

UNIVERSIDAD ESAN



**PLAN DE NEGOCIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN EL ÁMBITO
DE LIMA METROPOLITANA**

**Tesis presentada en satisfacción parcial de los requerimientos para obtener
el grado de Magister en Gerencia de Servicios de Salud
por:**

Daniel Andrés Buendía Molina
María Teresa Pamela Chíncono Egúsqüiza
Paola Catherine Montenegro Beltrán

Programa de Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

Lima, 18 de Setiembre de 2015

Esta tesis

**PLAN DE NEGOCIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN EL ÁMBITO
DE LIMA METROPOLITANA**

ha sido aprobada.

Prof. Kety Jáuregui Machuca (Jurado)

Prof. David Ritchie Ballenas (Jurado)

Prof. Juan Carlos Rodriguez Jaillier (Asesor)

Universidad ESAN

2015

Dedicatoria

Dedicamos esta tesis a Dios, quien inspiró nuestro espíritu para la conclusión de esta tesis. A nuestros familiares quienes nos dieron su apoyo incondicional y consejos. A nuestros maestros y amigos, quienes sin su ayuda nunca se hubieran podido concluir esta tesis.

Tabla de contenido

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. ANTECEDENTES	1
1.2. PREGUNTAS DEL PLAN DE NEGOCIO	2
1.2.1. PREGUNTA GENERAL	2
1.2.2. PREGUNTAS ESPECÍFICAS	2
1.3. OBJETIVOS	2
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	2
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2
1.4. JUSTIFICACIÓN	3
1.5. LIMITACIONES	7
1.6. METODOLOGÍA	8
1.6.1. FASES DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.7. RECOLECCIÓN DE DATOS Y FUENTES	10
1.8. HERRAMIENTAS DE ANÁLISIS	11
CAPÍTULO II. MARCO DE REFERENCIA	12
2.1. HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	12
2.2. SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DEL SECTOR SALUD EN EL PERÚ Y EL MUNDO	13
2.3. TENDENCIAS EN LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN EL PERÚ Y EL MUNDO	14
2.4. ASEGURAMIENTO PÚBLICO Y PRIVADO DE SALUD EN EL PERÚ	18
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DEL SECTOR	19
3.1. ANÁLISIS DEL ENTORNO	19
3.2. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS	25
3.3. ASEGURAMIENTO EN SALUD	28
3.4. LA DEMANDA	29
3.5. LUGAR DE ATENCIÓN	30
3.6. PERFIL DEL USUARIO PRIVADO	31
CAPÍTULO IV. INVESTIGACION DE MERCADO	33
4.1. ESTUDIO DE MERCADO CUALITATIVO:	33
4.1.1. FOCUS GROUP	33
4.1.2. ENTREVISTA A PROFUNDIDAD.	38
4.2. ESTUDIO DE MERCADO CUANTITATIVO	40
4.2.1. ENCUESTAS	40
4.2.3. UNIVERSO	41
4.2.4. OBJETIVOS:	42
4.2.5. FICHA TÉCNICA	42
4.2.6. ESTIMACIÓN DE LA MUESTRA:	43
4.2.7. EVALUACIÓN CUANTITATIVA:	43
CAPÍTULO V. PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO	47
5.1. VISIÓN	47
5.2. MISIÓN	47
5.3. VALORES INSTITUCIONALES	47
5.4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	48
5.5. PROPUESTA DE SERVICIO	48

5.6. SELECCIÓN DE LA ESTRATEGIA	51
5.6.1. ESTRATEGIA DE DIFERENCIACIÓN:	51
5.7. PROPUESTA DE MODELO DE NEGOCIOS	52
5.8. CONCLUSIONES	53
<u>CAPÍTULO VI. PLAN DE MARKETING</u>	<u>54</u>
6.1. PRESENTACIÓN	54
6.2. ANÁLISIS DEL ENTORNO DEL MERCADO	54
6.2.1. SEGMENTACIÓN	55
6.2.2. MARKET SHARE	55
6.3. OBJETIVOS DEL MARKETING	55
6.4. ESTRATEGIA DEL MARKETING:	55
6.4.1. ESTRATEGIA DE DIFERENCIACIÓN:	55
6.4.2. ESTRATEGIA DE CRECIMIENTO:	56
6.5. MARKETING MIX	58
6.5.1. ESTRATEGIA DE PRECIO	58
6.5.2. ESTRATEGIA DEL SERVICIO	58
6.5.3. ESTRATEGIA DE PLAZA	59
6.5.4. ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN Y PUBLICIDAD	59
6.6. CONCLUSIONES	63
<u>CAPÍTULO VII. PLAN DE OPERACIONES</u>	<u>65</u>
7.1. PLAN DE OPERACIONES	65
7.1.1. ESTRATEGIA DE OPERACIONES	67
7.1.2. LOCALIZACIÓN	68
7.1.3. LAYOUT	68
7.1.4. PROCESO DE OPERACIONES	69
7.2. GESTIÓN DE LOS ACTORES DE LA CADENA DE SUMINISTROS	74
7.2.1. PROVEEDOR DE INSUMOS	74
7.3. PROCESOS DE LA CADENA DE SUMINISTROS	74
7.3.1. PLANIFICACIÓN	74
7.3.2. INNOVACIÓN Y DESARROLLO	74
7.4. PROCESO DE ABASTECIMIENTO	74
7.4.1. EQUIPOS Y TECNOLOGÍA	76
7.5. CAPACIDAD OPERATIVA	76
7.6. ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA	76
<u>CAPÍTULO VIII. GESTION DEL RECURSO HUMANO</u>	<u>78</u>
8.1. CONSTITUCIÓN DE EMPRESA	78
8.2. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	79
8.3. PERFILES DEL PUESTO	86
8.4. RECLUTAMIENTO, SELECCIÓN, INDUCCIÓN, Y CONTRATACIÓN	88
8.5. CAPACITACIÓN Y DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO	90
<u>CAPÍTULO IX. PLAN DE INVERSIONES Y FINANCIAMIENTO</u>	<u>92</u>
9.1. SUPUESTOS DEL PLAN DE NEGOCIOS	92
9.1.1. HORIZONTE DE EVALUACIÓN	92
9.1.2. PRONÓSTICO DE INGRESOS	92
9.1.3. EGRESOS	94
9.1.4. FINANCIAMIENTO Y TASA DE DESCUENTO	94
9.1.5. PROYECCIONES DE VENTA DE PAQUETES	95

9.2. INVERSIONES	95
9.2.1. ACTIVO FIJO TANGIBLE	95
9.2.2. ACTIVOS INTANGIBLES	96
9.2.3. CAPITAL DE TRABAJO	96
9.2.4. ESTRUCTURA DE COSTOS DE PERSONAL	97
9.3. ESTADOS FINANCIEROS	97
9.3.1. FLUJO DE CAJA	98
9.3.1.1. EVALUACIÓN DE FINANCIERA – VANF	99
9.3.2. ESTADO DE RESULTADOS	100
9.4. ANÁLISIS DEL PUNTO MUERTO	100
<u>CAPÍTULO X. CONCLUSIONES</u>	<u>101</u>
<u>CAPÍTULO XI. ANEXOS</u>	<u>103</u>

DANIEL ANDRÉS BUENDÍA MOLINA

Médico Cirujano. Especialista en Geriátría. Maestría en Gerencia de Servicios de Salud, ESAN.

FORMACIÓN

- 2013 – 2015 **Universidad ESAN, Lima Perú.**
Maestría en Gerencia de Servicios de Salud.
- 2008 – 2011 **Universidad San Martín de Porres.**
Especialidad en Geriátría.
- 1999 – 2006 **Universidad San Martín de Porres.**
Título de Médico – Cirujano.

EXPERIENCIA

- 2011 – a la fecha **Hospital Clínica Geriátrica San Isidro Labrador, EsSalud**
Médico Coordinador de la Unidad de Vigilancia Intensiva.

Planificar, organizar, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar todas las actividades administrativas, asistenciales, docentes y de investigación de la Unidad de Vigilancia Intensiva en concordancia con el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital. Depende directamente y reporta el cumplimiento de sus funciones al Jefe de Departamento de Medicina del Hospital Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

Verificar que la atención y diagnóstico se desarrollen de acuerdo a lo establecido en guías y procedimientos médicos así como de la codificación según la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud.

Y dentro del plano asistencial, brindar oportunamente atención médica integral a usuarios en estado crítico con posibilidades de recuperación mediante monitoreo y soporte avanzado vital con calidad y respecto a las normas de ética médica.

- 2011 – 2013 **Hospital Nacional Hipólito Unanue.**
Médico Geriatra. Departamento de Emergencia.

2012

Clínica San Judas Tadeo

Médico Geriatra.

2006 – 2008

Clínica Internacional

Médico Residente. Hospitalización.

