capital de Trabajo:

5.6.1.1. Cálculo de Requerimiento de Capital de Trabajo para Compañía:

Se nombran los principales cálculos detrás de las cifras presentadas para el requerimiento del capital de trabajo.

El cálculo del requerimiento del Capital de Trabajo está basado en gastos de nómina de dos analistas, quienes percibirán un sueldo de Bs. 12.900 mensual y un Gerente, quien percibirá un sueldo de Bs. 30.000 por mes. Estos salarios se consideran competitivos dentro del sector privado de salud. Los empleados cuentan con el régimen prestacional de empleo y provisiones según LOCTI, LOPCYMAT, INCE y FAOV. El alquiler se calculó mediante un ejemplo encontrado en www.tuinmueble.com, de una oficina ubicada en San Bernardino, por el monto mensual de Bs. 18.375. Se escogió esta ubicación por la cercanía a algunas de las principales clínicas de la ciudad. La inversión se tomó del cronograma de inversión. La inversión de capital de trabajo para el primer año de operaciones de la compañía asciende a Bs. 3.131.091, como se demuestra en la Tabla Nro. 18.

Tabla Nro. 18: Cálculo de Capital de Trabajo para Compañía

	Enero 2015	Febrero 2015	Marzo 2015	Abril 2015
Origen de Fondos				
Aporte de terceros en activos	100000			
Capital de Trabajo				
Ingresos por Ventas	0	0	0	0
Ingresos Totales	100000	0	0	0
Aplicación de Fondos				
Inversión total en activos	167925			
Nómina	140955	140955	140955	140955
Alquiler y Oficina	19875	19875	19875	19875
Servicio de Deuda	94434	94434	94434	94434
Impuesto	0	0	0	
Egresos Totales	423189	255264	255264	255264
Saldo de Caja	-323189	-255264	-255264	-255264
Saldo de Caja Acumulado	-323189	-578453	-833717	-1088981

	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015
Origen de Fondos				
Aporte de terceros en activos				
Capital de Trabajo				
Ingresos por Ventas	0	0	0	0
Ingresos Totales	0	0	0	0
Aplicación de Fondos				
Inversión total en activos				
Nómina	140955	140955	140955	140955
Alquiler y Oficina	19875	19875	19875	19875
Servicio de Deuda	94434	94434	94434	94434
Impuesto	0	0	0	0
Egresos Totales	255264	255264	255264	255264
Saldo de Caja	-255264	-255264	-255264	-255264
Saldo de Caja Acumulado	-1344245	-1599508	-1854772	-2110036

	Septiembre 2015	Octubre 2015	Noviembre 2015	Diciembre 2015
Origen de Fondos				
Aporte de terceros en activos				
Capital de Trabajo				
Ingresos por Ventas	0	0	0	0
Ingresos Totales	0	0	0	0
Aplicación de Fondos				
Inversión total en activos				
Nómina	140955	140955	140955	140955
Alquiler y Oficina	19875	19875	19875	19875
Servicio de Deuda	94434	94434	94434	94434
Impuesto	0	0	0	0
Egresos Totales	255264	255264	255264	255264
Saldo de Caja	-255264	-255264	-255264	-255264
Saldo de Caja Acumulado	-2365300	-2620564	-2875827	-3131091

Nota: Creación Propia, 2014

5.6.1.2. Cálculo de Requerimiento de Capital de Trabajo para ONG:

La diferencia entre el cálculo de capital de trabajo para una compañía y una ONG es el aporte de capital de terceros, el cual es nulo para la ONG tal como lo demuestra la Tabla Nro. 19.

Tabla Nro. 19: Cálculo de Capital de Trabajo para ONG

	Enero 2015	Febrero 2015	Marzo 2015	Abril 2015
Origen de Fondos				
Aporte de terceros en activos				
Capital de Trabajo				
Ingresos por Ventas	0	0	0	0
Ingresos Totales	0	0	0	0
Aplicación de Fondos				
Inversión total en activos	167925			
Nómina	140955	140955	140955	140955
Alquiler y Oficina	19875	19875	19875	19875
Servicio de Deuda	94434	94434	94434	94434
Impuesto	0	0	0	
Egresos Totales	423189	255264	255264	255264
Saldo de Caja	-423189	-255264	-255264	-255264
Saldo de Caja Acumulado	-423189	-678453	-933717	-1188981

	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015
Origen de Fondos				
Aporte de terceros en activos				
Capital de Trabajo				
Ingresos por Ventas	0	0	0	0
Ingresos Totales	0	0	0	0
Aplicación de Fondos				
Inversión total en activos				
Nómina	140955	140955	140955	140955
Alquiler y Oficina	19875	19875	19875	19875
Servicio de Deuda	94434	94434	94434	94434
Impuesto	0	0	0	0
Egresos Totales	255264	255264	255264	255264
Saldo de Caja	-255264	-255264	-255264	-255264
Saldo de Caja Acumulado	-1444245	-1699508	-1954772	-2210036

	Septiembre 2015	Octubre 2015	Noviembre 2015	Diciembre 2015
Origen de Fondos				
Aporte de terceros en activos				
Capital de Trabajo				
Ingresos por Ventas	0	0	0	0
Ingresos Totales	0	0	0	0
Aplicación de Fondos				
Inversión total en activos				
Nómina	140955	140955	140955	140955
Alquiler y Oficina	19875	19875	19875	19875
Servicio de Deuda	94434	94434	94434	94434
Impuesto	0	0	0	0
Egresos Totales	255264	255264	255264	255264
Saldo de Caja	-255264	-255264	-255264	-255264
Saldo de Caja Acumulado	-2465300	-2720564	-2975827	-3231091

Nota: Creación Propia, 2014

El requerimiento de Capital de Trabajo para una ONG asciende a Bs. 3.231.091 para el primer año.

