

CÁTEDRA DE ENTREPRENEURSHIP



UCEMA

CENTRO MÉDICO BELLA VISTA

Fundamentos para el desarrollo de un proyecto en el mercado de la salud

VERSIÓN=5

24/10/2014

ESTA INFORMACIÓN ES PRIVADA Y CONFIDENCIAL

Profesor: Dr. Francisco Pertierra Cánepa

Ayudante: Lic. Carolina Pavia

Autora: Silvana R. Gómez

Contacto: 114-156-8290 silvanagomez84@hotmail.com

Índice

| | |
|--|----|
| Introducción | 1 |
| La Industria..... | 7 |
| Análisis de Mercado..... | 7 |
| Tamaño de mercado y Tendencias de Crecimiento..... | 8 |
| Competidores..... | 9 |
| Producto | 10 |
| Concepto general del negocio..... | 11 |
| El servicio que se ofrece..... | 13 |
| Marco Legal..... | 14 |
| Esquemas Legales de Organización Tradicional..... | 14 |
| El Contrato de Fideicomiso..... | 16 |
| Fideicomiso Ordinario..... | 19 |
| La aplicación práctica del Fideicomiso a través de Fondos de Inversión Directa..... | 21 |
| Materiales y Métodos | 22 |
| Metodología..... | 22 |
| Plan de Trabajo..... | 24 |
| Resultados | 25 |
| Los Tiempos en el Consultorio Médico y la Calidad de Atención Médica | 25 |
| La Historia Clínica..... | 30 |
| Historia Clínica Electrónica..... | 32 |

| | |
|---|----|
| Ventajas de la Historia Clínica Electrónica..... | 34 |
| Resultados de la Encuesta a Residentes del Partido de San Miguel en Relación al Mercado y la Competencia..... | 37 |
| Delimitación y Características del Segmento Objetivo..... | 39 |
| <i>Market Share</i> Estimado | 41 |
| Economía del Negocio..... | 44 |
| Plan de Marketing..... | 48 |
| Plan de Operaciones..... | 51 |
| Management Team..... | 52 |
| Etapas del Proyecto..... | 54 |
| Factores Críticos y asunciones..... | 55 |
| Marco Legal y Plan Financiero..... | 55 |
| Conclusión | 58 |
| Bibliografía | 65 |
| Anexos | |
| Anexo 1. Población con cobertura médica en Gran buenos Aires..... | 71 |
| Anexo 2. Especialidades que se desarrollaran en el Centro Médico.... | 72 |
| Anexo 3. Análisis de Laboratorio..... | 73 |
| Anexo 4. Cuestionario a habitantes del Partido de San Miguel..... | 75 |
| Anexo 5. Cuestionario a Emprendedores Médicos..... | 77 |
| Anexo 6. Cuestionario a los médicos especialistas en Clínica Médica que trabajan con historias clínicas electrónicas..... | 75 |
| Anexo 7. Entrevistas a los médicos con características de un entrepreneur | 76 |

| | |
|---|----|
| Anexo 8. Entrevista a los médicos especialistas en Clínica Médica que trabajan con historias clínicas electrónicas..... | 83 |
| Anexo 9. Procedimientos validados por la <i>Task Force</i> que se incluyen en el marco de la historia clínica electrónica..... | 85 |
| Anexo 10. Pago por prestación al 31/07/2014..... | 88 |
| Anexo 11. Costos iniciales, fijos y variables..... | 93 |
| Anexo 12. Análisis de las Proyecciones financieras de la Unidad de Negocios de Consultorios, mes a mes hasta el quinto año..... | 95 |
| Anexo 13. Requerimiento para habilitación del centro médico del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires..... | 97 |

Introducción

“...dar respuesta a las necesidades de salud de la población.”

Organización Mundial de la Salud¹

La expectativa de vida de la población en Argentina es mayor a 76 años y se espera que se incremente en las siguientes décadas. Una amplia parte de la población sana, delimitada a aquella en “ausencia de enfermedad”² no realiza sus controles médicos en forma periódica. Otra parte de la población enferma -definiendo enfermedad como “la experiencia subjetiva de sentirse poco saludable, lo que reduce la capacidad de una persona”³ - y en particular las personas que padecen enfermedades crónicas, que son aquellas que requieren un tratamiento regularmente por años o décadas, no tienen un seguimiento adecuado⁴.

Asimismo, el envejecimiento y los nuevos hábitos de vida a nivel mundial están haciendo que las enfermedades crónicas y no transmisibles en los adultos – como la depresión, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer – y en la población más joven -los traumatismos y enfermedades como la obesidad-, sean causas cada vez más importantes de morbilidad y mortalidad⁵. Por ejemplo, en el continente americano más del 75% de las muertes se producen por enfermedades crónicas no infecciosas, y el 37% de las muertes son prematuras, en menores de 70 años⁶.

Debido a los avances tecnológicos y científicos en la medicina, que permiten curar o tratar enfermedades que antes producían la muerte, se genera un constante incremento en la expectativa de vida y, en consecuencia, se produce un incremento aún mayor en la población que padece enfermedades crónicas dando lugar a un nuevo

¹ World Health Organization, *The world health report: Primary Health Care*, Online: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf, Geneva: WHO; 2008, pp XII, (26/07/2014)

² Niebrój L, *Defining health/illness, Societal and/or clinical medicine?*, Department of philosophy and pedagogy, Silesian Medical University, Katowice, Poland, on-line http://www.jpp.krakow.pl/journal/archive/09_06_s4/pdf/251_09_06_s4_article.pdf, pp:254, (26/07/2014)

³ Ibidem, pp: 255

⁴ Nolte E, McKee M, *Caring for people with chronic conditions, A health system perspective*, England, Open University Press, 1st Ed, 2008, cap 1.

⁵ World Health Organization, *The world health report*, Geneva: WHO; 2008.

⁶ Organización Panamericana de la Salud, *Resolución CSP28.R13: Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*,. Washington: OPS; 2012.

fenómeno, el de *multimorbilidad*. El mismo se produce cuando una persona padece dos o más enfermedades crónicas y requiere un seguimiento médico estrecho.

Agregando a lo ya mencionado, en la atención médica de un paciente permanentemente se profundiza el concepto de prevención, cuya definición epidemiológica es “acciones orientadas a la erradicación, eliminación, o minimización del impacto de la enfermedad y la discapacidad”⁷. La OMS definió 3 niveles de prevención como objetivo de la medicina asistencial: prevención primaria, secundaria y terciaria, que suponen técnicas y objetivos diferentes.

La prevención primaria tiene como objetivo evitar la aparición de una enfermedad mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes. Está comprendida por acciones que atañen al médico como vacunación y consejería y medidas sociales, políticas y económicas como control medio-ambiental, sanitario, etc. La prevención secundaria es detectar la enfermedad en estadios precoces en los que el establecimiento de medidas adecuadas puede impedir su progresión e incluso lograr la curación. La prevención terciaria comprende aquellas medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad para ralentizar su progresión y, con ello la aparición o el agravamiento de complicaciones e intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes. En el contexto de uno de los principios médicos: *primum non nocere* (primero no dañar) se definió la prevención cuaternaria como el conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el daño provocado por la intervención médica⁸.

Permanentemente se estandarizan nuevas acciones vinculadas a la prevención. Por ejemplo, en los años '30 nace el concepto de cribado -la aplicación de un determinado procedimiento en una persona sin síntomas para detectar una enfermedad durante la fase más precoz- con el objetivo de detectar enfermedades infecciosas como tuberculosis y sífilis; en la actualidad su utilidad principal es para la detección precoz de las enfermedades crónicas y de sus factores de riesgo. Estos procedimientos se pueden

⁷ FAECAP, *Las Enfermeras Comunitarias ante las Necesidades de las Personas en el Siglo XXI: Estrategia ante las Personas con Problemas Crónicos, Estrategia ante la Dependencia y la Fragilidad*, on-line,

https://www.google.com.ar/search?sourceid=ie7&q=A+Dictionary+of+Epidemiology%2C+Cuarta+Edici%C3%B3n+Editado+por+John+M.+Last&rls=com.microsoft:es-ar:IE-Address&ie=UTF-8&oe=UTF-8&rlz=117KMOH_esAR519&gfe_rd=cr&ei=baTTU4vFE8GB8Qf1x4HgBw&gws_rd=ssl#q=%E2%80%9Cacciones+orientadas+a+la+erradicaci%C3%B3n%2C+eliminaci%C3%B3n%2C+o+minimizaci%C3%B3n+del+impacto+de+la+enfermedad+y+la+discapacidad+pdf&rls=com.microsoft:es-ar:IE-Address, pp: 24, (26/07/2014)

⁸ Gervas J, Gavilán E, Jiménez L. *Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina*. AMF. 2012; 8: 312-7.

realizar cuando una persona concurre al consultorio médico por cualquier razón.⁹ Es por la suma de todos estos elementos, que la población necesita contar con una medicina ambulatoria descentralizada -cerca de sus hogares-, eficiente y completa que permita un acceso constante tanto para la atención primaria como para el seguimiento de las enfermedades crónicas.

En relación a lo anteriormente mencionado, considerando las crecientes necesidades en salud de la población en asociación con la disponibilidad de un inmueble de proporciones adecuadas, localizado en la ciudad de Bella Vista, se analizará si es posible crear un centro médico en la región de San Miguel que se ajuste a las características propias de un proyecto *entrepreneur*.

En ese marco, se reconocen 3 componentes cruciales para lograr que un nuevo negocio sea exitoso: 1) descubrir y comprobar una “oportunidad real”; 2) el *management team* y 3) los recursos necesarios para comenzar la compañía y hacerla crecer¹⁰.

El concepto de oportunidad no se vincula necesariamente a tener una idea original, única, sino con satisfacer una necesidad del consumidor. En otras palabras, no se puede considerar que hay mercado hasta que el consumidor no tenga una verdadera necesidad del producto. Por ejemplo, un producto ya existente con mejor calidad y servicio puede generar un nuevo mercado si satisface una necesidad del consumidor¹¹.

Otro aspecto fundamental para considerar la oportunidad de un proyecto dentro del marco *entrepreneur*, es la rentabilidad del mismo. Por ejemplo, el *profit margin* antes de impuestos de centros de salud es de 16.9%, ya que al mejorar la tecnología

⁹ Salleras L, Dominguez A, Flores M, *Los Métodos de la Medicina Clínica Preventiva. Cribados*, Med Clin (Barc) 1994; 102 Supl: 26-34.

¹⁰ Ministerio de desarrollo económico del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Subsecretaria de Desarrollo Económico, Claves para Emprendedores: *Conceptos Básicos para Empezar y Desarrollar tu Proyecto*, 1a ed., Bs. As, 2013, on-line http://www.contribuir.org.ar/images/Manual_del_Emprendedor.pdf, (06/08/2014).

¹¹ Bygrave W, Zacharakis A, *The Portable MBA in Entrepreneurship*, Chapter 1, on-line, <http://books.google.com.ar/books?id=BmFGVNPSjrkC&pg=PT19&lpg=PT19&dq=Bygrave+W,+The+E+ntrepreneurial+Process+Cap.+1&source=bl&ots=ZPIUMYU9xP&sig=2pOvycCFuBVyiFYRfKoUajXng9U&hl=es-419&sa=X&ei=G47pU-GuM8OgogTuwoCoBw&ved=0CB0Q6AEwAA#v=onepage&q=Bygrave%20W%2C%20The%20Entrepreneurial%20Process%20Cap.%201&f=false>, (07/08/2014).

aumentan los precios de los servicios y en general hay poca competencia¹². A su vez, la rentabilidad antes de impuestos de los médicos generales -aquellos destinados a la atención primaria como médicos de familia, ginecólogos, pediatras- es en promedio del 15,8%, dependiendo de la reputación y experiencia previa del médico asistencial y debido principalmente a que las personas se enferman varias veces al año. Además, la rentabilidad de un laboratorio de análisis clínicos (análisis de sangre y orina) o de estudios por imágenes (por ejemplo, ecografía y radiografía) es del 15,3%; en éste negocio se reconoce que los equipos son caros pero la utilización es muy alta y se recupera rápidamente la inversión^{13 14}.

En síntesis, y acorde a los fundamentos del Entrepreneurship, cuanto mayor crecimiento, tamaño, solidez y durabilidad, presenten los márgenes (bruto y neto) y el free cash flow; cuanto más imperfecto sea el mercado; cuanto más caos y sucesión de cambios; cuanto más inconsistentes sean los servicios y la calidad que se brindan actualmente y cuanto menos información exista en el mercado, más atractiva es la “oportunidad”¹⁵.

También, para poder definir que un proyecto es verdaderamente una oportunidad dentro del marco *entrepreneur* se analiza la posibilidad de escalabilidad del mismo, es decir que el proyecto tenga potencial de crecimiento y que el modelo de negocio sea reproducible. En este caso, se analizará la posibilidad de desarrollar un modelo con 3 unidades de negocios: 1) consultorios externos programados de pacientes ambulatorios; 2) estudios por imágenes y 3) estudios de análisis clínicos. Las 3 unidades se desarrollaran en 3 etapas en un periodo de tiempo estimado cercano a los 5 años.

Dicho proyecto puede extenderse a otras unidades de negocios como procedimientos quirúrgicos ambulatorios e internación; el modelo de negocios que se desarrollará puede reproducirse en otros lugares del conurbano con características similares de la población.

¹² Ideas de Negocios, *20 Negocios Rentables Explicados*, on-line <http://www.100negocios.com/negocios-rentables-explicados>, (10/08/14)

¹³ Forbes, *The Most and Least Profitable Businesses to Start*, on-line http://www.forbes.com/2008/01/18/citigroup-sageworks-nyu-ent-fin-cx_mf_0118mostprofitable.html, (10/08/2014)

¹⁴ Ideas de Negocios, Op. Cit

¹⁵ Pertierra Cánepa Francisco, “Oportunidad”, Slides de Clase, *Seminario de Entrepreneurship*, UCEMA, 2014.

Sobre la base de lo explicado, se postula que el objetivo en esta Tesina es verificar tres hipótesis que incluyen, en relación a lo anteriormente mencionado, elementos claves para el éxito del negocio. Primero, que “en la ciudad de Bella Vista se puede crear un centro médico ambulatorio de segundo nivel de complejidad y de atención, con una rentabilidad antes de impuestos mayor al 15%”. Segundo, “que el centro médico puede ofrecer un servicio médico innovador, que permite el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades prevalentes que no requieren internación; y enfocado en la prevención y en mejorar la calidad de vida de las personas, basado en la evidencia científica; que satisfaga las necesidades de atención médica de sus consumidores y a su vez que sea sustentable”. Tercero, “se puede desarrollar un marco legal adecuado y diferente al esquema societario tradicional, a través del contrato del fideicomiso, que permita respaldar el negocio de la manera más productiva, protegiendo el patrimonio nuevo que se crea, evitando exponer el resto del patrimonio de los inversores y de los administradores del proyecto, generando a su vez, un orden formal con objetivos y funciones claras dentro del grupo familiar que conforma el proyecto”.

En consecuencia, se analizará la existencia de la oportunidad de crear un centro médico que ofrezca una manera innovadora de dar atención y seguimiento al paciente; y al mismo tiempo que ofrezca a los profesionales médicos una optimización del tiempo para dar una atención más eficiente apoyado por el desarrollo de la historia clínica electrónica más conveniente; a la vez económicamente rentable, con optimización de la utilización de los recursos y con posibilidades de escalabilidad.

A fin de generar los elementos de análisis respecto al mercado y el negocio se realizarán una serie de actividades: a) un estudio de mercado con respecto a la salud en el Partido de San Miguel a través de una encuesta cerrada que se entregará a residentes del partido de manera online y en papel; b) Entrevistas abiertas a médicos con hayan realizado emprendimientos y a médicos especialistas en clínica médica que trabajen con historias clínicas electrónicas; c) investigación bibliográfica sobre las acciones preventivas y sus grados de recomendación que se pueden practicar en la atención médica; d) análisis bibliográfico del posible marco legal del proyecto desarrollando especialmente, por lo novedoso, la estructura del fideicomiso y e) recopilación a través de diferentes fuentes de los gastos necesarios par desarrollar la primera etapa del proyecto.

Gráfico 1. Imagen del diseño del frente de la estructura edilicia del proyecto.



En el gráfico 1 se observa la imagen del diseño del frente de la estructura edilicia del proyecto, a la que se espera llegar una vez finalizada la construcción del Centro Médico necesaria para la primera etapa del proyecto.

La Industria

Primeramente, para poder analizar la industria médica en el Partido de San Miguel es necesario describir qué es el Sistema de Salud y cómo se organiza en la República Argentina. La OMS lo define como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos, destinados a promover, mantener y mejorar la salud¹⁶.

El sistema de salud argentino está dividido en 3 subsistemas: 1) el público, que pretende dar cobertura médica a toda la población, especialmente a aquellos que carecen de cobertura médica del sector social o privado; 2) el de las obras sociales, que busca dar cobertura a todos los trabajadores en relación de dependencia o monotributistas y sus familias, jubilados y personal doméstico conformado por más de 300 instituciones entre obras sociales sindicales, provinciales y otros; 3) el privado, que se destina a los estratos sociales con mayor poder adquisitivo organizado como aseguradoras de salud (prepagas) y prestadores independientes de servicios de salud, con más de 190 empresas registradas, de las cuales solo cinco concentran el 60% de los afiliados. Dentro del subsistema privado, los adherentes, pertenezcan o no a una obra social, esperan mayor calidad de atención médica y del volumen total, 65% de los casos son adherentes individuales y 35% está conformado por afiliaciones corporativas. Del total de la población argentina, el 36% tiene solo cobertura pública, el 46% tiene cobertura a través de obras sociales, el 11% tiene cobertura médica privada a través de obras sociales y el 5% cobertura médica privada individual¹⁷. Dichos porcentajes pueden extrapolarse a los 24 partidos del Gran Buenos Aires¹⁸ (ver anexo 1a y 1b: porcentaje de la población con cobertura médica).

Análisis del Mercado

Como se mencionó anteriormente, el proyecto en estudio se localiza en la ciudad de Bella Vista en el Partido de San Miguel. Este es uno de los 124 partidos del Gran Buenos Aires, ubicado en el segundo cinturón. Está situado a 34 km al noroeste de Capital Federal, conformado por las localidades de San Miguel, Bella Vista, Muñiz y Santa María. Limita con los partidos de Tigre, San Martín, Tres de Febrero,

¹⁶ Organización Mundial de la Salud, *¿Qué es un Sistema de Salud?*, on-line, <http://www.who.int/features/qa/28/es/> (26/07/2014).

¹⁷ Economía Sanitaria, *El Sistema de Salud argentino*, on line, <http://es.slideshare.net/ECONOMIASANITARIA/sistema-de-salud-argentino-22219040>, (05/07/2014)

¹⁸ INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Hurlingham, Ituzaingó, Moreno, José C. Paz y Malvinas Argentinas. Sus principales vías de acceso son la Ruta Nacional N° 8, la Ruta 202 y la autopista del Buen Ayre. Por ferrocarril se puede llegar por las líneas San Martín y Lacroze.

En el censo del 2001 el Partido contaba con un total de 253.086 habitantes con una densidad de 3.163hab/km², mientras que en el censo del 2010 cuenta con 281.086 habitantes con una densidad poblacional de 3.513 hab/km². Se registran 87.744 viviendas.

Esta región del conurbano se destaca por la heterogeneidad de la población en todos los aspectos. En el aspecto socioeconómico de acuerdo a un informe realizado en el año 2007 un 41,7% de la población con vivienda pertenecía a nivel socioeconómico bajo y medio-bajo, un 12,5% a nivel medio y un 45,8 a un nivel alto¹⁹.

El municipio de San Miguel se concentra en las actividades comerciales y de servicios. Presenta una gama importante de actividades industriales y, en el conjunto de firmas, se destacan unos pocos grandes establecimientos (por ejemplo, Pernod Ricard, Petplast. IPH SAICF y Dunlop) y el resto mayoritario son microempresas y PyMEs.

Tamaño del Mercado y Tendencias de Crecimiento

Considerando la información explicitada hasta este punto, se puede estimar el tamaño del mercado en relación a la cobertura médica. Del total de la población argentina, el 16% tiene cobertura médica privada, el 46% tiene cobertura médica a través de obras sociales y el 36% tiene cobertura médica pública. El Partido de San Miguel tuvo un crecimiento de 28.000 habitantes en 9 años -entre el censo del 2001 y el del 2010- cuando ya eran 281.000, lo que permite estimar que en el año 2015 la población será aproximadamente de 295.000 habitantes y que 47.200 tendrán cobertura médica privada, 135.700 a través de obras sociales y 106.200 cobertura pública.

En el Cuadro 1 se presenta una estimación de la cantidad de habitantes del Partido de San Miguel con cobertura médica por prepagas, a través de obras sociales y con cobertura médica pública. Los datos presentados son una estimación a partir del Censo del 2010 y de la información ya presentada de las estadísticas de cobertura

¹⁹ Suárez A, et al, *Sociedad y territorio en el conurbano bonaerense: un estudio de las condiciones socioeconómicas y sociopolíticas de cuatro partidos: San Miguel, José C. Paz, Moreno y Morón*, Compilado por Adriana Rofman. - 1a ed., - Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento, 2010-.

médica en la población argentina. Se extrapolaron los datos estadísticos de cobertura médica en argentina a la cantidad de residentes del Partido de San Miguel.

Cuadro 1. Tamaño del mercado estimado de acuerdo al tipo de cobertura médica.

| Habitantes del Partido de San Miguel | Habitantes con cobertura médica por prepagas | Habitantes con cobertura médica a través de O.S | Habitantes con cobertura médica pública |
|--------------------------------------|--|---|---|
| 295.000 | 295.000 * 0,16 = 47.200 | 295.000 * 0,46 = 135.700 | 295.000 * 0,36 = 106.200 |

Luego de analizar el tamaño del mercado, es pertinente mencionar cuáles son las unidades hospitalarias, policlínicas de atención ambulatoria, laboratorios de análisis clínicos y centros de diagnóstico por imágenes en el Partido de San Miguel; a fin de conocer a la competencia que tendrá que enfrentar el centro médico en cada una de sus unidades de negocios.

Competidores

En el Partido de San Miguel dentro del sistema de obras sociales y privado se encuentran el Sanatorio General Sarmiento, Clínica Bessone, Clínica Paunero, Medicina y Ciencia S.A., Centro Médico CEM, Centro Médico Osuthgra, Centro Médico Rosamond, Centro Médico de Ginecología, Grupo Médico San Francisco de Asis de Kinesiología y Fonoaudiología, Consultorios Médicos y de Salud Mental. De todas éstas, las instituciones más reconocidas, de mayor tamaño y con trayectoria son la Clínica Bessone y el Sanatorio General Sarmiento. La Clínica Bessone tiene más de 40 años de trayectoria y se ubica en la ciudad de San Miguel²⁰. Tiene internación y 14 especialidades ambulatorias²¹. Además tiene laboratorio, estudios de diagnóstico por imagen (ecografía y tomografía axial computada) y estacionamiento propio. Tiene convenio con 14 obras sociales y prepagas²². El Sanatorio General Sarmiento presenta las mismas características que la Clínica Bessone, tiene internación, análisis clínicos y 22 especialidades.

El centro médico se ubica en el centro de la ciudad de Bella Vista y tiene características diferentes a la Clínica Bessone y al Sanatorio General Sarmiento, como veremos en detalle en la sección de producto, en un centro destinado al cuidado de los pacientes ambulatorios, mientras estos sanatorios atienden la urgencia y cuentan con internación.

²⁰ Clínica Bessone, *Clínica Bessone*, on-line, <http://www.bessone.com.ar/>, (06/10/2014).

²¹ Ibidem.

²² Ibidem.

Por cercanía y características, la principal competencia del centro médico en la unidad de negocios de consultorios, es el CEM, que se ubica también en la ciudad de Bella Vista, a 2 km. del centro médico, y cuenta con atención ambulatoria de las especialidades más concurridas (clínica médica, ginecología, pediatría, otorrinolaringología, etc), aunque no tiene historia clínica informatizada, gestión de turnos on-line, página web, laboratorio de análisis clínico ni estudios por imágenes.

Para la realización específica de estudios por imágenes, se encuentra una sede del CIDIGROUP, Argus Diagnóstico Médico y Consultorio de Diagnóstico por Imágenes Dr. Rodolfo Occhiuzzi. Todos ellos realizan estudios por imágenes de mediana y alta complejidad, y representan competencia para la unidad de negocios de diagnóstico por imágenes. Sin embargo, son únicamente 3 que se ubican 2 en San Miguel y uno en Bella Vista, para atender a una población, como ya vimos de casi 300.000 habitantes.

Para la realización específica de análisis de laboratorio se encuentra Laboratorio Bedini, Laboratorio de Análisis Clínico Dr. Juan C. Mendez, Laboratorio de Análisis Clínicos Dr Bendersky, Lacyap S.A. y Laboratorio de Análisis Clínico Dr. Lagos. Todos ellos realizan los análisis clínicos que utiliza la población ambulatoria en forma más frecuente y representan una competencia para el la unidad de negocios de laboratorio de análisis clínico. Sin embargo, se espera poder enfrentar la misma, dado que en Centro Médico Bella Vista, ofrecerá la posibilidad de realizar la consulta y el laboratorio en el mismo lugar.

Hasta este punto se desarrollo la industria de este negocio, conociendo los 3 subsistemas de salud. También se analizó el mercado, y sus tendencias de crecimiento estimando para el 2.015 una población de 295.000 habitantes, con más de 180.000 con cobertura médica privada y se presentaron los competidores que existen actualmente en este mercado. A partir de ahora, se desplegarán en detalle los diferentes aspectos del proyecto, incluyendo el producto y a través de este, el servicio que se ofrece y el marco legal.

Producto

Antes que nada, a lo largo de los siguientes puntos se profundizarán diferentes aspectos del producto, el centro médico, que se desarrolla en este proyecto. Al mismo, se lo puede definir como un centro médico de atención exclusivamente ambulatoria que tiene el objetivo de dar a la población un control de salud eficiente tanto a los pacientes

sanos como a los enfermos, especialmente a aquellos con enfermedades crónicas. Para lograr tal objetivo, el centro contará con: 1) las especialidades médicas más requeridas; 2) con los estudios de laboratorio indicados para detectar y hacer seguimiento de los problemas de salud más prevalentes; 3) con los estudios por imágenes necesarios para la misma finalidad; 4) con una historia clínica electrónica y 4) con un servicio especial “nosotros te llamamos”.