MARÍA TERESA PAMELA CHÍNCARO EGÚSQUIZA

Egresado de la Maestría de Gerencias de Servicios de Salud en ESAN. Médico cirujano de la UNMSM. Especialista en Medicina de Emergencias y Desastres en la UNMSM, Médico Auditor. Experiencia en labor asistencial de Servicios de Emergencia con pacientes críticos, Coordinación con Hospitales de Lima y Callao para preparación de la respuesta ante desastres. Aspiración de desarrollo profesional en gerencia de salud.

FORMACIÓN

2013 – 2015 **Maestría en Gerencia de Servicios de Salud**

Universidad ESAN

1998 – 2001 **Especialidad de Medicina de Emergencias y Desastres**

Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

1987 – 1994 **Médico Cirujano**

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

EXPERIENCIA

2015: **Superintendencia Nacional de Salud - Intendencia de protección del usuario.**

Área de Atención al Usuario, realizando auditorías e informes de caso, sobre reclamos en la Atención de Salud a nivel público y privado, así como a nivel de IPRESS y IAFAS.

2012 – 2015: **Oficina General de Defensa Nacional.**

Equipo técnico de la Oficina de Movilización y Defensa Civil

Encargada de la coordinación y supervisión de la respuesta ante emergencias masivas y desastres en los hospitales de Lima y Callao, pertenecientes al Ministerio de Salud, y en regiones.

Revisión y elaboración de la normativa sobre emergencias y desastres, aplicable para las instituciones de salud del Ministerio de Salud.

2010 – 2013 **Clínica Maison de Santé – Surco**

Médico Asistente del Servicio de Emergencia

Atención de pacientes críticos agudos, aplicando guías de práctica clínica y protocolos de atención para obtención de resultados óptimos.

2001 – 2012: Hospital Militar Central

Médico Asistente del Servicio de Emergencia

Asistencia a pacientes críticos que acuden para manejo y control de patologías graves agudas. Docencia a nivel de Residentado e internado médico. Elaboración, difusión y aplicación de protocolos de atención del paciente crítico, a nivel asistencial. Realización de cursos de docencia sobre Emergencias y Desastres, dirigido a personal intra y extra hospitalario.

2000 – 2005: Clínica Vesalio

Médico Asistente del Servicio de Emergencia

Atención de pacientes del servicio de emergencia, con énfasis en los pacientes críticos recuperables, y apoyo a los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y servicios de Hospitalización.

PAOLA MONTENEGRO BELTRÁN

Médico Especialista en Oncología, con Experiencia Asistencial y en Investigación clínica participó en diversos comités de Gestión en el Departamento de Medicina Oncológica, coordinadora del Área de Cáncer Gastrointestinal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y Directora de la Unidad de Gastro-Oncología Aliada (Grupo SANNA), Posgrado en Cáncer Gastrointestinal y Consejería Genética en Cáncer (España), Diplomado en Auditoria Médica, Maestría de Gestión en Salud (ESAN), Master en Biología Molecular en Cáncer en Centro Nacional Investigación Oncología (España), Experiencia como Speaker a nivel nacional e internacional, Miembro de la Sociedad Europea Oncologica Médica, Sociedad Americana de Oncología Médica, Sociedad Latinoamericana de Oncología Médica y Sociedad española de Oncología Médica.

FORMACIÓN

2013 – 2015 **Maestría en Gerencia de Servicios de Salud**

Universidad ESAN

2008 – 2010 **Maestría en Biología Molecular**

Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas - España

2007 – 2008 **Postgrado Cáncer Gastrointestinal y Consejo Genético en Cáncer**

Hospital General Universitario de Elche España

2002 – 2005 **Especialidad de Medicina Oncológica**

Universidad Nacional Federico Villarreal

1994 – 2000 **Médico Cirujano**

Universidad Católica de Santa María

EXPERIENCIA

2005 – a la fecha: **Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas**

Médico asistente del Departamento de Medicina Oncológica y del área de Investigación.

Coordinadora del área de Cáncer Gastrointestinal del Departamento de Oncología Médica.

2012 – a la fecha: **Clínica El Golf.**

Coordinadora del área de Oncología médica

2012 – a la fecha: **Aliada**

Oncólogo Medico.

2012: **FISSAL - MINSA**

Consultor externo Paquetes de financiamiento: FISSAL

2010 – 2011: **ROCHE. Lima – Perú.**

Asesoría formativa

2009 – a la fecha: **Laboratorio Merck Serono.**

Speaker Cáncer de colon

2005: **Instituto oncológico Miraflores**

Médico oncólogo

.

RESUMEN EJECUTIVO

Maestría	Maestría en Gerencia de Servicios de Salud
Título de la tesis	Plan de negocios para la implementación de un servicio de hospitalización domiciliaria en el ámbito de Lima Metropolitana
Autor(es)	Daniel Buendía Molina María Teresa Chíncaro Paola Montenegro Beltrán

La creación de HaD (Hospitalización a Domicilio) es un modelo de negocio innovador y pionero en nuestro país, contribuyendo a solucionar un problema serio en el sector salud, como es una alta demanda de camas hospitalarias y un déficit de las mismas.

El presente plan de negocios demuestra que nuestra empresa es viable, de acuerdo a las oportunidades del entorno y la propuesta del servicio, generando ventajas competitivas para satisfacer la demanda actual de los pacientes en Lima.

El estudio de mercado realizado ha determinado que 60% de los encuestados tomaría el servicio, la principal preocupación de los encuestados es la seguridad y el punto crítico y de mayor preocupación para los prestadores es el servicio de emergencia.

Se brindará paquetes de servicios de alto, intermedio y bajo riesgo, dependiendo de la frecuencia y necesidad de visitas por el personal de salud a los pacientes, a los cuales se les brindará el servicio de hospitalización domiciliaria, deben cumplir criterios de inclusión previamente establecidos según guías y estándares internacionales, asimismo se contará con servicios de soporte como nutrición y psicología.

Se estima atender un 19% de paquetes de bajo riesgo, 76% de paquetes de riesgo intermedio y 5% de paquetes de alto riesgo.

Dado que la empresa empezará operaciones en el 2016, se estimó un mercado meta de 2492 pacientes el primer año, estimando un crecimiento anual de la demanda del 3% asimismo se estima una participación en el mercado del 25% el primer año, del 40% el segundo año y de 45% a partir del tercer año.

Se optó por la estrategia de operaciones de diferenciación del Servicio, considerando los siguientes atributos: Seguridad en la atención de salud de la hospitalización a domicilio, calidad en la atención, servicio oportuno de hospitalización a domicilio versus la hospitalización convencional los cuales buscan garantizar la posición corporativa de la empresa.

En cuanto a los costos en relación a la hospitalización convencional supone un ahorro para el pagador del 30% sólo en hotelería y servicios médicos, lo cual le supone una ventaja frente a la hospitalización convencional.

La estrategia de Marketing será B2B, y se desarrollarán estrategias conforme el servicio se posicione en el mercado. La propaganda se entregará fundamentalmente de forma directa a los clientes y se realizará reuniones de trabajo y venta del servicio con las IAFAS.

Para iniciar las operaciones del HaD (Hospitalización Domiciliaria), se requerirá de una inversión inicial de 661.359 nuevos soles, de los cuales el 60% serán financiados por préstamo bancario y el 40% serán aportados por los socios de la empresa.

Acorde con las proyecciones financieras, se cuenta con un TIRe de 33% y un VANe de S/. 614,760.08 a una tasa de descuento de 13.94%.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes

Históricamente la atención domiciliaria era la única forma de asistencia médica, reservada a los pocos privilegiados que se la podían permitir.

Los primeros hospitales regentados inicialmente por órdenes religiosas proporcionaban atención a los indigentes o a los que no contaban con familiares que se hicieran cargo de su cuidado. Con el gran desarrollo de las técnicas de diagnóstico y tratamiento en la que los hospitales proporcionan al paciente todo lo que éste necesita, la atención domiciliaria quedó de lado.

En los últimos años, sin embargo, surge un interés en la atención en domicilio, forzado por motivos económicos (crisis el estado de bienestar, incremento de las enfermedades crónicas), y facilitado por el desarrollo tecnológico.

Pese a que en la literatura hay varias definiciones de la Hospitalización en Domicilio (HD) como modalidad de atención, así como controversias acerca del marco en que debe funcionar, parece haber consenso en que su función primordial sería brindar al paciente en su domicilio cuidados médicos y de enfermería en igual cantidad y calidad que en el hospital. Dicho de otra forma, la HD estaría indicada para aquellos pacientes que necesitan asistencia especializada sin ser ingresados en un hospital, y que no se encuentren en condiciones de pasar al régimen ambulatorio.