5.6.2. Préstamo

Se estima un servicio de deuda con interés de 24% anual por un préstamo de Bs. 3.300.000 a un plazo de 5 años. El préstamo corresponde aproximadamente al capital de

trabajo para el primer año de operaciones. Esto se debe a que se asume que no habrá ingresos para el primer año de operaciones y todos los costos fijos deberán ser cubiertos por el préstamo. Este supuesto deriva de la necesidad de crear convenios con los proveedores de fondos, o la empresa privada, antes de poder ofrecer el servicio en las clínicas.

Tabla Nro. 20: Amortización del Préstamo

Número de pago	Fecha del pago	Balance Inicial	Servicio de Deuda	Capital	Interés
1	1-Jan	3300000	94934	28934	66000
2	1-Feb	3271066	94934	29513	65421
3	1-Mar	3241553	94934	30103	64831
4	1-Apr	3211450	94934	30705	64229
5	1-May	3180744	94934	31319	63615
6	1-Jun	3149425	94934	31946	62988
7	1-Jul	3117479	94934	32585	62350
8	1-Aug	3084894	94934	33236	61698
9	1-Sep	3051658	94934	33901	61033
10	1-Oct	3017757	94934	34579	60355
11	1-Nov	2983178	94934	35271	59664
12	1-Dec	2947907	94934	35976	58958
13	1-Jan	2911931	94934	36696	58239
14	1-Feb	2875235	94934	37430	57505
15	1-Mar	2837805	94934	38178	56756
16	1-Apr	2799627	94934	38942	55993
17	1-May	2760686	94934	39721	55214
18	1-Jun	2720965	94934	40515	54419
19	1-Jul	2680450	94934	41325	53609
20	1-Aug	2639125	94934	42152	52782
21	1-Sep	2596973	94934	42995	51939
22	1-Oct	2553978	94934	43855	51080
23	1-Nov	2510123	94934	44732	50202
24	1-Dec	2465392	94934	45626	49308
25	1-Jan	2419765	94934	46539	48395
26	1-Feb	2373226	94934	47470	47465
27	1-Mar	2325756	94934	48419	46515

28	1-Apr	2277337	94934	49388	45547
29	1-May	2227950	94934	50375	44559
30	1-Jun	2177574	94934	51383	43551
31	1-Jul	2126192	94934	52410	42524
32	1-Aug	2073781	94934	53459	41476
33	1-Sep	2020322	94934	54528	40406
34	1-Oct	1965795	94934	55618	39316
35	1-Nov	1910176	94934	56731	38204
36	1-Dec	1853445	94934	57865	37069
37	1-Jan	1795580	94934	59023	35912
38	1-Feb	1736557	94934	60203	34731
39	1-Mar	1676354	94934	61407	33527
40	1-Apr	1614947	94934	62635	32299
41	1-May	1552312	94934	63888	31046
42	1-Jun	1488424	94934	65166	29768
43	1-Jul	1423258	94934	66469	28465
44	1-Aug	1356789	94934	67799	27136
45	1-Sep	1288990	94934	69154	25780
46	1-Oct	1219836	94934	70538	24397
47	1-Nov	1149298	94934	71948	22986
48	1-Dec	1077350	94934	73387	21547
49	1-Jan	1003962	94934	74855	20079
50	1-Feb	929107	94934	76352	18582
51	1-Mar	852755	94934	77879	17055
52	1-Apr	774876	94934	79437	15498
53	1-May	695439	94934	81026	13909
54	1-Jun	614414	94934	82646	12288
55	1-Jul	531768	94934	84299	10635
56	1-Aug	447469	94934	85985	8949
57	1-Sep	361484	94934	87705	7230
58	1-Oct	273779	94934	89459	5476
59	1-Nov	184321	94934	91248	3686
60	1-Dec	93073	94934	91211	1861

Nota: Creacion Propia, 2014.

5.6.3. Flujo Libre de Caja

Tabla Nro. 21: Flujo Libre de Caja para Proyecto

Rubro	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ingresos por ventas		-	5,683,030	7,956,243	10,343,115	13,446,050
Total Ingresos		0	5,683,030	7,956,243	10,343,115	13,446,050
Capital de Trabajo	-3231090					
Gastos administrativos		2,108,831	3,268,687	4,576,162	5,949,011	7,733,714
Depreciación Equipos		54085	54085	54085	54085	54085
Total Gastos		2,162,916	3,322,772	4,630,247	6,003,096	7,787,799
Utilidad Bruta		2,162,916	2,360,258	3,325,995	4,340,019	5,658,251
Impuestos		0	802,488	1,130,838	1,475,607	1,923,805
Utilidad Neta		2,162,916	1,557,770	2,195,157	2,864,413	3,734,445
Depreciación Equipos		54,085	54,085	54,085	54,085	54,085
Honorarios	-80000					
Inversión Computadoras	-68970					
Impresora	-23895					
Software	-5670					
Teléfonos	-35000					
Escritorios	-21000					
Sillas	-13390					
Flujo neto de caja libre	-3,479,015	0	1,611,855	2,249,242	2,918,498	3,788,530