Como se mencionó en la introducción, son varios los objetivos que se desprenden de la realización de esta Tesina. Para comenzar la verificación de las hipótesis -vinculadas con el desarrollo de un centro médico con los objetivos previamente mencionados, y evaluando a su vez, que el centro tenga las características de un proyecto entrepreneur- se profundizará en los conceptos de cada una a fin de lograr una mejor comprensión de cada punto, para continuar posteriormente con el análisis más detallado del negocio y el análisis financiero.

Concepto General del Negocio

Primero, desarrollar el modelo de un centro médico privado y de atención médica ambulatoria integral de segundo nivel de atención y complejidad.

El Centro Médico contará al finalizar las 3 etapas de su desarrollo con 11 consultorios habilitados para las diferentes especialidades considerando las especialidades más concurridas^{23,24} (ver anexo), un laboratorio de análisis clínicos (ver anexo) y estudios por imágenes de radiografía, ecografía, ecocardiografía, tomografía y resonancia magnética. En el mismo se dará servicio a obras sociales como PAMI y Asociación Eclesiástica de San Pedro y prepagas como OSDE, Luis Pasteur, Medifé, Swiss Medicals y Plan Médico del Hospital Alemán.

Como ya se mencionó, este es un centro de segundo nivel de atención. Para comprender el término es necesario primero definir nivel de atención: es una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Asimismo, las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de

²³ Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, *Informe 2013 sobre cita médica on-line*, on-line, <http://www.medicosypacientes.com/articulos/ehealth25214.html>, (26/07/14).

²⁴ Chapilliquen F, *Diagnóstico del Proceso de Atención por Consultorio Externo de un Establecimiento de Salud Utilizando Simulación Discreta*, on-line, http://pirhua.udep.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1730/ING_524.pdf?sequence=1, (26/07/14).

servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven y clásicamente se distinguen tres niveles de atención²⁵.

El primer nivel es el más cercano a la población, suele ser el primer contacto. Está dado, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades básicas y más frecuentes. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes²⁶.

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Cirugía General y Psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población²⁷.

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen²⁸. Son ejemplos el Hospital de Clínicas José de San Martín, El Hospital de Infecciosas “Dr. Francisco Javier Muñiz”, centros de diálisis, entre otros.

De la misma manera que se describió el nivel de atención, se mencionó que el centro médico es de segundo nivel de complejidad. También en este caso es necesario primero definir el término complejidad: son las tareas diferenciadas o procedimientos complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella. Más aun, cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada establecimiento.

El grado de complejidad establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización. El primer nivel de complejidad se refiere a las instituciones donde asisten profesionales como médicos familiares, pediatras, ginecólogos, médicos generalistas. En el segundo nivel de complejidad se ubicaría, al igual que en el nivel de atención, a las instituciones donde asisten médicos especialistas

²⁵ Vignolo, J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A, *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*, Arch Med Interna 2011; XXXIII (1):11-14.

²⁶ Ibidem.

²⁷ Ibidem.

²⁸ Ibidem.

en Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Cirugía General, Psiquiatría, etc. El tercer nivel de complejidad se refiere a establecimientos que realizan prestaciones médicas y quirúrgicas con presencia de subespecialidades de éstas, que se caracterizan por un uso intensivo de recursos humanos y equipamientos, con la realización de procedimientos complejos.

El Servicio que se ofrece

El segundo objetivo en la realización de esta tesina es promover la innovación en la manera de brindar servicios de salud, enfocada en la prevención y en mejorar la calidad de vida de los pacientes, con la utilización más eficiente de los recursos.

Se abordará desde dos ángulos. Por un lado, darle al médico en el consultorio las herramientas que le permitan optimizar el uso del tiempo y disminuir el margen de error por olvidos, en particular de aquellos aspectos de la medicina preventiva estandarizados según sexo, edad, antecedentes personales y heredofamiliares. El médico dispondrá en cada consultorio de una historia clínica electrónica “dinámica” y simple de utilizar, que contará con la apertura automática de ventanas con recomendaciones que surgirán luego de ingresar los datos filiatorios y antecedentes del paciente. Además, dispondrá de una enfermera entrenada que realizará al paciente, antes del ingreso al consultorio, los controles pertinentes de acuerdo a la especialidad, que puedan ser desplegados por un auxiliar y que permitan optimizar el tiempo dentro del consultorio. Por ejemplo, se le tomarán la presión arterial, se medirá el peso y altura al paciente antes de ingresar al consultorio de clínica médica.

Por otro lado, al paciente se le ofrecerá la oportunidad de recibir un servicio titulado “Nosotros te llamamos”, se refiere al contacto telefónico y vía mail en el momento pertinente para algún control que haya surgido de la historia clínica. Por ejemplo, una paciente concurre al consultorio de ginecología, se realiza un estudio de Papanicolaou y con el resultado, el médico tratante deja asentado en la historia clínica que el siguiente control del paciente corresponde en 6 meses. A los 6 meses, al estar asentado en la historia clínica, esto se detecta por un sistema de aviso informatizado y un personal administrativo se encarga de contactarla para recordarle el control y apuntarle el turno. Este servicio trae aparejado un doble beneficio, principalmente para el paciente que accede a un seguimiento médico más estrecho y para la institución que tiene con un bajo costo la posibilidad de fidelizar a los pacientes.

Marco Legal

El tercer objetivo de esta Tesina es desarrollar el marco legal más adecuado que permita respaldar el negocio de la manera más productiva, protegiendo el patrimonio que se forma, evitando exponer el resto del patrimonio de los inversores y de los administradores del proyecto, generando a su vez, un orden formal con objetivos y funciones claras dentro del grupo familiar que conforma el proyecto. Como se verá a continuación en profundidad, dada las necesidades del proyecto, parece apropiado analizar la posibilidad de darle al emprendimiento el marco jurídico de fideicomiso aplicado como un Fondo de Inversión Directa (FID). Dado que los esquemas legales tradicionales de organización son diferentes, se mencionarán brevemente para permitirle al lector tener un marco más general.

Esquemas Legales de Organización Tradicional: Sociedades Comerciales

En primer lugar, se desarrolla brevemente las sociedades comerciales, especialmente la Sociedad Anónima (S.A.) y la Sociedad de Responsabilidad Limitada (S.R.L.) a fin de poder brindar, como ya se mencionó, un marco de comprensión más genérica al lector, para realizar posteriormente el abordaje legal del proyecto a través de un esquema superador, comenzando con el contrato del fideicomiso y desarrollando el proyecto como un fondo de inversión directa.

La Ley de Sociedades Comerciales²⁹ contempla una importante variedad de tipos societarios y define que “habrá sociedad comercial cuando 2 o más personas, en forma organizada se obliguen a realizar aportes para aplicarlos a la producción de bienes o de servicios, participando de los beneficios y soportando las pérdidas³⁰”. Esto permite crear una persona jurídica separada de las personas físicas de sus dueños, con algunas ventajas, brindan ante todo responsabilidad limitada a sus socios, esto quiere decir que los socios son responsables con su patrimonio personal pero sólo hasta el monto correspondiente al aporte realizado. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que estas sociedades tienen costos de constitución, mantenimiento y requieren llevar

²⁹ El Senado y la Cámara de Diputados de La Nación Argentina Reunidos en Congreso, etc. Sancionan con Fuerza de Ley, 19.550, *Sociedades Comerciales*, on-line, <http://www.escribanos.org.ar/Archivos/Revista/file/legislacion/Ley%2019550%20-%20Sociedades%20Comerciales.pdf> (19/09/14).

³⁰ *Ibidem*, art 1°.

registros y libros rubricados contables y societarios, en los que se registran actas de asamblea y directorio³¹.

Las sociedades comerciales más utilizadas en caso de fines de lucro son la S.A. y la S.R.L. estos dos tipos societarios responden, en principio, sólo con el capital de la sociedad que se crea o en la cual se participa³². Para formalizar cualquiera de estos tipos mencionados, debe confeccionarse un estatuto societario e inscribir la sociedad en el Registro Público de Comercio, para crear una persona jurídica, cumpliendo con una serie de requisitos que varían según el tipo de sociedad³³.

Bajo el formato de S.A., la propiedad de la sociedad pertenece a los accionistas, quienes limitan su responsabilidad a sus aportes realizados mientras sean socios. Para su conformación se requiere un mínimo de dos accionistas. Las acciones pueden cotizar en el mercado de valores local. El funcionamiento de estas sociedades está normado por su estatuto. La administración está a cargo de un directorio compuesto por uno o más miembros, que pueden ser o no, accionistas³⁴. La representación ante los accionistas corresponde al presidente del directorio³⁵.

Los directores responden ilimitada y solidariamente hacia la sociedad, los accionistas y los terceros por el mal desempeño de su cargo, así como por la violación de la ley, el estatuto y/o el reglamento, y por cualquier otro daño producido por dolo, abuso de facultades o culpa grave³⁶.

Las S.A. se deben inscribir mediante escritura pública, están sometidas a fiscalización externa e interna. La fiscalización externa es ejercida por el Registro Público de Comercio correspondiente a la jurisdicción. La fiscalización interna, por lo general, está a cargo de uno o más síndicos nombrados por la asamblea de accionistas.

³¹ Facultad de Periodismo y Comunicación Social-U.N.L.P., *Administración y Gestión de Proyectos Comunicacionales*, on-line, <http://www.google.com.ar/url?sa=t&ret=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=3&ved=0CCoQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.ayg-pyccs.com.ar%2Fwp-content%2Fuploads%2Fdocatedraguiaparahacerunproyecto.doc&ei=ab4cVOj0Me3isATgyoLoCA&usq=AFQjCNGbbBmXhxaax4Fi6j2s8T2vGiOH-Q&sig2=aUCgYhKIIhWc2VoL2BHGWO&bvm=bv.75775273.d.eXY>, (19/09/14).

³² Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, República Argentina, *Establecerse en Argentina: ¿Cómo comenzar a hacer negocios en nuestro país?*, on-line, http://www.inversiones.gov.ar/userfiles/establecerseenargentinafinal_2.pdf, (19/09/14).

³³ Facultad de Periodismo y Comunicación Social-U.N.L.P., Op. Cit.

³⁴ Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, República Argentina, Op. Cit.

³⁵ Facultad de Periodismo y Comunicación Social-U.N.L.P., Op. Cit.

³⁶ Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, República Argentina, Op. Cit.

El cargo de síndico es opcional para las sociedades no controladas en forma permanente por un ente gubernamental³⁷.

Bajo el formato de S.R.L, la propiedad de la sociedad pertenece a los socios, quienes limitan su responsabilidad patrimonial a sus cuotas suscriptas o adquiridas de por vida. Para su conformación se requiere un mínimo de dos socios hasta un máximo de 50. No puede cotizar en bolsa. La administración está a cargo de la gerencia, formada por uno o más gerentes, socios o no y el cambio de socios exige modificar el contrato social. Los gerentes son responsables individual o solidariamente, según la organización de la gerencia y la reglamentación de su funcionamiento que estén establecidas por el contrato³⁸.

En las S.R.L. los procedimientos de constitución son más simples; y los estatutos son más flexibles. A diferencia de las S.A. no se exige un capital mínimo, sin embargo el mismo deberá guardar relación con el objeto de la sociedad. Las S.A. deben pagar una tasa anual de mantenimiento ante el IGJ, mientras las S.R.L rara vez presentan esta condición³⁹.

El contrato de fideicomiso

La Ley 24.441 define al fideicomiso de la siguiente manera “habrá fideicomiso cuando una persona (fiduciante) transmita la propiedad fiduciaria de bienes determinados a otra (fiduciario), quien se obliga a ejercerla en beneficio de quien se designe en el contrato (beneficiario), y a transmitirlo al cumplimiento de un plazo o condición al fiduciante, al beneficiario o al fideicomisario”. Excepto en el caso del fideicomiso testamentario, los artículos 2° a 4° de la misma ley definen al fideicomiso por acto entre vivos como un contrato bilateral, entre el fiduciante y el fiduciario; y la aceptación del beneficiario o del fideicomisario en ningún caso es necesaria para el nacimiento de la fiducia⁴⁰.

Con el fin de identificar un contrato de fideicomiso merecen especial atención el artículo 6° de la Ley 24.441 que se refiere al sujeto impositivo y dice: “el fiduciario deberá cumplir con las obligaciones impuestas por la ley o la convención...”; y el artículo 14 de la misma ley que se refiere a que el patrimonio que se forma es especial

³⁷ Ibidem

³⁸ Ibidem

³⁹ Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, República Argentina, Op. Cit.

⁴⁰ Pertierra Cánepa F, *El Valor Estratégico del Fideicomiso para los Negocios Productivos*, Buenos Aires, Universidad del CEMA, Seminario de Entrepreneurship, 2010, pp:31

porque está separado del propio del fiduciario y del propio del fiduciante. El fiduciario debe utilizar el patrimonio para el fin por el cual se ha constituido como tal en el fideicomiso y es necesario llevar una contabilidad separada para el fideicomiso de manera de facilitar su administración y presentación de información ante terceros⁴¹.

El fideicomiso por ser solamente un contrato no tiene personería jurídica. A los efectos impositivos, el fiduciario es quien representa legalmente el fideicomiso, debe tramitar ante la AFIP una clave única de Identificación Tributaria (CUIT)⁴².

La transmisión del dominio, de la propiedad, se da entre las partes a “título de confianza”, por lo tanto no se considera ni onerosa, ni gratuita⁴³. El fiduciario recibe la propiedad solamente como un medio para la mejor ejecución del encargo que le hagan respecto al bien transmitido. El contrato del fideicomiso es oneroso si el fiduciario recibe una retribución por la ejecución del encargo; o gratuito si no recibe prestación alguna. La ley presume en caso de ausencia del punto, que se trata de un contrato oneroso, y si nada se dice en cuanto a la cuantía de la contraprestación, ésta es fijada por el juez⁴⁴.

La AFIP considera tributariamente la transferencia de bienes en el fideicomiso como un tercero ajeno a la relación jurídica fiduciante/fiduciario. Esto representa un error grave, ya que se crea un sujeto tributario donde no lo hay, obligando a la tributación sin hecho imponible alguno. El patrimonio es un atributo de la personalidad y en su artículo 14, la Ley 24.441 enuncia que los bienes fideicomitados son un patrimonio autónomo y que no ingresan nunca al patrimonio del fiduciario. Por lo tanto, la propiedad fiduciaria constituye como un dominio imperfecto, por cuanto siempre estará sujeto a una duración, plazo y tiempo determinado⁴⁵.

El fideicomiso es un contrato que debe resolverse a fin de un cierto tiempo o al cumplimiento de una condición. Cuando se extingue el contrato del fideicomiso, desaparece el encargo de confianza. En consecuencia, el fiduciario debe darle al patrimonio fideicomitado el destino final previsto por las partes en el contrato constitutivo del fideicomiso⁴⁶.

⁴¹ Ibidem, pp:32

⁴² Ibidem.

⁴³ Ibidem.

⁴⁴ Ibidem, pp:36

⁴⁵ Ibidem, pp:37.

⁴⁶ Ibidem.

Dentro del análisis del fideicomiso, en relación a los impuestos, de acuerdo a la actividad desarrollada, tributa IVA e Ingresos Brutos. Bienes Personales se tributa sobre el total de la base imponible del fideicomiso, lo que elimina el mínimo que establece la ley⁴⁷. En referencia al Impuesto a las Ganancias, se reconoce en el decreto 780/95 en su artículo 10 que el fiduciario, en su carácter de administrador de patrimonio ajeno, comprendido en las disposiciones del artículo 16 inciso E de la Ley 11.683, debe ingresar como pago único y definitivo del impuesto que se devengue con motivo del ejercicio de la propiedad fiduciaria, el 35% de la ganancia total neta obtenida en dicho ejercicio. Este artículo le otorga al fiduciario la responsabilidad personal y solidaria del impuesto correspondiente al fideicomiso⁴⁸.

El artículo 11 del mismo decreto da una excepción a lo anteriormente dicho para el caso de los fideicomisos ordinarios; explica que cuando el beneficiario coincide con el fiduciante, éste debe tributar de acuerdo a la alícuota correspondiente a su escala y podrá computar lo abonado como pago a cuenta⁴⁹.

El contrato del fideicomiso tiene algunas características que le dan un carácter particular y flexible, algunas de ellas son: 1) Accesorio: el fideicomiso es un vehículo para concretar un acto jurídico subyacente, que es negocio que da origen al contrato; 2) Bilateral: hay obligaciones recíprocas entre las dos partes que firman el contrato. Entregar la propiedad fiduciaria por parte del fiduciante y cumplir con el encargo realizado por parte del fiduciario; 3) Escudo legal de protección: bien diseñado, permite crear una protección absoluta sobre los activos reunidos en el fondo fiduciario creado, con excepción por supuesto, de los acreedores del fideicomiso. Esto es clave ya que los embargos que pudieran sufrir los fiduciantes o el fiduciario no pueden alcanzar ni tener acción sobre los bienes fideicomitados, que son aquellos incluidos en el contrato debido a la separación patrimonial que se realiza de los dueños originales de esos bienes. Esta protección legal inviolable, pierde todo poder ante responsabilidades propias dentro de las actividades y responsabilidades dentro del fideicomiso.⁵⁰

En relación a la extinción del contrato, surgida del artículo 25 de la Ley 24.441, se enumeran las siguientes causas: a) Especificada en el artículo 4°, inciso c, que el plazo máximo de duración del contrato es de treinta años desde su constitución, salvo

⁴⁷ *Ibidem*, pp:33.

⁴⁸ *Ibidem*.

⁴⁹ *Ibidem*.

⁵⁰ *Ibidem*, pp:34-35.

que el beneficiario fuera un incapaz. En caso que se pactara un plazo mayor, se reducirá por su nulidad a treinta años; b) El fiduciante puede revocarlo si fue previsto en el contrato de constitución; c) Por cualquier otra causa prevista en el contrato; d) Por mutuo acuerdo entre fiduciante y beneficiario⁵¹. Asimismo, no necesariamente extinguen el contrato de fideicomiso, salvo que se produjera pacto expreso, la muerte del fiduciante o del beneficiario; la falta de fiduciario o ausencia o incapacidad temporal; y/o la renuncia o incapacidad de los beneficiarios. Es conveniente anticipar y planificar este tipo de imponderables en el contrato; de lo contrario, generan turbulencias e indefiniciones que afectan de sobremanera el proceso eficiente de la toma de decisiones durante el fideicomiso y generan nuevos costos.

Fideicomiso Ordinario

Existen 2 tipos de fideicomisos según la ley, los financieros y los ordinarios. En el fideicomiso financiero, el fiduciario para poder actuar en tal carácter debe estar autorizado por la Comisión Nacional de Valores e inscripto en el registro de fiduciarios financieros habilitado por dicho organismo. Además, los derechos de los beneficiarios están representados en títulos de valores (certificados de participación y títulos representativos de deuda)⁵². A los fideicomisos que no cumplen con una o las dos condiciones previamente enunciadas se los denomina fideicomisos ordinarios y tienen todas las características de contrato que se mencionaron. El fideicomiso que concierne al proyecto es de tipo ordinario y tiene sus particularidades que se desarrollarán en el cuerpo de la tesina dentro del marco legal.

Además de las características mencionadas en párrafos anteriores que atañen al fideicomiso en general, cabe mencionar algunas características que son pertinentes para el análisis del proyecto. Los beneficiarios pueden ser personas físicas y/o jurídicas y son quienes recibirán los frutos o beneficios de la administración fiduciaria. La ley permite que al momento de firmarse el contrato, los beneficiarios puedan ser de existencia real o futura, en cuyo caso se debe especificar lo más oportunamente posible los datos que permitan su individualización. También se encuentra la figura del fideicomisario, que es un beneficiario pero con la particularidad de ser quien se convertirá por ley en el destinatario final del remanente de los bienes fideicomitidos, una vez cumplido el plazo

⁵¹ Ibidem, pp:37-38

⁵² Ibidem, pp:65

o condición que establezca el contrato. En otras palabras, será el propietario de los bienes residuales con la liquidación y cierre del fideicomiso⁵³.

De la misma manera que el beneficiario goza de los frutos que produce el nuevo patrimonio, si durante la vida del fideicomiso o a su finalización se producen pérdidas, las mismas deberán ser asumidas y afrontadas por los fiduciantes y los beneficiarios⁵⁴.

Por otro lado, el desempeño del fiduciario es clave para el fideicomiso y merece algunas menciones respecto a la esencia de su función y responsabilidad en el desarrollo de los negocios que involucra el fideicomiso. El patrimonio personal del fiduciario no responderá por los problemas que pudieran tener u ocasionar las actividades del fideicomiso. Solamente se contará con el propio patrimonio del fideicomiso para hacerse responsable ante los reclamos.

Al fiduciario se le exige tener idoneidad y la capacidad operativa necesaria para dirigir en forma adecuada todos los aspectos del negocio que dan motivo al fideicomiso. Puede recurrir a consulta de expertos para poder decidir con mejor criterio y es conveniente dejarlo expresado en el contrato para evitar posteriores conflictos. Por esa razón, el fiduciario ante el planteo del encargo debe analizar en detalle los objetivos, la extensión del encargo, el equipo necesario, etc. Esto supone también que la otra parte, previamente a otorgar la manda al fiduciario, debe hacer considerado las capacidades del fiduciario para llevar adelante el encargo. La ley contempla castigar la negligencia o falta de idoneidad por parte del fiduciario, tanto si este incurre en culpa o dolo⁵⁵. Una de las medidas posibles para mitigar este riesgo es analizar todo el espectro disponible de seguros⁵⁶.

Por otra parte, el fiduciario tiene obligación legal de rendición de cuentas al menos una vez al año; los beneficiarios y los fiduciantes tienen derecho a solicitar rendiciones de cuentas con otra frecuencia. Además, el fiduciario tiene la obligación de llevar una contabilidad separada por cada patrimonio que en confianza administra y que es distinta de su propia contabilidad.

El fiduciario tiene prohibido adquirir para si los bienes fideicomitidos, lo que le impide figurar como beneficiario o fideicomisario. La remuneración del fiduciario es parte del acuerdo entre los dos firmantes del contrato⁵⁷.

⁵³ Ibidem, pp: 66-67

⁵⁴ Ibidem, pp: 69

⁵⁵ Ibidem, pp: 116-119.

⁵⁶ Ibidem, pp: 124.

⁵⁷ Ibidem, pp: 121.

Es pertinente mencionar algunas modificaciones respecto al rol del fiduciario que actualmente se encuentran en el anteproyecto del Código Civil y Comercial y que podrían ajustarse eventualmente al proyecto que se está analizando. Para empezar, en el artículo 1.673 que avanza sobre el artículo 5 de la Ley 24.441, se autoriza al fiduciario a ser beneficiario. Luego, en el artículo 1.674 se formaliza la posibilidad que en caso de designarse a más de un fiduciario para que actúen simultáneamente, sea en forma conjunta o indistinta, su responsabilidad es solidaria por el cumplimiento de las obligaciones resultantes del fideicomiso⁵⁸.

Finalmente, entendiendo el *leverage* de garantía y seguridad que otorga el fideicomiso a los negocios; el análisis de los negocios protegidos por contratos de fideicomisos debe centrarse en tres aspectos vitales y secuenciales: 1) el negocio subyacente; 2) la selección del fiduciario; 3) el contrato del fideicomiso y los derechos y obligaciones del mismo. En la tesina se desarrollará el primer punto en profundidad y muy brevemente se harán algunas referencias, en el caso de concluir que es viable el negocio y viable utilizar el marco jurídico del fideicomiso, al fiduciario y al contrato del fideicomiso⁵⁹.

La aplicación práctica del fideicomiso a través de Fondos de Inversión Directa

Con la denominación de FID se hace referencia a los nuevos proyectos y emprendimientos productivos profesionales respaldados y asentados en contratos de fideicomiso. El objetivo central es organizar actividades productivas nuevas, que están acotadas en el tiempo y que respondan a una planificación previa, acotando el riesgo que necesariamente tiene cada uno de los involucrados (por ejemplo, inversores y propietarios) en el proyecto. En otras palabras, el FID es un proyecto a crear que debe ser diseñado de acuerdo a las características, objetivos y grupos humanos participantes del negocio⁶⁰.

Entre las ventajas de los FID, se puede mencionar la transparencia, el fin único y concreto, el final pre-establecido, la separación de la propiedad de los recursos aportados, la creación de un patrimonio separado y a salvo de acreedores externos al fideicomiso y el proceso de liquidación. Además, bajo determinadas circunstancias puede tener un tratamiento impositivo diferenciado respecto del de las sociedades⁶¹.

⁵⁸ Ibidem, pp: 129.

⁵⁹ Ibidem, pp:132-143

⁶⁰ Ibidem, pp:140-143

⁶¹ Ibidem, pp:143

Profundizando en algunas de las ventajas del FID, se puede mencionar, la agilidad de resolución ante el fracaso del proyecto y de los planes de contingencia previstos o improvisados, ya que nunca se aplica la ley de concursos y quiebras para atender las obligaciones contraídas. Se aplica el proceso de liquidación que está a cargo del fiduciario y es extrajudicial, cuyo procedimiento es aconsejable que esté contemplado en el contrato de fideicomiso. Segundo, el aislamiento legal, ya que el nuevo fondo queda protegido legalmente durante la vida del proyecto, todo el patrimonio queda aislado jurídicamente acorde a la ley del fideicomiso⁶².

Como ya se mencionó, del fideicomiso surge un nuevo patrimonio con todas las características que acarrea. Por otro lado, el fiduciario, por la gran responsabilidad que tiene puede apoyarse en un equipo de personas expertas. Lo más novedoso que trae la figura del FID es que permite lograr estos grandes objetivos sin que exista un vínculo societario entre los participantes del fondo⁶³. Los inversores no son socios del proyecto, con las implicancias legales que conlleva. Más aun, en un esquema societario la participación de los resultados se concreta a través de la distribución de los dividendos obtenidos, luego de una decisión de asamblea sujeta a los procedimientos establecidos⁶⁴; mientras que en el análisis comparativo, en el FID es un proceso mucho más ágil que depende del fiduciario y sus delegados⁶⁵.