Hay que reconocer, sin embargo, que aun cuando la HD no es precisamente una modalidad reciente —lleva en funcionamiento más de medio siglo— y el contexto económico y social impone el uso óptimo de recursos que escasean, esta sigue siendo una práctica poco difundida y con un desarrollo desigual en la mayor parte del mundo. Una revisión pormenorizada de la literatura permite identificar dos situaciones interesantes. Por un lado, la existencia de una gran variedad de modelos de actuación, el desconocimiento de los pacientes y la renuencia de los médicos a prescribir esta modalidad asistencial, así como el planteamiento de ciertos problemas en torno al desarrollo de la atención a domicilio en ciertos países, son factores que limitan la evolución de la HD. Por otro lado, se destaca la escasez de estudios que concretamente examinan el lugar, la aplicabilidad y las características de pacientes,

organización, profesionales participantes y financiación de esta modalidad asistencial a lo largo del tiempo y en los sistemas sanitarios que la utilizan.

1.2. Preguntas del plan de negocio

1.2.1. Pregunta General

¿Es sostenible económicamente la creación del Unidad de hospitalización domiciliaria en Lima?

1.2.2. Preguntas Específicas

¿Cuáles son las características de la demanda de los servicios relacionados a la Hospitalización domiciliaria?

¿Cuáles son los costos de implementación, inversión, financiamiento y Rentabilidad del centro?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

- Elaborar un plan de negocio para la creación de una empresa de servicios de hospitalización domiciliaria que opere en Lima Metropolitana y que sea costo-efectivo.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Disminuir el ingreso hospitalario de pacientes que cumplan criterios para atención domiciliaria.
- Analizar el mercado con el fin de identificar y segmentar los clientes potenciales a los cuales serán dirigidos los servicios de la organización utilizando fuentes primarias y secundarias.
- Definir la plataforma estratégica de la organización.
- Definir mapeo y caracterización de los procesos para la operación de la organización, recomendación de procedimientos a tener en cuenta por normatividad.
- Determinar la viabilidad económica del proyecto y su propuesta de valor a través de la parte técnica, táctica y operativa del negocio.

- Disminuir los días camas ocupadas.
- Disminuir los costos de atención del paciente al evitar el ingreso al hospital.
- Diseñar indicadores que muestren cómo la atención domiciliaria es beneficiosa para el paciente. Planteamos como indicadores:
 - Percepción de la calidad de la atención domiciliaria por el paciente,
 - Tasa de úlceras por decúbito,
 - Tasa de infecciones asociadas a cuidados médicos,
 - Frecuencia de stress en paciente,
 - Tasa de atención domiciliaria / paciente hospitalizado.
- Sentar las bases para definir marco regulatorio de la atención domiciliaria en salud.

1.4. Justificación

A nivel mundial, pero con mayor intensidad en los países con menor desarrollo socio económico, existe un déficit de camas hospitalarias, países del llamado primer mundo como los Estados Unidos y algunos países europeos han implementados estrategias para combatir dicha situación desde hace más de medio siglo, entre ellas la Hospitalización Domiciliaria.

Este déficit se debe en parte al aumento global de la población, al incremento de la esperanza de vida, al mayor acceso a los servicios de salud, a la población adulta mayor con enfermedades crónicas, entre otros aspectos, así como un crecimiento de la infraestructura hospitalaria convencional muy por debajo del crecimiento poblacional y su demanda de atención de salud.

Como en la mayoría de países de América Latina, el siglo XX en el Perú representó el periodo de mayores cambios demográficos desde el siglo XVI. A diferencia de este último en donde predominó el despoblamiento, el siglo XX se caracterizó por una explosión demográfica.

El término “transición demográfica” se refiere al proceso gradual por el cual una sociedad pasa de una situación de altas tasas de fecundidad y mortalidad a una situación de tasas bajas. En el Perú, esta situación se caracterizó por la disminución de la mortalidad infantil como consecuencia de la reducción de las enfermedades infecciosas y parasitarias. Por otro lado cuando en todas las edades disminuye la tasa

de fecundidad y se reduce la tasa de mortalidad, la población en conjunto comienza a envejecer.

Si bien el concepto de transición demográfica ha sido útil para explicar la evolución de la mortalidad y fecundidad de los países actualmente desarrollados no ha podido explicar lo que está sucediendo en los países latinoamericanos. Ya que esto se ve influenciado por múltiples factores: efecto de la diseminación de los avances tecnológicos en el campo de la salud en general, independencia de las crisis económicas, sociales y políticas por las que ha transitado Latinoamérica durante varias décadas.

En el Perú la transición se inició con la disminución de las tasas de mortalidad infantil, la misma que ha tenido un descenso sostenido desde la década del 80. Posteriormente se dio una reducción en las tasas de fecundidad, originándose un cambio en la composición general de las edades de la población, caracterizado entre otras cosas por un incremento acelerado de la población mayor de 60 años. Esto ha permitido que exista una mayor esperanza de vida al nacer, determinando que para el periodo 2005 – 2010, las mujeres peruanas puedan esperar vivir casi 76 años y los hombres 71 años.

Esta verdadera revolución demográfica, se predice que continuará en las décadas venideras y sus características más importantes son las siguientes: En el año 2000, una de cada 10 personas en el mundo era mayor de 60 años de edad, el 2050 una de cada cinco lo será; los adultos mayores siguen envejeciendo, el segmento de los mayores de 80 años presenta la mayor tasa de crecimiento; el 55% de los mayores de 60 años son mujeres y en los mayores de 80 años de edad esta proporción es de 65%; el envejecimiento en los países en desarrollo es más rápido que en los países desarrollados.

El crecimiento de la población mayor de 60 años y su particular perfil de morbilidad y discapacidad, requerirá reorientar las estrategias del sistema de atención de salud no solo hacia tecnologías médicas más especializadas o un modelo de atención más integral y multidisciplinario, sino que también a mantener y recuperar la funcionalidad fisiológica, la autonomía y la integración social de las personas mayores de 60 años.

Las tasas de frecuentación hospitalaria aumentan de forma notable con la edad multiplicándose por más de 10 la frecuentación de los mayores de 85 años respecto al grupo de edad entre 15 y 34 años. La mayor demanda de recursos sanitarios por parte

de las personas de edad avanzada es razonable ya que representan una parte de la población con mayor limitación funcional y peor salud percibida.

De esta forma las enfermedades crónicas, fundamentalmente las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, la artrosis, ciertos cánceres, las enfermedades respiratorias y ciertos problemas de salud mental se están convirtiendo en la principal causa de consulta en el sistema de salud.

Diferentes trabajos han puesto sobre el tapete que las enfermedades crónicas llegan a motivar el 80% de las consultas a atención primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios, generando hasta el 70% del gasto sanitario. La Organización Mundial de la Salud ha previsto que estas enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad en 2020, y si este problema no se aborda adecuadamente, consumirán la mayor parte de recursos de los sistemas sanitarios. Se estima que hacia 2030 se doblará la incidencia de enfermedades crónicas en mayores de 65 años.

La gestión de las enfermedades crónicas lleva a intervenir sobre los servicios de salud adecuando la organización asistencial a las nuevas necesidades. El patrón de enfermedades está cambiando, pero los sistemas de salud no están cambiando al mismo ritmo.

La mejora del pronóstico de enfermedades agudas, con el incremento asociado de pacientes crónicos, hace previsible un incremento de la demanda de servicios sanitarios. El modelo actual es difícilmente sostenible, se estima que en 10 años bajo el modelo actual se requeriría duplicar el gasto sanitario. Es necesario desarrollar e implantar nuevas soluciones asistenciales más eficientes. El ingreso hospitalario aporta su principal valor en el tratamiento de pacientes críticos, la realización de procedimientos quirúrgicos o técnicas invasivas o la realización de pruebas diagnósticas de alta tecnología. Sin embargo la mayoría de los días en los que el paciente permanece hospitalizado, lo hace en espera de la realización de pruebas, realizando tratamientos médicos o buscando la estabilización de procesos médicos o postoperatorios. Es en estos escenarios donde la hospitalización aporta poco valor y alto gasto, siendo además una fuente de incomodidades y trastornos para pacientes y cuidadores cuando no una fuente de infecciones o enfermedades asociadas con la hospitalización.

Un gran número de procesos de la atención hospitalaria actual que aportan poco valor, podrían realizarse en el domicilio de los pacientes bajo supervisión sanitaria.

El déficit de camas para hospitalización afecta tanto a pacientes agudos y esta situación se agrava para pacientes crónicos o pacientes con enfermedades terminales, se estima que el 80% de los pacientes con cáncer terminal y el 50% de pacientes con estadios terminales de la infección por HIV, requerirán cuidados paliativos. Se calcula, además, que aproximadamente el 50% de personas que fallecen requieren algún tipo de cuidado paliativo.

La HD es un sistema efectivo, cuyo funcionamiento suele traducirse en una mejor atención, así como en mayor satisfacción y participación por parte del paciente y sus familiares durante el tratamiento. La HD también se asocia con una mejor evolución clínica en el caso de algunas enfermedades, con la reducción de ciertas complicaciones derivadas de la estancia hospitalaria prolongada o innecesaria, y con una asistencia más humana.

