

**“Centro de Convalecencia Santa Rosa”  
Especialista en cuidados de la salud**

**Plan de Negocios para optar al grado de  
Magister en Administración  
-MBA-**

**Alumnos: Joyce Labra A.  
Mario Henríquez  
Felice Sciaraffia.**

**Profesor : Christian Willatt H.**

**Santiago, Noviembre 2010**

## INDICE

RESUMEN EJECUTIVO.....	pág. 2
1.- DESCRIPCION DE LA EMPRESA.....	pág. 4
Visión, Misión	
2.- ANALISIS DEL MERCADO E INDUSTRIA.....	pág. 5
Necesidad y oportunidad de negocio	
Ventaja competitiva	
Características del mercado	
Análisis interno y externo	
4.- PRODUCTOS Y SERVICIOS.....	pág. 14
5.- MARKETING Y ESTRATEGIA COMPETITIVA.....	pág. 16
Modelo de ingresos	
Modelo de comercialización y ventas	
Estrategia competitiva	
6.- OPERACIONES Y PLAN DE IMPLEMENTACION.....	pág. 18
Proceso productivo	
Proceso administrativo	
Infraestructura física	
Recursos humanos	
Estrategia de salida	
7.- ORGANIZACIÓN Y EQUIPO EMPRENDEDOR.....	.pág. 31
8.-PROYECCIONES FINANCIERAS Y ANALISIS DE RIESGO....	pág. 32
Proyección de ventas	
Flujo libre de caja	
Evaluación y análisis económico	
Análisis de riesgo	
9.-FINANCIAMIENTO Y OFERTA A INVERSIONISTAS.....	pág. 40
10.-BIBLIOGRAFIA.....	pág. 45
11.-ANEXOS.....	pág. 47

## RESUMEN EJECUTIVO

Dentro del proceso de recuperación o convalecencia de los pacientes que han requerido hospitalización para el tratamiento de alguna dolencia aguda, existe un lapso de duración variable, en que el paciente requiere cuidados de baja complejidad o básicos que, sin embargo, en general no pueden ser brindados aún en su domicilio. De modo que, en la práctica, permanecen en el hospital para la atención de esta fase, hasta que están en condiciones de auto valencia para poder ser dados de alta con destino a su domicilio.(1)

Por otro lado el sistema público de salud adolece de una falta crónica de camas a lo largo de todo el territorio nacional y que, en ciertas épocas del año, como es el invierno, se hace especialmente notoria.(2) (3)

Desde el punto de vista económico, la ocupación de camas, dentro de un diseño hospitalario de mediana o alta complejidad, hacen que el costo de utilización de una cama, pese a ser utilizada sólo para cuidados básicos, sea elevado.

La combinación de los hechos descritos hace que se genere una oportunidad de negocios, en la oferta de camas básicas, destinadas a atender a los pacientes que estén en esta fase de su recuperación, que consiste en prestaciones de calidad hospitalaria, pero especializada exclusivamente en los cuidados básicos. (4)

Así, pues, el mercado objetivo primordial o cliente de este negocio son los servicios de la red pública de salud, que tienen un interés inmediato en resolver la falencia de camas disponibles para atender pacientes de mayor complejidad.(4) (5)

La red pública de salud cuenta en la RM con 5000 camas de adultos no psiquiátricas (6). Se estima que un 7% de ellas están ocupadas por pacientes cuyo perfil corresponde con el de los clientes finales de este negocio, lo que significa que el mercado objetivo es de casi 350 pacientes cada día, lo que proyectado al año genera 127.750 días

cama/año, de los cuales unos 2.800 días/cama han sido cubiertos por el mercado durante este año. (7)

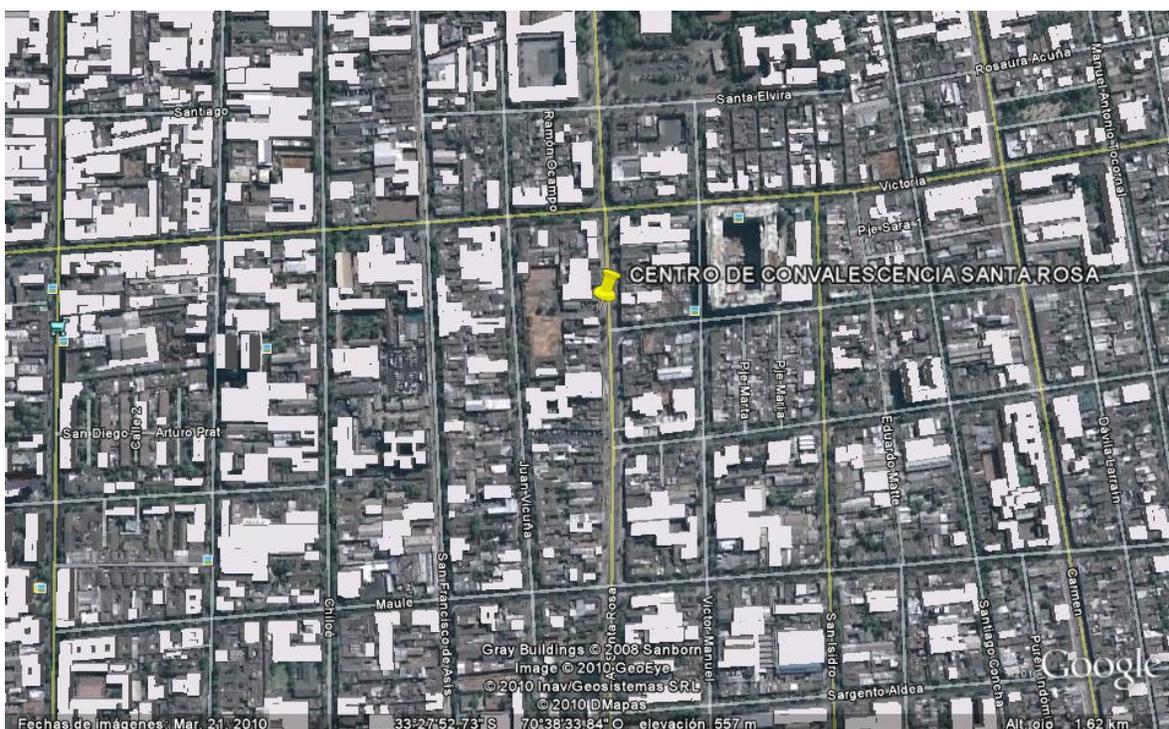
El equipo gestor está conformado por profesionales con experiencia en el área pública de salud, por lo que la necesidad a satisfacer es ampliamente conocida, así como el análisis de la oferta en sus detalles administrativos y operacionales, que constituye una ventaja en el éxito del negocio.

La oportunidad de negocio que ofrece este mercado de 20 millones USD al año, del que capturaremos sólo el 20%, considera un costo de capital del 15,3% como proyecto de nueva empresa, con una TIR de 19% y un PRI de 4 años y requiere de un capital de Inversión de M\$ 1.535.117, un VAN positivo de M\$177.070, un Valor Terminal de M\$ 4.179.418 con utilidades de M\$ 637.147 desde el cuarto año.

## 1.- DESCRIPCION DE LA EMPRESA.

La empresa está en la industria de la salud, será una institución de atención cerrada, cuyo nombre descriptivo y su sigla dan cuenta del giro del servicio ofrecido, cual es: el “Centro de Convalecencia Santa Rosa”.

Su ubicación, dado que el cliente principal son los diferentes servicios de salud del Sistema Público de la RM, estará en el cuadrante Av. Matta, Franklin, Autopista Central, Vicuña Mackenna, específicamente en calle Santa Rosa 1449 en la comuna de Santiago-Centro, en una propiedad con dimensiones de terreno de 2,2 mil m<sup>2</sup>, que permitan albergar instalaciones suficientes para 100 camas en 1.500 m<sup>2</sup> de construcción, en una primera etapa, con capacidad de expansión hasta 300 camas.



El edificio de una planta tendrá habitaciones consistentes en salas comunes de 6 camas, constituyendo el 90% de su capacidad y salas individuales con baño privado, que representarán el 10 de la capacidad restante. Contará con un Centro kinésico, que será uno de los ejes diferenciadores respecto de la competencia existente, centrales de enfermería, áreas comunes para pacientes, visitas y personal, áreas administrativas, estacionamientos, bodegas de material estéril, insumos y fármacos, áreas sucias para disposición de material contaminado, ropa sucia y desperdicios.

El diseño y construcción se hará de acuerdo a las normativas de arquitectura vigentes dadas por el Ministerio de Salud.

Para llevar a cabo sus funciones el CDC contará con una planta de personal que incluye los estamentos Médico, de Enfermería, Kinesiólogos, Nutricionista, Técnicos Paramédicos, Auxiliares de servicio, administrativo y personal de mantenimiento, como parte del staff, además en forma externalizada, personal de aseo y seguridad.

Se contará con 3 ambulancias básicas para el transporte de los pacientes desde los centros hospitalarios de origen, a los lugares de control y a la eventual realización de exámenes, a través de una compra de servicio.

El diseño arquitectónico será de tipo modular de modo que permita crecimientos posteriores si el nivel de la demanda lo amerita y responderá al criterio de baja complejidad, que es una definición básica del negocio, lo que significa que no hace falta inversión en equipamientos de alta tecnología y contará sólo con lo necesario para brindar la primera atención en casos de emergencia, con sistemas de laboratorio clínico portátil de micromuestra automatizados dejando cualquier examen o procedimiento de mediana o alta complejidad supeditado al traslado del paciente a su centro de referencia.

El entorno se diseñará con un aspecto amigable, sencillo, de fachadas limpias, con áreas verdes y estacionamientos, dando todo un ambiente de armonía y calma que es un complemento beneficioso para la estadía de los pacientes.

## **2.- VISION:**

En el contexto de su misión y sabiendo que este proyecto se presenta como una innovación dado que sería el primer centro de salud creado con el específico propósito de brindar atención de cuidados básicos integrales se visualiza en el mediano plazo como sigue:

*Ser reconocido, en un plazo de 5 años como el centro por excelencia en la atención de cuidados básicos de pacientes convalecientes de patologías agudas, que contribuye significativamente al reintegro de ellos a la vida normal y como un importante apoyo a la gestión de camas de la red pública de salud, logrando un crecimiento que lleve al CDC a ser el principal participante en este mercado específico.*

## **MISION:**

El CDC es una empresa de servicios en área de la salud modalidad atención cerrada, cuya función esencial se resume en su Misión.