En resumen, hasta este punto se ha presentado el producto que se espera lograr con todas las características deseadas y los conceptos teóricos que el lector puede requerir para tener una comprensión clara del proyecto. Con estas herramientas, se procederá a describir cuál será la metodología y los materiales que se utilizarán para desarrollar todos los objetivos de la Tesina. Posteriormente, en los resultados, veremos la aplicación de los conceptos teóricos hasta ahora descriptos y de la metodología y de los materiales utilizados en la aplicación en el producto de este proyecto, el centro médico.

Materiales y Métodos

Metodología

Es un trabajo de investigación de campo y de actualización bibliográfica sobre la práctica médica basada en la evidencia -la medicina basada en la evidencia es la

⁶² Ibidem, pp: 147

⁶³ Ibidem, pp:144

⁶⁴ Ibidem, pp: 151

⁶⁵ Ibidem, pp: 150-151

utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales⁶⁶. La mejor evidencia científica clínica disponible proviene de los estándares más elevados de atención clínica. Consciente, significa que la evidencia será aplicada de manera consistente en cada paciente para quién resulte relevante. Uso juicioso exige la incorporación de la pericia clínica capaz de establecer un equilibrio de riesgos y beneficios, tomando en cuenta resultados de estudios diagnósticos, y la posibilidad de tratamientos alternativos para cada paciente⁶⁷; con el objetivo de crear posteriormente un plan de negocios para desarrollar un centro médico con las características anteriormente mencionadas.

Por consiguiente, dentro de la investigación de campo se realizará una encuesta a habitantes del Partido de San Miguel para investigar sobre las necesidades del mercado en lo que respecta a la atención en salud.

También se investigará sobre lo que actualmente existe en materia de historias clínicas electrónicas en Argentina, entrevistando 5 médicos especialistas en Clínica Médica que trabajen con sistemas diferentes de historias clínicas electrónicas en Buenos Aires y contactando por mail 2 empresas que proveen sistemas informáticos de historias clínicas, para conocer las diferentes aplicaciones que ofrecen.

Asimismo, se entrevistarán 4 médicos que hayan desarrollado emprendimientos médicos exitosos, definiendo éxito cuando por lo menos uno de los emprendimientos duró más de cinco años y le permitió a la persona, a través de ese emprendimiento, sostenerse económicamente.

Además, se desarrollará una revisión bibliográfica sobre las recomendaciones actuales basadas en la evidencia científica avaladas por la *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF). El USPSTF es un panel independiente de expertos en la prevención y la medicina basada en la evidencia y se compone de los proveedores de atención primaria (como internistas, pediatras, ginecólogos, obstetras, enfermeras, etc); se realizan revisiones de evidencia científica de una amplia gama de servicios de salud preventivos clínicos (como métodos de cribado, asesoramiento y medicamentos

⁶⁶ Sackett D, Rosenberg W, Gray J, Haynes R, Richardson W, *Evidence-based medicine*, B Med J 1996;312:71-2, on-line, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/pdf/bmj00524-0009.pdf>, (16/08/2014).

⁶⁷ Barroso Alvarez M, *Medicina Basada en Evidencias*, Rev Cubana Oncol 2(16):135-6, on-line, http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol16_2_00/onc11200.pdf, (16/08/2014).

preventivos) y se desarrollan recomendaciones para los médicos de atención primaria y los sistemas de salud⁶⁸. Estas recomendaciones se publican con un grado de recomendación A, B, C o D, de mayor a menor grado de evidencia científica respectivamente de la A a la C y no recomendable su realización el grado D. “Los médicos que practican la medicina basada en la evidencia pueden identificar y aplicar las intervenciones más eficaces para maximizar la calidad y expectativa de vida del paciente individual”⁶⁹. Con esta última frase, se espera remarcar la importancia de estandarizar las prácticas preventivas que se realizaran dentro del centro médico y los beneficios que representa para el paciente.

Del mismo modo, se investigará sobre las estructuras como fideicomisos, sociedades anónimas y sociedades de responsabilidad limitada para delimitar el marco legal más apropiado.

Plan de trabajo

Se observa que los ciudadanos residentes en el Partido de San Miguel concurren muy frecuentemente en busca de asistencia médica a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o a otras zonas del Gran Buenos Aires. Con el fin de estimar con qué frecuencia se produce este fenómeno y conocer las causas se realiza una encuesta a 35 ciudadanos residentes del Partido de San Miguel mayores de 18 años (ver anexo 4). Entre otras cosas, se investigará si consideran que en la zona los turnos son muy alejados, que los centros médicos actuales no son confiables o si observaron que existe falta de disponibilidad de determinados estudios o procedimientos médicos.

Por otro lado, como ya se mencionó, se entrevistará a 4 médicos (ver anexo 5) que ya hayan llevado a cabo diferentes proyectos exitosos vinculados a dar un servicio en salud. Por ejemplo, a un Médico Especialista en Nefrología, fundador de 12 centros de diálisis, una clínica y otros emprendimientos médicos y no médicos; a la Directora y fundadora de la Clínica de Prevención del Envejecimiento Prematuro en San Isidro, al fundador de Medicals, empresa de cobertura médica para empresas.

En relación a los servicios que brindará el centro de salud se analizarán en profundidad los procedimientos preventivos en salud validados científicamente por la

⁶⁸ USPSTF, *United States Preventive Services Task Force*, on-line, <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/index.html>, (27/07/2014).

⁶⁹ Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS, Op. Cit.

task force para posteriormente desarrollar un protocolo para la práctica médica de las diferentes especialidades en el Centro Médico que incluya la estandarización de las prácticas preventivas.

También se analizará lo obtenido a través de las entrevistas sobre la experiencia con las historias clínicas electrónicas (ver anexo 6) y sobre los 2 modelos de historia clínica existentes con formato electrónico, vinculándolo a los procedimientos preventivos validados por la *Task Force*, se crearan los contenidos para desarrollar posteriormente un modelo de historia clínica digital que permita disminuir los tiempos y el margen de errores y olvidos cometidos en la práctica médica. Asimismo, se investigará sobre la optimización de los tiempos en el consultorio médico con el fin de aumentar la calidad de atención médica.

Por otro lado, se describirán las pruebas diagnósticas de imágenes y laboratorio más utilizadas de acuerdo a la bibliografía con el fin de seleccionar de la manera más eficiente los recursos en los que invertir.

Con la finalidad de desarrollar la economía del negocio, se analizarán los costos de construcción, fijos y variables del centro médico posteriormente y se investigará cuánto pagan las prepagas por los servicios de salud a los diferentes prestadores.

Resultados

Los Tiempos en el Consultorio Médico y la Calidad de Atención Médica

De la investigación bibliográfica surgieron las siguientes valoraciones. La construcción de un sistema de turnos debe ser eficiente y flexible pero también debe funcionar en beneficio tanto de los pacientes como de los profesionales de la salud y del personal no médico. En Buenos Aires se observa que el tiempo es, en promedio, de 15 minutos en clínica médica, pudiendo ser algo mayor en algunas especialidades como pediatría o salud mental⁷⁰.

La decisión acerca de cuánto tiempo el profesional de la salud estará cara a cara con el paciente resulta vital, como se verá más adelante, para programar la agenda de turnos, y también para garantizar la calidad de atención médica. Un turno demasiado

⁷⁰ Outomuro D, Actis M, *Estimación del Tiempo de Consulta Médica Ambulatoria en Clínica Médica*, Rev Med Chile 2013; 141: 361-366.

corto ha sido descrito como uno de los factores que impide la realización de una buena promoción de la salud⁷¹.

Una revisión bibliográfica de los estándares a nivel internacional para establecer el tiempo en la consulta médica ambulatoria, éticamente aceptable en clínica médica muestra que a nivel mundial durante la década del '90, muchos sistemas pasaron de 7,5 a 10 minutos y este cambio generó beneficio tanto de los pacientes, que sentían un mejor trato y calidad de atención, como de los médicos que disminuyeron su nivel de estrés⁷², observándose una disminución del síndrome profesional de *burnout*, que se define como respuesta al stress laboral crónico que afecta a aquellas personas cuyo trabajo tiene como centro ayudar y apoyar a otros; generando en el profesional síntomas que van desde el agotamiento físico, mental y emocional hasta relaciones conflictivas interpersonales⁷³. También se observó que mejoraba notablemente la promoción de la salud, por ejemplo, a nivel de la detección de hipertensión arterial, en la detección de tabaquismo y alcoholismo, indicando que una mayor duración de la consulta puede contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes en el largo plazo, al permitir detectar factores de riesgos para la salud⁷⁴.

En Estados Unidos otro estudio que recopiló información de más de 46.000 consultas médicas entre los años 1997 y 2005, demostró que el tiempo promedio de consulta había aumentado de 16 a 20,8 minutos, registrándose un incremento de 3,4 minutos para las consultas con el médico general y que el tiempo se asociaba con mayor tiempo disponible para el consejo médico, entre otras cosas, mejorando la calidad de atención médica⁷⁵.

En términos generales, la bibliografía mundial respalda la asignación de pacientes entre 10 y 15 minutos, tal como ocurre en nuestro medio, aunque no es tan claro que este sea un tiempo suficiente. Normalmente el primer contacto con el médico

⁷¹Ibidem.

⁷² Campbell J, Howie J. *Changes resulting from increasing appointment length: practical and theoretical issues*, Br J Gen Pract 1992, 42: 276-8, on-line <http://bjgp.org/content/bjgp/42/360/276.full.pdf> . (26/09/2014).

⁷³ Thomaé M, Ayala E, Sphan M, Stortti M, *Etiología y Prevención del Síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud*, on-line <http://www.mafaldadesign.com.ar/contraculturaenfermera/pdfs/Bournout.pdf>, (25/09/14).

⁷⁴ Outomuro D, Actis M, Op. Cit.

⁷⁵ Chen L, Farwell W, Ashish K, *Health Care reform: primary care visit duration and quality*, Arch Intern Med 2009; 169 (20): 1866-72, on-line, <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1108557> , (26/09/2014).

generalista implica presentarse al paciente, establecer empatía, confeccionar una buena historia clínica donde se registre la edad, enfermedades crónicas, antecedentes familiares, cumplimiento del plan de vacunación; también debe hacerse un examen semiológico que, entre otras cosas, incluye el control de la tensión arterial, la auscultación cardiopulmonar, la palpación abdominal y la evaluación neurológica; asimismo, la consulta incluye la indicación de exámenes complementarios, educación y orientación al paciente⁷⁶.

Otro factor importante que puede prolongar el tiempo de la consulta es que los pacientes hacen cada vez más preguntas porque tienen mayor acceso a la información y esperan participar más activamente en la toma de decisiones⁷⁷. Por otro lado, como se desarrolló previamente, el incremento en los últimos años de la expectativa de vida – producto de los avances científicos y tecnológicos– hace que los médicos vean cada vez pacientes más añosos y con múltiples enfermedades. Los médicos del nuevo milenio se encuentran en un punto de inflexión donde hay que buscar nuevas alternativas de atención médica que garanticen la calidad en la atención a la vez que se incrementa el número de pacientes asistidos⁷⁸.

En la Argentina existe escasa bibliografía vinculada al tiempo en el consultorio médico; sin embargo, es de destacar un estudio donde se pone de manifiesto la preocupación de los profesionales argentinos respecto de su calidad de vida en tanto actores del sistema de salud. Como resultado de encuestas realizadas a médicos, se señala que uno de los factores más preocupantes es el tiempo de duración de la consulta médica. En este sentido, la Sociedad Argentina de Cardiología realizó una amplia encuesta cuyos resultados demostraron que al 70% de los profesionales se les exige ofrecer turnos de 10 a 15 minutos, en tanto que ellos pensaban que lo correcto sería que las consultas tuvieran una duración entre 20 y 30 minutos. Al mismo tiempo consideraron que constituye una falta a la ética aceptar atender pacientes en un tiempo inadecuado⁷⁹.

La bibliografía en Europa y en los Estados Unidos señala que los médicos, en encuestas recientes, piensan que están atendiendo a sus pacientes en menos tiempo que en los años anteriores. Si bien algunas afirman que el tiempo total de la consulta no cambió significativamente, e incluso aumentó, lo que surge con claridad es que del

⁷⁶ Outomuro D, Actis M, Op. Cit.

⁷⁷ Ibidem.

⁷⁸ Doval H, Malestar en la medicina. *Insatisfacción y descontento en los médicos*, Rev Arg Cardiol 2007; 75 (4): 336-9, on-line, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305326932017>, (26/09/14).

⁷⁹ Ibidem.

tiempo total, el tiempo directo dedicado al paciente ha disminuido, porque ha aumentado sustancialmente el tiempo necesario para el papeleo administrativo burocrático y que se estima que representa un 41% de la consulta médica⁸⁰.

Otro factor a tener en cuenta es la forma de remuneración o el tipo de contrato del médico con la institución. Por un lado están los contratos per cápita, donde al médico se le paga por cada paciente atendido; en este caso la duración de las consultas puede verse afectada dado que cuantos más pacientes se atiendan más dinero recibirá el médico; esto implica el riesgo de una disminución en los tiempos de consulta como se evidencia en el estudio realizado en Canadá⁸¹.

El Colegio Médico Americano reconoce que el tiempo dedicado a la consulta es uno de los elementos de mayor calidad en la atención médica y una condición necesaria para el desarrollo de una relación adecuada entre el médico y el paciente⁸². La OMS define la calidad de atención médica como: “la calidad en asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de medios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mínimo riesgo de efectos adversos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”⁸³. Tiene en cuenta las siguientes variables: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimos riesgos para el paciente, resultados finales en la salud, alto grado de satisfacción por parte del paciente. Puede observarse que en esta definición se consideran tres criterios: 1) criterio técnico: uso adecuado de la ciencia y de la tecnología, con maximización de los beneficios y minimización de los riesgos; *primum non nocere* o principio de no-maleficencia; 2) criterio interpersonal: interacción social y psicológica de los actores de la relación clínica; 3) criterio económico: distribución y utilización racional de los recursos⁸⁴.

Dentro de los aspectos que se vinculan con la calidad en la atención médica se encuentran la oportunidad, agilidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, seguridad, integridad, racionalidad, eficiencia, humanidad, información, transparencia, consentimiento y grado de satisfacción de los usuarios del sistema²³. El tiempo de

⁸⁰ Gottschalk A, Flocke S, *Time spent in face-to-face patient care and work outside the examination room*, on-line, <http://www.annfammed.org/content/3/6/488.long>, (26/09/2014).

⁸¹ Outomuro D, Actis M, Op. Cit.

⁸² Braddock C, Snyder L. *The doctor will see you shortly, the ethical significance of time for the patient physician relationship*, on-line, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1490262/>, (26/09/2014).

⁸³ Ibidem.

⁸⁴ Ibidem.

consulta se enmarca dentro de la suficiencia, la integridad y la satisfacción de los usuarios. Desde el punto de vista de calidad, los usuarios del sistema son tanto los pacientes como los profesionales de la salud⁸⁵.

También es importante analizar la cantidad de tiempo en relación a la calidad de tiempo. Esto implica una optimización del tiempo dedicado a la consulta médica evitando interrupciones que afectan la atención dedicada al enfermo, preguntas sin relevancia y desviaciones de la conversación hacia temas no vinculados con el problema médico. La mayoría de los estudios que abordan el tema de la cantidad de tiempo adecuada para una consulta indican que la misma debe oscilar entre 18 y 20 minutos⁸⁶.

Asimismo, el tiempo de consulta es uno de los aspectos que marcan el grado de satisfacción, tanto de los pacientes como de los profesionales. Una disminución en el tiempo disminuye la satisfacción de los usuarios, reduce los alcances de la prevención médica, condiciona a una mala prescripción terapéutica e incrementa el riesgo de mala praxis⁸⁷.

De la misma manera, en una encuesta realizada a usuarios pacientes, los principales factores asociados a una percepción general de baja calidad en la atención de las instituciones de salud fueron: el tipo de institución (público o privado), el tiempo de espera para acceder a la consulta, el grado de mejoría del estado de salud luego de la consulta y una duración de la consulta inferior a 20 minutos. En este mal trato percibido por los pacientes estaban involucrados, en primer lugar, el personal de recepción y confección de la ficha de ingreso, en segundo lugar el personal que proporciona informes y en tercer lugar el personal médico. La percepción de mala calidad era directamente proporcional al nivel de ingresos y al nivel de instrucción, al tiempo que el nivel de instrucción se relacionaba directamente con el nivel de ingresos. Es de hacer notar que la mayor insatisfacción se refería al tiempo de espera⁸⁸.

Finalmente, cuando el análisis de la calidad pasa por los costos, un poco más de tiempo dedicado a las consultas ha demostrado hacer una gran diferencia en términos de mala praxis. De esta manera se asume que el costo extra que, aparentemente, pudieran

⁸⁵ Ibidem.

⁸⁶ Braddock C, Snyder L, Op. Cit.

⁸⁷ Lin C, et al. *Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction?*, on-line, <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=648347>, (26/09/14).

⁸⁸ Outomuro D, Actis M, Op. Cit.

representar unos minutos más del tiempo profesional es menor que el costo de posibles transgresiones médico legales⁸⁹.

En resumen, el promedio de duración de la consulta médica oscila actualmente entre 10 y 15 minutos, tiempo en apariencia insuficiente. Sin embargo, es el tiempo establecido en Buenos Aires, tanto en establecimientos públicos como privados. No se encuentra una recomendación escrita por parte de organismos estatales, que prescriba destinar más tiempo a las consultas de primera vez en las cuales una anamnesis y examen físico exhaustivos son necesarios para un adecuado diagnóstico. Al respecto, es interesante señalar que sólo alguna bibliografía proveniente de Europa propone destinar 60 minutos para la primera consulta de clínica médica y 20 minutos en las siguientes consultas⁹⁰.

En conclusión, la calidad de atención médica se vincula con varios factores, entre ellos el tiempo de espera de los pacientes antes de la consulta médica y principalmente con el tiempo de duración de la consulta; éste a su vez se ve afectado por una suma de otros factores, entre ellos, la mayor demanda de consejo médico por parte de los pacientes, la mayor cantidad de comorbilidades que los pacientes presentan, las interrupciones y el papeleo administrativo-burocrático que ocupa gran parte de la consulta.

Todos los factores mencionados previamente serán considerados en el centro médico tanto para brindar una alta calidad de atención médica así como para que los usuarios se sientan satisfechos. El punto referente al papeleo administrativo-burocrático merece una mención especial ya que se analizará a continuación, través del desarrollo de una historia clínica electrónica ajustada a las necesidades en un centro médico ambulatorio de mediana complejidad, acortar el papeleo y disminuir las posibilidades de errores médicos.

La Historia Clínica

De modo introductorio, cabe mencionar que la finalidad de este punto es sobre mejorar los tiempos en el consultorio y la eficiencia médica, el Código de Ética de la Sociedad Argentina de Medicina que cita: “Los miembros del equipo de salud deben dedicar a su paciente el tiempo necesario para evaluar su dolencia, examinarlo, indicar las etapas diagnósticas y explicarle todo lo que sea pertinente. Constituye una falta

⁸⁹ Ibidem.

⁹⁰ Ibidem.

grave la atención apresurada, la ausencia de examen clínico, así como las explicaciones que den respuesta a la inquietud del enfermo o sus familiares. La invocación de falta de tiempo por el número de pacientes que se debe asistir, o la remuneración que se obtiene por cada uno de ellos, no constituye causal que lo exima de su deber médico”⁹¹.

La historia clínica se define genéricamente como el conjunto de documentos derivados de la relación médico/paciente. En Argentina se encuentra regida por la Ley 26.529⁹² promulgada el 19 de noviembre del año 2009, expresa dentro del artículo 2° “...El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente”

La ley define a la Historia Clínica como el documento “obligatorio, cronológico, foliado y completo en el que consta toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud”. Expone que la historia clínica es propiedad del paciente, siendo este el titular de la misma. Siempre que un paciente solicite la historia clínica, la institución competente debe entregarle una copia autenticada en 48 horas. Si no es entregada en ese plazo, el paciente está autorizado a interponer un recurso de *Habeas data*, juzgado de por medio.

Dentro de la historia clínica se deberá asentar: a) La fecha de inicio de su confección; b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar; c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad; d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes; e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere; f) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad

⁹¹ Asociación Médica Argentina, *Código de Ética para el Equipo de Salud 2001*, Libro II Del Ejercicio Profesional, Capítulo 6 De la Relación Equipo de Salud-Paciente, art. 90 y 91, 1°Ed.

⁹² El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. Sancionan con Fuerza de Ley, 26.529: *Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado*, on-line <http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/informacion-general/ley-de-sida-y-otras-normas/ley-de-derechos-del-paciente>, (22/08/14).

inherente. Los asientos deberán ser realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud.

La Asociación Médica Argentina cita: “La historia clínica ha de ser un instrumento objetivo y comprensible por terceros, y no solo por quienes escriben en ella. No usar siglas ni abreviaturas⁹³” y que “...debe ser legible, no debe tener tachaduras, no se debe escribir sobre lo ya escrito, no debe ser borrada, no se debe dejar espacios en blanco y ante una equivocación debe escribirse error y aclarar lo que sea necesario. No se debe añadir nada entre renglones⁹⁴”.

Historia Clínica Electrónica (HCE)

La sanción de la Ley 25.506⁹⁵ de Firma Digital en el año 2001 comenzó a llenar gran parte del vacío legal creado al brindar un marco normativo a las nuevas tecnologías, regulando lo concerniente al empleo de la firma digital y la firma electrónica, a las que se les asigna hoy, un valor jurídico. Antes de la ley mencionada, cualquier documentación digital no tenía el carácter de documento que ahora sí tiene. Según la legislación se entiende por documento digital a “la representación digital de actos o hechos, con independencia del soporte utilizado para su fijación, almacenamiento o archivo. Un documento digital también satisface el requerimiento de escritura”. Se equiparan entonces al papel, soportes tales como discos rígidos, discos compactos, diskettes, etc., en tanto son medios capaces de contener o almacenar información para su posterior reproducción.

La Ley de Firma Digital es el elemento jurídico que hace posible que la historia clínica computarizada no sea cuestionable desde el punto de vista legal. La historia clínica no sólo cumple fines médicos, sino también administrativos, estadísticos y legales.

El artículo 13 de la Ley 26.529⁹⁶ se refiere a la historia clínica informatizada: “El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos

⁹³ Asociación Médica Argentina, Op. Cit Capítulo 11 De la Historia Clínica, art. 168, 1ºEd.

⁹⁴ Asociación Médica Argentina, Op. Cit., Capítulo 11 De la Historia Clínica, art. 171, 1ºEd.

⁹⁵ Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina Reunidos en Congreso, etc Sancionan con Fuerza de Ley, 25.506: *Ley de Firma Digital*, on-line, <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/70749/norma.htm>, (22/08/2014).

⁹⁶ Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina Reunidos en Congreso, Op. Cit.

en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no re-escribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad”.

Si bien la historia clínica es el documento más importante de la atención médica en condiciones de informatización, no es el único registro. Se consideran Registros Médicos Informatizados a todos los archivos informáticos que contengan alguna información relativa al paciente, sus estudios complementarios y su tratamiento, entre ellos: 1) Historia clínica electrónica; 2) Registros de admisión y egresos; 3) Archivos de laboratorio de análisis clínicos; 4) Bases de estudios complementarios (radiología, tomografías, ecografías, otros); 5) Archivos de reserva de turnos; 6) Archivos de facturación y otros⁹⁷

La HCE es el documento que debe estar más protegido. Sin embargo, todos los otros registros deben tener restricciones y reservas, dado que contienen información que puede perjudicar al paciente en caso de difundirse⁹⁸. El Código de Ética de la Asociación Médica Argentina da entidad a la informatización de la documentación médica y cita: “En caso de computarización de la Historia Clínica, deberán implementarse sistemas de seguridad suficientes para asegurar la inalterabilidad de los datos y evitar el accionar de violadores de información reservada.⁹⁹” Los requisitos son: 1) Inviolabilidad: Que la información no pueda ser adulterada; 2) Autoría: El sistema deberá otorgar garantías acerca de la identidad de quien ingresa los datos (asegurar que un usuario particular es quien dice ser). Esto se logra con la firma digital; 3) Confidencialidad: Se debe impedir que los datos sean leídos, copiados o retirados por personas no autorizadas; 4) Secuencialidad: El sistema debe garantizar que los datos sean ingresados en forma cronológica; 5) Temporalidad: Todo registro en la historia clínica debe automáticamente llevar adosado el día y la hora en que se realizó; 6) Disponibilidad: Debe garantizarse que la información se encuentre disponible en todo momento y lugar cuando se la necesite; 7) Integridad: El sistema debe alertar si el registro fue adulterado a posteriori de la firma; 8) Durabilidad: La información generada debe permanecer inalterable en el tiempo; 9) Transportabilidad e Impresión: El sistema

⁹⁷ Alcaraz Agüero M, Nápoles Román Y, Chaveco Guerra I, Martínez Rondón M y Coello Agüero J, *La historia clínica: un documento básico para el personal médico*, MEDISAN, 2010, vol.14, n.7, pp: 982-993.

⁹⁸ Ibidem

⁹⁹ Asociación Médica Argentina, Op. Cit., Capítulo 11 De la Historia Clínica, art. 185, 1ªEd.

debe permitir que el paciente pueda disponer de una copia de su historia clínica, ya sea en soporte electrónico o en papel¹⁰⁰.