La HD permite un uso más adecuado y racional de los recursos, tiende a disminuir el gasto en salud. La práctica de la atención en el domicilio aumenta la disponibilidad de camas y acorta los períodos de internamiento en los hospitales. Adicionalmente, los costos de agregar camas en la HD es menor que las inversiones necesarias para crear camas hospitalarias o para la ampliación o construcción de hospitales, aparte de que el costo por estancia es menor en la HD que en la hospitalización tradicional.

La HD presenta otras ventajas como; mantiene o reincorpora precozmente al enfermo en su entorno habitual, su hogar y al lado de su familia, disminuye o evita los efectos nocivos de la hospitalización prolongada, disminuye o evita la posibilidad de contraer infecciones intrahospitalarias, disminuye o evita el trauma psicológico de la hospitalización, altera de forma mínima la dinámica del grupo familiar, facilita la participación activa de la familia en la recuperación del enfermo a través de la capacitación.

Este estudio surge como una alternativa de solución a la situación crítica en lo referente a la ocupación de la red hospitalaria. No existe un modelo de prestación de servicios que permite atender al paciente de manera oportuna, eficiente y eficaz en su domicilio; este modelo podría impactar al sistema de prestación de servicios asistenciales en sus tres componentes; paciente, IPRESS y aseguradora.

El paciente: para el usuario del servicio se ha encontrado por ejemplo “mayor satisfacción, participación e implicación del paciente y de su familia en los cuidados médicos, mejor evolución de la enfermedad, mayor humanización de la asistencia,

disminución de casos de dependencia del hospital, reducción de las infecciones intrahospitalarias e incluso disminución de la frecuencia de las visitas a urgencias y de los ingresos inadecuados. El servicio de hospitalización domiciliaria no solo es una alternativa para aminorar los costos, sino que ofrece al paciente una recuperación en su entorno, propiciando la participación de él y su familia en el proceso terapéutico.

IPRESS: Aumento de rotación de cama hospitalaria, disminución de los días de cama ocupada, disminución de ocupación de urgencias y disminución eficaz del indicador de calidad de infecciones intrahospitalarias. La práctica de la atención en el domicilio aumenta la disponibilidad de camas y acorta los períodos de internamiento en los hospitales. Adicionalmente, los costos de agregar camas en la hospitalización domiciliaria es menor que las inversiones necesarias para crear camas hospitalarias o para la ampliación o construcción de hospitales.

Aseguradoras (IAFAS): permite un uso más adecuado y racional de los recursos y tiende a disminuir el gasto en salud. En un estudio desarrollado en Colombia se pudo encontrar que el costo de la hospitalización domiciliaria fue el 18% del total del costo de la hospitalización institucional. El mayor costo de la hospitalización institucional puede deberse a varios factores como: manejo por médico especialista, honorarios por interconsultas, costo de hotelería, utilización de servicios especializados como Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), entre otras; situación que notoriamente se reduce al contar con la hospitalización en domicilio.

1.5. Limitaciones

La implementación de la Hospitalización a Domicilio, tendrá un alcance geográfico que comprenderá los distritos de Surco, San Isidro, San Borja, San Luis, Surquillo y Miraflores ubicados en Lima SUR, debido a que concentran la mayor cantidad clínicas y con población de nivel socioeconómico B.

No se incluirán otros distritos fuera del rango de cobertura descritos al inicio del proyecto.

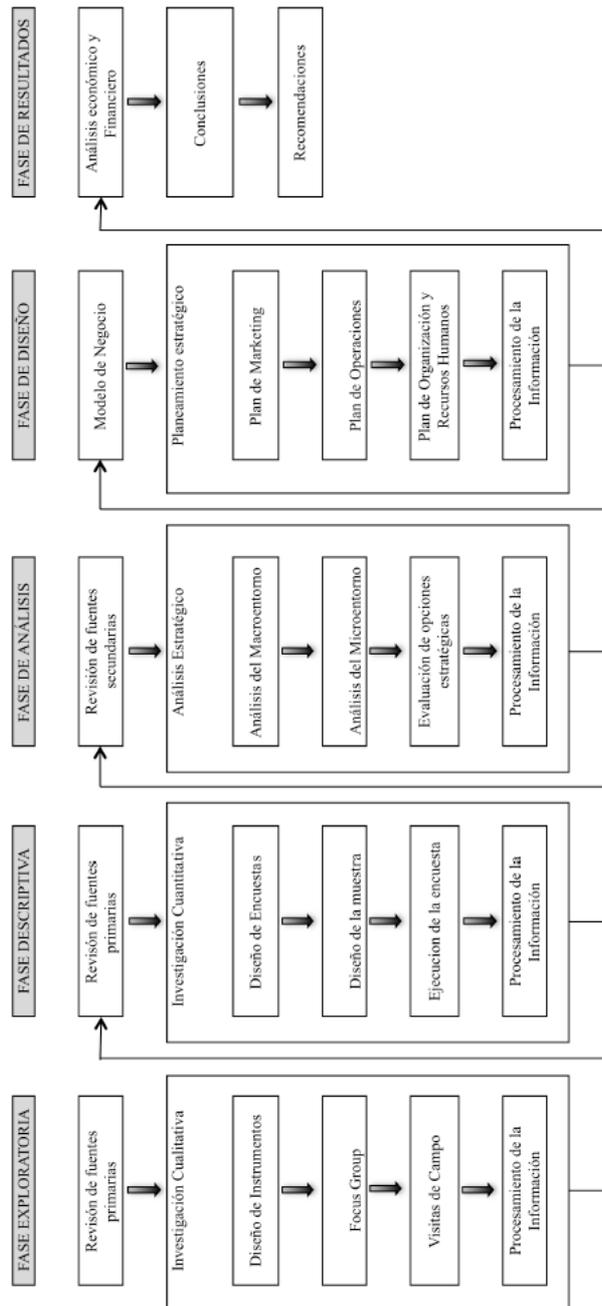
1.6. Metodología

1.6.1. Fases de la Investigación

La metodología empleada en la presente tesis tiene como objetivo central obtener información clave para el éxito del negocio propuesto, para lo cual se realizó un análisis del sector y de investigación de mercado. Dicho análisis se planificó en cinco fases: i) exploratoria, ii) descriptiva, iii) análisis, iv) diseño y v) resultados (Véase Figura I-I).

- La fase exploratoria: consistió en la revisión de fuentes secundarias y primarias relacionadas con la realidad mundial, regional y local referentes al mercado de la Hospitalización Domiciliaria y desarrollo de la investigación cualitativa (Focus Group, realización de encuestas y encuestas a profundidad).
- La fase descriptiva: consistió en la revisión de fuentes secundarias y primarias adicionales que reforzaron los principales hallazgos del Focus Group y el desarrollo del estudio de mercado.
- La fase analítica se centró en la revisión de fuentes primarias obtenidas del Focus Group y del estudio de mercado, que en conjunto con las fuentes secundarias analizadas, permitieron realizar el análisis estratégico del sector.
- La fase del diseño se enfocó en la creación del modelo de negocio y el planeamiento de las estrategias de marketing, operaciones, organización y recursos humanos.
- La fase de resultados tuvo como partida la evaluación económica y financiera del plan de negocios propuesto, que finalmente permite elaborar las conclusiones y recomendaciones.

Figura I-I Fases de la Metodología de la Tesis



1.7. Recolección de datos y fuentes

Las fuentes primarias están conformadas por los focus group y las encuestas realizadas a los usuarios activos de EPS de mayor volumen de afiliados (Rímac, Pacífico, La Positiva, Mapfre), que vivan en los siguientes distritos de Lima Metropolitana: Surco, San Borja, Surquillo, Miraflores, San Isidro y San Luis. Las personas que participarán tendrán entre 30 y 65 años, ya que se considera a esta población como usuaria potencial y/o como familiar de usuario con poder de decisión. La metodología aplicada en el estudio de mercado fue carácter mixto, es decir, se utilizaron técnicas cualitativas y cuantitativas (Ver Tabla I-I). La investigación cualitativa es un estudio de tipo exploratorio e indispensable para iniciar este plan de negocios, debido a las pocas fuentes primarias y secundarias de este tipo de mercado en el país, y particularmente a la falta de información acerca de Hospitalización Domiciliaria.

Tabla I-I Fuentes de Información Primarias

Tipo de Fuente	Tipo de Documento	Acceso a información
Fuentes Primarias	Focus group 1 Realizado el 10 de Junio 2015.	9 personas, 6 mujeres y 3 hombres NSE B, entre 35 y 62 años de edad, Distritos comprendidos en plan de negocio.
	Focus group 2 Realizado el 12 de Junio 2015.	9 personas, 3 mujeres y 6 hombres NSE B, entre 30 y 62 años de edad, Distritos comprendidos en plan de negocio.
	Estudio de Mercado Realizado – Encuestas 1 al 30 de Julio 2015.	96 personas, NSE B, Distritos comprendidos en plan de negocio.