*Contribuir con los Servicios de Salud Pública a la recuperación total de la salud y a la reincorporación plena a la vida normal, en el menor plazo y a bajo costo, de pacientes en fase de recuperación de patologías agudas, de los servicios de la red pública de salud, contribuyendo, a liberar camas hospitalarias, mediante una atención básica, completa y de calidad , con énfasis en la terapia kinésica y atención centrada en el paciente.*

## **3.- ANALISIS DE MERCADO E INDUSTRIA**

### **3.1 Necesidad y Oportunidad.**

Es de público conocimiento que la red de salud enfrenta desde hace 20 años un creciente déficit de camas. Por un lado, asistimos a un crecimiento de la población y de la demanda por atenciones de salud. Por otro lado, ha ocurrido que en los últimos años la

cantidad de cotizantes de los seguros privados de salud ha disminuido produciéndose una migración de cotizantes al FONASA, que hoy tiene a más del 70 % de ellos, los que se atienden principalmente en los servicio de la red pública. Por último, está el dato objetivo de que el número de camas actual es inferior en cerca de un 20 % respecto a los años 70, lo que se agravó con el terremoto de Febrero 27. (8) (9) (10)

El diagnóstico de falta de camas en la red pública está ampliamente documentado. El efecto de ello se manifiesta en forma permanente en el aumento de las listas de espera para la atención de pacientes que requieren hospitalización. Este problema se hace más evidente en los meses de invierno, donde las patologías respiratorias agudas obligan a la reconversión de camas. (2) (3)

Si bien es cierto, los gobiernos tienen claridad respecto de la necesidad de levantar nuevos centros asistenciales, esto en el mejor de los casos tomará varios años y lo más probable es que el problema no sea jamás resuelto del todo. (11) (12)

Los hospitales son centros de salud de atención cerrada de diversa complejidad. Estos vienen a resolver los problemas más prioritarios de salud y por ende, los de más alta demanda son los hospitales de alta complejidad, los que tienen un diseño, infraestructura y equipamiento adecuado para la resolución de los problemas de salud de esta naturaleza. Por ello, su operación como un todo es de alto costo, lo que se refleja en cada una de sus unidades.

En la evolución de cualquier enfermedad y más evidentemente en las enfermedades agudas, existen diferentes etapas que requieren de diferentes complejidades de cuidados. Por ejemplo una neumonía que necesite en una primera etapa de ventilación mecánica, obligará al paciente a permanecer en una unidad de terapia intensiva, así como un paciente que sea operado de una cirugía de columna, deberá permanecer por un día en una unidad de cuidados intermedios. En ambos casos, los pacientes con una evolución positiva, que son la mayoría, pasaran a requerir, durante su estadía hospitalaria, cuidados de menor complejidad y el apoyo necesario para estar en condiciones de ser dados de alta a su domicilio.

En esta secuencia de cambios en la complejidad antes descrita, se llega al punto en que pacientes con menor complejidad por su evolución favorable se encuentran ocupando camas de alta complejidad y además quitan cupo a pacientes que sí necesitan de ellas y que son sistemáticamente postergados en los Servicios de Urgencias.(2)

Esta situación agrava el aumento de los costos hospitalarios, contribuyendo al aumento de la deuda hospitalaria (13), ya que el valor de una cama UCI y cama aguda, por ejemplo en el HUAP, en promedio es de \$331.430 y \$70.000.

El valor de una cama básica en el sistema privado, según la última licitación pública realizada por FONASA (resolución exenta de Mayo 2010) oscila entre \$47.000 y \$999.640. Cabe destacar que la Clínica Dávila ofrece 48 camas básicas con un valor de \$220.000 por cama. (14)

#### **Ventaja competitiva de CDC**

La competencia de CDC en el mercado se ve enfrentada con la pequeña y mediana clínica. En general las clínicas de este segmento tienen una infraestructura inadecuada, ya que suelen ser remodelaciones de “casas-habitación”, no adaptadas a las normativas ministeriales, por otra parte su cartera de prestaciones y servicios no compite con la del presente proyecto.

TABLA N°1: Servicios complementarios a ofertas de camas en Clínicas privadas RM (15)

Área competitiva	CDC	Clínica Pequeña	Clínica Mediana
Acceso	X	_____	X
Infraestructura Adecuada	X	_____	X
Camas Básicas de convalecencia	X	X	_____
Servicio Rehabilitación	X	_____	_____
Logística Transporte	X	_____	_____
Precio	X	_____	_____
Información detallada y oportuna en línea	X	_____	_____

Fuente: Unidad de Gestión de Camas MINSAL. 2009

### 3.2 Características del mercado y clientes objetivo.

En el párrafo anterior se ha descrito claramente cuáles son los clientes finales, es decir la caracterización de los pacientes que son objeto del servicio médico prestado por CDC, que se resume en pacientes adultos en fase de recuperación de patologías agudas, atendidos en los hospitales de la red pública de salud. Queda pues de manifiesto que nuestros clientes principales o directos serán los decisores de los servicios públicos, que en algunos casos serán los directores de hospitales y en otros serán los directores de Área, en cualquier caso nuestro cliente será quien pueda tomar la decisión de compra de camas a nuestro centro.

En general se trata de médicos directores que tienen clara conciencia de que la falta de disponibilidad de camas es una de las piedras de tope principales para sacar adelante las metas de atención impuestas a su gestión, por lo que se puede anticipar que una oferta de este tipo en que se da la oportunidad de liberar camas, derivando a sus pacientes a un centro especializado en atención básica a precios razonables, será bien recibida y valorada.

En la RM existen 6 Áreas de Salud que rigen a cerca de 12 hospitales no psiquiátricos, no pediátricos, con un total de aproximadamente 5000 camas, de acuerdo a la siguiente distribución (6):

TABLA N°2: Camas Totales por Servicio de Salud en RM

Servicio de Salud	N°de camas
Servicio Metropolitano Norte	909
Servicio Metropolitano Occidente	876
Servicio Metropolitano Central	718
Servicio Metropolitano Oriente	836
Servicio Metropolitano Sur	852
Servicio Metropolitano Sur Oriente	908
Total camas adultas s/camas psiquiátricas.	5099

Fuente: Departamento de Estadísticas e Informaciones de Salud MINSAL año 2009

Hasta ahora, de acuerdo a algunas publicaciones, y una encuesta realizada por nosotros, hemos establecido que alrededor de un 7% de esas camas están ocupadas por pacientes que cumplen con el perfil de atención que el CDC brinda, lo que significa que el mercado objetivo es de 350 camas al día. Este es un negocio de tiempo completo y de todo el año por lo que el mercado objetivo es de 127.750 camas al año o para expresarlo mejor, días cama / año, ya que esta es la unidad de venta. (7)

Un estudio preliminar obtenido de cotizaciones de proveedores de clínicas privadas, realizado en el servicio de Salud Sur Oriente, en el presente año, determinó que el precio promedio de día cama es de \$ 81.000, lo que significa que a ese valor, el tamaño del mercado representa un volumen de ventas anuales de aproximadamente M\$10.347.750 que a \$500 /USD estimado, equivale a M\$ USD 20.695,5. (16)

Existe el precedente de que los hospitales han realizado compra de servicios por precios superiores a estos, para derivar a instituciones de salud privada a pacientes de alta complejidad y en fase aguda de su enfermedad, especialmente respiratorios (11), por lo que es lógico que exista la disposición a pagar por la derivación de pacientes de baja complejidad, pero sin duda el factor precio es preponderante.

La capacidad proyectada para el CDC es de 100 camas y estimando un índice ocupacional de 80%, nuestra proyección de ventas es de 29.200 días cama / año lo que representa un ingreso anual aproximado de M\$ USD 4.730,9, que equivale a alrededor del 20 % del mercado actual y a futuro se espera un crecimiento del mercado considerando el cambio demográfico y epidemiológicos que significan mayor envejecimiento de la población, portadores de enfermedades crónicas y de múltiples co-morbildades, lo cual deja un gran margen para correcciones.

**20% del Mercado**



■ Disponib...

### **3.3 Análisis Interno y Externo. (17) (18)**

La Industria: En el mercado de la salud privada, existen más de 40 centros de atención cerrada en la RM (6), de diversa complejidad, tamaño, calidad, antigüedad, enfocada a diversos segmentos socioeconómicos de la población, dedicadas muchas de ellas a una determinada especialidad, como cirugía oftalmológica, cirugía plástica, maternidad y otras multifuncionales tratando de hacerlo todo, sin embargo en la mayoría de ellas se ha puesto en el centro del negocio la atención quirúrgica y en las más grandes, la atención de alta complejidad.

Entre las clínicas grandes, que apuntan a segmentos medios y altos, ha primado la multifuncionalidad y la competencia se ha centrado en ofrecer imagen de alta calidad de sus servicios y prestadores, y en algunas de ellas se ha agregado la competencia por precio.

Dentro de las clínicas pequeñas, que suelen dedicarse a alguna especialidad quirúrgica como maternidades, clínicas de cirugía plástica y clínicas oftalmológicas, están dotadas de un escaso soporte técnico de servicios de apoyo, de modo que han optado por competir por precio.

Existen algunas clínicas de baja complejidad, no quirúrgicas, que se dedican fundamentalmente a la atención siquiátrica.

Tenemos el antecedente de un centro de atención cerrada (4), que apunta al giro de nuestro negocio, pero cuya génesis está en unas instalaciones que parten de manera muy precaria y que han ido adaptando su crecimiento en función de la demanda, aparentemente sin la capacidad de ofrecer instalaciones de calidad, atención de excelencia y apoyo kinésico de rehabilitación como centro diferenciador de sus actividades.

De modo que nos parece que en la industria el nicho al que este proyecto apunta, está plenamente disponible.

El giro del negocio, presenta como barreras de entrada el know how de la atención médica cerrada, que puede ser adecuadamente provista por una amplia gama de especialistas cuya experiencia lo haya mantenido cerca del trabajo hospitalario, de modo que no representa una barrera de entrada muy alta.

El requerimiento tecnológico no representa un desafío especial, ya que por tratarse de atención básica, la tecnología, el nivel de conocimientos y de complejidad, también son fáciles de abordar en el mercado de la medicina.