El Sistema de Gestión de Historias Clínicas está totalmente basado en el sistema on-line, y comprende los siguientes módulos: A) gestión de pacientes con los siguientes capítulos: 1) Evaluación clínica por formularios predefinidos; 2) Diagnósticos; 3) Alergias; 4) Antecedentes; 5) Indicaciones Higiénico-dietéticas; 6) Indicaciones de Medicación; 7) Estudios complementarios; 8) Resultados de Laboratorio; 9) Indicaciones de Estudios; 10) Examen físico; 11) Evoluciones del paciente por especialidad; 12) formularios de evaluación dinámicos, que permite el ingreso de valores, y así llevar la trazabilidad de las variables de dicha evaluación (ej. Test de Lawton); 2) turnos (con la posibilidad opcional de que el paciente realice su reserva on-line); 3) atención y admisión de pacientes al establecimiento; 4) administración de historias clínicas; 5) Medicina Laboral 6) facturación y liquidación de prestaciones a obras sociales (administración de nomencladores y sets de unidades); 7) seguimiento de expedientes (mesa de entradas y salidas); 8) gestión contable; 9) farmacia y stock.

Abarca todo el proceso, desde la asignación del turno hasta la facturación a la obra social, pasando por la recepción de los pacientes, la atención, la registración de su historia clínica, la actualización de su evolución a través de las distintas visitas, impresión de carátulas para el legajo, órdenes de prácticas, el consumo de prácticas médicas y quirúrgicas, el consumo de medicamentos y descartables.

La Historia Clínica provee además herramientas para la administración de todas las operaciones que se realizan en el establecimiento, como compra de medicamentos y descartables, actividad de los profesionales para el cálculo de honorarios. Los datos son propiedad de la institución y del paciente; pueden ser exportados cada vez que sea necesario.

Ventajas de la Historia Clínica Electrónica

La adopción a nivel mundial de las HCE ha demostrado beneficios que incluyen la disminución de errores en medicina, mejoras a nivel de costo-efectividad y aumento de la eficiencia. Los sistemas avanzados de HCE automatizan muchas tareas cotidianas

¹⁰⁰ Padín A, *La Historia Clínica en Argentina*, on-line, <http://emergencias.blogs.hospitalelcruce.org/historia-clinica-digital/>, (16/08/14).

que tienen lugar en un consultorio médico, ya sea particular o dentro de un hospital, y que consumen una gran cantidad de tiempo¹⁰¹.

El uso de una HCE mejora la comunicación, el acceso a los datos y la documentación, conduciendo a un mejor cuidado clínico y calidad de servicio de salud¹⁰². Existen ventajas médicas, operativas, económicas y ecológicas¹⁰³.

Dentro de las ventajas médicas mejora el acceso a la información, la recuperación de una pieza específica de la historia es mucho más rápida, diferentes usuarios autorizados pueden consultar la misma información desde distintos puntos y en forma simultánea. Además, facilita la historia clínica única. Permite la incorporación de imágenes digitales, por ejemplo si un paciente se realiza una radiografía, la misma puede incorporarse a la historia clínica y estar siempre disponible, independientemente de si el paciente concurre o no con el estudio. Una ventaja fundamental vinculada al desarrollo de este proyecto es que permite incorporar sistemas de apoyo a la decisión clínica como algoritmos y protocolos de estudio y tratamiento y recordatorios de prácticas médicas; a su vez el ingreso estandarizado de datos y el uso obligatorio de algunos campos para pasar de pantalla disminuye la posibilidad de olvidos y errores. Permite incorporar un *vademecum* institucional. También facilita los trabajos estadísticos y científicos¹⁰⁴.

La HCE permite tener modelos de las indicaciones higiénico-dietéticas, de medicación y de estudios, donde el médico con un click rápidamente selecciona los que se necesitan y las imprime durante la consulta médica, acortando los tiempos de papeleo.

Dentro de las ventajas legales se describe que siempre es legible, que no permite espacios en blanco ni alteración del orden de los asientos, que siempre está firmada, con fecha y hora, completa, que se evitan las correcciones y agregados¹⁰⁵.

Dentro de las ventajas operativas, económicas y ecológicas se puede considerar que, si en un disco rígido de 300 GB, de muy bajo costo (menos de 250 dólares) entran

¹⁰¹ IntraMed Investigaciones, Hospital Italiano de Buenos Aires, *Curso de Introducción a la Informática Biomédica: ¿Es Tiempo de Cambiar a la Historia Clínica Electrónica?*, on-line, <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=53769>, (16/08/2014).

¹⁰² Ibidem.

¹⁰³ Padín A, Op. Cit.

¹⁰⁴ Ibidem.

¹⁰⁵ Ibidem.

tres contenedores de papel que podrían almacenar aproximadamente 450.000 historias clínicas, que la informatización es la solución más económica y eficiente. La informatización evita también la redundancia de estudios y de tratamientos. Muchas veces, al no contar con estudios realizados en consultorios, los mismos se repiten en forma innecesaria. Por último, no puede dejar de mencionarse el importante impacto ecológico que tiene el ahorro de toneladas de papel disminuyendo la contaminación del medio ambiente y la deforestación¹⁰⁶.

El formato electrónico como forma de almacenamiento de datos presenta ventajas y desventajas para el personal médico que merecen ser mencionadas y que se condicen con lo que expresan los médicos entrevistados (ver anexo 9) que trabajan con diferentes modelos de historia clínica (ver cuadro 2).

Cuadro 2. Ventajas y Desventajas del Formato Electrónico

| Formato Electrónico | |
|---|--|
| Ventajas | Desventajas |
| Alta accesibilidad y disponibilidad distribuida (pueden varios usuarios acceder simultáneamente al mismo registro desde diferentes lugares) | Sensible a las caídas del sistemas, lo cual hace bajar su disponibilidad |
| Altamente legible | Requiere capacitación especial |
| Permite ingreso estructurado de datos, presentación dinámica de la información y búsqueda asistida | Altera el proceso asistencial |
| Permite la participación activa durante el proceso de atención | Requiere fuente de energía |
| Permite la agregación de datos para reportes automáticos | Si se viola la seguridad o confidencialidad es posible llevarse gran cantidad de datos |

Fuente: IntraMed Investigaciones, Hospital Italiano de Buenos Aires, Curso de Introducción a la Informática Biomédica: *¿Es Tiempo de Cambiar a la Historia Clínica Electrónica?*, on-line, <http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=53769>, (16/08/2014).

En el Cuadro 2 se presentan las ventajas y desventajas para el médico del uso del formato electrónico de historia clínica, las mismas se obtuvieron a través de un estudio del Hospital Italiano. Se puede destacar que las ventajas son especialmente de carácter operativo, lo cual tiene gran valor en la consulta médica, como se desarrollo previamente, mientras que la mayoría de las desventajas dependen de la red de soporte del sistema informático. Una de las desventajas que merece especial cuidado es el hecho de que la HCE altera el proceso asistencial, se le debe dar un especial cuidado a que el armado de la historia clínica sea lo más funcional posible a la consulta médica.

¹⁰⁶ IntraMed Investigaciones, Hospital Italiano de Buenos Aires, Op.Cit.

Como se explicó en la metodología, dada la importancia de estandarizar las prácticas preventivas que se realizan dentro de un centro médico y los beneficios que representa para el paciente¹⁰⁷, se presentan en el anexo 9 los procedimientos preventivos validados por la *Task Force* que se incluyen en el marco de la historia clínica electrónica del proyecto.

Por último, cabe mencionar que existen exclusiones a la documentación electrónica, establecidas en el art. 4 de la Ley de Firma Digital, entre las cuales se menciona expresamente a los “actos personalísimos”. Por lo tanto, existen determinados actos que no pueden ser llevados en registros informatizados, tales como la información de riesgos y aceptación del paciente para la realización de estudios y tratamientos (consentimiento informado) y directivas anticipadas. En estos casos, la declaración de voluntad del paciente debe seguir siendo registrada en la historia clínica u otros registros con las formalidades que imponen las distintas reglamentaciones y la jurisprudencia: firma manuscrita del profesional, aclaración y número de matrícula y fecha.

Resultados de la Encuesta a Residentes del Partido de San Miguel en Relación al Mercado y la Competencia

Se realiza una encuesta a 35 personas residentes del Partido de San Miguel, 65% son mujeres y el 35% restante varones, el promedio de edad de los encuestados es de 40.49 años, más del 50% tiene estudios terciarios o universitarios, y el restante tiene estudios secundarios y el 100% tiene cobertura médica privada. Se observa que el mercado se encuentra ampliamente atomizado, entre las 35 personas entrevistadas se encuentran 13 coberturas médicas diferentes, Swiss Medical, Osde, Sancor Salud, Aca Salud, Omint, Semesa, Docthos, Medifé, Fatsa, Galeno, IOMA, PAMI y Pasteur. Dentro de las especialidades médicas a las que asistieron el último año las más concurridas fueron clínica médica (60%), ginecología (83% de las mujeres), oftalmología (37%), nutrición (31%), cardiología (26%), traumatología (14%), gastroenterología (4%), kinesiología (9%) y urología (25% de los varones); se observa una asistencia promedio por persona de 2,6 veces por año al consultorio médico de cualquier especialidad. Respecto a dónde se atendieron, de las 95 consultas registradas en todos los entrevistados, el 31% se realizaron fuera del Partido de San Miguel,

¹⁰⁷ Sackett D, Op.Cit.

mayormente en Capital Federal, San Isidro y Malvinas Argentinas, mientras que el 69% de las consultas se registran dentro del Partido de San Miguel. Los sitios más concurridos fueron la Clínica Bessone con 15 consultas (26% de las consultas en el Partido de San Miguel), seguido por el Sanatorio General Sarmiento con 10 de las consultas (17% de las consultas del Partido de San Miguel) y 10 consultas a médicos particulares (17% de las consultas en el Partido de San Miguel). En cardiología el consultorio del Dr. Ibarola y en oftalmología la clínica Nano fueron los lugares más visitados.

Respecto a los estudios de laboratorio, de los 35 encuestados, el 77% se realizó estudios de laboratorio durante el último año, se registraron 27 asistencias al laboratorio, de las cuales el 70% se realizaron en el Partido de San Miguel, mientras que el 30% se realizaron mayormente en Capital y San Isidro. Los sitios más consultados fueron Laboratorio de Análisis Clínico Dr. Juan C. Mendez y Laboratorio de Análisis Clínicos Dr Bendersky con 4 consultas cada uno, lo que representa el 42% de las visitas al laboratorio en el Partido de San Miguel, seguido por la Clínica Bessone con 3 consultas, lo que representa el 15% de las visitas al laboratorio en el Partido de San Miguel.

En relación a los estudios por imágenes, del total de los encuestados, el 65% se realizó estudios durante el último año, se registraron 39 estudios, de los cuales 17 eran ecografías, 12 eran radiografías, 4 eran resonancias magnéticas, 3 eran tomografías computadas y 2 eran mamografías. Del total de las consultas el 62,5 % se registró en el Partido de San Miguel, mientras que el 37,5% se registró mayormente en Capital Federal y San Isidro. Los 2 lugares más visitados fueron Argus Diagnóstico Médico y Consultorio de Diagnóstico por Imágenes Dr. Rodolfo Occhiuzzi, cada uno con 5 visitas, lo que representa un 42% de las visitas a centros para estudios por imágenes en el Partido de San Miguel, seguido por la Clínica Bessone y el Sanatorio General Sarmiento con 3 visitas a cada uno, lo que representa entre ambos lugares un 24% de las visitas en el Partido.

Del total de los encuestados, el 94% refiere atenderse en el Partido de San Miguel, de todos ellos, el 52% refiere estar conforme con la atención médica, el 35% está algo disconforme y el 15% está disconforme. Solo 4 personas hicieron comentarios específicos al respecto, una dentro del grupo de los conformes comentó que con lo que estaba conforme era con el servicio de oftalmología; otra dentro del grupo de los algo

disconformes mencionó que había muy pocos turnos los sábados, otra dentro del grupo de los disconformes especificó que había poco personal de atención para la demanda y la cuarta dijo que con lo que estaba disconforme era con la clínica Bessone. También se les preguntó si consideraban que los turnos eran alejados, el 45% consideraba que frecuentemente los turnos eran alejados, el 29% consideró que a veces los turnos eran alejados y el 12% consideró que pocas veces eran alejados.

Si bien la encuesta tiene algunos sesgos, un tamaño reducido de personas encuestadas y una mayoría de mujeres, se observan algunos datos que parecen de relevancia para el centro médico. Primero, debido a que en la encuesta se registran 13 coberturas médicas diferentes entre 35 personas, parece primordial para el éxito del centro médico contar con la mayor cantidad posible de prepagas y de obras sociales. Segundo, que considerando los resultados tanto de las consultas a las diferentes especialidades, como de los estudios de laboratorio e imágenes, se observa una tendencia de que el 70% de la población realiza sus consultas o estudios en el Partido de San Miguel, mientras que el otro 30% lo hace mayormente en Capital Federal, San Isidro o Malvinas Argentinas. Además, una mitad de la población muestra algún grado de disconformidad y también una mitad de la población considera que los turnos se dan alejados en el Partido. Este conjunto de datos representa una oportunidad de darle a la población un servicio médico de calidad y con una buena organización de los turnos para que las consultas no sean tan diferidas.

Delimitación y Características del Segmento Objetivo

El segmento objetivo es de hombres y mujeres que vivan en la ciudad de Bella Vista, Muñiz o San Miguel, casados o divorciados, con hijos, de clase social media y alta, que tengan obra social o prepaga. Se espera darles atención médica tanto a los adultos como a los hijos de los adultos del segmento objetivo.

De acuerdo a la investigación de mercado analizada previamente, se estima que por cada 10 personas que asisten a la consulta, más del 65% son mujeres y cada paciente adulto asiste de dos a tres veces al año a la consulta médica de diferentes especialidades; más de la mitad de ellos se realizan anualmente al menos un estudio de laboratorio y un estudio por imágenes.

En la bibliografía se encuentran datos similares, aunque las frecuencias de asistencia son más altas. Una primera caracterización de la población consultante en los centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires muestra que más de 6 personas de cada 10 son mujeres. La media de edad de los consultantes ronda los 32 años, siendo más elevada entre las mujeres, especialmente por el segmento femenino de entre 20 y 49 años, debido probablemente a las consultas ginecológicas y obstétricas. En cambio entre los hombres adquieren mayor presencia los menores de 19 años¹⁰⁸. El promedio de consulta por consultante en medicina es de 3 por año (sin considerar nutrición, fonoaudiología, salud mental, obstetricia ni odontología) y se observa un promedio más alto en los mayores de 50 años¹⁰⁹.

Las consultas, considerando todas las especialidades médicas y auxiliares son, en los niños menores de 6 años, un promedio de seis a siete por año¹¹⁰. De 6 a 9 años el promedio es de 3,9 consultas por año, de 10 a 19 años de 3,5 consultas por año, de 20 a 49 años de 4,2 consultas por año, de 50 a 64 años de 4,8 consultas por año y en mayores de 65 años de 5,3 consultas por año¹¹¹.

Con respecto a los estudios de laboratorio es importante mencionar que los estudios que más frecuentemente se realizan son uno o varios de los siguientes perfiles¹¹² 1) hemograma completo; 2) examen de orina y sedimento; 3) perfil renal: urea, creatinina, ácido úrico, proteína total, albúmina/globulina, calcio, glucosa; 3) perfil lipídico: colesterol, LDL, HDL, triglicéridos; 4) perfil hepático: bilirrubina, total y directa, AST, LDH; 5) perfil tiroideo: TSH, T3, T4 y 6) panel básico metabólico: electrolitos y glucosa.

Según un estudio realizado en Estados Unidos entre el año 1.997 y 2.012, y cuyos datos se publicaron en el *Journal of the American Medical Association* (JAMA), se realizaron un total de 30,9 millones de pruebas de imagen, lo que suponía 1,18 test

¹⁰⁸ Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Ministerio de Salud, *Centros de Salud y Cobertura Porteña de Salud-Plan Médico de Cabecera*, on-line, http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/estadisticas/2010/aps_2010/informe_aps_2010.pdf, (27/09/2014).

¹⁰⁹ Ibidem.

¹¹⁰ López I, Sepúlveda H, Guerra J, Nazar R, Valle P, *Perfil de morbilidad anual de menores de 6 años consultantes*, on-line, http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-4106200000400007, (27/09/2014).

¹¹¹ Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Ministerio de Salud, Op. Cit.

¹¹² Clínica Hospital San Fernando, *Exámenes de laboratorio más frecuentes realizados en los pacientes*, on-line, <http://www.hospitalsanfernando.com/www/es/articulos-medicos/examenes-de-laboratorio-mas-frecuentes-realizados-en-los-pacientes>, (01/10/14).

por persona por año, de las que el 35% pertenecían a técnicas avanzadas, como la tomografía axial computada, la resonancia magnética nuclear o la medicina nuclear¹¹³. Otro estudio mostró que, entre 1996 y 2010, el número de estudios por imágenes aumentaron un 7,8% por año, la resonancia un 10% y la ecografía un 3,9%¹¹⁴.

Market Share Estimado

Como se mencionó previamente, al Partido de San Miguel contaba con 281.000 habitantes en el censo del 2010 con un crecimiento de 28.000 habitantes en 9 años - entre el censo del 2001 y el del 2010-, lo que permitía estimar que en el año 2015 la población sería de aproximadamente de 295.000 habitantes y, extrapolándolo cinco años más, permite estimar que en el 2020 la población será de 310.000 habitantes como mínimo. También ya fue mencionado que el 16% de la población en general tiene cobertura médica privada y el 46% cobertura médica a través de obras sociales, lo que permite estimar que en el 2015, 47.200 habitantes tendrán cobertura médica privada, y 135.700 a través de obras sociales; y que en el 2020, 49.600 habitantes tendrán cobertura médica privada y 142.600 a través de obras sociales.

Durante el primer año de actividad del proyecto (ver cuadro 3), se estima un *market share* bajo, del 3% aproximadamente, estimulado únicamente por el plan de marketing dado que el centro médico no presenta ningún antecedente, ni referencia para que las personas se vean incentivadas a acudir, salvo por la cercanía. Luego, se estima que anualmente el *market share* va a aumentar, llegando a los 5 años desde la apertura al 10%, dado que los pacientes van a comenzar a tener sus propios antecedentes de uso y se espera que sea recomendado por los propios pacientes a través del “boca en boca”, como se verá en el plan de marketing.

Reuniendo los datos arriba mencionados, se estima que la cantidad de pacientes que asistirán al centro médico por consultas médicas, sin analizar la posible realización de laboratorios ni de estudios por imágenes, será de 5.487 durante el primer año y de 19.220 el segundo año (ver cuadro 3).

Anteriormente, también se mencionó sobre la frecuencia con que una persona concurre a la consulta ambulatoria (ver características y delimitación del segmento

¹¹³ López A, *Demasiada Radiación por Culpa de las Pruebas de Imagen*, on-line, <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/06/12/oncologia/1339524257.html>, (02/10/14).

¹¹⁴ Ibidem.

objetivo), con un promedio que oscila entre 3 y 6 veces al año de acuerdo a la edad del paciente. Considerando que un paciente puede asistir a más de un centro médico durante el mismo año y teniendo en cuenta que cada paciente estará asistiendo por primera vez al centro médico que se proyecta, se estima que durante el primer año asistirán de una a dos veces durante el año, tomando un promedio de 1,5 veces. A diferencia de lo que se estima que ocurrirá durante el quinto año, cuando por experiencia previa la mayoría de los pacientes acudan con mayor frecuencia, de tres a cuatro veces por año, tomando un promedio de 3,5 veces. Hasta aquí se podría considerar un escenario probable, donde al final del primer año se habrán realizado 8.226 consultas y al final del quinto año 67.200 consultas.

Es prudente considerar también un comportamiento de los clientes en un escenario más pesimista. Que el *market share* al inicio sea de un 2% y que a los 5 años sea de un 7% y que la asistencia promedio de cada paciente por año sea durante el 2015 una vez al año y en el 2020 de un promedio de 2,5 veces al año.

Hasta este punto se analizó el *market share* desde una de las unidades del negocio, la de las consultas médicas. Con respecto a la unidad de negocios del laboratorio, de acuerdo a los resultados de la encuesta, se estima que el 70% de los pacientes que asistan al centro médico se realizarán un examen de laboratorio, estimando una cantidad anual de estudios de laboratorio al final del primer año de 3.838 y al final del quinto año de 13.444, en un escenario probable. Por otra parte, en un escenario pesimista se estima 2.560 estudios de laboratorio al final del primer año y 9.417 al final del quinto año. A saber, no se considera en el análisis a los pacientes que vengán exclusivamente a realizarse un estudio de laboratorio indicado fuera del centro médico para balancearlo con los pacientes a los que se les indique el estudio dentro del centro y decidan hacerlo en otro lugar.

Respecto a la unidad de negocios de los estudios por imágenes, de acuerdo a la bibliografía, como se mencionó previamente, cada paciente se realiza 1,18 estudios de laboratorio por año¹¹⁵. Por otro lado, en los resultados de la encuesta realizada a los residentes del Partido de San Miguel se obtuvo que entre las 35 personas encuestadas, se habían realizado 39 estudios, lo que da 1,11 estudios por persona por año, un valor muy similar al de la bibliografía. Estimando que se realizará por lo menos un estudio por persona y considerando, también como se mencionó previamente, que un 35% de los

¹¹⁵ Lopez A, Op. Cit.

estudios son de alta complejidad¹¹⁶ (tomografía, resonancia y medicina nuclear) e inicialmente no se realizarán en el centro médico, se puede considerar que durante el primer año que por paciente se realizarán 0,75 imágenes anualmente que pueden ser radiografías o ecografías y que al quinto año del proyecto, cuando ya estén habilitados tomografía y resonancia, se realizarán 1,1 imágenes por paciente anualmente. Se estima una cantidad anual de estudios de imágenes al final del primer año de 4.113 y al final del quinto año de 21.120, en un escenario probable. Por otra parte, en un escenario pesimista se estima 2.743 estudios de imágenes al final del primer año y 14.799 al final del quinto año. A saber, en esta unidad de negocios tampoco se considera en el análisis a los pacientes que vengan exclusivamente a realizarse un estudio de imágenes indicado fuera del centro médico para balancearlo con los pacientes a los que se les indique un estudio dentro del centro y decidan hacerlo en otro lugar.

En el Cuadro 3 se presenta un resumen de todo el análisis que se realizó al respecto del *market share* durante el primer año del proyecto y al quinto año del mismo, tanto en un escenario probable como en un escenario pesimista, se presentan también los cálculos matemáticos que se realizaron para facilitarle la comprensión al lector. Es pertinente mencionar que si bien los análisis de las 3 unidades de negocios se hicieron respecto a la población del 2015, la apertura de los laboratorios y de los estudios por imágenes puede ser posterior.

Cuadro 3. Market Share del Centro Médico en un escenario probable y en un escenario pesimista.

| | Año 2.015 | Año 2.020 |
|--|-----------------------------|----------------------------|
| Habitantes del Partido de San Miguel | 295.000 | 310.000 |
| Habitantes con cobertura médica a través de prepagas | 295.000 * 0,16 = 47.200 | 310.000 * 0,16= 49.600 |
| Habitantes con cobertura médica a través de obras sociales | 295.000 * 0,46 = 135.700 | 310.000 * 0,46= 142.600 |
| Total de habitantes con cobertura médica privada | 182.900 | 192.200 |
| Escenario Probable | | |
| <i>Market Share</i> estimado en cantidad de habitantes | 182.900 * 0,03= 5.487 | 192.200 * 0,10= 19.200 |

¹¹⁶ Ibidem.

| | | |
|--|--------------------------|---------------------------|
| Cantidad total de consultas estimadas anualmente | $5484 * 1,5 = 8.226$ | $19.200 * 3,5 = 67.200$ |
| Cantidad total de estudios de laboratorio realizados anualmente por paciente | $5484 * 0,7 = 3.838$ | $19.200 * 0,7 = 13.444$ |
| Cantidad total de estudios de imágenes | $5.484 * 0,75 = 4.113$ | $19.200 * 1,1 = 21.120$ |
| Escenario Pesimista | | |
| <i>Market Share</i> estimado en cantidad de habitantes | $182.900 * 0,02 = 3.658$ | $192.200 * 0,07 = 13.454$ |
| Cantidad total de consultas estimadas anualmente | $3.658 * 1 = 3.658$ | $13.454 * 2,5 = 33.635$ |
| Cantidad total de estudios de laboratorio realizados anualmente por paciente | $3.658 * 0,7 = 2560$ | $13.454 * 0,7 = 9.417$ |
| Cantidad total de estudios por imágenes | $3658 * 0,75 = 2.743$ | $13.454 * 1,1 = 14.799$ |

En conclusión, utilizando la información disponible de estadísticas de asistencia de la población a la consulta médica, de realización de análisis clínicos y de imágenes anualmente, se estimo de manera arbitraria un *market share* a la apertura del negocio y a los 5 años; con el fin de dar al lector un acercamiento a la potencialidad de cada unidad de negocios. Es importante destacar que el centro médico cuando abra sus puertas tendrá exclusivamente, la primera unidad de negocios, la de consultorios, y posteriormente irá incorporando el resto. A continuación, se desarrolla el marco económico para iniciar la primera etapa del negocio, que como se mencionó recientemente, es principalmente la etapa de consultorios.

Economía del Negocio

Aquí se presentarán las características económicas y financieras necesarias para respaldar si verdaderamente la primera etapa de este negocio, es decir, la puesta en marcha de los 11 consultorios, de ecografía y electrocardiograma, es una oportunidad con características de un proyecto entrepreneur. Las proyecciones se realizarán considerando que el pago de la prepaga/obra social es a 3 meses como un promedio, dado que la mayoría de los pagos ingresan habitualmente en ese tiempo y que alguna prepaga como OSDE puede pagar al mes y otra como Swiss Medical pagar a los 4 meses. También por política del centro se pagará al profesional que da el servicio el 50% de lo que ingrese por la obra social/prepaga/privado y, siempre que sea posible, se

le pagará a los 60 días de haber dado el servicio, y eventualmente si los ingresos lo permiten a los 30 días.

El análisis se va a hacer a partir de un estimativo de cantidad de consultas y se estima también un ingreso promedio por consulta de \$110 pesos. El ingreso promedio por ecografía es de \$ 156, 92 si se toman todas las acografías disponibles. Sin embargo, dado que no se tiene un estimativo de qué ecografías se realizan con más frecuencia, y sin en el afán de sobrevalorar los ingresos por servicios prestados, no se diferenciará la ecografía en los ingresos, sino que se asumirán como una consulta más. Dado que el electrocardiograma es un estudio que realiza a un pequeño porcentaje de los pacientes que asistan al consultorio, y por falta de estadísticas claras, tampoco se considerará en el análisis como un ingreso diferenciado.