Nota: Calculado con Comisión de Venta de 2%, del Saldo Particular, Creación Propia, 2014

5.6.4. VAN y TIR:

5.6.4.1 VAN y TIR para Compañía:

Los cálculos estimados en la Tabla Nro. 22 se realizaron tomando los ingresos por cobro de un 2.00% de comisión de ventas al saldo particular y se presentan a continuación:

Tabla Nro. 22: Cálculo de VAN y TIR para Compañía

Selección Tasa de descuento	
Costo de Oportunidad inversionistas	16.00%
Costo de Deuda	24%
Monto de de la Deuda	3,300,000.00
Monto Capital Aportado por los inversionistas	100,000.00
D + P	3,400,000.00
Tasa de Impuesto	34%
WACC	15.84%

Nota: Creación Propia, 2014.

Por lo tanto, el VAN del proyecto asciende a Bs. 2.605.279, mientras que la TIR se estima en 35,48%.

5.6.4.2. VAN y TIR para ONG:

Los cálculos estimados en la Tabla Nro. 23 se realizaron tomando los ingresos por cobro de un 2.00% de comisión de ventas al saldo particular y se presentan a continuación:

Tabla Nro. 23: Cálculo de VAN y TIR para ONG

Selección Tasa de descuento	
Costo de Oportunidad inversionistas	0
Costo de Deuda	24%
Monto de de la Deuda	3,300,000.00
Monto Capital Aportado por los inversionistas	0.00
D + P	3,300,000.00
Tasa de Impuesto	34%
WACC	15.84%

Nota: Creación Propia, 2014.

El VAN calculado para la ONG asciende a Bs. 2.606.185, mientras que la TIR se estima en 35,48%.

5.6.5. Escenarios:

Los escenarios son optimista y pesimista, ya que el más probable se presentó en la Tabla Nro. 24. Los escenarios optimista y pesimista se distinguen por la variable de la comisión, la cual se modificó en la Tabla Nro. 24 y Tabla Nro. 25. El escenario pesimista contempla una comisión de 1% sobre los fondos obtenidos, mientras que el escenario optimista se calculó utilizando una comisión del 3%.

Tabla Nro. 24: Flujo de Caja Escenario Pesimista

Rubro	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ingresos por ventas		- 2,841,515	3,978,121	5,171,558	6,723,025	
Total Ingresos		0	2,841,515	3,978,121	5,171,558	6,723,025
Capital de Trabajo	-3231090					
Gastos administrativos		2,108,831	3,268,687	4,576,162	5,949,011	7,733,714
Depreciación Equipos		54085	54085	54085	54085	54085
Total Gastos		2,162,916	3,322,772	4,630,247	6,003,096	7,787,799
Utilidad Bruta		-2,162,916	-481,257	-652,126	-831,538	-1,064,774
Impuestos		0	-163,627	-221,723	-282,723	-362,023
Utilidad Neta		-2,162,916	-317,630	-430,403	-548,815	-702,751
Depreciación Equipos		54,085	54,085	54,085	54,085	54,085
Honorarios	-80000					
Inversión						
Computadoras	-68970					
Impresora	-23895					
Software	-5670					
Teléfonos	-35000					
Escritorios	-21000					
Sillas	-13390					
Flujo neto de caja libre	-3,479,015	0	-263,545	-376,318	-494,730	-648,666

Nota: Ingresos Calculados con 1% Comisión de Saldos Particulares, Creación Propia 2014

Tabla Nro. 25: Flujo de Caja Escenario Optimista

Rubro	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ingresos por ventas		-	8,524,546	11,934,364	15,514,673	20,169,075
Total Ingresos		0	8,524,546	11,934,364	15,514,673	20,169,075
Capital de Trabajo	-3231090					
Gastos administrativos		2,108,831	3,268,687	4,576,162	5,949,011	7,733,714
Depreciación Equipos		54085	54085	54085	54085	54085
Total Gastos		2,162,916	3,322,772	4,630,247	6,003,096	7,787,799
Utilidad Bruta		-2,162,916	5,201,773	7,304,117	9,511,577	12,381,276
Impuestos		0	1,768,603	2,483,400	3,233,936	4,209,634
Utilidad Neta		-2,162,916	3,433,170	4,820,717	6,277,641	8,171,642
Depreciación Equipos		54085	54085	54085	54085	54085
Honorarios	-80000					
Inversión						
Computadoras	-68970					
Impresora	-23895					
Software	-5670					
Teléfonos	-35000					
Escritorios	-21000					
Sillas	-13390					
Flujo neto de caja libre	-3,479,015	0	3,487,255	4,874,802	6,331,726	8,225,727

Nota: Ingresos Calculados con 3.0% Comisión de Saldo Particulares, Creación Propia 2014

Cabe destacar que el proyecto tendría un VAN negativo ante el escenario pesimista. El escenario optimista, en cambio, contempla un VAN de 9.715.599 y una TIR de 70,87%.

5.6.6. Conclusiones Financieras:

Se utilizaron cinco años de datos de saldos particulares de Clínica 1 y 2 para proyectar la demanda de fondos del 2014, según se explica en detalle en el Estudio de Mercado. Las ventas se proyectan a 5 años por medio de ajustes a la inflación en cada período, partiendo de la demanda del 2014, aplicando una comisión sobre los fondos obtenidos, o la demanda. Durante el 2015 no se estima que habrá ventas, ya que se invertirá el tiempo en crear convenios con la empresa privada para asegurar la obtención de fondos en un futuro.