Por lo anteriormente expuesto, podemos afirmar, que en el marco de las inversiones en salud, el desarrollo de este proyecto se encuentra en un nivel de inversión bajo.

En consecuencia, las barreras de entrada son bajas y la replicabilidad del negocio es alta, por lo tanto creemos que este es el tipo de negocio donde llegar primero es la llave para el éxito y la captura del mercado.

Además, el grupo gestor reúne condiciones que sumadas hacen una diferencia a favor del éxito del proyecto, dado que se han desempeñado en las distintas áreas involucradas en el negocio. Por un lado, con el conocimiento de la parte técnica, y gestión hospitalaria; por otro lado, los conocimientos de la parte administrativa, financiera y la perspectiva del cliente.( Ver TABLA N°1)

## Análisis FODA del proyecto CDC.

<p><b>Fortalezas:</b></p> <p>Grupo gestor con el know how del negocio, conocimientos de administración y conocimiento de la perspectiva del cliente.</p> <p>Nivel de inversión bajo para el giro.</p> <p>Bajo requerimiento tecnológico</p> <p>Proyecto con corto periodo de puesta en marcha.</p> <p>PRI bajo, estimado en 2 a 3 años.</p> <p>Fuerza de venta pequeña.</p> <p>Costos fijos bajos.</p> <p>Costos variables Bajos.</p> <p>Lo que no es core se puede externalizar fácilmente.</p> <p>Capacidad de reconversión del negocio</p>	<p><b>Oportunidades.</b></p> <p>Alta demanda del sistema público por necesidad de liberación de camas.</p> <p>Nicho no explotado. Las Instituciones de salud privada apuntan a la alta complejidad y a la oferta quirúrgica.</p> <p>Interés de ISAPREs por hacer convenios que bajen el costo de sus coberturas.</p> <p>Interés de Pacientes por bajar su gasto de bolsillo.</p> <p>Concentración de clientes directos. Facilita las ventas.</p>
<p><b>Debilidades:</b></p> <p>Falta de garantías financieras para obtención de créditos</p> <p>Falta de condiciones para obtener financiamiento.</p>	<p><b>Amenazas.</b></p> <p>Bajas barreras de entrada</p> <p>Altamente imitable.</p> <p>Aumento del N° de camas hospitalarias en el tiempo por construcción de proyectos hospitalarios.</p> <p>Hay que desarrollar el proyecto primero.</p> <p>Cambio de las políticas públicas de salud (Política de compra de servicios).</p> <p>Redacción de convenios con suficiente detalle.</p> <p>Concentración de clientes directos. Da poder a los clientes.</p>

Las Amenazas deberán ser combatidas con las fortalezas identificadas, de esta manera las barreras de entradas serán establecidas por la diferenciación de entregar especialidad en Kinesiología y rehabilitación, como también el conocimiento del equipo para el manejo frente a las amenazas y la negociación de convenios con clientes de gran poder en la industria. Frente a los cambios de políticas públicas, la clínica puede cambiar de giro rápidamente debido a la fortaleza de alta reconversión y aprovechar las oportunidades del sector privado o nuevos nichos del sector público.

#### **4.- PRODUCTOS Y SERVICIOS.**

El CDC brinda un servicio de atención cerrada de pacientes convalecientes de patologías agudas, lo que significa que los clientes finales son pacientes derivados de la red pública de salud, seleccionados en su lugar de origen, a quienes se les dará la atención básica y kinésica que se requiera para que puedan recuperarse, hasta el momento del alta a su domicilio. Este servicio engloba una serie de prestaciones que confluyen en el objetivo final.

En primer lugar, una vez seleccionado el caso, es decir el paciente que será derivado desde un centro de salud hospitalaria, éste recibirá el servicio de trasladado al CDC en una unidad de transporte del Centro. Luego se entregará los servicios propios de una hospitalización que incluyen la asignación de una cama, ropa de descanso, utensilios de aseo, alimentación de acuerdo a prescripción médica, administración de medicamentos y terapia indicada por su médico tratante, cuidados y vigilancia de enfermería, visita diaria de médico staff, atención de kinesioterapia diaria y traslado a su centro de referencia a citación de controles médicos y de exámenes de laboratorio, imagenología.

Los pacientes tendrán derecho a utilizar las áreas comunes reservadas para ellos, así como sus visitas podrán utilizar los estacionamientos de disponibles.

Una vez concluida su estadía y realizados los trámites administrativos y médicos de rigor, se le ofrece al paciente la opción de ser trasladado a su domicilio en un vehículo del CDC.

El CDC tendrá explícito en sus convenios de atención con cada centro hospitalario, que en caso de que el paciente requiera atención de mayor complejidad que la ofrecida por el CDC, será reingresado en su centro de referencia, por lo tanto se contempla el servicio de traslado con la supervisión médica y de enfermería que sea necesaria a su hospital de origen.

Dentro de las prestaciones destacables del CDC, están la Kinesioterapia y el servicio de traslado. Está demostrado que la kinesioterapia en el postoperado y en el paciente que se recupera de estadías en Unidades Intensivas, por distintas dolencias, es absolutamente necesaria ,pues reporta beneficios en la velocidad de recuperación y en la prevención de complicaciones, así, esta actividad terapéutica es uno de los pilares diferenciadores de la oferta de servicios del CDC.

La escasa oferta existente en este rubro y las Clínicas privadas que han vendido servicios al sistema público de salud, bien no son diferenciadas en la atención básica o bien son incompletas y sus prestaciones no abordan el problema de manera integral, en este contexto es que el CDC entiende que el traslado de los pacientes a las diferentes actividades, como las citas a controles y a exámenes, así como el traslado al momento del alta definitiva, es una necesidad que debe ser atendida, por ello se ofrece un servicio de transporte.

Este conjunto de servicios hacen que CDC se diferencie de los otros centros privados de atención cerrada del mercado, si bien la tecnología y el know how aplicados a este negocio son fácilmente replicables, es la conceptualización y la combinación de conocimientos y experiencia del equipo gestor lo que imprime a este proyecto una diferenciación relevante en la oferta de valor.

Una vez superada la fase de infraestructura, las fases de equipamiento reclutamiento de personal y puesta en marcha son de rápida ejecución, anticipando que pueden tardar alrededor de 2 meses.

## **5.- MARKETING Y ESTRATEGIA.**

### **5.1 Modelos de Ingresos:**

Existen 2 modalidades de ventas:

1.- Día-cama: Oferta la cama sin otras prestaciones, las que se cobrarán en forma paralela \$67.000 en sala común y 87.000 en habitación individual.

2.- Servicios complementarios: Incluye medicamentos, exámenes de laboratorio, radiológicos o interconsultas, fuera del costo comprendido por atención en camas básicas y que se estiman en un promedio diario de \$16.000.- con una prevalencia del 60% sobre los días camas vendidas.

La fijación del precio, tanto para el día cama y servicios complementarios se consideró, la obtención de un VAN positivo con una TIR sobre el 20%, Técnica de Benchmarking y criterio experto, especialmente respecto del costo en servicios complementarios.

### **5.2 Modelo de Comercialización y Ventas:**

La forma de comercializar la oferta de camas básicas y su servicio, deberá tener 3 modalidades, el que será realizado por el equipo gestor dada la experiencia, contactos y conocimiento del área.

1.- Oferta directa de la gerencia de la clínica a la Dirección o Subdirección Médica del hospital de la R.M. Se realizarán entrevistas con entrega de abundante material explicativo que permita exponer las bondades del servicio ofertado y sus precios que deberán ser claramente competitivos.

2.- Convenio marco con FONASA: Estableciendo una oferta a FONASA con precios competitivos y convenio ágil que permita a los hospitales públicos optar en forma rápida por esta vía en situaciones críticas de falta de camas hospitalarias (básicas).

3.- Licitación: Opción que FONASA realiza periódicamente para establecer convenios estables y económicos ante situaciones prolongadas de déficit de camas.

Cada modalidad tiene sus tiempos para entrar al negocio, resultando más prolongadas las que se realizan a través de FONASA (3 a 6 meses como mínimo).

Por tanto, la venta marketing directo resulta más apropiada en una primera etapa, dado que para establecerse en definitiva debe incorporarse un convenio ó licitación con FONASA.

### **5.3 Promoción:**

La promoción debe ser permanente, con visitas a los hospitales públicos con material de difusión impreso y audiovisual, e invitación a Médicos y Directores a actividades a realizar en la Clínica, tales como conferencias informativas destinadas a dar a conocer sus instalaciones y trabajo. Para información de los pacientes se realizará Auditorías Clínicas con entrega de resultados mensualmente. Por vía web se informará diariamente a las Direcciones hospitalarias, con respecto al manejo de sus pacientes. Esta actividad es de bajo costo, dado que realiza en forma dirigida y cerrada a los Servicios de Salud de la RM y Hospitales de su dependencia. El costo estimado es de M\$4.500 trimestral,

### **5.4 Estrategia Competitiva:**

De acuerdo a sus resultados, realizar ajuste de costos con el fin de establecer una mayor rentabilidad y por otro lado, enfatizar en la calidad de la atención con el fin de obtener mayor diferenciación, que permita ser reconocido como un centro de salud

competente que genera aportes en un nicho específico como es el de atención médica en camas básicas y recuperación kinésica.

## **6.- OPERACIONES Y PLAN DE IMPLEMENTACION**

### **6.1. A.- Proceso Productivo.**

#### **1.- Selección del Caso.**

a.- Comunicación o solicitud. El primer paso es, utilizando la línea de contacto con los clientes captados, que son instituciones de salud cerrada, comunicarse con el encargado de gestión de camas de dicha institución, para consultar si hay pacientes para ser trasladados o bien recibir la solicitud para ello.

b.- Selección. A continuación, la enfermera a cargo de la selección del caso, se traslada al centro asistencial, para conocer en terreno al paciente y su historia clínica y determinar si califica para ser trasladado.

c.- Traslado. Una vez seleccionado el o los pacientes para ser trasladados, se procede a dar la instrucción de traslado al servicio de ambulancias contratado.

#### **2.- Ingreso.**

Llegando el paciente a CDC, se procede a realizar el ingreso administrativo y clínico, por parte de un funcionario de admisión, en lo relativo a lo administrativo y por parte del médico a cargo y la enfermera de sala, en lo concerniente a lo clínico.