Elaboración: Autores de la tesis.

Las fuentes secundarias están conformadas por las estadísticas de organismos nacionales e internacionales, normatividad legal, publicaciones especializadas (tesis, estudios, investigaciones, revistas, libros, entre otros) tanto nacionales como extranjeros y los sitios web de instituciones, asociaciones y empresas privadas relacionadas al sector (Véase Tabla I-II).

Tabla I-II Fuentes de Información Secundarias

Fuentes Secundarias Periodo Enero – Julio 2015	Estadísticas nacionales y extranjeras.	INEI, APEIN, OPS, OMS, MINSA.
	Publicaciones nacionales y extranjeras.	Diarios, revistas, suplementos, manuales, informes.
	Sitios web.	Base de datos. Universidad ESAN.

Elaboración: Autores de la tesis.

1.8. Herramientas de Análisis

- Análisis del entorno, para lograr conocer los factores externos que influyen en el comportamiento del mercado meta.
- Análisis de las fuerzas competitivas de Porter, logrando identificar a los principales actores y su influencia en el margen de la empresa.
- Investigación de mercado, para definir las características de la población objetivo, sus necesidades en la cartera de servicios relacionados a la Hospitalización en Domicilio, la frecuencia de uso y la disposición de pago por los mismos.
- Análisis de las estrategias competitivas, para definir los objetivos estratégicos y la estrategia genérica para el modelo de negocios propuesto.
- Análisis del marketing mix, para lograr definir estrategias de comunicación y venta de nuestros servicios.
- Análisis de operaciones, que permite lograr un modelo eficiente para el desarrollo del negocio.
- Análisis financiero, que permite determinar la viabilidad y sostenibilidad del negocio.

CAPÍTULO II. MARCO DE REFERENCIA

2.1. Hospitalización Domiciliaria

La Hospitalización domiciliaria es una modalidad de atención de salud, en la que se brinda al paciente en su domicilio los cuidados médicos y de enfermería que requiere según su patología, tal y como sucedería en el hospital. Su principal objetivo además del descrito previamente, es la optimización de recursos, tanto humanos, materiales y logísticos.

Este tipo de atención especializada, se da como alternativa de la hospitalización tradicional, al régimen ambulatorio (consulta externa, hospitales de día, cirugía ambulatoria, domiciliario y telemedicina). Incrementando los recursos destinados al desarrollo de la atención domiciliaria y optimizando el uso de los recursos de la atención hospitalaria especializada.

La HD es una propuesta de Atención de Salud disruptiva en la Prestación de Servicios de Salud en nuestro país, ya que no existe en la actualidad, el marco normativo legal que responda a esta nueva necesidad social y médica. A nivel de la medicina y de otras especialidades del conocimiento humano, los avances científicos y tecnológicos con sus respectivas aplicaciones prácticas adelantan al marco legal y a la jurisprudencia, que suele desarrollarse años después, respondiendo a los requerimientos de control, alcance y contenido de la responsabilidad médico-paciente en el nuevo ámbito.

El marco jurídico de las obligaciones médico sanitaria a nivel nacional está regulada por el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud a las Personas, quien es el órgano técnico normativo de nivel nacional, encargado de normar, dirigir, supervisar, controlar, coordinar y concertar con el Sistema Nacional de Salud, las políticas de atención integral de salud de las personas y la comunidad, regulando de esta manera el funcionamiento y desarrollo de los servicios de salud públicos y no públicos.

En el caso de la Hospitalización Domiciliaria, el marco jurídico no se ha desarrollado aún en nuestro país, pero debe basarse en las obligaciones médicos sanitarios pertinentes existentes:

- a. Regulación de la Atención Médica y la prestación de Servicios de Salud.
- b. Establecimiento de catálogo de obligaciones y derechos.

- c. Derecho de información detallada al paciente y familia, desarrollo de un Formato de Consentimiento Informado.
- d. Desarrollo de la Historia Clínica Domiciliaria, con respeto al derecho a la intimidad del paciente.

2.2. Situación de los Servicios Hospitalarios del sector salud en el Perú y el mundo

Actualmente en América Latina se experimenta un problema creciente de salud pública, que es el déficit de camas hospitalarias, entendiéndose esto como la cantidad de camas para internar a pacientes en hospitales públicos, privados, generales y especializados y centros de rehabilitación, en los cuales se incluyen tanto las camas para atención de agudos como para atención de enfermos crónicos. Según la OMS, el promedio para América Latina es la tasa estimada de 30 camas por 10,000 habitantes. En países desarrollados se considera superior a 40 camas por cada 10,000 habitantes. Lo alarmante en países como el nuestro, es que ésta tasa ha venido descendiendo en forma dramática los últimos años por un número creciente de cobertura en salud (tanto público como privado) y una nula o escasa inversión en infraestructura (hospitales obsoletos o en número insuficiente).

En el año 1999, a través de un estudio desarrollado por la OIT, se pudo evidenciar que en América Central (Guatemala, Honduras, Nicaragua), en los países andinos (Perú, Colombia, Venezuela), en Paraguay, en República Dominicana y en Haití, más de 70% de la población tenía problemas de acceso y según este indicador estaría excluida –al menos parcialmente– de los servicios de salud. Esta exclusión incluía el déficit de camas para hospitalización.

Según la última encuesta realizada en Argentina, Brasil, México y Colombia por el Departamento de Desarrollo Humano del Banco Mundial; el sistema hospitalario en dichos países muestra una gran disparidad. Por un lado Colombia presenta las cifras más bajas en lo que respecta al número de camas hospitalarias por hospital (129) versus los datos encontrados en Argentina en donde el número de camas promedio por hospital es de 304.

En la conferencia anual de ejecutivos CADE 2013, se mencionó que el déficit de camas hospitalarias para el Perú se situaba aproximadamente entre las 3000 y 5000 camas. Divididas entre 4700 camas en el sector público y unas 300 camas en el sector

privado. Situación que se ha agravado por el incremento de la cobertura en Salud de aproximadamente 30% de penetración y un inexistente plan de renovación de hospitales por parte del estado, según datos el 65% de infraestructura hospitalaria tiene una antigüedad mayor de 25 años, incluye estos datos tanto el sector público como privado; siendo los hospitales nacionales los de mayor antigüedad, incluso algunos de ellos con más de 70 años, desde su construcción. Existe en los últimos años un creciente interés –aunque aún incipiente- en el sector privado por mejorar la oferta de camas para sus asegurados (4% del total de la población).

Asimismo existe un déficit de camas para hospitalización que condiciona hacinamiento o falta de atención de un gran número de pacientes, el número de camas por cada 10 mil habitantes se ha mantenido relativamente estable entre 2003 y 2010, ubicándose en torno a 15 o 16 camas. Del total de camas disponibles en 2010, el subsector público no contributivo cuenta con el 56,9%, mientras que el conjunto de los otros subsectores (EsSalud, Fuerzas Armadas, PNP y sector privado) concentra el 43,1% restante.

Por otro lado, a marzo de 2012, las camas hospitalarias de EsSalud se ubican en 6720. Frente al estándar internacional (1 cama por cada 1,000 asegurados estándar OMS), EsSalud tiene déficit a la fecha de 1,418 camas hospitalarias. Y esto nuevamente va de la mano con el crecimiento de la población asegurada en EsSalud que crece a un ritmo anual promedio de 7%. Se estima que para el 2015, los asegurados sean 60% más en comparación a la población del año 2005.