El proyecto se puede llevar en los escenarios probable y optimista según el VAN y TIR, ya que el escenario pesimista resulta en VAN negativo. De tal manera, que se debería cobrar una comisión sobre fondos obtenidos de al menos 2% para lograr un VAN positivo y TIR aceptable.

En términos financieros, resulta casi indiferente crear una ONG en vez de una compañía. Esto se debe a que el capital aportado por terceros utilizado para los cálculos de la compañía con fines de lucro es de apenas 100.000. Adicionalmente, el capital aportado por terceros no altera los valores del VAN o TIR de manera significativa. Cabe destacar que tanto una ONG, como una compañía se beneficiaría de los créditos de la banca.

Dado el análisis del Reglamento de Ley de Contrataciones Públicas presentado anteriormente, se concluye que resultaría beneficioso mercadear los servicios de este proyecto con un fin social a la empresa privada. Por lo tanto, es preferible considerar la forma jurídica de una ONG a la de una compañía.

CAPITULO VI. PLAN ESTRATEGICO

En primer lugar, se presentan la visión y misión de la ONG

6.1. Visión:

Convertirnos en la alternativa segura para cubrir los gastos de salud de los pacientes.

6.2. Misión:

Mientras que la visión es primordialmente una afirmación que contiene un componente inspirador, la misión consiste en

Una afirmación concisa, con enfoque hacia el interior de la organización, cuyo básico objetivo es dirigir las actividades hacia este objetivo y establecer valores para el desempeño de los empleados. La misión también debería describir cómo la organización espera competir y brindar valor a los clientes” (Kaplan y Norton, 2004, p. 34)

La misión de la ONG consiste está divida en tres partes:

- Lograr que los servicios médicos de las clínicas privadas se tornen accesibles para la población mediante el financiamiento de la empresa privada.
- Brindar un servicio oportuno para pacientes con emergencias y cirugías electivas.
- Formar empleados dirigidos a proveer una alta calidad de servicio mediante la eficiencia de las operaciones que se mercadean a precios solidarios.

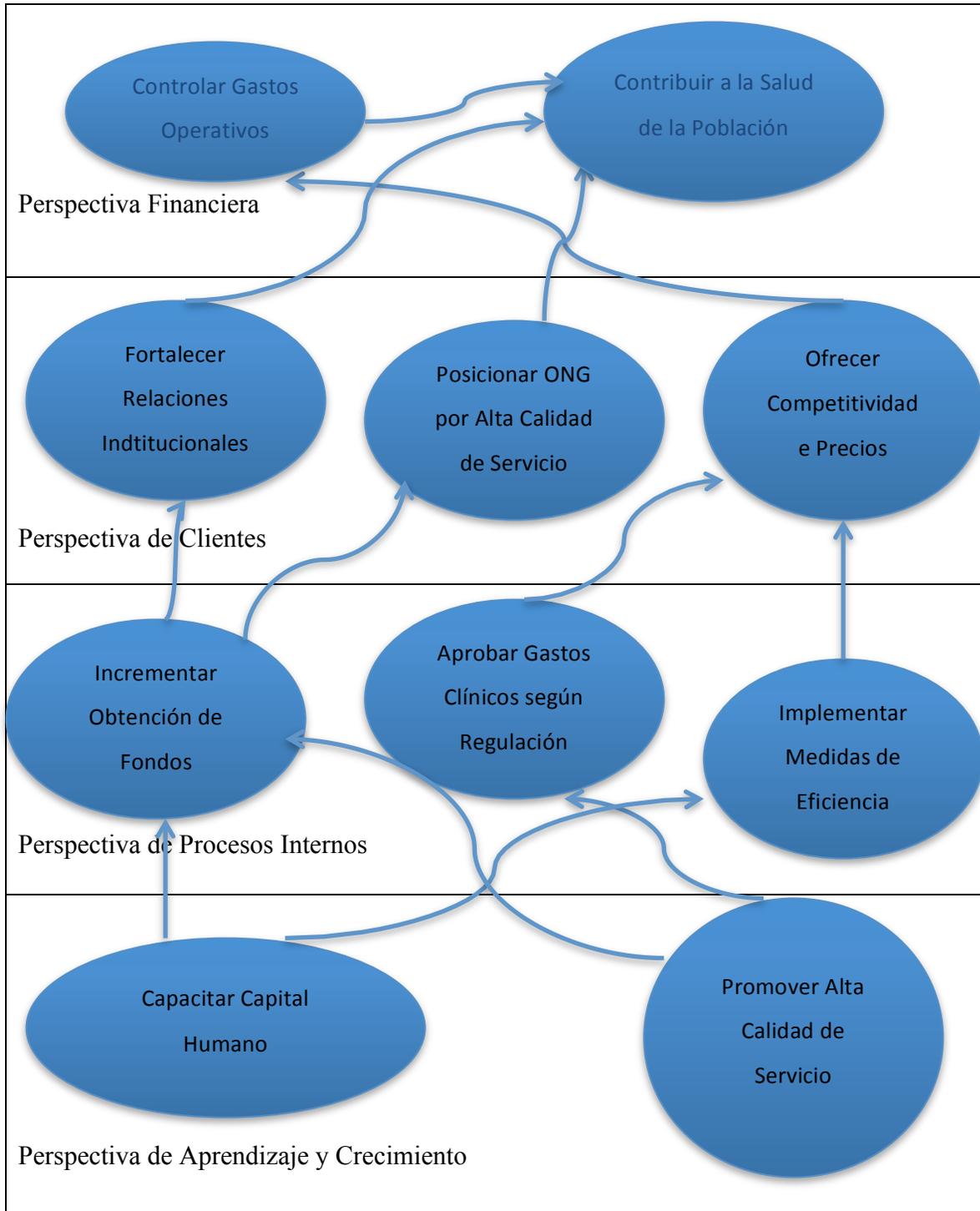
6.3. Balanced Scorecard:

Ahora bien, el próximo paso consiste en crear una estrategia que logre la visión y la misión de la compañía. Esto se obtendrá mediante la creación del modelo del Balanced Scorecard, en el cual la ONG proyectará los objetivos que desea cumplir. El Balanced Scorecard debería traducir la misión y visión de una unidad de negocios en objetivos y medidas” (Kaplan y Norton, 1996, p. 10).

“El Balanced Scorecard permite a las compañías hacer seguimiento a sus resultados financieros y simultáneamente monitorear el progreso de la construcción de las competencias y adquisición de los activos intangibles requeridos para el crecimiento futuro” (Kaplan y Norton, 1996, p. 2). El punto de los activos intangibles resulta clave en el marco de una organización enfocada en el servicio, en donde estos dominan. En este proceso se afirma que el “valor de los activos intangibles depende de su alineación con la estrategia (Kaplan y Norton, 2004, p. 29). En el caso de una ONG, estos activos intangibles cobran especial importancia y podrían referirse a relaciones institucionales y con la comunidad. Por lo tanto, los próximos cuadros hacen énfasis en objetivos estratégicos y mediciones propias de este marco institucional.

6.3.1. Mapa Estratégico:

Gráfico Nro. 5: Mapa Estratégico



Nota: Adaptado de Strategy Maps, p. 324, Kaplan y Norton, 2004, Harvard Bus. Pub.

6.3.2. Perspectiva Financiera:

Tabla Nro. 26: Perspectiva Financiera

Objetivo: Financiera	Indicadores de Resultados	Metas	Iniciativas
Contribuir a la Salud de la Población Venezolana, garantizando el acceso a fondos, toda vez que se logra el máximo ahorro en los costos operativos	Fondos Obtenidos/Fondos Solicitados	Obtener el 100% de los fondos solicitados	Llevar conteo de los pacientes nuevos y el monto de los fondos solicitados
	Gastos/Ventas	Mantener el indicador en un mínimo de 64% según plan de negocios	Aumentar salarios con la inflación
			Crear campaña de reciclaje
			Visitar a proveedores por zona

Nota: Adaptado de A strategy brochure based on the Balanced Scorecard, Balanced Scorecard, p. 205, Kaplan y Norton, 1996, Harvard Business School Press.

6.3.3. Perspectiva de Clientes:

Tabla Nro. 27: Perspectiva de Clientes

Objetivo: Clientes	Medida	Metas	Iniciativas
Posicionar a la ONG por su alta calidad de servicio a precios solidarios, entre clientes y proveedores	Resultados de Encuestas de modelo Servqual	Lograr alta puntuación en las perspectivas de bienes tangibles. confianza, capacidad de respuesta, seguridad y empatía	Llevar a cabo campañas de encuestas a la empresa privada y a las clínicas Tipo 1 del país que refieran el servicio, según modelo de Servqual
	Comisión/Saldo Paciente	Lograr precios competitivos	Monitorear precios de la competencia y nivel de ayudas
	Número de relaciones institucionales	Crear lealtad entre empresa privada proveedora de fondos	Visitas periódicas para presentar resultados de ONG

Nota: Adaptado de A strategy brochure based on the Balanced Scorecard, Balanced Scorecard, p. 205, Kaplan y Norton, 1996, Harvard Business School Press.

6.3.4.Perspectiva de Procesos Internos:

Tabla Nro. 28: Perspectiva de Procesos Internos

Objetivo: Procesos Internos	Medida	Metas	Iniciativas
Maximizar eficiencia de procesos clave	Visitas a la empresa privada/Fondos obtenidos	Lograr un incremento del 20% anual	Estudiar licitaciones para obtener nombre de empresas y abrir canales de comunicación
Explicación de Objetivo: lograr mejores resultados para obtención de fondos y aprobación de gastos clínicos Responsable: Gerente y analistas	Tiempo de análisis de gastos clínicos	10 casos diarios por analista	Reuniones con la Gerencia para monitorear resultados

Nota: Adaptado de A strategy brochure based on the Balanced Scorecard, Balanced Scorecard, p. 205, Kaplan y Norton, 1996, Harvard Business School Press.