#### **3.- Atención.**

Una vez ingresado y asignada su cama, el paciente comienza a recibir la atención clínica respectiva siguiendo los procedimientos propios de la atención requerida en cada caso, más la atención kinésica programada por el staff de kinesiología.

Las prestaciones habituales incluyen hotelería, ropería, alimentación de acuerdo a indicaciones médico nutricionales, cuidados básicos de enfermería, terapia farmacológica,

terapia kinésica, curaciones, control médico diario y el derecho a utilizar las áreas comunes de la institución.

#### **4.- Alta.**

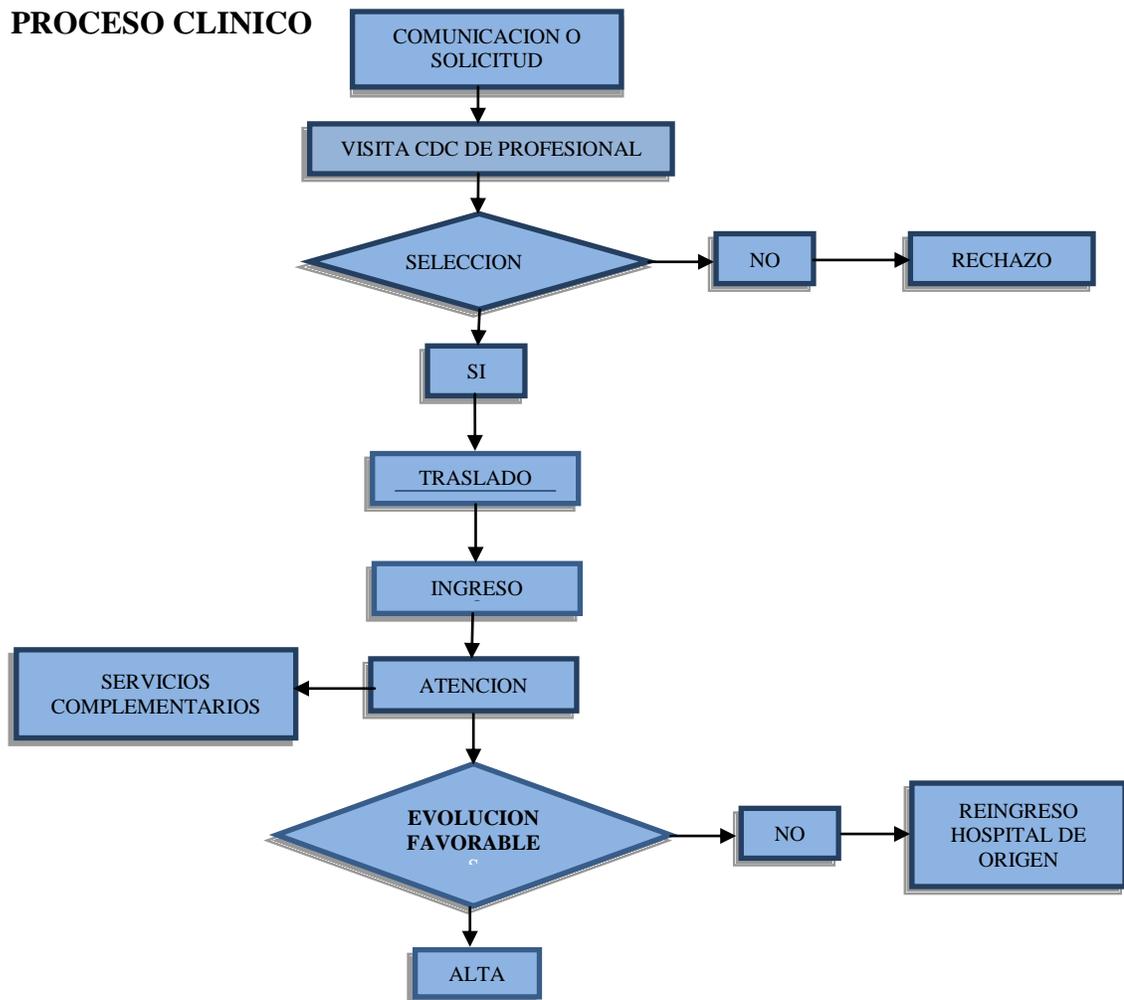
Una vez completa la estadía del paciente en CDC y en condiciones de alta definitiva a su domicilio, el paciente queda a cargo del adulto responsable que lo retire u opcionalmente, si lo solicita, será trasladado a su domicilio por el servicio de transporte de CDC.

#### **5.- Servicios Complementarios.**

##### a) Traslado a exámenes y/o controles.

Durante la estadía en CDC es posible que el paciente tenga citaciones a control con su médico tratante o bien citación a algún examen de imagenología, laboratorio u otro. Cual sea el caso el paciente será trasladado por el servicio de transporte de CDC, acompañado por una TPM.

b) Reingreso por complicación. En caso de presentar cualquier complicación, el paciente será trasladado por el servicio de transporte a su Hospital de derivación.



## B.- Proceso Administrativo de Atención al Paciente.

**1.- Ingreso:** Una vez que el paciente ha arribado al CDC, se procede a realizar su ingreso administrativo que tiene por objeto la generación de una cuenta corriente para el proceso de cobranza, contempla los datos pertinentes del paciente, motivo de ingreso, institución de origen y carta de resguardo.

**2.- Registro de consumos.** Mediante un proceso digital se registra todos los insumos y servicios utilizados en la atención del paciente que no estén contemplados en la prestación que involucra la atención de día cama básica, lo que estará expresamente detallado en los protocolos de atención.

**3.- Alta Administrativa.** Una vez concluida la estadía del paciente y dada el alta clínica, se procede al alta administrativa y cierre de la cuenta, lo que incluye el resumen final y facturación.

**4.- Cobranza.** El resumen de la cuenta y facturación se remite a la institución de referencia para que se proceda al pago de la forma que se haya acordado en los convenios de atención suscritos.

### **C.- Plan de Producción y Adquisiciones.**

La producción se basa en la prestación de la atención clínica del paciente, el proyecto plantea la operatividad total desde el comienzo, es decir desde el día de la apertura se comenzará con todas sus camas y dependencias habilitadas, así como con todo el personal requerido, de acuerdo a las normas ministeriales, contratado según la proyección de ventas. Sin embargo se mantendrá como meta un índice ocupacional de 80% permanentemente que se produce no por desocupación, sino, por la generación de tiempos ociosos que derivan del recambio de pacientes, y que en atención cerrada de salud es aproximadamente de un 20% .

El primer año se espera una ocupación media del 60%, el segundo año en adelante un 80%.

Los servicios complementarios a la atención directa del paciente, requieren de ciertos insumos clínicos y arsenal farmacológico.

a.-El botiquín de farmacia se diseña contemplando los medicamentos de uso más frecuentes con stock para 15 días, entre ellos se cuentan analgésicos, antibióticos, antidiabéticos, antihipertensivos, además de la disposición de un carro de paro con implementación completa.

b.-La alimentación será un servicio externalizado que se contratará con alguna de las empresas especializadas en el rubro.

c.-La ropa de cama y batas de dormir, así como la ropa de baño, se contrataran en forma externalizada a empresas dedicadas al arrendamiento y lavado de ropa.

Los puntos b y c, dependerán en su adquisición, de la logística de entrega de la empresa contratada.

d.-Los insumos para el aseo de los pacientes, como jabones de baño, dentífrico, etc., serán parte del servicio e hotelería y se adquirirán al mejor precio posible, manejando stock para un mes.

El proceso de compra de los insumos externalizados, consistirá en la suscripción de contratos, donde se evaluará la historia de la empresa ofertante, precio y calidad, mientras en el proceso de compra de insumos, ello estará a cargo de un ejecutivo, quien procederá a evaluar marcas, calidades y precios para elegir al proveedor más conveniente.

La unidad de venta es el día cama y la unidad de producción es la atención del paciente que está utilizando ese día cama, de modo que los insumos requeridos en cada caso dependerán de las indicaciones médicas particulares y conformarán los servicios incluidos y los complementarios.

## D.- Infraestructura Física.

### Planta Física.

El CDC tendrá una capacidad instalada para hospitalizar a 100 pacientes, en una planta de un piso, de 1.500 m<sup>2</sup> construidos, tendrá 90 camas habilitadas en salas de 6 camas cada una con una central de enfermería y un baño común, lo que significa 15 habitaciones comunes. Tendrá 10 habitaciones individuales, agrupadas en un sector o ala del edificio y tendrán adjunta una central de enfermería para dar atención a esas 10 habitaciones, habrá un sector administrativo con 5 oficinas destinadas al Director gerente, Enfermera Coordinadora, Gerente de Finanzas, Gerente de operaciones y gerente Comercial, todas ellas alrededor de un sector central que albergará la secretaría y recepción.

El resto de las dependencias contempla la sala de Kinesioterapia, sala de Ingreso, el Botiquín (bodega de farmacia), Bodega de material estéril, Bodega de material de aseo, ropería, Casino, Sala multiuso, taller de mantenimiento, Residencia médica, residencia y vestidor de enfermeras, residencia y vestidor de TPM, áreas comunes, repostero y sala de acopio de desperdicios. (Ver Layout en anexos).

### Equipamiento.

Se detalla el equipamiento necesario para las diferentes dependencias del CDC.

Sala de pacientes comunes 15 salas	06 camas clínicas 06 colchones clínicos 06 veladores 06 lámparas 06 timbres de llamada 01 escritorio 02 sillones 01 TV plasma 01 monitor multiparámetro 02 bombas de infusión 01 computador 01 mesa clínica 01 citófono
---------------------------------------	---

Sala individual 10 salas	01 camas clínicas 01 colchones clínicos 01 veladores 01 lámparas 01 timbres de llamada 01 TV plasma 01 citófono 01 mesa clínica
Sala de Ingreso	01 mesa de examen 01 escritorio 01 lámpara de examen 01 sillón 02 sillas 01 monitor multiparámetro
Residencia 2 espacios	01 horno microondas 01 TV 01 refrigerador 01 sofá 01 mesa 06 sillas 30 lockers
01 Central de enfermería de piezas individuales	01 escritorio 02 sillones 02 sillas 02 bombas de infusión 01 monitor multiparámetro
Oficinas administrativas 05 oficinas	01 sillón 01 escritorio 01 computador 02 sillas 01 teléfono 01 lámpara 01 estante 01 Kardex
Recepción administrativa	01 mueble de recepción centralizada 02 sillas 02 computadores 02 teléfonos 02 sofás de recepción
Salas multiuso	01 televisor 20 sillas 01 mesa 01 telón 01 datashow

## **E.- Recurso Humano.**

### **Personal médico y de apoyo.**

El recurso humano necesario para la operación del proyecto tiene como su centro al personal médico y de apoyo que es el que tiene contacto directo con el paciente y realiza la prestación final cual es la atención del paciente, cuyas competencias vienen dadas por su calificación o título profesional o técnico.