La cantidad de consultas se estiman a partir del análisis que se realizó (ver *Market Share* Estimado) para *el market share*, comenzando el año 1 con un *market share* de un 1% y tomando al final del primer año un 3%, luego avanzando progresivamente, hasta llegar al año 10 a un *market share* del 10%. Se estima también que la población que asista al centro el año 1 lo hará un promedio de 1.5 veces y que al año 5 lo hará con un promedio de 3.5 veces, que es el promedio habitual de la población, lo que fue analizado en el segmento.

Cuadro 4. Inversión inicial necesaria para la primera etapa del proyecto

| Inversión Inicial | |
|---|---------------------|
| Categoría | Costo en Pesos (\$) |
| Mano de obra y materiales de reformatión de la construcción para la etapa 1 (de 11 consultorios, ecografía y ECG) | \$ 2,600,000.00 |
| Termomecánica | \$ 400,000.00 |
| Carpintería | \$ 50,000.00 |
| Aprobación de los planos | \$ 25,000.00 |
| Arquitectos | \$ 360,000.00 |
| Habilitación del centro médico | \$ 50,000.00 |
| Armado del software para HCE | \$ 50,000.00 |
| 13 computadoras | \$ 52,000.00 |
| 10 camillas de consultorio | \$ 20,000.00 |
| 1 camilla ginecológica | \$ 3,000.00 |
| Ecógrafo Portátil | \$ 60,000.00 |
| Muebles para la recepción (sillas, TV plasma, escritorio) | \$ 35,000.00 |

| | |
|--|------------------------|
| 9 impresoras | \$ 27,000.00 |
| Sillas y escritorio para 11 consultorios | \$ 33,000.00 |
| Electrocardiógrafo | \$ 25,000.00 |
| Desfibrilador Externo Automático | \$ 25,000.00 |
| Costo Total Inversión Inicial | \$ 3,815,000.00 |

La inversión necesaria para poder iniciar la primera etapa del proyecto es de 3.815.000 pesos. La inversión se realizará sin ningún tipo de financiación, los fondos provienen de los inversores que serán los únicos dueños del proyecto.

En el Cuadro 4 se presentan los costos estimados para poder llevar a cabo la primera etapa del proyecto, siendo el costo de mayor magnitud el de mano de obra y materiales necesarios para la reformatión de la construcción necesaria para la etapa 1.

Se estiman unos costos fijos mensuales para el primer año de 67.000 pesos y el costo variable estimado es el 50 % del ingreso de cada consulta, que representa el honorario que recibe cada profesional médico por dar el servicio. Es conveniente mencionar que los médicos que prestan servicio en el centro no son empleados, sino que facturan al centro como monotributistas. Durante la primera etapa, el centro médico no requiere más que un empleado en relación de dependencia, el recepcionista y el director médico, quien tendrá un contrato particular dado que actúa como fiduciario del centro médico. Cobrará inicialmente un fijo de \$20.000 pesos más un variable por las consultas realizadas, ya que inicialmente se desenvolverá como médico especialista en clínica médica. Cuando el centro comience a tener más cantidad de pacientes, dejará esa tarea y se abocará exclusivamente a la de director médico.

En el Cuadro 5 se presentan los costos fijos y variables estimados para los primeros 5 años del proyecto, necesarios para cubrir durante todo ese periodo la unidad de negocios de los consultorios. A partir del tercer año, se espera incorporar al centro médico la segunda y tercera unidad de negocios, los laboratorios y radiografía, que incrementan el número de empleados en relación de dependencia y los costos del centro, los mismos no se consideran dentro de este análisis, sino que para los tres últimos años del análisis la etapa 1 se considerará como una de las unidades de negocios, la de consultorios. Dentro de esta unidad de negocios, dado el mayor volumen de consultas anualmente y la estrategia de marketing, los costos fijos varían año a año, comenzando

el primer año con \$ 67.000 mensuales y terminando el quinto año con \$108.500 mensuales.

Cuadro 5. Costos Fijos y Variables Estimados Para los Primeros Cinco Años del Proyecto

| Costos Fijos Mensuales Año | Año 1 | Año 2 | Año 3 | Año 4 | Año 5 |
|---|---|------------------|------------------|-------------------|-------------------|
| Recepcionistas | \$ 15,000 | \$ 15,000 | \$ 15,000 | \$ 30,000 | \$ 30,000 |
| Director Médico | \$ 20,000 | \$ 20,000 | \$ 30,000 | \$ 40,000 | \$ 50,000 |
| Limpieza del centro | \$ 6,000 | \$ 6,000 | \$ 7,000 | \$ 7,000 | \$ 7,000 |
| Aseguradora | \$ 3,000 | \$ 3,000 | \$ 4,000 | \$ 4,000 | \$ 4,000 |
| Impuestos (gas, luz y ABL) | \$ 4,000 | \$ 4,000 | \$ 5,000 | \$ 5,000 | \$ 6,000 |
| Contador | \$ 4,000 | \$ 5,000 | \$ 6,000 | \$ 7,000 | \$ 8,000 |
| Software | \$ 4,000 | \$ 4,000 | \$ 4,000 | \$ 4,000 | \$ 4,000 |
| Marketing | \$ 10,000 | \$ 8,000 | \$ 8,000 | \$ 8,000 | \$ 6,000 |
| Elementos de Consultorios (gasas, alcohol, algodón, etc.) | \$ 1,000 | \$ 1,500 | \$ 2,000 | \$ 3,000 | \$ 3,500 |
| Total de Costos Fijos Mensuales | \$ 67,000 | \$ 66,500 | \$ 81,000 | \$ 108,000 | \$ 118,500 |
| Costos Variables | Cobro por consulta 50% de lo que paga la prepaga, obra social o el paciente si la consulta es privada. | | | | |

Considerando un ingreso promedio por consulta de 110 pesos, los costos fijos y variables con las premisas previamente mencionadas, a saber: 1) que la cantidad de consultas mensuales se obtuvieron a partir del *market share* estimado previamente; 2) que se estima que el primer año comienza con un *market share* de 1% y termina con 3%; que el segundo año comienza con un 3% y termina con un 4%; 3) que se estima que cada paciente asiste en promedio 1,5 veces durante el primer año y 2 veces en promedio durante el segundo año; 4) que el pago por los servicios prestados se obtiene a los tres meses en promedio y 5) que al profesional se le paga a los 60 días. Con todas estas consideraciones se estima que el *break-even point* es a los 19 meses (ver anexo 12, donde se presenta el análisis de las proyecciones financieras de la Unidad de negocios de consultorios, mes a mes hasta el quinto año).

En el cuadro 6 se presenta el análisis del margen bruto anual de la unidad de negocios de consultorios durante los primeros cinco años del proyecto. El primer y el segundo año finalizan con un margen bruto negativo de 665.681 pesos y 66.301 pesos,

respectivamente. A partir del tercer año el margen se hace positivo, siendo de 225.761 durante el tercer año, de 776.400 durante el cuarto año y de 1.699.043 durante el quinto año. En los cinco años el total de consultas estimadas que se realizan es de 154.527, con unos ingresos de 15.141.332 pesos, costos variables de 7.880.109 pesos y fijos de 5.292.000 pesos, con un margen bruto final de 1.969.222 pesos. El *net profit margin* en los 5 años es de un 13%.

Cuadro 6. Análisis del margen bruto anual de la unidad de negocios de consultorios durante los primeros cinco años del proyecto.

| | Año 1 | Año 2 | año 3 | Año 4 | Año 5 | Total |
|--------------------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|------------------|
| Cantidad de consultas | 6.172 | 15.069 | 25.698 | 43.447 | 64.139 | 154.527 |
| Ingresos por ventas (\$) | 377.231 | 1.511.955 | 2.503.358 | 4.303.392 | 6.445.395 | 15.141.332 |
| Costos Variables (\$) | 238.913 | 780.256 | 1.305.596 | 2.230.992 | 3.324.351 | 7.880.109 |
| Costos Fijos (\$) | 804.000 | 798.000 | 972.000 | 1.296.000 | 1.422.000 | 5.292.000 |
| Margen Bruto (\$) | -665.681 | -66.301 | 225.761 | 776.400 | 1.699.043 | 1.969.222 |
| <i>Net Profit Margin</i> | -176% | -4% | 9% | 18% | 26% | 13% |

Es conveniente mencionar que, dado que el objetivo de la unidad de negocios de consultorios es que se desarrolle estrictamente de la manera que se analizó en las proyecciones financieras, a través de ingresos por prepagas y obras sociales, no se analizó otro ingreso que se espera tener durante los primeros 3 años, el alquiler de los consultorios que no se utilicen por la baja demanda propia del centro médico durante esos años. En el plan de operaciones se amplía esta consideración.

Plan de Marketing

La estrategia de marketing¹¹⁷ requiere que durante el primer año realizar la mayor inversión para que el centro se conozca entre el segmento objetivo, mantener también una táctica de marketing activa durante el segundo, tercer y cuarto año del proyecto. Desde el quinto año en adelante, si se consiguió el *market share* deseado, la inversión será exclusivamente para mantener la demanda existente.

¹¹⁷ Harvard Business Essentials, *Marketer's Toolkit: The 10 Strategies You Need To Succeed*, Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts, 2006.

Realizando un análisis interno¹¹⁸ del proyecto se distinguen fortalezas y debilidades. Dentro de las fortalezas, se encuentra que 1) que la estructura edilicia se halla en excelentes condiciones, localizada muy cerca del segmento objetivo; lo que no es habitual en los centros médicos de la zona; 2) que el sistema de historia clínica y de gestión turnos se encuentra informatizado, que tampoco es habitual en la zona y 3) que los profesionales médicos reciben por sus servicios un ingreso más alto que el que habitualmente se da dentro de las instituciones de salud, habitualmente se remunera al profesional con el 40%, aunque el centro lo hará con el 50%. Entre las debilidades se encuentra que 1) al ser un proyecto nuevo, se debe armar el equipo médico que todavía no existe; 2) que los usuarios potenciales no conocen ni tienen ninguna referencia del centro y 3) que la estructura edilicia no cuenta con estacionamiento propio, motivo por el cual se realiza el plan de marketing

Dentro de las oportunidades¹¹⁹ del proyecto se halla que 1) se identifica una necesidad por parte de los usuarios de mayor disponibilidad de turnos y 2) poca competencia en la ciudad de Bella Vista y Muñiz. Por otro lado, entre las amenazas se identifica que existe numerosa competencia en la ciudad de San Miguel.

El segmento objetivo del centro médico son las personas desde recién nacidas hasta la vejez que tengan cobertura médica privada y que vivan principalmente en las ciudades de Bella Vista y Muñiz y en menor medida las que vivan en la ciudad de San Miguel.

El objetivo del plan de marketing¹²⁰ es llegar lo antes posible a un 10% del *market share*, con ese porcentaje se harían más de 6.000 consultas mensuales, lo que implica, como se desarrolla en el plan de operaciones, que el centro estaría trabajando a un 100% de su capacidad. El centro médico comenzaría idealmente sus actividades en el mes de marzo, mismo mes donde se iniciará el plan de marketing. Al comienzo del segundo, tercero y cuarto año se realizará una nueva entrega de publicidad gráfica, casa por casa y en los meses siguientes en la revista Club&Country. También se colocará un cartel por tres meses en forma consecutiva en la salida de la autopista del Buen Ayre, luego en la estación de tren Bella Vista del tren San Martín y finalmente, sobre al Av. Presidente Perón en San Miguel. Al quinto año si el *market share* alcanzado es como el

¹¹⁸ Ibidem.

¹¹⁹ Ibidem.

¹²⁰ Ibidem.

esperado, se realizará solo la entrega gráfica casa por casa, se espera que para esta fecha los pacientes lleguen a la institución por el “boca en boca”.

En efecto, la recomendación “boca a boca” se ha convertido en un indicador fundamental para medir la salud de una marca y su potencial de crecimiento en el corto y mediano plazo. Un estudio realizado recientemente por Leventer Group¹²¹ demostró que los amigos y familiares constituyen la segunda fuente de información más creíble de productos y servicios, solamente por debajo de las opiniones de expertos. La investigación también reveló que 8 de cada 10 ocasiones en las que se selecciona a una compañía por primera vez, el consumidor recibe previamente comentarios positivos de un conocido¹²². Según otro estudio el “boca en boca” es el “factor primario detrás del 20 al 50% de toda compra”¹²³. Su influencia es mayor cuando el consumidor tiene poca información sobre el producto y el producto tiene un precio alto¹²⁴.

Dentro de los servicios que se describen en la publicidad gráfica durante el primer año se encuentran todas las especialidades médicas disponibles, electrocardiograma, radiografía, turnos online y telefónicos y el servicio innovador que se describe como “Conocé nuestro servicio de *NOSOTROS TE LLAMAMOS*”, el mismo se refiere a la posibilidad de ingresar al programa “Nosotros te llamamos”, mediante el cual desde el centro médico se comunican de manera automatizada con el paciente para recordarle los controles médicos que le corresponden según resultados de controles anteriores y también por edad, sexo y hábitos; y ofrecerle a su vez en el mismo llamado los turnos que le sean convenientes.

Dentro de la publicidad gráfica, siempre se menciona la página web, la misma contará con toda la información previamente descrita (servicios y estudios disponibles, la explicación del programa “Nosotros te llamamos”) y le dará la posibilidad al paciente de solicitar el turno on-line, también de cancelaciones y nuevos horarios on-line.

En resumen, durante el primer año se hará una inversión de 10.000 pesos mensuales, utilizando como principal herramienta la publicidad gráfica entregada puerta

¹²¹ Leventer Group, *Las Marcas con el Mayor Poder de Recomendación Boca a Boca en México*, on-line, <http://www.leventergroup.com/PDF/MMPRM.pdf>, (30/09/14).

¹²² Ibidem.

¹²³ Bughin J, Doogan J, Vetvik O, *A new way to measure word-of mouth Marketing*”, on-line, http://www.mckinsey.com/insights/marketing_sales/a_new_way_to_measure_word-of-mouth_marketing, (30/09/14).

¹²⁴ Ibidem.

a puerta y comenzaremos con la publicidad en carteles en espacios públicos, el objetivo mínimo es llegar a un 3% del *market share* a fin de año. Durante el segundo, tercero y cuarto año, la inversión mensual estimada es de 8.000 pesos y la principal herramienta será gráfica pero a partir de carteles de publicidad en espacios públicos. Durante el quinto año, la inversión mensual es de 6.000 pesos, se espera llegar al *market share* del 10% y, reuniendo las ventajas competitivas del plan “Nosotros te llamamos” y la informatización del centro médico, asociada a un buen servicio de salud, se espera que la principal herramienta para sostener la demanda sea el “boca en boca”.

Plan de Operaciones

Desde el aspecto del plan de operaciones, este proyecto puede definirse como un negocio de servicios. El mismo se localiza muy cerca de sus potenciales clientes, en menos de 10 km a la redonda se encuentran los potenciales clientes, en la ciudad de San Miguel, Muñiz y Bella Vista. Además, si potenciales clientes de zonas más lejanas quisieran asistir a este centro, el mismo se encuentra a 2 cuadras de la estación del tren San Martín y a 2 km de la bajada de Bella Vista de la autopista del Buen Ayre. El lugar tiene una desventaja, no tiene estacionamiento para más de 2 autos que van a ser exclusivos para embarazadas y discapacitados. Eventualmente, se podría comprar en frente del edificio, un terreno para estacionamiento.

Durante la etapa de start up, dados los objetivos de este centro médico, que busca desarrollar como principal ventaja competitiva el servicio al paciente y para ello requiere determinadas facilidades para los médicos tratantes, por lo que se necesitarán 11 consultorios médicos, una sala de recepción, una sala de médicos, sanitarios para médicos y otros para pacientes, vestuario para médicos, computadoras e impresoras en todos los consultorios y un sistema informatizado de historia clínica y de gestión hospitalaria.

La capacidad de atención mensual con los 11 consultorios considerando un funcionamiento de 8 horas diarias de lunes a viernes y de 4 horas los días sábados, con un promedio de 20 minutos por consulta, es de 5.808 consultas mensuales. Como ya se mencionó en las proyecciones financieras, se espera llegar a esta demanda a partir del quinto año del proyecto, por lo que durante el primer año, aunque esté todo construido y habilitado, se estima que con 4 consultorios es suficiente para satisfacer la demanda

propia del centro. Los restantes se ofrecerán para alquiler, aunque lo mismo no fue considerado dentro de las proyecciones financieras.

La instalación requerirá la habilitación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires bajo los artículos concernientes del decreto 3280/90 para centros de diagnóstico y tratamiento de baja y mediana complejidad (policlínicas), los mismos se detallan en el anexo 13 (requerimiento para habilitación del centro médico del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires).

Management Team

El *management team* se encuentra conformado por el director médico y la gerente general. El director médico es un hombre de 33 años, con título de abogado obtenido en el año 2004 y médico a la vez, recibido en el año 2009. Respecto a la abogacía, luego de terminar la facultad, montó con otra abogada un estudio jurídico donde se desempeñó como abogado civil en casos de divorcios, daños y perjuicios y sucesiones. Con los ingresos que obtenía trabajando de forma independiente en el estudio jurídico, pudo estudiar medicina y en el año 2.009 ingresó a la residencia de Clínica Médica, finalizó los 4 años de especialización y actualmente se desempeña como jefe de residentes con 20 profesionales a cargo. Paralelamente, realizó en la Universidad de Buenos Aires el Curso Superior de Medicina Interna, obteniendo el título de Especialista Universitario en Medicina Interna. Durante su segundo año de la residencia, abandonó la sociedad que integraba con la otra abogada, dedicándose mayoritariamente a la medicina, aunque conservando su actividad legal en forma individual.

El hombre que asumirá el cargo de director médico presenta algunas características propias de un *entrepreneur*, que se complementan con las de la gerente general, como se verá más adelante. Además de que su formación en ambas ciencias lo convierte en un profesional con el *expertise* necesario para llevar adelante el cargo, ya demostró, al desarrollar su propio estudio jurídico en lugar de trabajar en relación de dependencia en uno no propio, vocación por asumir riesgos –calculados- y sentido de la independencia¹²⁵. Otras característica *entrepreneur* que se observa en el ejercicio de su jefatura, es la de ser una persona proactiva y con capacidad de liderazgo. Además, al ser hijo de padres kinesiólogos que tienen sus consultorios de atención privada, a prepagas

¹²⁵ Slide de Clase, Op. Cit.

y obras sociales, y al desempeñarse en uno de los hospitales más grandes del país, tiene disponibilidad de contactos, tanto con prepagas y obras sociales como con profesionales de la salud.

El mismo, tendrá dedicación full-time al proyecto, inicialmente, mientras el *profit margin* sea negativo, cobrará una comisión fija baja más una comisión variable por el ejercicio como médico clínico. Posteriormente la comisión fija irá en aumento en forma paralela al aumento de las responsabilidades por el flujo de pacientes, y las diferentes unidades de negocios que se vayan habilitando. Durante el primer año del proyecto, con una única unidad de negocios habilitada, se estima un ingreso fijo de 240.000 pesos más los ingresos variables por las consultas realizadas a él, como profesional médico; al quinto año, con nuevas unidades de negocios habilitadas y un flujo de más de 60.000 consultas anuales, se estima un ingreso anual fijo de 600.000 pesos, lo que representa aproximadamente un 20% de lo que se proyecta por todas las unidades de negocios. Lo que se estima en la unidad de negocios de consultorios, incluye dentro de los costos, lo que cobra el director médico por todo el proyecto.

La Gerente General tiene 30 años, es médica recibida en el año 2003 y al igual que el Director Médico, es especialista en Clínica Médica. Actualmente, se desempeña como subgerente en el área de ventas en una empresa de venta directa de cosméticos de cobertura nacional, con más de 40.000 vendedoras. Además, se encuentra finalizando una maestría en dirección de empresas y a raíz de la misma creó este proyecto, y junto a los especialistas pertinentes, diseñó las diferentes etapas del mismo. La dedicación que tiene al centro médico es *part-time*, es la hija de los inversores y no recibirá un sueldo, sino un porcentaje de los beneficios, lo mismo se especificará en el contrato de fideicomiso.

La Gerente General presenta algunas características del perfil entrepreneur que se complementan con las del director médico. Es una persona con alto nivel de aspiraciones, busca los desafíos, con factores ambientales muy predisponentes y un contexto socio-económico favorable, con disponibilidad y acceso al capital¹²⁶. Sus padres, eran personas sin recursos en la juventud, sin embargo desarrollaron emprendimientos durante toda su vida, fracasaron en algunos y tuvieron éxito en otros,

¹²⁶ Ibidem.

actualmente tienen una empresa de venta directa de cosméticos muy exitosa, dos campos productivos y otros negocios.

Para concluir, el director médico y la gerente general presentan características de *entrepreneur* que se complementan entre sí y que les permiten enfrentar las diferentes aristas de este negocio, la gerente general con un rol más activo en la gestión necesaria para llevar adelante cada etapa del proyecto y el director médico, en un rol *full-time* con el objetivo de brindar el mejor servicio a cada paciente. Habiendo presentado el *management team* se procederá a describir las diferentes etapas del proyecto.

Etapas del Proyecto

El proyecto se divide en tres etapas que al comienzo de la tesis iban a desarrollarse a lo largo de 5 años. Sin embargo, luego de todo el análisis realizado, al hablar con médicos que desarrollaron emprendimientos, analizar costos, evaluar la demanda, etc., las etapas se planificarán en una ventana de tiempo más amplia.

La primera etapa consistirá en la apertura de los 11 consultorios y los estudios complementarios de ecografía y electrocardiografía. Hasta no lograr un margen positivo de ganancia sostenido con una demanda mayor a 3.000 consultas mensuales, lo que se estima que ocurre durante el cuarto año no se procederá a la siguiente etapa.

Durante la segunda etapa se equipará el laboratorio con los equipos necesarios para realizar los estudios de análisis clínicos de uso más frecuente en la población ambulatoria (ver anexo 3. Análisis de Laboratorio). Para ello hay dos opciones, una es tipo una franquicia¹²⁷, donde un laboratorio que ya tiene el *know how*, hace el equipamiento en las instalaciones que tiene el centro médico, utilizando el espacio de laboratorio y los box de extracción que ya están considerados en el diseño y que se construirán desde el momento inicial¹²⁸. En este caso, los empleados (un jefe bioquímico, un segundo bioquímico y una extraccionista) pueden o no depender del laboratorio y el centro médico recibe un porcentaje de cada análisis. La segunda opción es que los inversores equipen el laboratorio, las desventajas son por: 1) que la inversión es mayor que en el caso de la franquicia; 2) que el *management team* no tiene el *know how*, pero pueden apoyarse en un bioquímico que eventualmente ejerza el cargo de jefe

¹²⁷ ACD Laboratorio, Franquicias, on-line,
<http://es.slideshare.net/FranquiciasACDLaboratorio/franquicias-acd-laboratorio>, (23/10/14).

¹²⁸ Ibidem.

de laboratorio, y 3) que aumentaría en 3 el número de empleados en relación de dependencia; la ventaja es que aumentan considerablemente los ingresos por estudio realizado. Todavía se requiere profundizar el análisis para decidir entre las dos opciones. Sin embargo, dada la información actual la mayor intención se ubica en la segunda opción, por lo que se esperará a tener ingresos positivos y una demanda adecuada, a pesar de no tener el *know how*, buscando el apoyo con un especialista.

La tercera etapa es el desarrollo de los estudios por imágenes. La misma se llevará a cabo cuando la demanda del centro médico sea del 10% del *market share*, que se estima al finalizar el quinto año. Primero se instalará un *Color Doppler Ultrasound System* que permite realizar todo tipo de ecocardiografía y ecoDoppler (ver anexo 10). Además, se instalará un resonador y un tomógrafo.

Factores Críticos y asunciones

Las tres etapas desarrolladas en el punto anterior se podrán llevar a cabo siempre y cuando se cumpla 1 factor crítico, que se logren hacer contratos de prestación médica con un número considerable de prepagas y obras sociales, comenzando por las 5 principales prepagas, Swiss Medical, OSDE, GALENO, MEDIFÉ, OMINT, y otras como Medicus, Luis Pasteur, ACA salud. También con algunas obras sociales, principalmente PAMI y otras como OSECAC. Si no se logran estos contratos, será muy difícil llegar en algún momento a la demanda deseada, por lo que se desarrolla un plan de contingencia, utilizando la estructura edilicia del centro médico, transformarlo en un Centro Integral de Estética, que se desprende de las prepagas y obras sociales.

Otro factor crítico, es que dentro del *management team*, ninguno tiene experiencia previa en emprendimientos y administración médica. Para disminuir el riesgo que esto genera se toman algunas medidas. Primero, el proyecto se divide en etapas. Segundo, el contador será un profesional que actualmente se desempeña como asesor y que durante muchos años se desempeñó en tareas de administración de OSDE, otras prepagas y PAMI. Por último, la administración del fideicomiso estará a cargo de un profesional o sociedad que tengan experiencia previa en la administración de proyectos.

Dentro de las asunciones, es importante mencionar las que se hicieron para las proyecciones financieras respecto al *market share*, fueron porcentajes arbitrarios, ya que no se encontró ningún elemento para hacer una estimación.

Marco Legal y Plan Financiero

El proyecto pertenece a un grupo familiar y dentro del mismo se encuentran los inversores, la gerente general y el director médico. Hay más miembros del grupo familiar que no tienen ningún vínculo al proyecto, excepto por ser hijos de los inversores. Dado que son varias las personas involucradas en el proyecto directa e indirectamente y los vínculos que tienen, se puede considerar fundamental darle un marco formal para evitar conflictos posteriores.