6.3.5. Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento:

Tabla Nro. 29: Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento

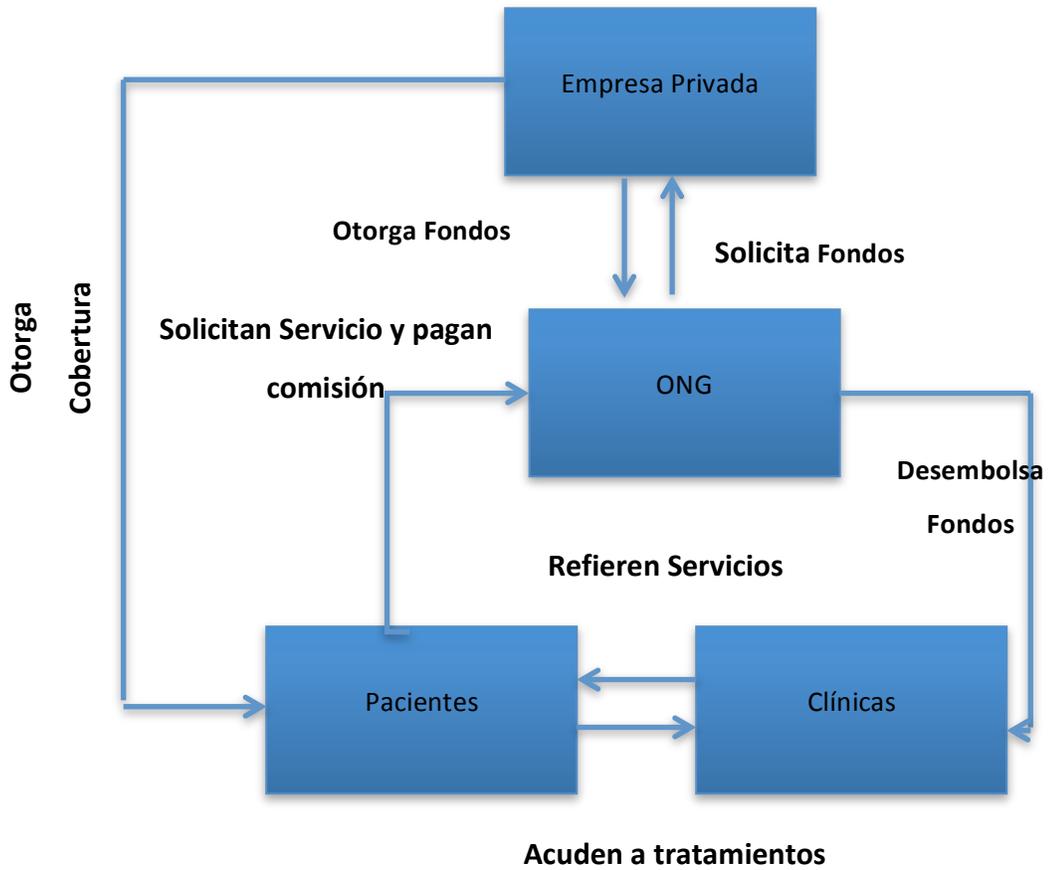
Objetivo: Aprendizaje y Crecimiento	Medida	Metas	Iniciativas
Capital Humano Explicación de Objetivo: contar con personal capacitado, leal y comprometido Responsable: Gerente	Percepción de la cultura de la ONG por parte de los empleados	Crear empleados orgullosos de trabajar con la ONG	Realizar talleres de motivación
		Crear cultura corporativa sensible a la realidad venezolana	Estudiar el panorama actual y asistir a conferencias del gremio
		Incrementar la capacitación de los empleados	Fomentar la asistencia a cursos de atención al cliente y seguros

Nota: Adaptado de A strategy brochure based on the Balanced Scorecard, Balanced Scorecard, p. 205, Kaplan y Norton, 1996, Harvard Business School Press.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A continuación se presenta el modelo de financiamiento de los gastos particulares de los pacientes, a través de una ONG.

Gráfico Nro. 6: Modelo de Financiamiento de Gastos de Bolsillo



Nota: Creación Propia, 2014

Se puede concluir, que resulta más viable crear una ONG que una compañía para promover el modelo de financiamiento principalmente debido al marco legal que afecta la obtención de fondos de la empresa privada. Según la Ley de Contrataciones Públicas, los fondos solicitados de la empresa privada deben ser destinados a causas sociales, tales como puede ser el gasto de salud de pacientes que no cuentan con recursos para financiar tratamientos disponibles únicamente en clínicas privadas, o aquellos que agotan coberturas con sus seguros. Cabe destacar que los fondos pueden ser obtenidos de cualquier empresa que esté sujeta a la Ley de Contrataciones Públicas por contratos que mantenga con el Gobierno. Es decir, el esfuerzo que hará la Gerencia para obtener fondos recae en esta ley para promover y agilizar la obtención de los mismos. Esto se concluye después de haber realizado los pronósticos financieros, en donde se pone en evidencia que una compañía y una ONG brindarían un VAN similar bajo la estructura de capital propuesta. En este aspecto, se hizo énfasis en la obtención de deuda, dadas las condiciones favorables de los préstamos en el país.