La normativa de salud vigente da instrucciones acerca de la relación entre un profesional o técnico determinado y la cantidad de pacientes que puede atender. (20)

Al respecto se es específico sobre las Enfermeras y los TPM, las primeras deben atender máximo a 12 pacientes de camas básicas, mientras que las segunda sólo a 6. Además se debe considerar que tanto los médicos residentes como las enfermeras, las TPM y los auxiliares trabajan en sistemas de turno para dar cobertura durante las 24 horas, en un sistema llamado 4º turno.

Considerando que el CDC se planifica con 100 camas de atención básica es que se proyectan los siguientes requerimientos de personal médico y paramédico.

<b>FUNCIONARIO</b>	<b>N °</b>	<b>Rol de turno</b>
Médico Residente	6	24 Hrs /6 días
Enfermera clínica	33	Cuarto turno (día noche, libe-libre)
Técnico Paramédico	67	Cuarto turno (día noche, libe-libre)
Auxiliares	8	Cuarto turno (día noche, libe-libre)

### Personal Administrativo.

Se considera el siguiente requerimiento de personal administrativo, con jornada de 44 horas semanales de Lunes a Viernes.

FUNCIONARIO	Nº
Director-gerente	1
Enfermera Coordinadora	1
Sub-Director Comercial	1
Sub-Director de Finanzas	1
Sub-Director de RRHH	1
Secretaria	2

Se considera el siguiente personal adicional, jornada 44 horas semanales de Lunes a Viernes.

Junior	2
Técnico de Mantenición	1
Personal de ropería	1
Personal de Farmacia	1

Todo el personal se contrata en base a sus antecedentes, títulos profesionales o técnicos válidos y a una entrevista de trabajo. Desde su etapa de reclutamiento en adelante se llevarán a cabo los procesos de Inducción, mantención, capacitación y promoción propios del manejo del recurso humano, que estará liderado por el gerente de RRHH y todo el personal estará bajo evaluación y capacitación periódica, con el propósito de que se adecúen a la misión del CDC.

De acuerdo a la capacidad ocupacional será creciente estabilizándose a contar del segundo año, los requerimientos de personal durante este período de transición será el siguiente:

TABLA N°4: Distribución del RRHH en relación a la capacidad ocupacional

IO=60%							AÑO 1	
cargo	N/Pctes	Total	rol	TOT	Rem Mes	tot mes	Rem Anual	
TPM	6	12	4	50	300	15.000	180.000	
ENF	12	6	4	25	900	22.500	270.000	
KNS	25	3	1	3	700	2.100	25.200	
MEDICOS	25	6	1	6	1.000	6.000	72.000	
ENF COORD	100	1	1	1	1.200	1.200	14.400	
ADMINIDTR	20	5	1	5	600	3.000	36.000	
SECRET	50	2	1	2	250	500	6.000	
JUNIOR	100	1	1	1	200	200	2.400	
DIRECTOR	100	1	1	1	1.500	1.500	18.000	
GERENTE	100	1	1	1	2.000	2.000	24.000	
NUTRIC	100	1	1	1	700	700	8.400	
<b>TOTALES</b>		<b>45</b>		<b>120</b>		<b>54.700</b>	<b>656.400</b>	

AÑO 1								
cargo	Q1/ 30%	Rem. Q1	Q2 / 60%	Rem.Q2	Q3/ 70%	Rem.Q3	Q4 /80%	Rem.Q4
TPM	25	22.500	51	45.900	59	53.100	67	60.300
ENF	13	35.100	25	67.500	30	81.000	34	91.800
KNS	2	4.200	3	6.300	3	6.300	4	8.400
MEDICOS	6	18.000	6	18.000	6	18.000	6	18.000
ENF COORD	1	3.600	1	3.600	1	3.600	1	3.600
ADMINIDTR	5	9.000	5	9.000	5	9.000	5	9.000
SECRET	2	1.500	2	1.500	2	1.500	2	1.500
JUNIOR	1	600	1	600	1	600	1	600
DIRECTOR	1	4.500	1	4.500	1	4.500	1	4.500
GERENTE	1	6.000	1	6.000	1	6.000	1	6.000
NUTRIC	1	2.100	1	2.100	1	2.100	1	2.100
<b>TOTALES</b>	<b>58</b>	<b>107.100</b>	<b>97</b>	<b>165.000</b>	<b>110</b>	<b>185.700</b>	<b>123</b>	<b>205.800</b>

IO= 80%

AÑO 2 ...6

cargo	N/Pctes	Total	rol	TOT	Rem Mes	tot mes	Rem Anual
TPM	6	17	4	67	300	20.100	241.200
ENF	12	8	4	33	900	29.700	356.400
KNS	25	4	1	4	700	2.800	33.600
MEDICOS	25	6	1	6	1.000	6.000	72.000
ENF COORD	100	1	1	1	1.200	1.200	14.400
ADMINIDTR	20	5	1	5	600	3.000	36.000
SECRET	50	2	1	2	250	500	6.000
JUNIOR	100	1	1	1	200	200	2.400
DIRECTOR	100	1	1	1	1.500	1.500	18.000
GERENTE	100	1	1	1	2.000	2.000	24.000
NUTRIC	100	1	1	1	700	700	8.400
<b>TOTALES</b>		<b>45</b>		<b>120</b>		<b>67.700</b>	<b>812.400</b>

### F.- Capacidad Instalada.

La capacidad instalada de CDC es de 100 camas, pero es sabido que los centros de atención de salud nunca logran índices ocupacionales de 100% (2). Un índice ocupacional de 75% se considera bueno. En CDC se han realizado las proyecciones considerando una ocupación media de 80% y las estimaciones de personal, que es el insumo básico, se hacen considerando una ocupando teórica del 100%, dado que la capacidad ociosa es solo generada por recambio de pacientes , lo que ocurre asincrónicamente (2).

El giro del negocio es la atención clínica de pacientes, de modo que todas las funciones que se alejan de ello serán encargadas a empresas especializadas, así, se subcontratará la Alimentación, Aseo, Seguridad, Ropa y lavandería y Transporte. CDC no planea, en ésta etapa, complejizar sus prestaciones, sino, por el contrario, mantenerlas en el plano de prestaciones de atención básica, concentrándose en obtener el mejor de los resultados.

## **G.- Controles.**

La actividad del CDC tiene como fin, de acuerdo a su Misión y Visión, obtener el mejor resultado en los pacientes en fase de recuperación de patologías agudas, de modo que las líneas de control van por el lado clínico y también por el lado administrativo. Por la vertiente clínica se deben realizar diferentes controles que tienen relación con indicadores de calidad de atención dentro del marco de las garantías de calidad expresadas en las evaluaciones de acreditación de instituciones de atención cerrada de la superintendencia de salud y además en forma específica se harán mediciones de indicadores que apunten a una nula o muy baja tasa de complicaciones, a los mínimos tiempos de recuperación total y a los mínimos costos incurridos, lo que da cuenta de de eficiencia y calidad.

Desde el punto de vista administrativo se llevará a cabo controles periódicos de stock de medicamentos e insumos, de mantención del materiales y del inmueble, se ejercerá una política de contención de costos minimizando el gasto superfluo y redundante, se optimizarán los procesos administrativos para hacerlos lo más eficientes posible y se realizará control permanente sobre los servicios prestados por las empresas que brindan outsourcing.

Se deberá asegurar el inmueble contra incendio y eventos de la naturaleza y se asegurarán los bienes muebles, especialmente contra robo. Dentro de lo posible se tratará de tomar resguardos contra acciones medico legales en caso de demandas de ese tipo que pudiesen recaer sobre la institución.

## **I.- Estrategia de salida.**

La arquitectura del CDC se ha diseñado de manera tal que permite dos estrategias de salida o bien de reconversión. Su diseño y equipamiento lo ponen en un punto medio entre un centro de atención de ancianos (hogar de ancianos), negocio de alta rentabilidad y demanda creciente y una clínica de mayor complejidad.

Para vender o reconvertir el CDC en un hogar de ancianos no hay que hacer prácticamente nada, excepto un retiro mínimo de parte del equipamiento, como son los monitores multiparámetro, todo el resto se adecúa perfectamente a ese fin.

Para convertirlo o venderlo con el propósito de hacer una clínica de mayor complejidad, ofrece una base o plataforma arquitectónica y de equipamiento, perfectamente ajustable. Su conversión requiere una inversión adicional en pabellones, Recuperación y centro médico.

Estas dos opciones, que por cierto se agregan a la más simple, pero menos conveniente que es la de la liquidación, bajan las barreras de salida a un nivel muy conveniente.

## **6.2 PLAN DE IMPLEMENTACION.**

En la implementación del Proyecto CDC se destacan las etapas de diseño arquitectónico, construcción, equipamiento, obtención de autorizaciones, reclutamiento de personal y puesta en marcha (19). Se estima que la suma total de los tiempos requeridos para cada etapa, pudiéndose superponer algunos de ellos, tomará alrededor de 13 meses.

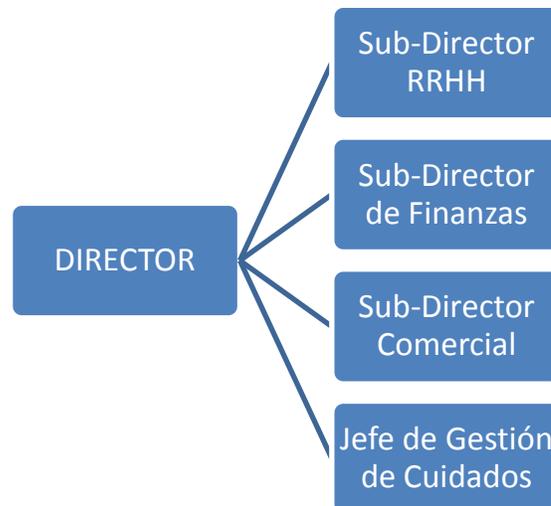
Por ejemplo, se puede superponer la fase final de la construcción con la obtención del permiso sanitario, compra de equipos y mobiliario y la instauración de convenios de atención con los distintos hospitales de la RM.