Dentro de las posibilidades descritas previamente, el contrato del fideicomiso parece una estructura adecuada por varias razones, tiene algunas características que le dan un carácter particular y flexible, entre ellas merece destacarse la de escudo legal de protección: bien diseñado, permite crear una protección absoluta sobre los activos reunidos en el fondo fiduciario creado, con excepción por supuesto, de los acreedores del fideicomiso. Los embargos que pudieran sufrir los fiduciantes o el fiduciario no pueden alcanzar ni tener acción sobre los bienes fideicomitidos. Solamente se contará con el propio patrimonio del fideicomiso para hacerse responsable ante los reclamos del mismo.

Se puede conformar un contrato de fideicomiso cuando los fiduciantes, en este caso los inversores del proyecto y dueños del edificio donde se construye, transmitan la propiedad fiduciaria del centro médico al fiduciario, quien se va a seleccionar oportunamente, ya sea un profesional que genere confianza a los fiduciantes y con *track record* en la administración del fideicomiso. El fiduciario se le exigirá tener sobre todo idoneidad para dirigir en forma adecuada todos los aspectos administrativos del negocio que dan motivo al fideicomiso; ejercerá su actividad en beneficio de los inversores, en este caso los beneficiarios del contrato. Los fideicomisarios del fideicomiso serán los hijos de los fiduciantes.

El centro médico con todas sus instalaciones pasará a ser un patrimonio que se forma especialmente y que estará separado del fiduciario y de los inversores. Tanto el fiduciario, como el director médico, quien actuará como un delegado en las tareas operativas del centro, deberán utilizar el patrimonio para el fin por el cual se ha

constituido como tal en el fideicomiso y se deberá llevar una contabilidad separada para el fideicomiso. Este contrato se resolverá a los 30 años que es el máximo plazo o según otras cláusulas de acuerdo al deseo de los fiduciantes a fin de evitar conflictos posteriores entre el grupo familiar. A la extinción del contrato el fiduciario deberá darle al patrimonio fideicomitado el destino final previsto en el contrato constitutivo del fideicomiso.

En relación a los impuestos, el centro tributará IVA e Ingresos Brutos. Bienes Personales se tributará sobre el total de la base imponible del fideicomiso, eliminándose el mínimo que establece la ley¹²⁹. El Impuesto a las Ganancias será tributado por los beneficiarios de acuerdo a la alícuota correspondiente a su escala y podrán computar lo abonado como pago a cuenta¹³⁰.

El contrato del fideicomiso será oneroso ya que el fiduciario recibe una retribución por la ejecución del encargo. El mismo, podrá contar con el equipo necesario de consultores en el momento que se requiera y, para mitigar los riesgos adjuntos a la administración de un centro médico, se contará con un seguro de responsabilidad civil médica.

Con el contrato de fideicomiso el centro médico pasará a ser un FID, con algunas ventajas a destacar, la transparencia, el fin único y concreto, el final pre-establecido, la separación de la propiedad de los recursos aportados, la creación de un patrimonio separado y a salvo de acreedores externos al fideicomiso y el proceso de liquidación¹³¹. Como ya se mencionó, El FID permitirá lograr estos grandes objetivos sin que exista un vínculo societario entre los participantes¹³². Los inversores no serán socios del proyecto, y el administrador no tendrá la responsabilidad ilimitada que tiene la gerencia, por ejemplo en una S.R.L., con las implicancias legales que conlleva. Más aun, en un esquema societario de S.A. la participación de los resultados se concreta a través de la distribución de los dividendos obtenidos, luego de una decisión de asamblea sujeta a los procedimientos establecidos¹³³; mientras que en el análisis comparativo, en el FID es un proceso mucho más ágil que depende del fiduciario y sus delegados¹³⁴.

¹²⁹ Pertierra Cánepa F, Op. Cit., pp:33.

¹³⁰ Ibidem.

¹³¹ Ibidem, pp:143

¹³² Ibidem, pp:144

¹³³ Ibidem, pp: 151

¹³⁴ Ibidem, pp: 150-151

Conclusión

En esta Tesina se planteó analizar si era posible crear un centro médico en el Partido de San Miguel, específicamente en la ciudad de Bella Vista, que se ajustara a las características propias de un proyecto entrepreneur; y en ese marco se distinguieron tres componentes cruciales para lograr que el nuevo negocio sea exitoso.

Estos tres componentes son: 1) descubrir y comprobar una “oportunidad real”; 2) el *management team* y 3) los recursos necesarios para comenzar la compañía y hacerla crecer.

Respecto al primer componente, se planteó descubrir y comprobar una “oportunidad real”, entendiéndolo que más atractiva es la oportunidad cuanto mayor es el crecimiento, mayor tamaño, solidez y durabilidad presenten los márgenes (bruto y neto), cuanto más imperfecto sea el mercado, cuanto más inconsistentes sean los servicios que se brindan actualmente, menos información exista en el mercado, cuando el proyecto tenga posibilidad de escalabilidad y puede reproducirse.

El análisis económico que se realizó durante la Tesina fue exclusivamente de la unidad de negocios de consultorios, se presentaron algunos datos en los anexos de ingresos y demanda por las dos unidades restantes, análisis clínicos y diagnóstico por imagen. Respecto a dichas unidades se espera que tengan un comportamiento similar a la de los consultorios, los primeros años, de márgenes negativos, y luego con una demanda adecuada y sostenida, márgenes brutos que crecen año a año.

Respecto a los márgenes, se puede hacer referencia a la unidad de negocios de los consultorios y lo que se observa es que durante los primeros dos años los márgenes brutos son negativos, con pérdidas de \$ 665.581 durante el primer año y de \$ 66.301 durante el segundo año, produciéndose un *break-even* durante el mes 19. Posteriormente, los márgenes brutos se hacen positivos y al tercer año el margen bruto anual es de \$ 225.761, al cuarto año es de \$ 776.400 y al quinto año de \$ 1.699.043. Si bien, los primeros dos años el proyecto requiere una nueva inversión sobre la inversión inicial, luego los márgenes se hacen positivos, creciendo más del 100% año a año.

Respecto a una de las características que hacen que un proyecto sea una “oportunidad real”, queda demostrado que el proyecto tiene escalabilidad ya que podría ampliarse en una siguiente instancia incorporando internación y servicio de guardia externa para atender la internación programada y la demanda espontánea, el terreno disponible hoy permite hacerlo incluso en el mismo edificio.

Otras de las características que elevan la oportunidad de un proyecto es que el mismo se encuentre dentro de un mercado imperfecto y con servicios inconsistentes. Para poder estimar si este caso se trataba de un mercado imperfecto y si los servicios eran inconsistentes se realizó un pequeño estudio de mercado a través de una encuesta cerrada, en la misma se distinguió que la mitad de los encuestados está conforme con la atención, mientras la otra mitad no y también que aproximadamente la mitad considera que hay pocos turnos, que los mismos son alejados. Podría decirse que se trata de un mercado imperfecto y que los servicios que se brindan no son completamente consistentes.

Las características que reúne el proyecto hacen que se presente como una oportunidad real, aunque requiriendo una inversión inicial de alrededor de 4.000.000 millones de pesos y luego tolerar pérdidas de más de 600.000 pesos durante el primer año y de más de 60.000 pesos durante el segundo año. Es por este motivo que no se decidió empezar con las 3 unidades en paralelo, sino esperar a que la primera unidad sea rentable, para continuar con la siguiente etapa.

Luego, se presenta la segunda característica relacionada a que un nuevo negocio sea exitoso, el *management team*. El mismo, está compuesto por dos médicos con una única característica en común, la formación hospitalaria de posgrado y una serie de cualidades propias de un Entrepreneur, que se complementan entre sí. Por un lado, el director médico presenta, como se explicó anteriormente, el *expertise* médico y legal necesario para llevar adelante el cargo, vocación por asumir riesgos –calculados–, sentido de la independencia¹³⁵ y tiene disponibilidad de contactos suficiente para armar una red de los mismos, tanto con prepagas y obras sociales como con profesionales de la salud. Además, es una persona proactiva y con capacidad de liderazgo. Por otro lado, la

¹³⁵ Slide de Clase, Op. Cit.

gerente general tiene un alto nivel de aspiraciones, busca los desafíos, con factores ambientales muy predisponentes y un contexto socio-económico favorable, con disponibilidad y acceso al capital¹³⁶. Juntos, reúnen una cantidad de habilidades propias de un entrepreneur que los hacen apropiados para llevar adelante este nuevo negocio, aunque, dado que ninguno de los dos tiene experiencia previa en emprendimientos, se seleccionará oportunamente como administrador del fideicomiso un profesional con experiencia en la administración y así mitigar los riesgos del proyecto.

Por último, se presenta la tercera característica relacionada al éxito de un nuevo negocio, contar con los recursos necesarios para comenzar la compañía y hacerla crecer. Este proyecto, ya cuenta con los inversores para enfrentar la inversión inicial y la primera etapa. Los mismos, podrán ser los inversores en las siguientes etapas, aunque no harán nuevas inversiones hasta comenzar a tener ganancias sostenidas con la primera etapa. El modelo de negocios permitiría buscar otros inversores y enfrentar las 3 etapas a la vez, logrando un apalancamiento del negocio, pero el acuerdo con los inversores originales y dueños del proyecto fue no buscar otras rutas de financiación que permitan armar las 3 unidades de negocios en paralelo, por lo que se hará en etapas.

Resumiendo, en esta tesina primero se planteó analizar si era posible que el centro médico se ajustara a las características propias de un proyecto, concluyéndose que si es posible dado que es una oportunidad real, el *management team* tiene características que se complementan entre sí, propias de un entrepreneur y se cuenta con los recursos necesarios para iniciar el proyecto y hacerlo crecer.

Paralelamente se plantearon tres hipótesis en relación a los elementos claves para el negocio. Primero, que “en la ciudad de Bella Vista se puede crear un centro médico ambulatorio, de segundo nivel de complejidad, y de atención, con una rentabilidad antes de impuestos mayor al 15%”. Se realizó el análisis financiero de la primera unidad de negocios que se va a desarrollar, la de consultorios. La misma comienza teniendo márgenes brutos negativos en un 176% durante el primer año y de un 4% durante el segundo año. Luego, el margen bruto se hace positivo en un 9%, 18% y 26%, durante el tercero, cuarto y quinto año respectivamente; mostrando que puede obtenerse un margen bruto mayor al 13% cuando el centro médico opera con una

¹³⁶ Ibidem.

demanda aproximada al 8% del *market share* y que puede ser mayor al 25% cuando opera a su capacidad completa, con una demanda del 10% del *market share*.

La segunda hipótesis es que “el centro médico puede ofrecer un servicio médico innovador, que permite el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades prevalentes que no requieren internación; y enfocado en la prevención y en mejorar la calidad de vida de las personas, basado en la evidencia científica; que satisfaga las necesidades de atención médica de sus consumidores y a su vez que sea sustentable”. A lo largo de la Tesina se desarrollaron los diferentes aspectos para dar respuesta a esta hipótesis. En primer lugar, se hizo un análisis bibliográfico de los tiempos en el consultorio médico y la calidad de atención médica, llegando a la conclusión de estos se vinculan con varios factores, entre ellos, con los tiempos de espera, el papeleo burocrático-administrativo durante y posterior a la consulta médica y principalmente con el tiempo de duración de la misma. Aunque el máximo tiempo que se da habitualmente en la consulta en Buenos Aires es de 15 minutos, el centro médico dará 20 minutos por consulta y 40 minutos para los pacientes de primera vez. Considerando estos tiempos, se hicieron las proyecciones financieras. Por otro lado, también se profundizó el análisis de la historia clínica electrónica, observándose, entre otras ventajas, que la misma disminuye los errores en medicina y automatiza tareas cotidianas del consultorio médico que consumen gran cantidad de tiempo. La historia clínica del centro médico incorpora dentro de su marco las prácticas preventivas que se deben desarrollar según grupo etario, sexo y hábitos del paciente, de acuerdo a la *Task Force*, con la evidencia científica que esto representa.

Reuniendo todos los factores aquí mencionados, y descomponiendo la segunda hipótesis, se puede decir que el centro médico puede ofrecer un servicio innovador -a través de la HCE propia con las particularidades que se explicaron- que permite el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades prevalentes que no requieren internación, enfocado en la prevención y mejora de la calidad de vida de las personas, basado en la evidencia científica -de la *task force*-, satisfaciendo las necesidades de atención médica de sus consumidores -al permitir mayores tiempos en el consultorio médico-, permitiendo trabajar al médico en mejores condiciones y siendo, a su vez, sustentable -en las proyecciones financieras a partir del mes 19 se generan ganancias-.

La tercera y última hipótesis es que “se puede desarrollar un marco legal adecuado y diferente al esquema societario tradicional, a través del contrato del fideicomiso, que permita respaldar el negocio de la manera más productiva, protegiendo el patrimonio nuevo que se crea, evitando exponer el resto del patrimonio de los inversores y de los administradores del proyecto, generando a su vez, un orden formal con objetivos y funciones claras dentro del grupo familiar que conforma el proyecto”. Luego de todo el análisis realizado sobre el contrato del fideicomiso y su aplicación práctica a través de Fondos de Inversión Directa, se verifica la hipótesis.

A través de un contrato de fideicomiso, por el que los fiduciantes transmiten la propiedad fiduciaria al fiduciario, el centro médico pasa a ser un Fondo de Inversión Directa, generando unas ventajas trascendentales para el proyecto. Primero, la transparencia, dado que todas las pautas quedan establecidas en el contrato, por ejemplo el fin único y concreto, el final preestablecido, hacia quién se dirigen los beneficios, etc. Segundo, se crea un nuevo patrimonio, quedando protegido de acreedores externos al fideicomiso y, a su vez, resguardando el resto del patrimonio de los fiduciantes y el del fiduciario de los posibles acreedores del fideicomiso. Además, presenta otra ventaja respecto a los esquemas societarios habituales, ya que no se requiere conformar una sociedad entre los inversores y en términos generales, todos los procesos son más ágiles, dependiendo del fiduciario y los delegados.

En conclusión, se demuestra, primero, que en la ciudad de Bella Vista se puede crear un centro médico ambulatorio, de segundo nivel de complejidad, y de atención, con una rentabilidad antes de impuestos, mayor al 15% luego de 3 años de actividad. Segundo, también se demuestra que el centro médico puede ofrecer un servicio médico innovador, que permite el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades prevalentes que no requieren internación; y enfocado en la prevención y en mejorar la calidad de vida de las personas, basado en la evidencia científica; que satisfaga las necesidades de atención médica de sus consumidores y a su vez que sea sustentable. Por último, se demuestra que se puede desarrollar un marco legal adecuado y diferente al esquema societario tradicional, a través del contrato del fideicomiso, que permita respaldar el negocio de la manera más productiva, protegiendo el patrimonio nuevo que se crea, evitando exponer el resto del patrimonio de los inversores y de los

administradores del proyecto, generando a su vez, un orden formal con objetivos y funciones claras dentro del grupo familiar que conforma el proyecto.

Llegando a la finalización de esta Tesina, es importante mencionar que dentro de todos los temas analizados en el cuerpo de la misma, especialmente dos de ellos debieran profundizarse en futuros análisis. Primero, el análisis financiero que se realizó fue una aproximación a la unidad de negocios de los consultorios, estimando el *break-even* y el margen bruto mes a mes, hasta el quinto año, considerando solo los ingresos y costos más relevantes. Quedaron fuera del análisis, los ingresos y egresos vinculados a la segunda y tercera unidad de negocios, la unidad de laboratorio de análisis clínicos y de diagnóstico por imágenes, respectivamente. Tampoco se estimaron el free cash flow, la tasa interna de retorno (TIR) y el valor actual neto del proyecto (VAN) de ninguna de las etapas del mismo.

El segundo elemento que se convendría ampliar es el plan de marketing, principalmente en relación a la estrategia para lograr los contratos con las prepagas y obras sociales. En el caso de las prepagas, habría dos maneras de abordarlo. Por un lado, presentando toda la documentación del centro con las especialidades disponibles, ante la prepaga. En este caso, la prepaga valoraría principalmente si el centro ofrece prestaciones que no tenga en disponibilidad al momento en la zona. La segunda estrategia sería alquilar el consultorio a médicos que trabajen en la zona con una determinada prepaga, esta estrategia sería más útil durante el primer año de apertura del centro, ya que los contratos con las prepagas suelen demorar de seis meses a un año.

Además, se encuentra pendiente el desarrollo de la aparatología necesaria para armar un laboratorio de análisis clínico de mediana complejidad y los requerimientos para ponerlo en funcionamiento.

Finalmente, entre las perspectivas a futuro de este negocio, se pueden mencionar crear la unidad de internación y de demanda espontánea, lo que incluye la atención de pacientes en emergencias y urgencias. También, se podría ampliar el negocio creando un servicio de ambulancias y de atención domiciliaria.

Si bien esta Tesina no es un plan de negocios completo, presenta las bases para realizar uno respecto a negocios con características similares, policlínicas de segundo

nivel de complejidad en Buenos Aires. En el caso de que el lector se interese por este tipo de negocios es conveniente realizar un plan de negocios con los asesores y toda la información completa que se requiera.

Bibliografía

- ACD Laboratorio, *Franquicias*, on-line, <http://es.slideshare.net/FranquiciasACDLaboratorio/franquicias-acd-laboratorio>, (23/10/14).
- Alcaraz Agüero M, Nápoles Román Y, Chaveco Guerra I, Martínez Rondón M y Coello Agüero J. *La historia clínica: un documento básico para el personal médico*. MEDISAN. 2010, vol.14, n.7, pp. 982-993.
- Asociación Médica Argentina, *Código de Ética para el Equipo de Salud 2001*, Libro II Del Ejercicio Profesional, 1ªEd.
- Barroso Alvarez M, *Medicina Basada en Evidencias*, Rev Cubana Oncol 2(16):135-6, on-line, http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol16_2_00/onc11200.pdf, (16/08/2014).
- Braddock CH, Snyder L. *The doctor will see you shortly*. The ethical significance of time for the patient physician relationship, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1490262/>, (26/09/2014).
- Brotherton SE, Rockey PH, Etzel S, *US graduate medical education, 2004-2005: trends in primary care specialties*, Journal of the American Medical Association, 2005, 294:1075-1082.
- Bughin J, Doogan J, Vetvik O, *A new way to measure word-of-mouth Marketing*, on-line, http://www.mckinsey.com/insights/marketing_sales/a_new_way_to_measure_word-of-mouth_marketing, (30/09/14).
- Bygrave W, Zacharakis A, *The Portable MBA in Entrepreneurship*, Chapter 1, on-line, <http://books.google.com.ar/books?id=BmFGVNPSjrkC&pg=PT19&lpg=PT19&dq=Bygrave+W,+The+Entrepreneurial+Process+Cap.+1&source=bl&ots=ZP1UMYU9xP&sig=2pOvycCFuBVyiFYRfKoUajXng9U&hl=es-419&sa=X&ei=G47pU-GuM8OgogTuwoCoBw&ved=0CB0Q6AEwAA#v=onepage&q=Bygrave%20W%2C%20The%20Entrepreneurial%20Process%20Cap.%201&f=false>, (07/08/2014).

- Campbell J, Howie J. *Changes resulting from in-creasing appointment lenght: practical and theoretical issues*, Br J Gen Pract 1992, 42: 276-8, on-line <http://bjgp.org/content/bjgp/42/360/276.full.pdf> . (26/09/2014).
- Chapilliquen F, *Diagnóstico del Proceso de Atención por Consultorio Externo de un Establecimiento de Salud Utilizando Simulación Discreta*, on-line, http://pirhua.udep.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1730/ING_524.pdf?sequence=1, (26/07/14).
- Chen L, Farwell W, Ashish K, *Health Care reform: primary care visit duration and quality*, Arch Intern Med 2009; 169 (20): 1866-72, on-line, <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1108557> , (26/09/2014).
- Clínica Bessone, *Clínica Bessone*, on-line, <http://www.bessone.com.ar/>, (06/10/2014).
- Clínica Hospital San Fernando, *Exámenes de laboratorio más frecuentes realizados en los pacientes*, on-line, <http://www.hospitalsanfernando.com/www/es/articulos-medicos/exámenes-de-laboratorio-mas-frecuentes-realizados-en-los-pacientes>, (01/10/14).
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, *Informe 2013 sobre cita médica on-line*, on-line, <http://www.medicosypacientes.com/articulos/ehealth25214.html>, (26/07/14).
- Doval H, *Malestar en la medicina. Insatisfacción y descontento en los médicos*, Rev Arg Cardiol 2007; 75 (4): 336-9, on-line, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305326932017>, (26/09/14).
- Economía Sanitaria, *El Sistema de Salud argentino*, on-line, <http://es.slideshare.net/ECONOMIASANITARIA/sistema-de-salud-argentino-22219040>, (05/07/2014).
- El Senado y la Cámara de Diputados de La Nación Argentina Reunidos en Congreso, etc. Sancionan con Fuerza de Ley, 19.550, *Sociedades Comerciales*, on-line, <http://www.escribanos.org.ar/Archivos/Revista/file/legislacion/Ley%2019550%20-%20Sociedades%20Comerciales.pdf> (19/09/14).
- El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. Sancionan con Fuerza de Ley, 26.529: *Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado*, on-line

<http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/informacion-general/ley-de-sida-y-otras-normas/ley-de-derechos-del-paciente>, (22/08/14).

- Facultad de Periodismo y Comunicación Social-U.N.L.P, *Administración y Gestión de Proyectos Comunicacionales*, on-line, <http://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=3&ved=0CCoQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.ayg-pyccs.com.ar%2Fwp-content%2Fuploads%2Fdoccatedraguiaparahacerunproyecto.doc&ei=ab4cVOj0Me3isATgyoLoCA&usg=AFQjCNGbbBmXhxaax4Fi6j2s8T2vGiOH-Q&sig2=aUCgYhKIIhWc2VoL2BHGwQ&bvm=bv.75775273,d.eXY>, (19/09/14).
- FAECAP, *Las Enfermeras Comunitarias ante las Necesidades de las Personas en el Siglo XXI: Estrategia ante las Personas con Problemas Crónicos, Estrategia ante la Dependencia y la Fragilidad*, on-line, https://www.google.com.ar/search?sourceid=ie7&q=A+Dictionary+of+Epidemiology%2C+Cuarta+Edici%C3%B3n+Editado+por+John+M.+Last&rls=com.microsoft:es-ar:IE-Address&ie=UTF-8&oe=UTF-8&rlz=1I7KMOH_esAR519&gfe_rd=cr&ei=baTTU4vFE8GB8Qf1x4HgBw&gws_rd=ssl#q=%E2%80%9Cacciones+orientadas+a+la+erradicaci%C3%B3n%2C+eliminaci%C3%B3n%2C+o+minimizaci%C3%B3n+del+impacto+de+la+enfermedad+y+la+discapacidad+pdf&rls=com.microsoft:es-ar:IE-Address, pp: 24, (26/07/2014).
- Forbes, *The Most and Least Profitable Businesses to Start*, on-line http://www.forbes.com/2008/01/18/citigroup-sageworks-nyu-ent-fin-cx_mf_0118mostprofitable.html, (10/08/2014).
- Gérvas J, Gavilán E, Jiménez L, *Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina*, AMF, 2012; 8: 312-7.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Ministerio de Salud, *Centros de Salud y Cobertura Porteña de Salud-Plan Médico de Cabecera*, on-line, http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/estadisticas/2010/aps_2010/informe_aps_2010.pdf, (27/09/2014).
- Gottschalk A, Flocke S, *Time spent in face-to-face patient care and work outside the examination room*, on-line, <http://www.annfammed.org/content/3/6/488.long>, (26/09/2014).

- Harvard Business Essentials, *Marketer's Toolkit: The 10 Strategies You Need To Succeed*, Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts, 2006.
- Ideas de Negocios, *20 Negocios Rentables Explicados*, on-line <http://www.100negocios.com/negocios-rentables-explicados>, (10/08/14)
- INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.
- INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.
- IntraMed Investigaciones, Hospital Italiano de Buenos Aires, *Curso de Introducción a la Informática Biomédica: ¿Es Tiempo de Cambiar a la Historia Clínica Electrónica?*, on-line, <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=53769>, (16/08/2014).
- Leventer Group, *Las Marcas con el Mayor Poder de Recomendación Boca a Boca en México*, on-line, <http://www.leventergroup.com/PDF/MMPRM.pdf>, (30/09/14).
- Lin C, *et al. Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction?*, on-line, <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=648347>, (26/09/14).
- López A, *Demasiada Radiación por Culpa de las Pruebas de Imagen*, on-line, <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/06/12/oncologia/1339524257.html>, (02/10/14).
- López I, Sepúlveda H, Guerra J, Nazar R, Valle P, *Perfil de morbilidad anual de menores de 6 años consultantes*, on-line, http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000400007, (27/09/2014).
- Ministerio de desarrollo económico del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Subsecretaría de Desarrollo Económico, *Claves para Emprendedores: Conceptos Básicos para Empezar y Desarrollar tu Proyecto*, 1a ed., Bs. As, 2013, on-line http://www.contribuir.org.ar/images/Manual_del_Emprendedor.pdf, (06/08/2014).
- Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, República Argentina, *Establecerse en Argentina: ¿Cómo comenzar a hacer negocios en nuestro país?*, on-line, http://www.inversiones.gov.ar/userfiles/establecerseenargentinafinal_2.pdf, (19/09/14).