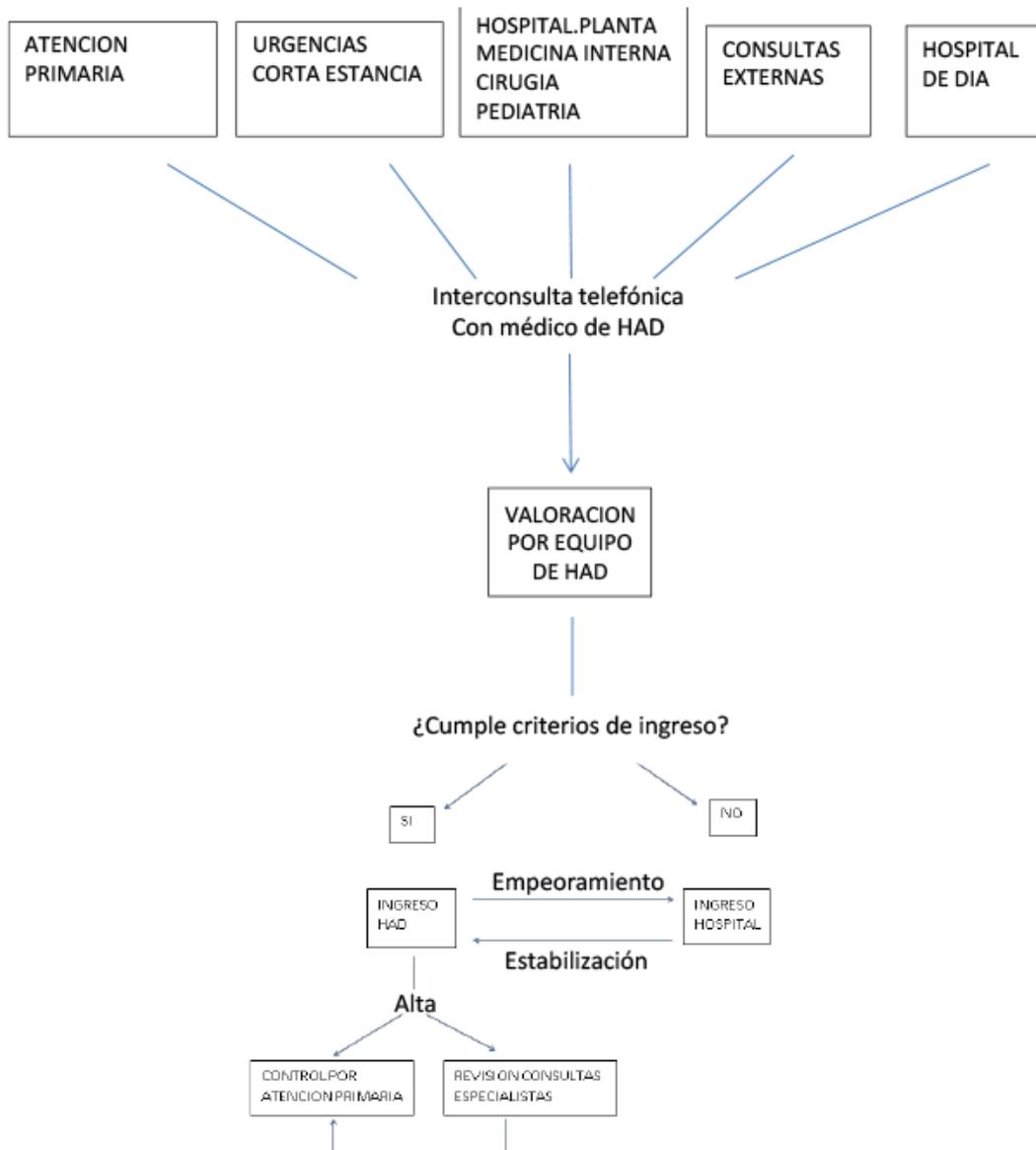
2.3. Tendencias en la Hospitalización Domiciliaria en el Perú y el mundo

La Hospitalización Domiciliaria (HD), es una propuesta alternativa a la gerencia y organización tradicional del sistema de atención de salud, a fin de mejorar su eficiencia y eficacia, consistiendo en brindar al paciente en su propio domicilio cuidados médicos y de enfermería en igual cantidad y calidad que en hospital

La HD responde así mismo a la demanda de servicios y gastos en salud, que aumentan de modo progresivo y sostenido, a los cambios demográficos, sociales y tecnológicos, que generan mayor necesidad de demanda ambulatoria, favoreciendo la transferencia del paciente al entorno familiar y la atención primaria.

La HD se genera como una respuesta a los pacientes que requiriendo una asistencia especializada no precisan de la complejidad hospitalaria, pero tampoco sus necesidades pueden resolverse con el nivel ambulatorio (véase figura II-I).

Figura II-I Modelo de Ingreso al Sistema de Hospitalización en Domicilio



Fuente: <http://www.medint.es/revista-internistas/>

Se puede considerar que la HD se inaugura en 1947, en la ciudad de Nueva York, Estados Unidos, como una extensión del hospital al domicilio del paciente, las razones son descongestionamiento de las salas hospitalaria y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable a su recuperación.

En los años setenta, Canadá implementó HD para pacientes quirúrgicos con alta temprana, en Montreal en el año 1987, se administró y controló antibióticos parenterales en el domicilio de pacientes con problemas agudos.

Revisando la experiencia europea, encontramos que en París, Francia, en el año 1951 se crea la primera unidad de HD, en 1957 se creó el Santé Service, que existe hasta el día de hoy, a fin de atender pacientes crónicos y terminales en su domicilio.

El año 1965, con el nombre de Hospital Care at Home, se desarrolla en Inglaterra la HD, en Alemania y Suecia se desarrolla en los años setenta y en Italia en los ochenta.

La HD en Europa ha tenido en conclusión un desarrollo desigual, por lo que la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud, promueve, estandariza y registra la atención de salud en el hogar, y lo realiza a través del programa From Hospital to Home Health Care.

La Hospitalización Domiciliaria sigue diferentes criterios para su implementación, variando según el país donde se originó, así tenemos que en Estados Unidos y Francia se inició para aumentar la disponibilidad de camas hospitalarias y humanizar la atención al paciente, así como la disminución de costos hospitalarios.

En otros países, se basa principalmente en el diagnóstico de los pacientes, así tenemos que los tumores y las enfermedades del aparato circulatorio son las causas más frecuentes de HD. En la mayor parte de países donde se utiliza, son los pacientes ancianos que requieren cuidados paliativos, los pacientes con cáncer, enfermedades degenerativas terminales quienes más la utilizan.

Así mismo en los países donde se aplica la HD, existe un importante vacío jurídico, siendo Alemania, Estados Unidos y Francia, los únicos países donde se dispone de una definición precisa así como de una reglamentación.

En España la motivación principal fue la saturación de hospitales así como el deseo de controlar el gasto sanitario, movilizándose la HD por proyectos personales o institucionales, sin un plan general de mayor nivel que unificara los conceptos y criterios. Así mismo en las diversas comunidades autónomas españolas, debido a la transferencia de competencias de las que gozan en materia de sanidad, el modelo de HD se desarrolló de modo desigual. En Valencia y el País Vasco se concibieron marcos normativos exclusivos para la HD, respondiendo a la sobreocupación de camas, alta carga asistencial y servicios de referencia de otros hospitales, con la misión de servir de puente entre el hospital y la atención primaria.

La modificación de los hábitos sanitarios y los cambios demográficos, ha obligado a nivel mundial, que los países busquen nuevas formas de gestión y propuestas de reformas estructurales que reformulen el funcionamiento del sistema sanitario. Siendo el resultado opciones de instituciones ambulatorias y domiciliarias de atención de salud. La HD es uno de estos resultados, adquiriendo mayor relevancia en los diferentes sectores de la sociedad.

Es considerada al momento una alternativa asistencial del sector salud, con un modelo organizativo que dispensa atención y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario, tanto por la cantidad como por la calidad, a pacientes en su domicilio, cuando su estado de salud no requiere la complejidad de la infraestructura hospitalaria, pero aún necesitan vigilancia activa y asistencia compleja. Otra característica es la duración limitada, conduciendo al alta, ya sea por mejoría, cura, fallecimiento, reingreso hospitalario o transferencia al nivel primario de atención de salud.

El equipo que conforma la HD está compuesto por médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, quienes se apoyan en la tecnología necesaria para hacer el diagnóstico y proveer el tratamiento en el domicilio del paciente.

La HD requiere para su adecuado funcionamiento: desarrollo del sistema de salud, eficacia económica, perfil de población atendida óptimo, teniendo aún mucha reglamentación por realizar que la regule mejor, pero debe crecer permitiendo que los servicios hospitalarios y extra hospitalarios trabajen de forma continua y eficaz, convirtiéndose en un puente entre el hospital y la atención primaria, tanto desde el punto de vista de gestión, como de enlace financiero.

En algunos países la HD, se implementa en los últimos tiempos de manera rápida, tratando de mejorar la calidad de vida, mejor uso de recursos hospitalarios, mejora de la atención y mejora de la satisfacción y participación por parte del paciente y sus familiares en su tratamiento.

Se ha evidenciado en algunos estudios, la mejora de la evolución clínica, reducción de las complicaciones derivadas de la estancia hospitalaria prolongada o innecesaria, y con una asistencia más humanizada.

A nivel de la institución hospitalaria se evidenció en los estudios mencionados, la mayor rentabilidad de los recursos disponibles, aumento de la rotación y disponibilidad de camas, reducción de las estancias innecesarias, acortamiento de los

períodos de internamiento, reducción del presupuesto programado y mejora de los servicios ofrecidos.

2.4. Aseguramiento Público y Privado de Salud en el Perú

- Seguridad Social en el Perú dependiente del Ministerio del Trabajo.
- Seguro Integral de Salud, comprendido en el Ministerio de Salud, con autonomía administrativa.
- Sanidad de las FFAA (Marina, Aviación y el Ejército), adscritos al Ministerio de Defensa.
- Sanidad de las Policía Nacional del Perú adscrita al Ministerio del Interior.
- Sector Privado: EPS, aseguradoras privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad civil.

CAPÍTULO III. ANALISIS DEL SECTOR

En este capítulo se analizan los factores del entorno y su influencia en el comportamiento de nuestro mercado objetivo.