A continuación se presenta la Carta Gantt de la implementación del proyecto.

CARTA GANTT PUESTA EN MARCHA PROYECTO CDC													
MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
ACTIVIDAD													
FINANCIAMIENTO	■												
ARQUITECTURA	■												
CONST. SOCIEDAD	■												
COMPRA TERRENO	■	■											
PERMISOS CONTRUCC.		■	■	■	■	■	■	■	■	■			
CONSTRUCC			■	■	■	■	■	■	■	■			
EQUIPAMIENTO										■	■		
AUT. SANITARIA											■	■	
CONVENIOS											■	■	
CONTRATACION												■	
COMPRA INSUMOS												■	■
PUETA EN MARCHA													■

## 7.- ORGANIZACIÓN Y EQUIPO EMPRENDEDOR

CDC con 100 camas básicas, su organigrama debiera considerar la siguiente organización:



1.- Director (Dr. Felice Sciaraffia): Equivalente al Director de hospital, responsable de la función médica y clínica pero, con dominio en área de gestión, por lo que deberá ocuparse de la gestión económica-financiera, además de la administrativa propiamente tal, en íntima relación con la gestión médica ya mencionada.

- 2.- Sub Director Comercial (Dr. Joaquín Torres): Encargado de ventas y marketing.
- 3.- Sub Director de Finanzas (Ing. Joyce Labra): Encargado de los aspectos económicos y financieros y contables de la clínica.
- 4.- Sub Director Administrativo y RRHH (Dr. Mario Henríquez) Encargado de la administración de recursos humanos, físicos y adquisiciones.
- 5.-Jefe de Gestión de cuidados (Enf-Mat. Carolina Ibáñez): Encargada de Gestión del Cuidado del Paciente y coordinación de enfermería.

## 8. PROYECCIONES FINANCIERAS Y ANÁLISIS DE RIESGOS (19) (21)

### 8.1.-Proyección de Ventas

Se estima que los servicios complementarios son de \$16.000, en un 60% de los casos.

El primer año se espera un índice ocupacional medio del 60% y del segundo año en adelante del 80%:

#### CALCULO DE INGRESO ANUAL

##### Datos Generales

	N° de camas	N° camas anuales IO 100%	N°camas trimestral	Precio Unitario \$	*IO año 1 (60%)	IO año 2 al 5 (80%)
<b>Total de camas</b>	100	36500	9125		60	80
<b>Camas sala común</b>	90	32850	8212,5	67	54	72
<b>Camas individuales</b>	10	3650	912,5	87	6	8
<b>Servicios Complementarios 60% IO</b>	60	21900	5475	16	36	48

**Total Mercado Objetivo 127.750 camas anuales**

\* IO= Índice ocupacional

Dados los Índices ocupacionales proyectados y a los precios señalados en la tabla de más arriba, se estima el siguiente cuadro de ventas para los primeros 6 años:

Años	Q1	Q2	Q3	Q4	Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	Y6
Índice Ocupacional	0,30	0,60	0,70	0,80	0,60	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80
Participación de Mercado					17,14	22,86	22,86	22,86	22,86	22,86
Días cama /año sala común	2464	4928	5749	6570	19710	26280	26280	26280	26280	26280
Sub-total Venta pesos M\$	<b>165.071</b>	<b>330.143</b>	<b>385.166</b>	<b>440.190</b>	<b>1.320.570</b>	<b>1.760.760</b>	<b>1.760.760</b>	<b>1.760.760</b>	<b>1.760.760</b>	<b>1.760.760</b>
Días camas/ año sala individual	274	548	639	730	2190	2920	2920	2920	2920	2920
Sub-total Venta pesos M\$	<b>23.816</b>	<b>47.633</b>	<b>55.571</b>	<b>63.510</b>	<b>190.530</b>	<b>254.040</b>	<b>254.040</b>	<b>254.040</b>	<b>254.040</b>	<b>254.040</b>
Servicios Complementarios	1643	3285	3833	4380	13140	17520	17520	17520	17520	17520
Sub-total Venta S.C. pesos M\$	<b>26.280</b>	<b>52.560</b>	<b>61.320</b>	<b>70.080</b>	<b>210.240</b>	<b>280.320</b>	<b>280.320</b>	<b>280.320</b>	<b>280.320</b>	<b>280.320</b>
Total Ventas Pesos M\$	<b>215.168</b>	<b>430.335</b>	<b>502.058</b>	<b>573.780</b>	<b>1.721.340</b>	<b>2.295.120</b>	<b>2.295.120</b>	<b>2.295.120</b>	<b>2.295.120</b>	<b>2.295.120</b>
Total Ventas Dólares	<b>430.335</b>	<b>860.670</b>	<b>1.004.115</b>	<b>1.147.560</b>	<b>3.442.680</b>	<b>4.590.240</b>	<b>4.590.240</b>	<b>4.590.240</b>	<b>4.590.240</b>	<b>4.590.240</b>
Ingreso Total Acumulado M\$	215.168	645.503	1.147.560	1.721.340	1.721.340	4.016.460	6.311.580	8.606.700	10.901.820	13.196.940
Ingreso Total Acumulado US\$	<b>388.725</b>	<b>1.249.395</b>	<b>2.253.510</b>	<b>3.401.070</b>	<b>3.109.800</b>	<b>7.700.040</b>	<b>12.290.280</b>	<b>16.880.520</b>	<b>21.470.760</b>	<b>26.061.000</b>

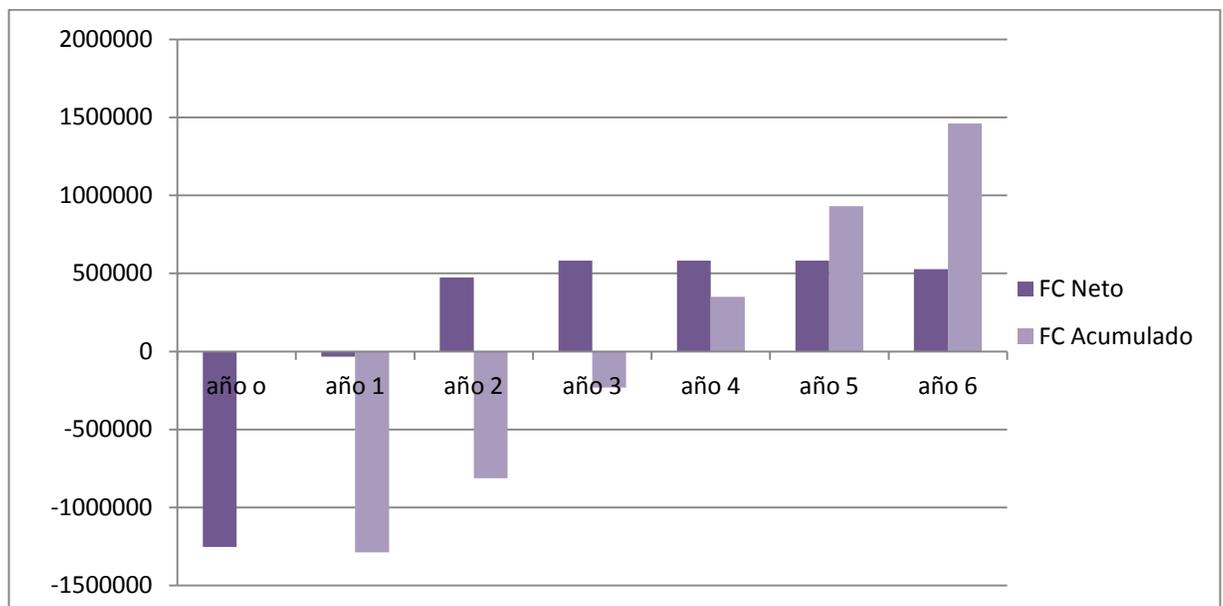
## 8.2.-Flujo de Caja Libre y Estado de Resultado

Se desarrolla el flujo de caja a 06 años, con base de cálculos e inversión detallada, en cada período, desglosando el primer año en trimestres.

**FLUJO DE CAJA  
HORIZONTE 6 AÑOS**

ITEM	Año 0	Q1	Q2	Q3	Q4	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6
Ingresos por cama común		165.071	330.143	385.166	440.190	1.320.570	1.760.760	1.760.760	1.760.760	1.760.760	1.760.760
Ingresos por cama individual		23816	47633	55571	63510	190530	254040	254040	254040	254040	254040
Servicios Complementarios		26280	52560	61320	70080	210240	280320	280320	280320	280320	280320
<b>Ingresos por venta</b>		<b>215.168</b>	<b>430.335</b>	<b>502.058</b>	<b>573.780</b>	<b>1.721.340</b>	<b>2.295.120</b>	<b>2.295.120</b>	<b>2.295.120</b>	<b>2.295.120</b>	<b>2.295.120</b>
<b>Costos Variables</b>		<b>42.405</b>	<b>84.810</b>	<b>98.939</b>	<b>113.068</b>	<b>339.205</b>	<b>452.273</b>	<b>452.273</b>	<b>452.273</b>	<b>452.273</b>	<b>452.273</b>
<b>MARGEN DE CONTRIBUCION</b>		<b>172.763</b>	<b>345.525</b>	<b>403.119</b>	<b>460.712</b>	<b>1.382.135</b>	<b>1.842.847</b>	<b>1.842.847</b>	<b>1.842.847</b>	<b>1.842.847</b>	<b>1.842.847</b>
Costos Fijos		171.877	230.658	251.652	272.045	919.032	1.077.380	1.077.380	1.077.380	1.077.380	1.077.380
<b>EBITDA</b>		<b>885</b>	<b>114.867</b>	<b>151.467</b>	<b>188.667</b>	<b>463.104</b>	<b>765.467</b>	<b>765.467</b>	<b>765.467</b>	<b>765.467</b>	<b>765.467</b>
Depreciación		2.661	2.661	2.661	2.661	10.644	10.644	10.644	10.644	10.644	10.644
<b>UTILIDAD BRUTA</b>	-	<b>1.776</b>	<b>112.206</b>	<b>148.806</b>	<b>186.006</b>	<b>452.460</b>	<b>754.823</b>	<b>754.823</b>	<b>754.823</b>	<b>754.823</b>	<b>754.823</b>
IMPUESTO 17%	-	302	19.075	25.297	31.621	76.918	128.320	128.320	128.320	128.320	128.320
<b>UTILIDAD NETA</b>	-	<b>1.474</b>	<b>93.131</b>	<b>123.509</b>	<b>154.385</b>	<b>375.542</b>	<b>626.503</b>	<b>626.503</b>	<b>626.503</b>	<b>626.503</b>	<b>626.503</b>
Depreciación		2.661	2.661	2.661	2.661	10.644	10.644	10.644	10.644	10.644	10.644
Reposición de equipos											- 53.220
Inversión Permisos y estudios	- 16.375										
Inversión Contingencia y Puesta en Marcha	- 198.820										
Inversión en activos Fijo	- 977.720										
Inversión en capital de trabajo	- 342.202	- 143.445	- 143.445	- 47.815	- 47.815	- 382.520	- 107.106	-	-	-	-
<b>FLUJO DE CAJA NETO</b>	<b>- 1.535.117</b>	<b>- 142.258</b>	<b>- 47.653</b>	<b>78.355</b>	<b>109.231</b>	<b>3.666</b>	<b>530.042</b>	<b>637.147</b>	<b>637.147</b>	<b>637.147</b>	<b>583.927</b>
<b>FLUJO ACUMULADO</b>						<b>-1.531.451</b>	<b>-1.001.409</b>	<b>- 364.262</b>	<b>272.885</b>	<b>910.032</b>	<b>1.493.959</b>