La estrategia competitiva de la ONG se centra en obtener el liderazgo a través del control de los costos, de manera que pueda competir en el mercado de financiamiento de los gastos de salud con las compañías aseguradoras, pero también con fundaciones y entes del Gobierno. Se deberán ofrecer precios solidarios a los pacientes, así como seguridad a la hora de obtener fondos y cobertura de sus gastos. De esta manera, se podrá lograr que las clínicas privadas logren brindar sus servicios a los pacientes que no tendrían la oportunidad bajo las condiciones actuales sin caer en deudas incobrables por las instituciones de salud privadas, liberando de riesgo a los pacientes y aminorando sus gastos de bolsillo. Este modelo tendrá una fase inicial o proyecto piloto en donde sólo se

atenderán los pacientes que acuden a las Clínicas Tipo 1 cuya demanda fue evaluada en este trabajo. Paulatinamente, se promoverá a otros centros de salud que ofrezcan servicios de salud únicos e indispensables para los pacientes. De tal manera, el modelo de financiamiento logra los siguientes propósitos:

- Brindar atención médica de calidad a pacientes que no cuentan con recursos económicos, garantizando la salud de todos los venezolanos ante la ineficacia del sistema público nacional, lo cual es un derecho humano y constitucional.
- Ofrecer la oportunidad a la empresa privada de financiar los gastos médicos de sus empleados.
- Ayudar a la empresa privada a contribuir con fines de salud del país.
- Lograr que la empresa privada cumpla con los fines sociales dictados por el Gobierno Nacional.
- Generar empleos.

De tal manera, se demuestra que la empresa privada puede contribuir a la salud de los venezolanos, quienes nos encontramos sumidos en una difícil realidad social, en la cual servicios básicos como la atención médica son sumamente costosos y escasos.

INDICE DE TABLAS

Número de Tabla	Título	Página
1	Operacionalización de la Variable	44
2	Establecimientos de Salud Hospitalarios Públicos y Privados Año 1999	49
3	Préstamos y Siniestros Brutos Pagados Por Ramos	55
4	Indicadores Financieros de la Industria Aseguradora	56
5	Saldos Particulares de Clínica 1	60
6	Saldos Particulares de Clínica 2	60
7	Selección de α para Clínica 1 con $\alpha=0.1$	62
8	Selección de α para Clínica 1 con $\alpha=0.4$	62
9	Selección de α para Clínica 1 con $\alpha=0.7$	63
10	Selección de α para Clínica 1 con $\alpha=0.9$	63
11	Selección de α para Clínica 2 con $\alpha=0.1$	64
12	Selección de α para Clínica 2 con $\alpha=0.4$	64
13	Selección de α para Clínica 2 con $\alpha=0.7$	64
14	Selección de α para Clínica 2 con $\alpha=0.9$	65
15	Primas Reguladas	69
16	Cronograma de Inversión	73
17	Inflación	76
18	Cálculo de Capital de Trabajo para Compañía	78
19	Cálculo de Capital de Trabajo para ONG	81
20	Amortización del Préstamo	84
21	Flujo Libre de Caja para Proyecto	86
22	Cálculo de VAN y TIR para Compañía	87
23	Cálculo de VAN y TIR para ONG	88
24	Flujo de Caja Escenario Pesimista	89
25	Flujo de Caja Escenario Optimista	90
26	Perspectiva Financiera	95
27	Perspectiva de Clientes	96
28	Perspectiva de Procesos Internos	97
29	Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento	98

INDICE DE GRAFICOS

Número de Gráfico	Título	Página
1	Métodos de Investigación	41
2	Las Fuerzas de Porter	50
3	Canal de Comercialización	71
4	Organigrama	74
5	Mapa Estratégico	94
6	Modelo de Financiamiento de Gastos de Bolsillo	99

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

Artículos de Periódico

- Alfonzo, C. (2013, 5 de julio). Bs. 1, 4 millardos deben aseguradoras a clínicas del país. El Nacional, p. 1-5.
- Hernández, K. (2013, 10 de julio). Aseguradoras no cubrirán servicios médicos con precios fuera de la regulación de Sundecop. El Nacional, p.1-5.
- Meneses, D. (2013, 5 de agosto). En clínicas trabajan con menos variedad de insumos. El Universal, p.1.
- Moreno, J. (2013, 14 de Julio). Es absurdo cobrar por rayos X lo que pagan por dos refrescos. El Nacional, p. 1-6.
- Moreno, J. (2013, 24 de julio). Denuncian que 26 mil camas están inoperativas en hospitales. El Nacional, p. 1-5.

Tesis

- Arévalo H. y Morales C. (2002). Satisfacción del cliente externo con respecto a la calidad del servicio en una empresa privada de servicios del sector salud. UCAB.
- F. Figueredo y Longarte M. (2002). Diseño de estrategias de comunicaciones para una ONG Caso Centro de Salud Santa Inés. UCAB.
- Gil L. y Malavé K. (2004). Mejora de los procesos de operación y control en la prestación de servicios odontológicos de una red de clínicas dentales a nivel Nacional. UCAB.
- Morillo, A. (2008). La lógica de la regulación de precios de las clínicas privadas en Venezuela. IESA
- Pereda, G. (2007). Planificación estratégica y control de gestión para instituciones prestadoras de servicios de salud. UCAB.

Libros

- Baeza, C. (2006). Beyond Survival: Protecting households from health shocks in Latin America. Washington: World Bank

- Balestrini, M. (2006). *Cómo se elabora un proyecto de investigación*. Caracas: Consultores Asociados.
- Blanco, A. (2001) *Formulación y Evaluación de Proyectos*. Caracas: Fondo Editorial Tropykos.
- Brealy, R y Myers S. (1988). *Principios de Finanzas Corporativas*. Madrid: McGrawHill.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (Con la enmienda Nro. 1 de fecha 15 de febrero de 2009). (2009). Caracas: Gaceta Oficial N. 5908.
- Creswell, John (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*, Third Edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hanke, J y Wichern, D (2010). *Pronóstico en los Negocios*, Novena Edición. México, Pearson.
- Jaén, M. (2006) *Costo de la Salud*. Caracas: IESA.
- Kaplan, R. y Norton D. (1996). *The Balanced Scorecard*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Kaplan, R. y Norton, D. (2004) *Strategy Maps*. Boston, MA: Harvard Business School Publishing Corporation.
- Porter, M. (1990). *Competitive Strategy*. New York, NY: The Free Press.
- Young, H.P. (2010). *APA For the Modern Student: A practical Guide for Citing Internet and Book Resources*. Minute Help Press
- Zeithaml V., Parasuraman A. y Berry L. (1990). *Delivering Quality Service*. New York, NY: The Free Press.