3.1. Análisis del Entorno

Lima, el centro en donde se desarrollará el negocio propuesto, es la capital de la República del Perú; está situada en la región centro occidental de América del Sur. Es la quinta ciudad más poblada de América Latina y alberga a más de la cuarta parte del total de la población peruana.

Lima experimenta desde los años 40 un crecimiento poblacional y espacial generado por la migración interna; concentra además una gran proporción del capital humano y material, pero a la vez se generan deficiencias en cuanto a servicios vitales, disminuyendo la calidad del ambiente en el cual viven sus habitantes.

La población de Lima refleja una gran diversidad étnica y cultural. Según una encuesta (PUCP, 2008), de las 503 personas entrevistadas, el 63% se considera mestizo, el 22% amerindio (quechua, amazónico y aimara), el 7% blanco, el 4% afro peruano, el 1% asiático y el 3% restante no precisan o se considera de otros grupos.

Actualmente Lima es el centro comercial, financiero, cultural y político del país.

3.1.1. Organización Política

No existe un órgano de gobierno de la ciudad como tal. La ciudad se encuentra englobada en la Provincia de Lima, que se subdivide en 43 distritos por lo que la autoridad local es la Municipalidad Metropolitana de Lima.

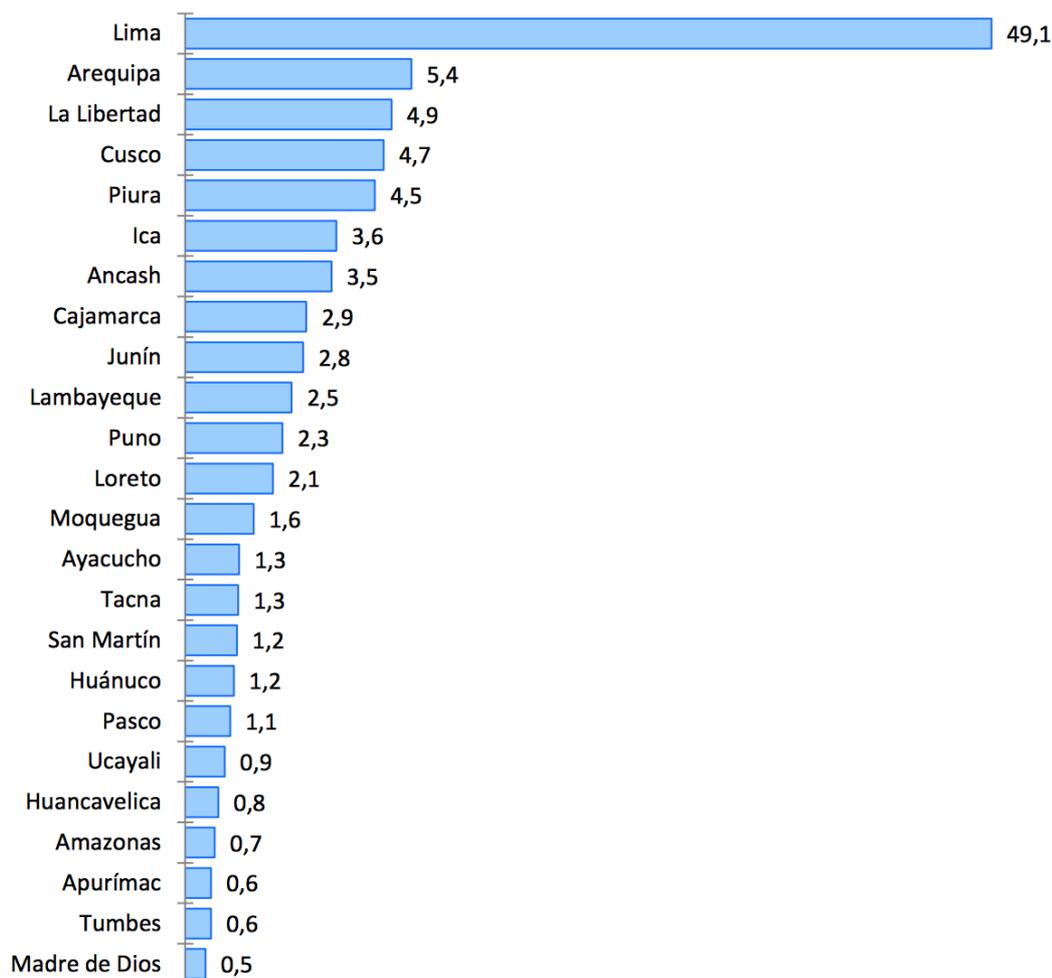
Cada uno de los 43 distritos sobre los que se extiende la ciudad, tiene su propia Municipalidad Distrital la que tiene competencia sobre su propio distrito pero, tienen también una obligación de coordinación con la Municipalidad Metropolitana.

3.1.2. Economía

Tiene una gran importancia económica para el país, lo cual se ve reflejado en su contribución al PBI, Lima genera el 52.2% del PIB del Perú. En el 2009, el PIB per cápita de Lima superó la barrera de los \$15,000. Ver Figura III-I

Es el principal centro industrial y financiero del país. Los principales rubros económicos que presentan una alta actividad son la industria manufacturera, el comercio, los servicios y el turismo.

Figura III-I PBI según Departamentos (estructura porcentual)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2009.

3.1.3. Población Total

De acuerdo al último censo (2007), la población de la provincia de Lima fue de 7 millones 861 mil 745 habitantes, de los cuales 3 millones 832 mil 807 fueron varones y 4 millones 28 mil 938 mujeres. La población constituye más del 90% de la población del departamento de Lima y el 28% de la población nacional.

Los distritos de la provincia de Lima pueden clasificarse según su tamaño poblacional en cinco estratos poblacionales: con más de 500 mil habitantes (San Juan de

Lurigancho, San Martín de Porres y Comas), entre 300 mil y menos de 500 mil habitantes (Ate, Villa El Salvador, Villa María del Triunfo, San Juan de Miraflores, Los Olivos y Lima), entre 100 mil y menos de 300 mil habitantes (Santiago de Surco, Chorrillos, Puente Piedra, Carabaylo, Independencia, La Victoria, Santa Anita, El Agustino, Rímac, Lurigancho, La Molina, San Miguel y San Borja), entre 50 mil y menos de 100 mil habitantes (Surquillo, Miraflores, Breña, Pueblo Libre, Pachacamac, Jesús María, Lurín, San Isidro, Lince, San Luis y Magdalena del Mar), y con menos de 50 mil habitantes (Chaclacayo, Barranco, Ancón, Cieneguilla, Santa Rosa, Pucusana, San Bartolo, Punta Hermosa, Punta Negra y Santa María del Mar). Según se puede evidenciar en la Tabla III-1.

Tabla III-I Distritos de Lima Metropolitana y población

Distrito	1993		2007	
	Hab.	%	Hab.	%
Total	5,786,758	100%	7,861,745	100%
San Juan de Lurigancho	591,213	10.2%	926,381	11.8%
San Martín de Porres	385,759	6.7%	597,745	7.6%
Comas	410,066	7.1%	504,816	6.4%
Ate	270,162	4.7%	491,544	6.3%
Villa El Salvador	258,239	4.5%	393,893	5.0%
Villa María del Triunfo	267,278	4.6%	393,835	5.0%
San Juan de Miraflores	287,353	5.0%	375,430	4.8%
Los Olivos	231,367	4.0%	328,752	4.2%
Lima	345,233	6.0%	312,610	4.0%
Santiago de Surco	203,569	3.5%	299,054	3.8%
Chorrillos	220,066	3.8%	296,882	3.8%
Puente Piedra	104,261	1.8%	238,856	3.0%
Carabaylo	108,049	1.9%	218,780	2.8%
Independencia	186,526	3.2%	215,556	2.7%
La Victoria	230,063	4.0%	201,316	2.6%
Santa Anita	120,336	2.1%	190,314	2.4%
El Agustino	156,204	2.7%	186,977	2.4%
Rímac	192,418	3.3%	183,663	2.3%
Lurigancho	101,656	1.8%	174,274	2.2%
La Molina	79,341	1.4%	136,350	1.7%
San Miguel	119,148	2.1%	134,113	1.7%
San Borja	101,359	1.8%	109,258	1.4%

Surquillo	89,714	1.6%	92,915	1.2%
Miraflores	88,344	1.5%	88,596	1.1%
Breña	91,244	1.6%	85,433	1.1%
Pueblo Libre	75,101	1.3%	77,199	1.0%
Pachacámac	20,131	0.3%	69,348	0.9%
Jesús María	66,483	1.1%	68,867	0.9%
Lurín	34,752	0.6%	61,648	0.8%
San Isidro	63,894	1.1%	60,544	0.8%
Lince	63,827	1.1%	57,665	0.7%
San Luis	49,600	0.9%	56,737	0.7%
Magdalena del Mar	49,655	0.9%	52,801	0.7%
Chaclacayo	36,502	0.6%	42,666	0.5%
Barranco	41,234	0.7%	35,430	0.5%
Ancón	19,968	0.3%	34,329	0.4%
Cieneguilla	9,120	0.2%	27,155	0.3%
Santa Rosa	3,962	0.1%	11,094	0.1%
Pucusana	4,293	0.1%	10,847	0.1%
San Bartolo	3,350	0.1%	5,976	0.1%
Punta Hermosa	3,327	0.1%	5,924	0.1%
Punta Negra	2,406	0.0%	5,404	0.1%
Santa María del Mar	185	0.0%	768	0.0%

Elaboración: Autores de la tesis.