*Grafico del FCN y FC Acumulado Año 0 a año 6*



El estado de resultados siguiente se ha desarrollado por separado para el año 1 y los años 2 en adelante dado que se espera crecimiento sólo en el primer período, estabilizándose en la cota superior con un índice ocupacional del 80% desde el segundo año en adelante.

<b>ESTADO RESULTADO</b>	<b>Año 1</b>	<b>Año 2 al 6</b>
Ingresos por cama básica común	1.320.570	1.760.760
Ingresos por cama básica individual	190.530	254.040
Servicios Complementarios	210.240	280.320
<b>(+) INGRESOS POR VENTAS</b>	<b>1.721.340</b>	<b>2.295.120</b>
(-) COSTOS VARIABLES	339.205	452.273
<b>(=) MARGEN DE CONTRIBUCION</b>	<b>1.382.135</b>	<b>1.842.847</b>
(-) COSTOS FIJOS	885.432	1.043.780
<b>(=) EBITDA</b>	<b>496.704</b>	<b>799.067</b>
(-) depreciación	10.644	10.644
<b>(=) UAI</b>	<b>486.060</b>	<b>788.423</b>
(-) IMPUESTO	0,17	0,17
<b>(=) UDI</b>	<b>403.430</b>	<b>654.391</b>
TOTAL GASTO OPERACIONAL	1.224.636	1.496.053
INGRESOS - GASTO OPERACIONAL	496.704	799.067
IMPUESTO 17%	84.440	135.841
BAIT despues de impuestos	412.264	663.226

#### **Valor Terminal del negocio (en Miles de \$)**

$$VTN = \frac{FCL5 - Depreciación}{Tasa Descuento} = \frac{583927-10644}{0,153} = \frac{573283}{0,153} = 3746948$$

$$VTN = \text{M\$ } 3746948$$

#### **8.4 Evaluación y Análisis Económico. (19) (22)**

Basado en los flujos de caja se hará el análisis económico en base al cálculo del VAN, la TIR y el PRI, como tasa de descuento se utilizará una tasa basada en el Beta apalancado para Servicios de Salud, ajustado por un factor de seguridad para nuevos negocios.

### Costo de Capital

$$K_o = r_f + PRM \times \beta^*$$

$$r_f = 3,5\% \quad (\text{BCU a 5 años})$$

$$PRM = 7,6 \text{ (MQ)}$$

$$\beta \text{ Apalancado } 0,97$$

Factor de seguridad de 1,6 por riesgo de proyectos de nueva empresa

$$\beta^* = 1,6 \times 0,97 = 1,552$$

$$K_o = 0,035 + 0,076 \times 1,552$$

$$K_o = 0,153 = 15,3\%$$

Del FCL se desprenden los siguientes datos en los supuestos expuestos.

El Valor Terminal del Proyecto sin crecimiento es de:

$$VTN = \text{M}\$3.746.948$$

Tasa Dcto	0,153
-----------	-------

VAN. y TIR.

	Inversión	Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	Y6
	-1.535.117	3666	530042	637147	637147	637147	583927
<b>VPN</b>	177.070						
<b>TIR</b>	19%	Tasa Dcto		0,153			

La Inversión total se desglosa como se muestra en la tabla siguiente.

### Capital Requerido en M\$ 1.535.117

Considerando la magnitud de la inversión y el hecho de que esta clase de proyectos se planifican en un horizonte muy superior a los 6 años, vale la pena analizar su VAN y TIR considerando el valor terminal.

## VAN y TIR Considerando Valor Terminal

	Inversión	Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	Y6	VTN
	-1535117	3666	530042	637147	637147	637147	583927	3746948
<b>VPN</b>	1376689							
<b>TIR</b>	33%							

Con esta Consideración se observa un VAN que asciende a M\$ 1.376.689 y una TIR de 33%, lo que refleja de mejor forma el alcance del negocio.

**Análisis del Break Even Point . (19)**

Dentro de los supuestos de nuestro propuesta del negocio, existen ciertas relaciones que se mantienen en el escenario probable y en los otras. Suponemos un Índice Ocupacional (IO) parejo para los productos **Cama Común** y **Cama Individual** y el tercer producto, **Servicios Complementarios**, incrementa por igual el precio de los otros dos y se estima que será requerido de forma homogénea en el 60% de los casos, estas relaciones constantes nos permiten obtener un precio promedio ponderado cual si se tratase de un producto único, cuyo resultado es de \$78.600.

La tabla siguiente muestra los resultados del cálculo del Break Even Operacional basado en las estimaciones de ventas ante mostradas y en el FCL del proyecto, para lo años 1 y del 2 en adelante (las cifras monetarias se expresan en Miles de \$).

**Calculo del Brak even point.**

	AÑO 1	AÑO 2 al 6
Precio Promedio	78,6	78,6
Ingresos	1721340	2295120
CV	339205	452273
MC	1382135	1842847
MC%	80%	80%
Q anual	21900	29200
CFanual	919032	1077380
<b>QBE</b>	<b>14562</b>	<b>17071</b>
Dias/cama total	36500	36500
IO en QBE	40%	47%

### CALCULO DEL BREAK EVEN OPERACIONAL

Unidades vendidas e ingresos en Equilibrio para cada producto

Productos	% Q Total	Q año 1	Q año 2 al 6	Precio Unitario	Ingresos M\$ año 1	Ingresos M\$ año 2 al 6
Cama común	90%	13106	15364	67	878.095	1.029.390
Cama individual	10%	1456	1707	87	126.690	148.519
Servicios complementarios	60%	8737	10243	16	163.883	163.883

La Tabla anterior nos muestra que el punto de equilibrio en el primer año de operación se logra con la venta de 15.627 días cama que corresponden a la mantención de un índice ocupacional del 40% promedio anual. Des segundo año en más, este equilibrio está en la venta de 18.163 días cama, que corresponde a un índice ocupacional promedio anual del 47% .

El cálculo del Qbe mensual se determina mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Qbe mensual} = \frac{\text{Costo Fijo del período} / 12}{\text{Precio} \times \text{MC\% del mismo período}}$$

Da como resultado una venta mensual en el año 1 de 1213 días cama /mes y en el año 2 de 1422 días cama/mes.

### PRI.

El PRI en las condiciones dadas se produce en el Segundo Trimestre del Cuarto año y estando en régimen, es decir una vez superado el PRI la rentabilidad del negocio llega al 25%.

### 8.5.- Analisis de Riesgo. (19) (22)

Se analiza la sensibilidad del proyecto ante algunas variables que parecen las más susceptibles a variación y su consecuencia en el VAN, TIR y Necesidad de Capital.

1.- Variaciones del precio en un 10% sobre y bajo el Escenario Probable.

PLANILLA DE REFERENCIA		PESIMISTA	PROBABLE	OPTIMISTA
PLANILLA INGRESOS	PRECIOS	-10%( x 0.9)	0 ( x1)	+10% (1,1)
DIA CAMA COMUN	PROD 1	60	67	74
DIA CAMA INDIVIDUAL	PROD 2	78	87	96
SERVICIOS COMPLEMENT.	PROD 3	14	16	18
	VAN	-409.280	177.070	763.421
	TIR	5%	19%	31%
	CAPITAL	-341.640	-382.520	-423.400

La variación al escenario pesimista en este análisis de FCL de corto plazo, para este proyecto afecta de forma importante al VAN y la TIR y tiene muy poco efecto en la necesidad de capital.

2.- Variación del índice Ocupacional en un 10% sobre y bajo la línea de base.

PLANILLA INGRESO/ CANTIDAD	INDICE OCUPACIONAL	PESIMISTA	PROBABLE	OPTIMISTA
		Y1 54%, Y2 72%	Y1 60%, Y2 80%	Y1 66%, Y2 88%
DIA CAMA COMUN	PROD 1 AÑO 1	17.739	19.710	21.681
	AÑO 2 AL 6	23.652	26.280	28.908
DIA CAMA INDIVIDUAL	PROD 2 AÑO 1	1.971	2.190	2.409
	AÑO 2 AL 6	2.628	2.920	3.212
SERVICIOS COMPLEMENT.	PROD 3 AÑO 1	11.826	13.140	14.454
	AÑO 2 AL 6	15.768	17.520	19.272
	VAN	-400.360	177.070	754.501
	TIR	6%	19%	31%

De igual manera, las variaciones de un 10% en el escenario base alteran de forma significativa los resultados, siendo de menor relevancia el cambio en la necesidad de capital.

3.- Variación en los costos Fijos en un 10% sobre y bajo la línea de base o escenario Probable.