Citas electrónicas

- American Psychological Association (2013). *Publication Manual*. Revisado el 10 de junio de 2014 desde Internet: http://www.amazon.com/Publication-Manual-American-Psychological-Association-ebook/dp/B00CPUBEBM/ref=sr_1_1?ie=UTF8&qid=1402602141&sr=8-1&keywords=publication+manual+of+the+american+psychological+association
- Flores, M. (2012). *Alianza Interinstitucional para la Salud*. Revisado el 15 de octubre de 2012, desde Internet: <http://maiquiflores.over-blog.es/article-venezuela-alianza-interinstitucional-por-la-salud-ais-107789071.html>

- Federación Médica Venezolana (2008). Diagnóstico del Sector Salud en Venezuela. Estudios de las enfermedades emergentes y reemergentes. Revisado el 7 de junio de 2014 desde Internet: <http://www.ovsalud.org/doc/ponencia-central.pdf>
- FMI (2014). World Economic Outlook Database 2014. Revisado el 5 de junio de 2014 desde Internet: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2014/01/weodata/weorept.aspx?sy=2012&ey=2019&scsm=1&ssd=1&sort=country&ds=.&br=1&pr1.x=79&pr1.y=5&c=299&s=PCPIPCH%2CPCPIE%2CPCPIEPCH&grp=0&a=>
- Gaceta Oficial N° 39.181 del 19 de mayo de 2009. Reglamento de Ley de Contrataciones Públicas Decreto N° 6.708 19 de mayo de 2009. Revisado el 18 de enero de 2014 desde Internet http://uvero.adm.ula.ve/contrataciones/images/recursos_contenidos/leyes_reglamentos/reglamento_de_la_ley_de_contr.pdf
- Gaceta Oficial N° 5.990 del 9 de julio de 2010. Ley de la Actividad Aseguradora. Revisado el 21 de enero de 2014 desde Internet <http://aldiavenezuela.microjuris.com/2010/08/02/ley-de-la-actividad-aseguradora/>
- Gaceta Oficial N° 40.196 de junio 2013. Providencia Administrativa 294. Revisado el 21 de enero de 2014 desde internet http://www.sundecop.gob.ve/pdf/precios_determinados_294.pdf
- Gaceta Oficial N° 40.316 del 16 de Diciembre del 2013. Ley de la Actividad Aseguradora. Revisado el 25 de Mayo de 2014 desde Internet: <http://www.finanzasdigital.com/wp-content/uploads/2013/12/Gaceta40316.pdf>
- González Cappa Daniel (2013, 18 de diciembre). La salud privada va a colapsar. El Universal. Revisado por internet el 18 de diciembre de 2013: <http://www.eluniversal.com/vida/131218/la-salud-privada-va-a-colapsar>
- Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H y Méndez O, (2011). Household catastrophic health expenditures: A comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S85-S95.
- Organización de Naciones Unidas (2013). The Universal Declaration of Human Rights. Revisado el 3 de noviembre de 2013 desde Internet <http://www.un.org/en/documents/udhr/>
- Rios, R. (2012). Clínicas privadas estarán obligadas a atender pacientes en servicio de emergencia. Revisado el 12 de diciembre de 2012, desde Internet http://www.asambleanacional.gob.ve/index.php?option=com_content&task=view&id=23310&Itemid=27

Superintendencia de la Actividad Aseguradora (2014) Revisado el 20 de mayo de 2014 desde Internet: <http://www.sudeseq.gob.ve>.

WHO (2013). Health Systems Strengthening Glossary. Revisado el 29 de septiembre de 2013, desde Internet: http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html

Entrevistas:

García, C. (2013, 27 de noviembre). Director Ejecutivo de la Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales.



Caracas, 09 de junio de 2014

A quien pueda interesar:

Mediante la presente se validan las respuestas dadas a la teísta Tiana Pérez, durante la entrevista.

Las cuales fueron:

En el subsector público las camas estructurales alcanzan la cifra de 46.700; existen 19.500 camas funcionales y 11.200 operativas.

El subsector público presenta un índice de rotación de 11.7 o 11 días y 7 horas.

En el subsector privado el número de las camas estructurales, funcionales y operativas es el mismo, coincidiendo en 7.600.

En el subsector privado la rotación asciende a 0.04

En el subsector privado las cuentas incobrables alcanzan 11% de la facturación de los entes privados, y 32% de los entes públicos

La deuda del sector privado se mantiene en Bs. 1.890.000 millones (García, 2013)

La deuda del sector público a Julio del 2013 (a 60 días) fue estimada en Bs. 3.100.000 millones (García, 2013)

Atentamente,

Dr. Cristino García D.

Director Ejecutivo

**Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales
(A.V.C.H.)**