- Niebrój L, *Defining health/illness, Societal and/or clinical medicine?*, Department of philosophy and pedagogy, Silesian Medical University, Katowice, Poland, on-line http://www.jpp.krakow.pl/journal/archive/09_06_s4/pdf/251_09_06_s4_article.pdf, pp:254, (26/07/2014).
- Nolte E, McKee M, *Caring for people with chronic conditions, A health system perspective*, England, Open University Press, 1st Ed, 2008, cap 1.
- OMS, *¿Qué es un Sistema de Salud?*, on-line, <http://www.who.int/features/qa/28/es/> (26/07/2014).
- Organización Panamericana de la Salud, Resolución CSP28.R13: *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, Washington: OPS; 2012.
- Outomuro D, Actis M, *Estimación del Tiempo de Consulta Médica Ambulatoria en Clínica Médica*, Rev Med Chile 2013; 141: 361-366.
- Padín A, *La Historia Clínica en Argentina*, on-line, <http://emergencias.blogs.hospitalelcruce.org/historia-clinica-digital/>, (16/08/14).
- Pertierra Cánepa F, *El Valor Estratégico del Fideicomiso para los Negocios Productivos*, Buenos Aires, Universidad del CEMA, Seminario de Entrepreneurship, 2010, pp:31
- Pertierra Cánepa Francisco, *“Oportunidad”*, Slides de Clase, Seminario de Entrepreneurship, UCEMA, 2014.
- Pongsupap Y, *Introducing a human dimension to Thai health care: the case for family practice*, Brussels, Vrije Universiteit Brussel Press, 2007.
- Sackett D, Rosenberg W, Gray J, Haynes R, Richardson W, *Evidence-based medicine*, B Med J, 1996;312:71-2, on-line, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/pdf/bmj00524-0009.pdf>, (16/08/2014).
- Salleras L, Dominguez A, Flores M, *Los Métodos de la Medicina Clínica Preventiva, Cribados*, Med Clin (Barc) 1994; 102 Supl: 26-34.
- Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc Sancionan con Fuerza de Ley, 25.506: *Ley de Firma Digital*, on-line, <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/70749/norma.htm>, (22/08/2014).

- Suárez A, et al. *Sociedad y territorio en el conurbano bonaerense: un estudio de las condiciones socioeconómicas y sociopolíticas de cuatro partidos: San Miguel, José C. Paz, Moreno y Morón*, Compilado por Adriana Rofman. - 1a ed. - Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento, 2010.
- Thomaé M, Ayala E, Sphan M, Stortti M, *Etiología y Prevención del Síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud*,
- USPSTF, *United States Preventive Services Task Force*, on-line, <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/index.html>, (27/07/2014).
- Vignolo, J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*, Arch Med Interna 2011; XXXIII (1):11-14.
- World Health Organization, *The world health report: Primary Health Care*, on-line: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf, Geneva: WHO; 2008, pp XII, (26/07/2014)

Anexo 1a. Población con cobertura médica en Argentina. Censo 2010

Total del país. Población en viviendas particulares por tipo de cobertura de salud, según sexo y grupo de edad. Año 2010

| Sexo y grupo de edad | Población en viviendas particulares | Tipo de cobertura de salud | | | | |
|---|-------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| | | Obra Social (1) | Prepaga a través de obra social | Prepaga sólo por contratación voluntaria | Programas y planes estatales de salud | No tiene obra social, prepaga o plan estatal |
| Total | 39,671,131 | 18,410,964 | 4,192,827 | 2,029,716 | 722,942 | 14,314,682 |
| 0-4 | 3,326,197 | 1,233,328 | 361,540 | 143,378 | 107,171 | 1,480,780 |
| 5-9 | 3,378,126 | 1,342,347 | 363,578 | 137,332 | 75,572 | 1,459,297 |
| 10-14 | 3,488,515 | 1,416,370 | 339,999 | 129,597 | 71,223 | 1,531,326 |
| 15-19 | 3,518,730 | 1,413,161 | 319,797 | 129,805 | 63,684 | 1,592,283 |
| 20-24 | 3,256,270 | 1,141,539 | 314,262 | 151,002 | 46,645 | 1,602,822 |
| 25-29 | 3,085,891 | 1,170,277 | 380,860 | 172,277 | 42,280 | 1,320,197 |
| 30-34 | 3,064,450 | 1,285,429 | 424,655 | 176,582 | 43,424 | 1,134,360 |
| 35-39 | 2,642,934 | 1,156,257 | 368,020 | 159,911 | 40,051 | 918,695 |
| 40-44 | 2,285,230 | 1,036,730 | 296,772 | 138,989 | 39,408 | 773,331 |
| 45-49 | 2,175,900 | 1,015,691 | 267,366 | 136,784 | 42,078 | 713,981 |
| 50-54 | 2,020,040 | 937,752 | 238,457 | 141,364 | 42,258 | 660,209 |
| 55-59 | 1,842,677 | 881,662 | 205,463 | 138,973 | 40,920 | 575,659 |
| 60-64 | 1,607,139 | 977,177 | 138,632 | 108,985 | 29,253 | 353,092 |
| 65-69 | 1,273,386 | 1,032,993 | 66,726 | 61,396 | 13,463 | 98,808 |
| 70-74 | 999,265 | 866,650 | 42,436 | 39,911 | 8,743 | 41,525 |
| 75-79 | 775,667 | 679,644 | 30,362 | 27,802 | 7,822 | 30,037 |
| 80 y más | 930,714 | 823,957 | 33,902 | 35,628 | 8,947 | 28,280 |
| Totales | 39,671,131 | 18,410,964 | 4,192,827 | 2,029,716 | 722,942 | 14,314,682 |
| Porcentaje de la población con o sin cobertura | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |

Anexo 1b. Población con cobertura médica en el Gran Buenos Aires. Censo 2010

| Gran Buenos Aires | Población en viviendas particulares | Cobertura de salud | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| | | Sí | | No | |
| | | Varones | Mujeres | Varones | Mujeres |
| 24 partidos del Gran Buenos Aires | 9,863,045 | 2,899,377 | 3,179,870 | 1,890,035 | 1,893,763 |
| Porcentaje de la población con o sin cobertura | | ■ | ■ | ■ | ■ |

Anexo 2. Especialidades que se desarrollaran en el Centro Médico

| Especialidad Médicas | Frecuencia |
|-----------------------------|----------------------|
| Clínica Médica | Diaria |
| Cardiología | Diaria |
| Ginecología | Diaria |
| Pediatría | Diaria |
| Psiquiatría | Diaria |
| Traumatología | 2-3 veces por semana |
| Dermatología | 1-2 veces por semana |
| Gastroenterología | 1-2 veces por semana |
| Oftalmología | 1-2 veces por semana |
| Urología | 2-3 veces por semana |
| Endocrinología | 1 vez por semana |
| Reumatología | 1 vez por semana |
| Auxiliares | Frecuencia |
| Kinesiología | Diaria |
| Psicología | 1-2 veces por semana |
| Nutrición | 1 vez por semana |

Anexo 3. Análisis Clínicos de Laboratorio

| Sangre | |
|------------------------|---|
| Hematología | |
| Hemograma Completo | Recuento de glóbulos blancos, rojos y plaquetas |
| | Hematocrito |
| | Concentración de hemoglobina |
| | Índices Hematimétricos: volumen corpuscular medio, hemoglobina corpuscular media, concentración de hemoglobina corpuscular media. |
| | Fórmula Leucocitaria |
| | Evaluación Morfológica de las células |
| Ionograma | Sodio, potasio y cloro |
| Eritrosedimentación | Velocidad de sedimentación globular |
| Química Clínica | |
| Hepatograma | Bilirrubina total, bilirrubina directa, transaminasas, fosfatasa alcalina, colesterol, proteínas totales y albúmina |
| Enzimas | Gamma GT, 5-Nucleotidasa, CPK, LDH y GPT, amilasa, lipasa |
| Metabolitos | Glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, triglicéridos, HDL, LDL, hierro, transferrina, ferritina. IgG, IgA, IgM, IgD, IgE, ácido láctico, hemoglobina glicosilada, fructosamina, cuerpos cetónicos. |
| Hormonas | T3, T4 total, T4 libre, TSH, ACTH, LH, FSH, GH, Prolactina, Insulina |
| Marcadores Tumorales | A-fetoproteína, CA 125, CA 15-3, CA 19-9, antígeno carcinoembrionario, antígeno prostático específico, fosfatasa ácida prostática, hCG, paraproteínas |
| Orina | |
| Descripción | Aspecto, color y olor |
| | Volumen, densidad y pH |
| Examen Químico | Proteínas, hemoglobina, glucosa, cuerpos cetónicos, sales biliares y bilirrubina, estearasa leucocitaria, nitritos |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Sangre | Eritrocitos intactos, hemoglobina libre en orina, |
| Ionograma Urinario | Sodio, potasio, cloro, calcio, amonio, bicarbonato y fosfato inorgánico |
| No Electrolitos | Urea, creatinina, ácido úrico, hormonas o sus metabolitos (aldosterona, cortisol, etc) |
| Examen microscópico de orina | |
| Sedimento urinario | |

Kinesiólogo: Si..... No..... Dónde: Localidad:

Otros: Cuál..... Dónde..... Localidad:.....

6) **¿Se realizó estudios de laboratorio el último año?**

Si..... No..... Dónde: Localidad.....

7) **¿Se realizó estudios por imágenes el último año?**

Si..... No.....

Radiografía:..... Ecografía..... Tomografía..... Resonancia.....

Otros:..... No recuerdo el Nombre:.....

En dónde..... En qué localidad.....

8) **¿Si se atiende en el Partido de San Miguel, está conforme con la atención médica (marque con un círculo la que corresponda)?**

Muy conforme Conforme Algo disconforme Disconforme Muy disconforme

Observaciones:.....

9) **¿Si se atiende en el Partido de San Miguel, considera que los turnos son alejados (marque con un círculo la que corresponda)?**

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Pocas veces Nunca

Observaciones:.....

Anexo 5. Cuestionario Emprendedores Médicos

1. ¿Especialidad?

.....

2. ¿Qué lo llevo a pensar en un emprendimiento médico?

.....

.....

3. ¿Cuál fue su primer emprendimiento?

.....

.....

4. ¿Cómo comenzó ese emprendimiento?

.....

.....

5. ¿Cuál fue el obstáculo más grande que observó? ¿En la actualidad, es el mismo?

.....

.....

6. ¿Cómo logró el contacto con las prepagas y obras sociales la primera vez?

.....

.....

7. ¿Si lo tiene, cómo definió que hacer con el laboratorio?

.....

.....

Anexo 6. Cuestionario a los médicos especialistas en Clínica Médica que trabajan con historias clínicas electrónicas.

1. ¿En qué institución o consultorio utiliza la historia clínica electrónica?

.....
.....

2. ¿De qué manera, si es que la hay, le agiliza el trabajo durante la consulta médica?

.....
.....

3. ¿De qué manera, si es que la hay, le complica el trabajo durante la consulta médica?

.....
.....

4. ¿Qué es lo que más valora de la historia clínica electrónica?

.....
.....

5. ¿Qué prefiere, la historia clínica electrónica o la historia clínica escrita a mano?

.....
.....

Anexo 7. Entrevistas a Emprendedores Médicos

Entrevista 1, el día 16 de Julio de 2014

Se entrevistó a un médico especialista en Clínica Médica con orientación de terapeuta y especialista en Nefrología, quien realizó a lo largo de su carrera múltiples emprendimientos. El primero de ellos fue un centro de diálisis en la ciudad de Avellaneda en Buenos Aires, en el año 1978. Posteriormente, desarrolló otros 11 centros de diálisis en Capital Federal y Gran Buenos Aires. Además, compró una clínica abandonada en la ciudad de Quilmes y la volvió a poner en funcionamiento hace 2 años. En el aspecto científico Fundó el Museo Virtual de la Nefrología y en el aspecto académico creó junto a otros profesionales el Curso Superior Universitario de Perfeccionamiento en Transplantología.

Frente a su primer emprendimiento, el principal obstáculo que encontró fue la sobrecarga laboral que el proyecto implicó, el ya mencionado centro contaba solo con 3 aparatos de diálisis; frente al aumento del flujo de pacientes y todavía contando con poco presupuesto, demandó que el propio emprendedor hiciera 3 turnos extra durante la noche para poder satisfacer la demanda, además del trabajo diurno. El entrevistado explica que pudo crecer siempre con la reinversión, todas las ganancias que se obtenían se utilizaban para comprar equipamiento, contratar personal y abrir nuevos centros; cada centro de diálisis fue una sociedad anónima o una sociedad de responsabilidad limitada. Frente a la pregunta de si conocía la estructura de los fideicomisos y si alguna vez lo había analizado para alguno de sus proyectos, expresó que era algo que le parecía interesante por lo que él conocía pero que nunca se lo planteó como posibilidad.

Respecto a la Clínica en Quilmes hay varios puntos para observar, la misma tiene 3 pisos, 80 camas, unidades de cuidados críticos, 9 consultorios ambulatorios, laboratorio y tomógrafo. Abrió sus puertas contando sólo con una cápita de una obra social PAMI - cápita es una cantidad de pacientes que la obra social asigna a una institución donde cada paciente debe ser atendido en caso de requerirlo y por lo cual la obra social paga mensualmente, independientemente de si el paciente concurre o no a esa institución -. Al presente, se están gestionando contratos con otras prepagas y obras sociales, pero suele demorar varios meses. Mientras tanto, la clínica tiene \$1.000.000 de ingresos mensuales por la cápita de PAMI con un gasto entre fijos de la clínica y variables por atender a esa cápita de \$1.600.000. También destacó que entre una obra social como

PAMI que paga por paciente proporcionalmente menos que una prepaga como OSDE es de su preferencia ya que la primera paga al término del mes, mientras que las prepagas pagan en general, por prestación realizada, con 3 a 6 meses de demora.

Por otro lado, la persona entrevistada explica que fue una decisión que requirió mucho análisis. Desde su punto de vista, se le presentaron 2 opciones que requerían aproximadamente la misma cantidad de dinero como inversión inicial. La primera opción era la de comprar el tomógrafo, contratar el personal especialista y obtener un mayor margen de ganancia por cada estudio en comparación con la otra opción. La segunda opción era la de tercerizar el tomógrafo, que requería hacer un contrato que sea favorecedor tanto para la clínica como para la empresa que coloca el tomógrafo y contrata el personal necesario utilizando un espacio de la clínica. En consecuencia, obteniendo un margen de ganancia por estudio menor pero sin la necesidad de contratar 2 empleados.

Entrevista 2, el día 31 de julio de 2014

Se entrevistó a un médico especialista en anestesiología dedicado a 3 campos, la obstetricia, la cirugía estética y la endoscopia, quien comenzó un emprendimiento médico en Capital Federal en el año 2005.

Recuerda que terminó su residencia en el año 1976 y que entró a trabajar en el Instituto Güemes, allí pasó por todos los campos de la anestesiología y optó por dedicarse exclusivamente a la obstetricia y a la cirugía plástica. Se reconoce a si mismo como un anesthesiólogo de una práctica médica muy ortodoxa y él sostenía durante sus más de 10 años en el Güemes que el anestesista, el cirujano y la instrumentadora debían trabajar en equipo, siempre los mismos y especializarse en pocos campos; esto en el Güemes era muy difícil hacerlo ya que siempre lo hacían cambiar de servicio y operar con profesionales distintos.

En el año 1993 el Instituto Güemes se funde y él pierde su trabajo, por lo que se va a trabajar a un consultorio del padre de un amigo y se empieza dedicar a las endoscopias. Allí permanece hasta el año 2004, cuando nuevamente por problemas de la Institución pierde su trabajo. Con el afán textualmente de: “tener un puesto de trabajo seguro y ejercer la medicina de la manera más ortodoxa...y no la medicina chorizo en la que al paciente no se lo revisa, no se le explica...” decide encarar su propio emprendimiento

médico en el año 2005. Había ganado mucho dinero en los 33 años de carrera médica y pudo comprar un terreno de 500 metros en la calle Ecuador y Arenales. Allí comenzó a construir y desde el comienzo proyectó un emprendimiento donde la atención de calidad al paciente sea el fuerte y donde el paciente se sintiera en un ambiente agradable con espacios grandes y con una arquitectura similar a las de las galerías de arte. Se rodeó de médicos con trayectoria bien entrenados y siempre trato explícitamente de generar un ambiente no competitivo, sino donde unos se apoyen con otros, de manera académica, fomentando la transmisión de los conocimientos y de fuerte práctica basada en la evidencia empírica y focalizada en la prevención.

El centro médico no tiene nombre, a los fines legales-impositivos se llama Centro Integral de Gastroenterología Ecuador pero cuando uno llega a la institución no hay ningún cartel que indique que es un centro médico. Todos los pacientes llegan porque buscan a algún médico específico del centro que conocen de otra institución, o por el “boca en boca”. Más aun, nunca se hizo ningún tipo de publicidad.

El entrevistado reconoce que la mayor dificultad que tuvo con el emprendimiento y que actualmente tiene en menor medida, fue “tolerar la incertidumbre respecto a cada decisión que tomaba”; explica que nunca se tiene certeza respecto a si “algo va a funcionar o no” y que hay que “tratar de que eso no te paralice”. Aconseja controlar el sentimiento de la incertidumbre, entender que esa sensación siempre esta pero que si uno hace buena medicina las chances del fracaso son muy bajas. También sugiere que un elemento fundamental es rodearse de la gente más capaz y no tener miedo de ser opacado por el otro.

Al inicio de su emprendimiento, en el año 2005, solo se atendían pacientes de Swiss Medicals y con eso fue suficiente para comenzar y tener ganancias, posteriormente a través de cada médico que iba entrando al centro médico que pertenecía a la cartilla de diferentes coberturas médicas, se agregaron otras prepagas y obras sociales. En términos generales, tanto con las prepagas como con las obras sociales le fue parecido, le pagan relativamente poco por paciente en consulta médica, deja un mayor margen de ganancias la realización de estudios complementarios y en general el pago es diferido, a los 3 meses de la prestación. Con PAMI tuvo una experiencia particularmente mala, el centro tenía una cápita de 20 pacientes, el día viernes 31 de enero del 2014 le avisaron a las 5 de la tarde que a partir del lunes 2 de febrero no tenían más esa cápita. Por la

cantidad reducida de pacientes, esto no represento una dificultad financiera pero si el centro hubiera tenido más cantidad de pacientes habría sido una gran dificultad. Además, PAMI se demoró siete meses pagar por la cápita correspondiente a los meses de noviembre, diciembre y enero. El entrevistado aconseja empezar el emprendimiento específico que se está evaluando con un mercado lo más “atomizado de obras sociales y prepagas posible”, sugiere hacer lo que él hizo con los médicos que prestaban servicio y las prepagas, que ellos atiendan como médicos de cartilla en el consultorio, luego el mismo paciente se puede realizar todos los estudios complementarios cubierto por su prepaga.

Dentro del Centro Integral Ecuador, se realizan mensualmente 200 endoscopias digestivas, altas y bajas; tiene dos salas habilitadas como quirófanos, dos salas de preparación y dos de recuperación del paciente. Esta actividad representa los mayores ingresos del centro, mucho mayores a los ingresos que surgen por la atención médica en todos los consultorios de atención médica primaria y secundaria. Además el centro cuenta con otras dos salas habilitadas también para quirófano que fueron inicialmente pensadas como salas de intervenciones quirúrgicas con finalidad estética y de carácter ambulatorio. Sin embargo, nunca se utilizaron ya que el negocio fue tan rentable con la endoscopia que el entrevistado decidió no encarar esa unidad de negocio.

Respecto a los estudios de laboratorio y a estudios por imágenes, estos no se implementaron porque la competencia en las 10 cuadras a la redonda es muy importante. Por ejemplo, Diagnóstico Rossi, Hospital Alemán, etc.

Anexo 8. Entrevista a los médicos especialistas en Clínica Médica que trabajan con historias clínicas electrónicas

Entrevista 1, el día 16 de agosto de 2014

Utiliza la HCE en Fundación Favaloro para consultorios e internación.

Le agiliza en trabajo a la hora de analizar la historia previa, muy importante en pacientes que llegan a un centro como Fundación Favaloro que en general tienen muchos antecedentes y que te permite indicar la receta rápidamente por computadora e imprimirla.

Le complica el trabajo muchas veces porque faltan opciones, por ejemplo en la sección de los diagnósticos no existe la posibilidad de “otros”.

No valora nada de la HCE, explica que “la detesta”. Prefiere la historia clínica a mano.

Entrevista 2, el día 16 de agosto de 2014

Utiliza la HCE en el Hospital Italiano para consultorios de geriatría.

Le agiliza en trabajo a la hora de analizar la historia previa y los estudios previos. Puede ver las radiografías, los laboratorios, etc.

Le complica el trabajo muchas veces porque a veces faltan opciones, los diagnósticos no tienen otras opciones.

Lo que valora de la HCE es que le simplifica las cosas, que virtualmente mantiene toda la información, que se entiende todo lo que dice. Prefiere la HCE.

Entrevista 3, el día 16 de agosto de 2014

Utiliza la HCE en el Sanatorio Anchorena y en el Sagrado Corazón para consultorios y guardia externa.

Le agiliza en trabajo a la hora de analizar los estudios previos. Puede ver las epicrisis de anteriores internaciones, las radiografías, los laboratorios, etc.

Le complica el trabajo a veces porque la computadora se “cuelga”. No le deja anular cosas en que se haya equivocado y muy importante es que entran otros médicos

especialistas que no tienen usuario propio con su clave y aunque aclaran que son “X” interconsultor, queda registrada la firma digital de la persona entrevistada.

Lo que valora de la HCE es que una vez que la sabes usar es todo muy rápido y que tenes la posibilidad de solicitar recetas y laboratorios muy rápido ya que se hacen algunos clics y se manda a imprimir. Prefiere la HCE.

Anexo 9. Procedimientos validados por la *Task Force* que se incluyen en el marco de la historia clínica electrónica.

| Procedimiento Preventivo | Comentario | Recomen dación |
|-----------------------------------|---|-----------------------|
| Detección hipertensión arterial | Mayores de 18 años | A |
| Detección dislipemia hombres | Mayores de 35 años con factores de riesgo cardiovascular | A |
| | Entre 20 y 35 años con factores de riesgo cardiovascular | B |
| Detección dislipemia mujeres | Mayores de 45 años con factores de riesgo cardiovascular | A |
| | Entre 20 y 45 con factores de riesgo cardiovascular | B |
| Medicación Preventiva: Aspirina | Hombres 45 a 79 años cuando el beneficio potencial debido a una reducción de infartos del miocardio compensa el daño potencial debido a un aumento de hemorragia gastrointestinal. | A |
| | Mujeres entre 55 y 79 años, cuando el beneficio potencial de una reducción de accidentes cerebrovasculares isquémicos compensa el daño potencial de aumento de hemorragia gastrointestinal. | A |
| Detección de obesidad | Cribado a todos los mayores de 18 años. Los médicos deben ofrecer o remitir a los pacientes con un índice de masa corporal de 30 kg/m ² o superior a las intervenciones conductuales intensivas, multicomponentes. | B |
| Detección de diabetes 2 | Cribado para la diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos con tensión arterial sostenida (tratados o sin tratar) superior a 135/80 mm Hg | B |
| Detección de diabetes gestacional | Cribado en mujeres embarazadas asintomáticas después de 24 semanas de gestación | B |

| | | |
|---|--|---|
| Detección de cáncer de mama | Mamografía cada 6 meses a las mujeres entre 50 y 74 años. | B |
| Detección de cáncer de útero | Cribado en mujeres de 21 a 65 años con citología (Papanicolaou) cada 3 años o, para las mujeres de 30 a 65 años que desean alargar el intervalo de la prueba de detección cada 5 años, realizar una combinación de citología y prueba del virus del papiloma humano (VPH). | A |
| Detección de cáncer colorrectal | Cribado entre los 50 y 75 años con sangre oculta en heces, sigmoidoscopia o colonoscopia en adultos, comenzando en la edad de 50 años y continuando hasta la edad de 75 años. | A |
| Detección de aneurisma de aorta abdominal | Cribado con ecografía en hombres 65 a 75 años que han fumado. | B |
| Detección de abuso de alcohol | Cribado en mayores de 18 años asociado a breves intervenciones de consejería informando los peligros, para reducir el abuso de alcohol. | B |
| Bacteriuria Asintomática | Cribado con urocultivo para las mujeres embarazadas en gestación de 12 a 16 semanas de embarazo o en su primera visita prenatal. | A |
| Detección de infección por clamidia | Cribado en mujeres de 24 años o más jóvenes, sexualmente y en las mujeres mayores que están en mayor riesgo de infección. | A |
| | Cribado en mujeres de 24 años o más jóvenes embarazadas, y en las mujeres mayores que están en mayor riesgo de infección. | B |
| Detección de gonorrea y clamidia | Cribado en mujeres de 24 años o más jóvenes, sexualmente y en las mujeres mayores que están en mayor riesgo de infección | B |
| Detección de Sífilis | Cribado para todas las personas con factores de riesgo | A |
| | Cribado para todas las mujeres embarazadas | A |
| Detección de | En personas de alto riesgo de infección | B |

| | | |
|---|---|---|
| hepatitis B | En mujeres embarazadas en su primera visita prenatal | A |
| Detección de hepatitis C | Cribado para la infección en personas con alto riesgo de infección. También ofrecer el cribado a los adultos nacidos entre 1945 y 1965. | B |
| Detección de HIV | Cribado en todas las personas entre 15 y 65 años. También en menores o mayores de ese rango con factores de riesgo. | A |
| | Cribado en mujeres embarazadas. | A |
| Detección de anemia por déficit de hierro | En mujeres embarazadas asintomáticas. | B |
| Detección de factor Rh | Cribado a todas las mujeres embarazadas durante la primera consulta. | A |
| | Repetir pruebas de anticuerpos Rh en todas las mujeres no sensibilizadas entre las 24-28 semanas de gestación, a menos que el padre biológico sea conocido por ser Rh – negativo. | B |
| Detección de cáncer de pulmón | Cribado con TAC a todos los adultos entre 50 y 80 años con historia de más de 30 paquetes/año que hayan fumado por lo menos en los últimos 15 años | B |
| Detección de osteoporosis | Cribado en mujeres mayores de 65 años y en mujeres jóvenes cuyo riesgo de fractura es mayor o igual al de una mujer de 65 años de edad que no tiene factores de riesgo adicionales. | B |
| Detección de depresión | Cribado a mayores de 18 años cuando se cuenta con el personal para asegurar un diagnóstico preciso, tratamiento eficaz y seguimiento. | B |
| Detección de violencia doméstica | Cribado en mujeres en edad fértil y referencia a algún servicio especialista. | B |