	PESIMISTA	PROBABLE	OPTIMISTA
<b>COSTOS FIJOS</b>	<b>Aumento 10%</b>	<b>Base</b>	<b>Disminuye 10%</b>
AÑO1	1.065.055	968.232	871.409
AÑO 2 AL 6	1.239.238	1.126.580	1.013.922
VAN	<b>-104.198</b>	177.070	458.339
TIR	13%	19%	25%

En este caso, las variaciones de un 10% sobre los costos fijos tienen una importante significancia sobre el VAN y la TIR, sin ningún efecto sobre la necesidad de capital, esto último se explica porque este cálculo se hace en base a ingresos.

Como se observa, el proyecto analizado a 6 años, resulta muy sensible a las variaciones en ingresos y costos, efecto que se aminora al analizar el proyecto en plazos mayores, la explicación de esto es que se trata de un negocio con una gran inversión inicial en el inmueble, y si bien su amortización es relativamente rápida, se debe mirar el proyecto en un horizonte mayor para apreciar su verdadera rentabilidad.

Aun así es evidente que se debe mantener en un rango estrecho el nivel de ingreso, cuidando el nivel de ocupación de la clínica y negociando buenos precios y por otro lado, conteniendo de buena manera los costos para llevarlos a la baja.

## 9.- FINANCIAMIENTO Y OFERTA A INVERSIONISTAS.. (19) (21)

La inversión total alcanza a los 3,07 MM de USD, incluyendo el máximo gasto en inversión en capital de trabajo, por lo que se requiere crear una sociedad de responsabilidad limitada que incorpore un 90% ( 2,763 MM de USD) del capital por parte de un inversionista y un 10% (0,307 MM de USD) por aportes de socios gestores. La razón de esto obedece a 2 consideraciones:

1.- El costo elevado del proyecto no puede ser afrontado sólo por los socios gestores los que tienen una capacidad de endeudamiento limitada y por ello deben recurrir a otras fuentes de financiamiento.

2.- La maximización de los beneficios para los accionistas originales lo que pueden lograrse a través de rentabilidades más altas (dividendos, plusvalías), lo que también beneficiaría a los capitales ajenos.

Dada la magnitud de la inversión, el proyecto requiere financiamiento externo.

En la evaluación de la inversión, su captación y estímulo, consideramos necesario estimar la viabilidad del proyecto, costo del mismo, retornos generados y amortización de la inversión, riesgos y mercado objetivo.

En relación a la viabilidad del proyecto, se debe tomar en cuenta 2 aspectos críticos que resultan esenciales a la hora del balance del mismo:

1.- Mercado objetivo: red pública de salud con un déficit de camas global importante y altos requerimientos de camas críticas. Para superar este aspecto, como se dijo, se requiere “vaciar” diariamente los hospitales públicos de  $\pm$  350 pacientes que requieren camas básicas fundamentales para lograr mover los pacientes desde camas críticas a camas no críticas y básicas. Del total de 127.750 días cama/año que es nuestro mercado objetivo, ofrecemos casi 30.000 días cama/año (22,86%) quedando un amplio margen para crecimientos futuros y competidores.

2.- Experiencia del equipo directivo: amplia trayectoria y conocimiento en gestión hospitalaria y particularmente en gestión de camas y gestión de demanda de servicios hospitalarios.

También en la valoración del proyecto, resulta determinante sopesar los costos por adelantado de la inversión ( y su riesgo) en comparación con las corrientes más largas de flujos de caja descontados a un tipo de descuento que considera tanto el tiempo de los flujos de caja como el riesgo del mismo.

En nuestro caso, la tasa de descuento calculada fue de 15,3% dado por una tasa libre de riesgo de 3,5% (BCU en 5 años), una prima de riesgo de 7,6 con un Beta apalancado de 0,97 y un factor de seguridad de 1,6 por riesgo de proyecto de nueva empresa. Creemos que es una buena tasa de descuento para compensar a los inversionistas por el riesgo que implica el proyecto y no pone en riesgo el VAN del proyecto lo que lo haría menos interesante.

En relación al VAN, efectivamente, nuestro proyecto tienen un VAN (+) de \$ 177.070 con flujos de caja a 6 años y una TIR de 19 % lo que lo convierte en un proyecto viable y apetecible para los inversionistas. Como muestra la tabla 8.2, la inversión se recupera al cuarto año (flujo acumulado) con retornos netos estables a partir de este año y un Valor Terminal del Negocio (VTN) ascendente a M\$ 4.179.418.

En este escenario, considerando el VTN, si los gestores aportan \$ 0,307 MM USD (valor pre money de la empresa) para un total de 100.000 acciones a un precio de \$3,07 USD/acción, se requeriría una inversión de \$2,763 MM USD para un valor total de la empresa de \$ 3,07 MM USD.

La inversión requerida se podrá negociar a través de una participación accionaria equivalente al porcentaje del aporte.

Dicha inversión, como se ve en Flujo de Caja Acumulado, se recuperará al cuarto año logrando utilidades a partir de ese periodo que se repartirán a través de pago de dividendos en forma preferencial con un 70% de las utilidades a los inversionistas en los primeros 4 años y un 60% en los restantes. Por lo tanto, de acuerdo a nuestros cálculos, el inversionista recuperará su inversión al cuarto año de la materialización del proyecto con amortización de esta deuda desde el tercer trimestre del primer año y ganancias netas desde el cuarto año.

Dado que el proyecto tiene un tiempo de implementación de aproximadamente 12 meses y el mayor porcentaje de la inversión es el financiamiento y capital de trabajo para los primeros 3 meses, se propone un calendario de inversión que divide el monto total en 5 cuotas de acuerdo a la tabla siguiente, que deberán ser enteradas en los meses 1, 4, 7, 10 y 13. Los 3 primeros pagos financiarán lo relativo a diseño y construcción, el 4° a equipamiento y el 5° a capital de trabajo.

Calendario de inversión. M\$

**CALENDARIO DE INVERSION MES 1 AL 13 DESDE INICIO DEL PROYECTO**

MES	TOTAL	MES				
		1	4	7	10	13
TERRENO	473.000	236.500	236.500			
CONSTRUCCION	451.500		150.500	150.500	150.500	
ESTUDIO	16.125	16.125				
EQUIPAMIENTO	53.220				53.220	
PERMISOS	250					250
CAPITAL DE TRABAJO	342202					342.202
Gasto de la puesta en marcha 10%	99410					99.410
CONTINGENCIAS	99410	19.882	19.882	19.882	19.882	19.882
<b>MONTO MENSUAL</b>	<b>1.535.117</b>	<b>272.507</b>	<b>406.882</b>	<b>170.382</b>	<b>223.602</b>	<b>461.744</b>

El control operacional estará en manos de los socios gestores mientras las decisiones de tipo financiero, como repartición de utilidades, inversiones, endeudamiento u otras, se tomarán por acuerdo por partes iguales, entre los socios gestores y el o los inversionistas.

Se estipulará el derecho del inversionista al 70 % de las utilidades hasta el momento de la recuperación de la inversión y un 60% en adelante, lo que representa un estímulo para los socios gestores en tanto directivos a fin de lograr mejores resultados y acceder a mayor participación en las rentas.

Como estrategia de salida, se establece la imposibilidad de retirarse antes de un período de 5 años, con el objeto de dar estabilidad al proyecto hasta pasado el período de recuperación de la inversión. En todo caso, pasado este período, la alternativa de recompra de acciones por parte de otros accionistas y la venta a competidores o partners de mayor tamaño deberá realizarse con la aprobación unánime de todos los socios fundadores y acorde a la Ley.

## BIBLIOGRAFIA.

1. Nuevo Sistema de Gestión de camas en Red: Servicio de Salud Metropolitano Central. Junio 2008.
2. Lastra T. Jorge: Estudio acerca del uso y la gestión de camas hospitalarias en la Región Metropolitana. Instituto Salud y Futuro, UNAB, 26 de Diciembre 2006.
3. Balance de Gestión Integral año 2008. Servicio de Salud. MINSAL.
4. Rojas B, Cristian: Informe de Gestión Clínica San Andrés. Julio 2010.
5. Mesa de Trabajo para fortalecer el Sistema Público de Salud. MINSAL. 24 de Septiembre de 2007.
6. Fuente: Departamento de Estadística e Informaciones en Salud. Ministerio de Salud. Año 2008- 2009.
7. Encuesta realizadas a Gestores de Camas en la Región Metropolitana. Junio 2010.
8. Nancuante A, Ulises y Romero C, Andrés : La Reforma de la Salud,. Instituto de Políticas Públicas y Gestión, Salud y Futuro UNAB. 1° edición Junio 2008.
9. Ramos, Marcela: Las dos caras de la Agenda de Salud del Gobierno. [www.ciperchile.cl](http://www.ciperchile.cl) 9 de Septiembre de 2008.
10. Presidenta Bachelet llama a enfrentar con decisión y eficiencia los desafíos del Sistema de Salud MINSAL. 10 de Noviembre de 2008.
11. Sector Público comprará 1000 camas para paliar el déficit de los hospitales. Emol 10 de Mayo de 2010.
12. Salud perdió US\$2.700 millones en 25 hospitales, diez veces lo invertido durante la última década. Emol 23 de Marzo de 2010.
13. Más de \$10.000 millones adeudan los hospitales públicos a las clínicas privadas. Economía y Negosios. Emol 20 de Junio de 2010.
14. Resolución exenta 2 c/ N° 2641, FONASA, 20 de Mayo de 2010.
15. Fuente: Unidad de Gestión de Camas. Minsal 2009.
16. Estudio preliminar de cotizaciones a proveedores de clínicas privadas. SSMSO 2010.
17. Sapag Ch, Nassir: Proyectos de Inversión, formulación y evaluación. “El estudio del Mercado”. Pág.59-62. 1° edición 2007 Ed. Pearson/Educación.
18. Wheelen L, Thomas, Hunger, J.David et Oliva, Ismael: Administración Estratégica y Política de Negocios. Conceptos. 10° edición 2007. Ed. Pearson/Educación.

19. Willatt H, Christian: Guía para desarrollar Business Plans. Universidad de Chile 2006.
20. Bases Técnicas Camas Básicas: Especificaciones Técnicas de Enfermería. Hospital de Urgencia Asistencia Pública 2008.
21. Maquieira V, Carlos: Finanzas Corporativas: Teoría y Práctica. 3° edición 2009. Ed. Andrés Bello.
22. Maquieira V, Carlos et González A, Marcelo: Dirección de Finanzas. Apuntes de Clases MBA Magister en Administración de Salud. Escuela de Post Grado U. de Chile. Santiago 28 de Julio de 2010.