Anexo 10. Pago por prestación al 31/07/2014

| Prestación | Pago |
|--|-----------------------------|
| Consultas | |
| En consultorio diurno (Luis Pasteur) | 108,00 |
| Ginecología Vestida Ambulatoria (Luis Pasteur) | 100,00 |
| Obstétrica Vestida (Luis Pasteur) | 100,00 |
| Clínica Médica (OSDE y Swiss Medical) | 120-150 (varía con el plan) |
| | |
| Ecografías | |
| Próstata/vejiga | 117,20 |
| Prostática con transductor | 299,10 |
| Tocoginecológica | 141,37 |
| Ginecológica con transductor vaginal | 216,00 |
| Mamaria | 128,34 |
| Renal | 146,95 |
| Tiroidea | 85,56 |
| De abdomen | 178,56 |
| Hepato/Bilio/torácica | 165,56 |
| De partes blandas | 202,50 |
| De testículos | 66,95 |
| Aorta Abdominal | 128,34 |
| De cadera | 199,44 |
| Pancreática | 135,77 |
| Pleural | 196,75 |
| Oftalmológica | 102,29 |
| Para la amniocentesis | 117,20 |
| Neonatal | 196,75 |
| Ingreso Promedio por Ecografía | 156,92 |
| Radiografía | |
| Telerradiografía de tórax | 58,25 |
| Exposición subsiguiente | 44,44 |
| Exposición subsiguiente | 42,46 |

| | |
|--|---------|
| Cráneo para senos cavun | 58,25 |
| Exposición subsiguiente | 42,46 |
| Hueso Temporal agujeros ópticos | 72,06 |
| Raquis | 68,12 |
| Exposición subsiguiente | 52,34 |
| Hombro, humero, pelvis, fémur | 68,12 |
| Exposición subsiguiente | 52,34 |
| Codo, antebrazo, muñeca, mano | 68,12 |
| Cerebral | 128,34 |
| Placa oclusal | 36,53 |
| Mamografía | |
| Mamografía | 179,62 |
| Mamografía proyección axilar | 123,04 |
| Mamografía Unilateral con técnica de Eklun | 143,10 |
| Semiseriada hasta 7 | 59,24 |
| Seriada 7 a 14 placas | 104,65 |
| Radioscopia | |
| Aplicación de radium | 205,54 |
| Intensificada de Imágenes | 125,41 |
| Circuito TV | 156,93 |
| Cistouretrografía | |
| Cistouretrografía | 142,20 |
| Cistouretrografía estudio inco | 148,12 |
| Citología | |
| Citología exfoliativa oncológica c/toma de muestra | 110,03 |
| Citología Exfoliativa Hormonal | 67,56 |
| Citología exfoliativa oncológica bronquial | 123,26 |
| Citología exfoliativa oncológica líquidos | 103,81 |
| Citometría de flujo | 1812,71 |
| Hipersensibilidad HLA B-27 (ABACAVIR) | 877,45 |
| Análisis Cromosómico Bando | 672,53 |
| Estimulación secreción de GH por clonidina | 452,29 |
| Inmunolectroforesis liquido biológico | 33,42 |

| | |
|-------------------------------------|--------|
| Inmunoglobulina A IgA | 29,23 |
| Inmunoglobulina D IgD | 29,23 |
| Inmunoglobulina E IgE | 89,26 |
| Inmunoglobulina G IgG | 29,23 |
| Análisis Clínicos | |
| Sangre | |
| Recuento de eosinófilos | 6,19 |
| Porcentaje de eritroblastos | 5,71 |
| | |
| Creatinina | 9,89 |
| Uremia | 6,60 |
| Uricemia | 11,54 |
| Colesterol total, libre y ester | 10,19 |
| Colesterol HDL | 21,02 |
| Colesterol LDL | 21,02 |
| Acidos Grasos no Esterificados NEFA | 8,55 |
| Ferritina Plasmática | 30,60 |
| Eritrosedimentación | 5,10 |
| FSH | 29,36 |
| LH | 29,36 |
| Glucagon plasmático | 30,60 |
| Lactogeno Placentario | 29,36 |
| Nucleotidasa | 17,11 |
| Testosterona plasmática | 119,21 |
| Creatinquinasa-CPK | 32,29 |
| Creatina sangre | 8,55 |
| Crioglobulina | 5,40 |
| TSH-tirotrofina plasmática | 89,26 |
| T4-Tiroxina total | 69,49 |
| Tiroxina efectiva | 69,49 |
| VDRL cualitativa | 10,19 |
| VDRL cuantitativa | 14,68 |
| 1 variante bacteriana | 32,39 |

| | |
|------------------------------------|---------|
| Ornitol Carbamil Transferasa | 19,76 |
| Dopamina Sérica | 84,07 |
| Dimetoxifeniletamina | 84,07 |
| Prueba de Thorn | 10,79 |
| Fenobarbital | 57,80 |
| Exudado | |
| Exudado o flujo vaginal | 11,40 |
| Exudado o flujo uretreal | 8,55 |
| Espermograma | 14,44 |
| Mucosemen cruzado | 8,55 |
| Estricina en liquido biológico | 24,63 |
| Orina | |
| Orina Completa | 11,40 |
| Clearence de creatinina | 11,40 |
| Clearence de urea | 11,40 |
| Creatinina orina | 9,89 |
| Creatina orina | 8,55 |
| Testosterona Urinaria | 119,21 |
| Ácido úrico en orina | 10,19 |
| Ácido vainillin mandélico en orina | 36,65 |
| Colonias de recuento de | 11,90 |
| Compatibilidad Rhogam Sangre H | 20,68 |
| Compatibilidad Sanguínea Matri | 45,84 |
| Complemento actividad total | 32,39 |
| Riesgos Quirúrgicos | |
| Riesgo quirúrgico cardiológico | 136,87 |
| Ecocardiografía | |
| Ecocardiograma con ecoscopia | 172,99 |
| Ecocardiograma fetal | 1026,01 |
| | |
| Ecocardiografía Doppler | |
| EcoDoppler Obstétrico color | 764,40 |
| EcoDoppler cardiaco color | 764,40 |

| | |
|---|--------|
| EcoDoppler Abdominal/Hígado color | 764,40 |
| EcoDoppler Transvaginal color | 764,40 |
| EcoDoppler Vasos de Cuello adulto | 764,40 |
| EcoDoppler partes blandas color | 764,40 |
| EcoDoppler Testicular color | 764,40 |
| EcoDoppler de Prostata transrectal color | 764,40 |
| EcoDoppler vascular miembro superior o inferior color | 764,40 |
| EcoDoppler Cardíaco Fetal color | 778,44 |
| EcoDoppler Vascular Infantil color | 764,40 |
| | |
| Obstétrica nivel II (scan fetal) | 332,98 |
| Ecografía Translucencia Nucal (TN) | 479,04 |
| Procedimientos | |
| Colposcopia | 32,89 |
| Colocación de dispositivo Intrauterino (DIU) | 621,00 |
| Escisión de lesión del cuello | 205,54 |
| Biopsia por congelación | 211,25 |
| Otros | |
| Estudio Biopsia Seriado y semiseriado | 211,25 |

Anexo 11. Costos de inversión inicial, fijos y variables

| Costos de Inversión Inicial | |
|---|---------------------|
| Categoría | Costo en Pesos (\$) |
| Mano de obra y materiales de reformación de la construcción para la etapa 1 (de 11 consultorios, ecografía y ECG) | 2.600.000 |
| Termomecánica | 400.000 |
| Carpintería | 50.000 |
| Aprobación de los planos | 25.000 |
| Arquitectos | 360.000 |
| Habilitación del centro médico | 50.000 |
| Armado del software para HCE | 50.000 |
| 13 computadoras | 52.000 |
| 10 camillas de consultorio | 20.000 |
| 1 camilla ginecológica | 3.000 |
| Ecógrafo Portátil | 60.000 |
| Electrocardiógrafo | 25.000 |
| Desfibrilador Externo Automático | 25.000 |

| Costos Fijos Mensuales Año 1 | |
|---|--------|
| Recepcionista | 15.000 |
| Director Médico | 20.000 |
| Limpieza del centro | 5.000 |
| Aseguradora | 3.000 |
| Impuestos (gas, luz y ABL) | 4.000 |
| Elementos de Consultorios (gasas, alcohol, algodón, etc.) | 1.000 |
| Contador | 5.000 |
| Software | 4.000 |
| Marketing | 10.000 |
| Gestion de Turnos en forma on-line (másturnos®) | 360 |

Costos Variables

| | |
|--------------------|---|
| Cobro por consulta | 50% de lo que paga la prepaga, obra social o el paciente si es privada la consulta. |
|--------------------|---|

Anexo 12. Análisis de las Proyecciones financieras de la Unidad de Negocios de Consultorios, mes a mes hasta el quinto año.

| Año 1 | Mes 1 | Mes 2 | Mes 3 | Mes 4 | Mes 5 | Mes 6 |
|--------------------|---------|---------|------------|------------|------------|------------|
| Cant. de consultas | 228.625 | 228.625 | 228.625 | 228.625 | 457.25 | 457.25 |
| Ingresos p. ventas | 0 | 0 | 0 | 25148.75 | 25148.75 | 25148.75 |
| Costos Variables | 0 | 0 | 12574.375 | 12574.375 | 12574.375 | 12574.375 |
| Costos Fijos | 67000 | 67000 | 67000 | 67000 | 67000 | 67000 |
| Margen Bruto | -67000 | -67000 | -79574.375 | -54425.625 | -54425.625 | -54425.625 |

| Mes 7 | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 | Total Año 1 |
|----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-------------|
| 457.25 | 457.25 | 685.875 | 914.5 | 914.5 | 914.5 | 6172.875 |
| 25148.75 | 50297.5 | 50297.5 | 50297.5 | 50297.5 | 75446.25 | 377231.25 |
| 25148.75 | 25148.75 | 25148.75 | 25148.75 | 37723.125 | 50297.5 | 238913.125 |
| 67000 | 67000 | 67000 | 67000 | 67000 | 67000 | 804000 |
| -67000 | -41851.25 | -41851.25 | -41851.25 | -54425.625 | -41851.25 | -665681.875 |

| Año 2 | Mes 13 | Mes 14 | Mes 15 | Mes 16 | Mes 17 | Mes 18 |
|--------------------|----------|----------|----------|------------|------------|-------------|
| Cant. de consultas | 924.5 | 924.5 | 1016.95 | 1355.93333 | 1355.93333 | 1355.93333 |
| Ingresos p. ventas | 100595 | 100595 | 100595 | 101695 | 101695 | 111864.5 |
| Costos Variables | 50297.5 | 50297.5 | 50847.5 | 50847.5 | 55932.25 | 74576.3333 |
| Costos Fijos | 66500 | 66500 | 66500 | 66500 | 66500 | 66500 |
| Margen Bruto | -16202.5 | -16202.5 | -16752.5 | -15652.5 | -20737.25 | -29211.8333 |

| Mes 19 | Mes 20 | Mes 21 | Mes 22 | Mes 23 | Mes 24 | Total AÑO 2 |
|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|
| 1355.93333 | 1355.93333 | 1355.93333 | 1355.93333 | 1355.93333 | 1355.93333 | 15069.35 |
| 149152.667 | 149152.667 | 149152.667 | 149152.667 | 149152.667 | 149152.667 | 1511955.5 |
| 74576.3333 | 74576.3333 | 74576.3333 | 74576.3333 | 74576.3333 | 74576.3333 | 780256.5833 |
| 66500 | 66500 | 66500 | 66500 | 66500 | 66500 | 798000 |
| 8076.33333 | 8076.33333 | 8076.33333 | 8076.33333 | 8076.33333 | 8076.33333 | -66301.08333 |

| Año3 | Mes 25 | Mes 26 | Mes 27 | Mes 28 | Mes 29 | Mes 30 |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|
| Cant. de consultas | 1946.875 | 1946.875 | 1946.875 | 1946.875 | 1946.875 | 1946.875 |
| Ingresos p. ventas | 149152.667 | 149152.667 | 149152.667 | 214156.25 | 214156.25 | 214156.25 |
| Costos Variables | 74576.3333 | 74576.3333 | 107078.125 | 107078.125 | 107078.125 | 107078.125 |
| Costos Fijos | 81000 | 81000 | 81000 | 81000 | 81000 | 81000 |
| Margen Bruto | -6423.66667 | -6423.66667 | -38925.4583 | 26078.125 | 26078.125 | 26078.125 |

| Mes 31 | Mes 32 | Mes 33 | Mes 34 | Mes 35 | Mes 36 | Total año 3 |
|------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| 2336.25 | 2336.25 | 2336.25 | 2336.25 | 2336.25 | 2336.25 | 25698.75 |
| 214156.25 | 214156.25 | 214156.25 | 256987.5 | 256987.5 | 256987.5 | 2503358 |
| 107078.125 | 107078.125 | 128493.75 | 128493.75 | 128493.75 | 128493.75 | 1305596.417 |
| 81000 | 81000 | 81000 | 81000 | 81000 | 81000 | 972000 |
| 26078.125 | 26078.125 | 4662.5 | 47493.75 | 47493.75 | 47493.75 | 225761.5833 |

| Año 4 | Mes 37 | Mes 38 | Mes 39 | Mes 40 | Mes 41 | Mes 42 |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Cant. de consultas | 3305.75 | 3305.75 | 3305.75 | 3305.75 | 3778 | 3778 |
| Ingresos p. ventas | 256987.5 | 256987.5 | 256987.5 | 363632.5 | 363632.5 | 363632.5 |
| Costos Variables | 128493.75 | 128493.75 | 181816.25 | 181816.25 | 181816.25 | 181816.25 |
| Costos Fijos | 108000 | 108000 | 108000 | 108000 | 108000 | 108000 |
| Margen Bruto | 20493.75 | 20493.75 | -32828.75 | 73816.25 | 73816.25 | 73816.25 |

| Mes 43 | Mes 44 | Mes 45 | Mes 46 | Mes 47 | Mes 48 | Total Año 4 |
|----------|--------|--------|--------|--------|--------|-------------|
| 3778 | 3778 | 3778 | 3778 | 3778 | 3778 | 43447 |
| 363632.5 | 415580 | 415580 | 415580 | 415580 | 415580 | 4303392.5 |
| 207790 | 207790 | 207790 | 207790 | 207790 | 207790 | 2230992.5 |
| 108000 | 108000 | 108000 | 108000 | 108000 | 108000 | 1296000 |
| 47842.5 | 99790 | 99790 | 99790 | 99790 | 99790 | 776400 |

| Año 5 | Mes 49 | Mes 50 | Mes 51 | Mes 52 | Mes 53 | Mes 54 |
|--------------------|----------|----------|------------|------------|------------|------------|
| Cant. de consultas | 5063.625 | 5063.625 | 5063.625 | 5063.625 | 5063.625 | 5063.625 |
| Ingresos p. ventas | 415580 | 415580 | 415580 | 556998.75 | 556998.75 | 556998.75 |
| Costos Variables | 207790 | 207790 | 278499.375 | 278499.375 | 278499.375 | 278499.375 |
| Costos Fijos | 118500 | 118500 | 118500 | 118500 | 118500 | 118500 |
| Margen Bruto | 89290 | 89290 | 18580.625 | 159999.375 | 159999.375 | 159999.375 |

| Mes 55 | Mes 56 | Mes 57 | Mes 58 | Mes 59 | Mes 60 | Total Año 5 |
|------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| 5626.25 | 5626.25 | 5626.25 | 5626.25 | 5626.25 | 5626.25 | 64139.25 |
| 556998.75 | 556998.75 | 556998.75 | 618887.5 | 618887.5 | 618887.5 | 6445395 |
| 278499.375 | 278499.375 | 309443.75 | 309443.75 | 309443.75 | 309443.75 | 3324351.25 |
| 118500 | 118500 | 118500 | 118500 | 118500 | 118500 | 1422000 |
| 159999.375 | 159999.375 | 129055 | 190943.75 | 190943.75 | 190943.75 | 1699043.75 |

Anexo 13. Requerimiento para habilitación del centro médico del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Habilitaciones – Policlínicas

Centro de diagnóstico y tratamiento de baja y mediana complejidad (policlinicas)

Decreto 3280/90 (artículos concernientes)

Establecimiento asistencial multipersonal destinado a la atención de pacientes ambulatorios donde se desarrolla:

- a. Consulta general o especializada.
- b. Práctica de diagnóstico y/o tratamiento de bajo riesgo y/o complejidad inherentes a la consulta.
- c. Prácticas de diagnósticos y/o tratamiento de media complejidad y/o riesgo.

Artículo 10º

A los efectos de la habilitación, cualquiera sea el establecimiento comprendido en la presente, deberá cumplimentar los siguientes requisitos generales:

- a. Solicitud de habilitación dirigida al Director de Fiscalización Sanitaria en un sellado provincial fiscal por el valor vigente en el momento de la presentación, suscripta por el propietario del establecimiento conjuntamente con quien ejercerá la dirección técnica del mismo.

Timbrado: Se abonará en cualquier sucursal del Banco Provincia de Buenos Aires de \$121.

Comprobante de depósito de pago de \$ 240 (pesos doscientos cuarenta), equivalentes a dos (2) módulos de \$120, al que deberán adicionar el monto correspondiente a distancia según detalle:

De 50 a 100 Km 10%

De 101 a 200 Km 20%

De 201 a 300 Km 30%

De 301 a 500 Km 40%

De 501 en adelante 50% = \$120

Si el pago se efectúa en Banco Provincia de Buenos Aires – Casa Matriz – Sita en calle 7 entre 46 y 47 de la ciudad de La Plata, deberá realizarse: depósito en cuenta N° 1696/2 a nombre de Dirección de Saneamiento Ambiental y Dirección de Fiscalización Sanitaria. En caso de efectuar el pago en cualquier sucursal de dicho banco, se realizará interdepósito en la misma cuenta, sucursal 2000.

Aranceles por cambio/reconocimiento:

Director médico: 1 (un) módulo y timbrado de \$52

Propietario: 1 (un) módulo y timbrado de \$52

Habilitación de reformas: 1 (un) módulo y timbrado de \$52

- a. Fotocopia autenticada del título de propiedad o contrato de locación suscripto a favor del solicitante, o cualquier otro título que acredite el uso y goce del inmueble, con un plazo de vigencia no menor a tres (3) años.
- b. Copia del plano actualizado con la distribución, medidas y denominación de los ambientes que componen el establecimiento, aprobado por la autoridad municipal.
- c. Tipo de actividad que se realizará y nómina de los servicios profesionales y técnicos.
- d. Listado de personal profesional que comprenda: Director Médico, responsable de cada servicio, sección o área y de sus componentes, con nombre y apellido, documento de identidad, domicilio particular, matrícula o registro con certificación del Colegio Profesional emitido por el ente colegiado del distrito correspondiente.
- e. Libro para registro de ingresos y egresos de pacientes internados y Libro de Responsabilidades para ser rubricados y sellados por la autoridad sanitaria.

- f. Cuando se trate de una sociedad deberá acompañarse copia del contrato social autenticado e inscripto en el registro respectivo.

Cuando la sociedad propietaria sea una entidad de bien público, comisión de fomento, mutual, etc., deberá presentar copia autenticada de sus estatutos, con registro e inscripción de los mismos.

Toda modificación a lo declarado en el momento de la habilitación, deberá ser anotada en el Libro de Responsabilidades del Establecimiento y comunicada a las autoridades de aplicación en el término de quince (15) días hábiles.

Decretos 450/94 y 403/97

Deberán inscribirse como generadores de residuos patogénicos. Se adjunta copia.

Artículo 11°

Todo establecimiento, de acuerdo a sus características, deberá:

- a. Prevenir y preservar la seguridad de los pacientes, visitantes y personal, debiendo cumplir con la legislación vigente en los aspectos que le fueren aplicables.
- b. Contar con un Director Técnico Médico (a excepción de consultorios, policlínicas odontológicas, laboratorios de análisis clínicos y servicios de ambulancias) quién será el responsable ante las autoridades sanitarias por el cumplimiento de las leyes, decretos, resoluciones, etc., vigentes en la materia.

Serán sus obligaciones:

1. Controlar, por el medio que correspondiere la calidad del profesional habilitado, de toda persona que ejerciere o pretendiera hacerlo, en el ámbito del establecimiento.
2. Adoptar los recaudos para que los médicos tratantes o de cabecera, confeccionen en tiempo y forma oportunos las historias clínicas de cada paciente como parte integrante del acto médico profesional.
3. Conservar adecuadamente archivadas y por el plazo e quince (15) años las historias clínicas.

4. Denunciar a la autoridad que corresponda todo hecho o acto de carácter delictuoso que llegare a su conocimiento.
5. Velar por un eficaz y adecuado tratamiento de los pacientes del establecimiento.
6. Propender al buen mantenimiento de equipos e instrumental, así como a las condiciones de limpieza, aseo y conservación de las dependencias y de todo el personal que se desempeñe en el mismo.
7. Denunciar a las autoridades todo caso confirmado o sospechoso de enfermedad de carácter infecto – contagioso.

El Ministerio de Salud podrá afectar los establecimientos habilitados a campañas masivas de prevención.

Artículo 12°

Todo establecimiento destinado a la atención de pacientes deberá tener un acceso para minusválidos; y los que tengan más de una planta deberán poseer además, como mínimo una rampa para desplazamiento de camillas y sillas de ruedas y/o ascensor camillero. Aquel que tenga más de dos plantas deberá poseer como mínimo un ascensor camillero.

En todos los casos las salidas de las escaleras, rampas o ascensores deberán estar completamente aisladas de las áreas de quirófanos, sala de partos y circulación restringida, con tabiques fijos de adecuada resistencia, hasta el cielorraso, de modo que no desemboquen directamente en los mismos.

Artículo 13°

Todo establecimiento, de acuerdo a sus características deberá asegurar la provisión de iluminación de emergencia para las áreas de guardia, cirugía y partos, cuidados intensivos y *nursery*, servicios de diagnóstico con técnicas invasivas, así como señalización y vías de evacuación. Asimismo se deberá asegurar energía eléctrica o manual, para los equipos de quirófano y cuidado intensivos y *nursery*, sistemas d alarmas, salas de parto y refrigeración de los bancos de sangre.

Artículo 15°

Los distintos sectores que constituyen los ambientes o locales que integran un establecimiento asistencial deberán cumplir las siguientes exigencias de carácter general sin perjuicio de las condiciones específicas que para cada caso en particular se establezcan:

- a. Pisos: Serán resistentes al uso, de material liso, impermeable, lavable e ignífugo.
 - b. Paredes: De superficies lisas y fácilmente higienizables.
 - c. Cielorrasos: Deberán ser de material a la cal o yeso o de cualquier otro material que garantice condiciones de incombustibilidad, higiene y sellado.
-
- a. Cocina: Estará provista de campana con dispositivo de extracción forzada que asegure la eliminación de humo, gases y vapores, mesada de acero inoxidable, granito, mármol o piedra; pileta de lavar; instalación de agua fría-caliente, heladera o cámara frigorífica, cocina de cuatro hornallas, horno y parrilla. Los muros estarán revestidos en todo su perímetro por azulejos o cerámica esmaltada hasta el cielorraso. Las puertas exteriores y ventanas deberán estar provistas de bastidores de tela metálica.

Estos locales no podrán tener comunicación directa con las áreas de internación.

- a. Baños: Los baños del sector internación, excluyendo los de las áreas restantes, deberán ser proporcionales al número de camas – internación por sector y por planta, admitiéndose no menos de un baño completo (Inodoro, bidet, ducha y lavabo) por cada cuatro camas de internación, con servicio de agua fría y caliente y canilla mezcladora. El receptáculo para ducha deberá tener superficie de piso antideslizante y pasamanos fijo, firme y desocupado. Para higienización del paciente impedido o postrado, contarán con un sistema de baño y transporte del mismo que asegure un baño completo (a razón de uno cada veinte pacientes en estas condiciones o fracción). Las paredes deberán estar revestidas en todo su perímetro con azulejos o cerámicos esmaltados, de piso a cielorraso.

Los baños correspondientes a otras áreas, salvo disposiciones específicas establecidas en el presente, cumplimentarán los recaudos enunciados precedentemente con excepción de las referidas a la obligatoriedad de poseer ducha.

Artículo 16°

Consultorios

La planta física para su habilitación deberá poseer como mínimo:

- a. Un ambiente para el consultorio propiamente dicho con una superficie mínima de siete metros con cincuenta centímetros cuadrados (7,50 m²) debiendo uno de sus lados tener dos metros (2 m) como mínimo con luz y ventilación natural o artificial que asegure condiciones semejantes, separado de cualquier otro ambiente con tabique completo hasta el cielorraso, brindando una aislación acústica adecuada.
- b. Un ambiente destinado a baño con inodoro y lavamanos con acceso directo desde el consultorio o desde la sala de espera salvo que se trate de consultorio de Urología, Ginecología u Obstetricia, en cuyo caso se exigirá que el baño tenga acceso directo desde el consultorio.
- c. Un ambiente destinado a sala de espera, con una superficie mínima que admita confortablemente la espera de por lo menos dos pacientes con comunicación con el consultorio en forma directa o a través de pasillo.
- d. Cuando se trate de un grupo de consultorios se exigirán los mismos requisitos en relación proporcional. Se admitirá un baño cada tres consultorios.

Artículo 17°

Cuando el o los consultorios habilitados fueran utilizados por más de un profesional, cada usuario deberá manifestar ante la autoridad habilitante, mediante declaración jurada, los siguientes datos: nombre y apellido, profesión, especialidad, documento de identidad, domicilio particular, matrícula o registro y firma de los profesionales involucrados.

Artículo 18°

Policlínicas

La planta física y servicios para su habilitación, además de reunir los requisitos del Artículo 16°, deberá cumplimentar con lo siguiente:

- a. Un consultorio destinado a la atención de urgencias, cuando tenga guardia, que no podrá ser utilizado para otra actividad, con las características descritas en el inciso a) del Artículo 16° y además el siguiente equipamiento mínimo: Provisión de oxígeno, máscara con bolsa, laringoscopio y caja de medicamentos.
- b. Un baño para uso exclusivo del personal.
- c. Un ambiente destinado a administración, archivo de historias y fichas clínicas y demás documentación.
- d. Uno o más offices de enfermería adecuados a la cantidad de consultorios, en cantidad no menor de uno cada diez o fracción.

La documentación se presentará ante la Dirección de Fiscalización Sanitaria, Departamento Establecimientos de Salud.

Domicilio

Calle 51 N° 1120 Planta Baja Oficina 7, CP 1900 La Plata.

Horario de Atención

Lunes a Viernes de **8 a 14 Hs** sin excepción.