3.1.3.1. Población por grandes grupos de edad

Durante el 2007, la población de 15 a 64 años (68.2%) constituyó el grupo poblacional más frecuente, luego se encontró la población menor de 15 años (25.0%), y finalmente se ubicó la población de 65 años a más (6.8%).

La población menor de 15 años se incrementó entre 1993 y el 2007, en 12.1%, sin embargo, en términos relativos presentó una disminución de 29.8% a 25.0%. La población de 15 a 64 años se incrementó en 38.7% (de 3.7 a 5.2 millones), representando en términos relativos un incremento de 65.5% a 68.2%. La población de 65 años a más también mostró un crecimiento importante, en términos absolutos (creció en 92.0%, de 268 mil a 514 mil) y relativos (se incrementó de 4.7% a 6.8%).

3.1.3.2. Pirámide Poblacional

La pirámide poblacional nos permite observar la estructura de la población y su evolución en un periodo de tiempo determinado, mostrando el comportamiento diferenciado de cada grupo de edad y sexo.

La estructura de la población de la provincia de Lima ha presentado cambios en el periodo 1993-2007; se observó que la base de la pirámide poblacional se redujo (0 a 4 años), debido a una reducción de la natalidad, proceso conocido como envejecimiento de la base de la pirámide; los subsiguientes grupos de edad (5 a 24 años) mostraron una evolución similar.

Por otro lado, la parte central de la pirámide presentó un ensanchamiento progresivo (30 a 59 años), reflejando un mayor número de población en edad de trabajar; asimismo, la población adulta mayor (60 a más años) presentó una mayor proporción, como consecuencia del aumento sostenido de la esperanza de vida, proceso conocido como envejecimiento de la cúspide de la pirámide.

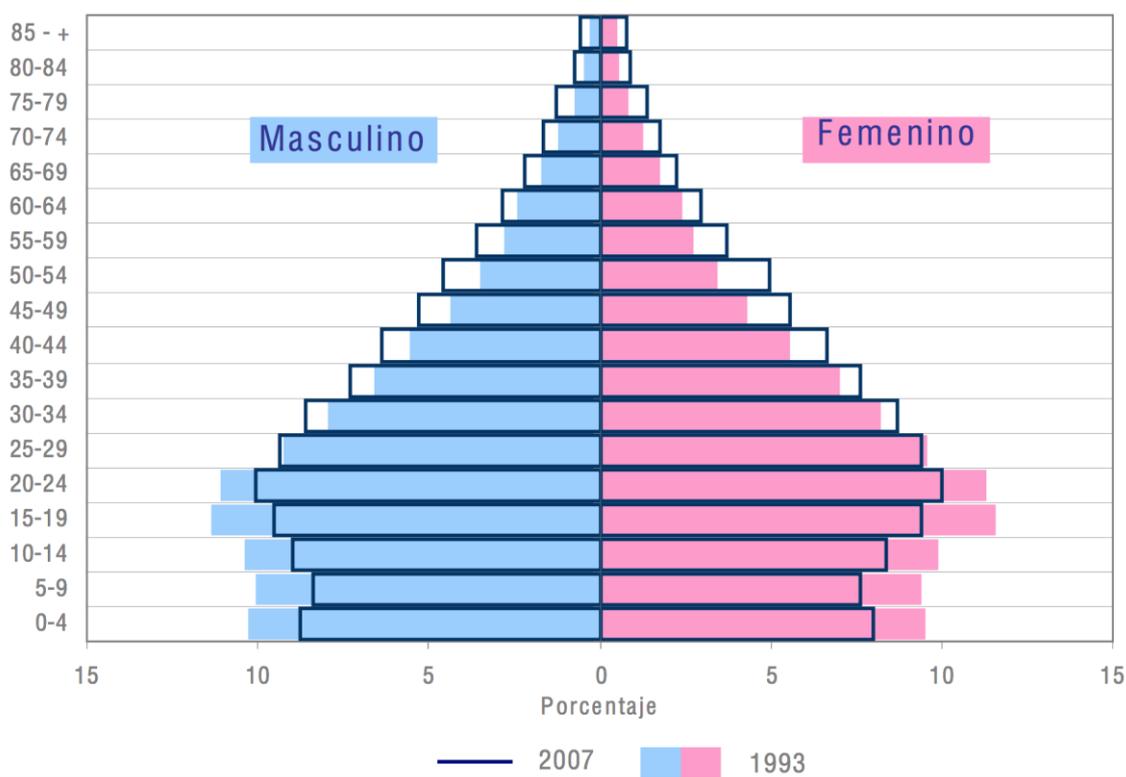
El proceso de envejecimiento de la base de la pirámide, conjuntamente con el proceso de envejecimiento de la cúspide, ocasiona un envejecimiento progresivo de la población, que puede observarse al superponer las pirámides poblacionales de 1993 y el 2007. Ver Figura III-II.

Los cambios en la estructura de edad de la población también pueden analizarse por medio de la razón de dependencia demográfica. En el año 2007, la razón de dependencia demográfica en la provincia de Lima fue de 46.6 dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar (15 a 64 años), indicando una reducción de la población dependiente en más de cinco puntos porcentuales en relación a 1993, año en que dicha relación fue de 52.6 dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar. Ver Tabla III-II.

El envejecimiento poblacional se ve reflejado en el incremento de la edad promedio de la población, entre 1993 y el 2007, la edad promedio de la población de la provincia de Lima se incrementó en tres años (de 27 a 30 años).

El índice de envejecimiento de la provincia de Lima también presentó un incremento en dicho periodo, de 15.8 a 27.0 por cien, es decir, en el 2007 existieron 27 personas de 65 años a más por cada 100 menores de 15 años.

Figura III-II Pirámide Poblacional Peruana



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática

Tabla III-II Razón de Dependencia Demográfica en Lima

Componente	1993	2007
Razón de dependencia	52.6	46.6
Componente de población joven (0 - 14 años)	45.4	36.7
Componente de población envejecida (65 - +)	7.2	9.9

Elaboración: Autores de la tesis.

El envejecimiento poblacional se ve reflejado en el incremento de la edad promedio de la población, entre 1993 y el 2007, la edad promedio de la población de la provincia de Lima se incrementó en tres años (de 27 a 30 años).

El índice de envejecimiento de la provincia de Lima también presentó un incremento en dicho periodo, de 15.8 a 27.0 por cien, es decir, en el 2007 existieron 27 personas de 65 años a más por cada 100 menores de 15 años.

En términos absolutos, se pudo observar que entre 1993 y el 2007, la población de 65 años a más de la provincia de Lima se incrementó en un 92%, equivalente a 246 mil 439 habitantes, en todos los distritos también se observó este incremento, llegando en algunos casos a cuadruplicarse, como sucedió en Santa Rosa (376.3%) y Cieneguilla (363.7%).

3.2. Análisis de los determinantes socioeconómicos

3.2.1. Pobreza monetaria y no monetaria.

Según el último censo del 2007, el 23.7% de la población de la provincia de Lima tenía al menos una necesidad básica insatisfecha (NBI). Esta cifra, en relación a la obtenida por el censo del año 1993, había descendido en 8.4 puntos porcentuales.

Según el método de la línea de pobreza, en el 2007 la provincia de Lima tenía una población pobre de 18% y una población extremadamente pobre de 0.9%.

3.2.2. Análisis de los recursos humanos de la salud

Durante el 2009, hubo 23,024 médicos a nivel nacional, de los cuales 8,577 (37.3%) laboraron en la provincia de Lima, lo que condicionó que existan 10.6 médicos por cada 10 mil habitantes, mientras que en el resto de país solo se alcanzó a 6.9 médicos por cada 10 mil habitantes; es decir, en la provincia de Lima hubo casi 4 médicos más por igual número de habitantes.

En el Perú hubo 24,390 enfermeros durante el 2009, de los cuales 8,000 (32.8%) laboraron en la provincia de Lima, equivalente a 9.9 enfermeros por cada 10 mil habitantes, mientras que en el resto del país existieron 7.8 enfermeros por cada 10 mil habitantes; determinando que en la provincia de Lima se contara con 2 enfermeros más por igual número de habitantes (Tabla III-III y Figura III-III).

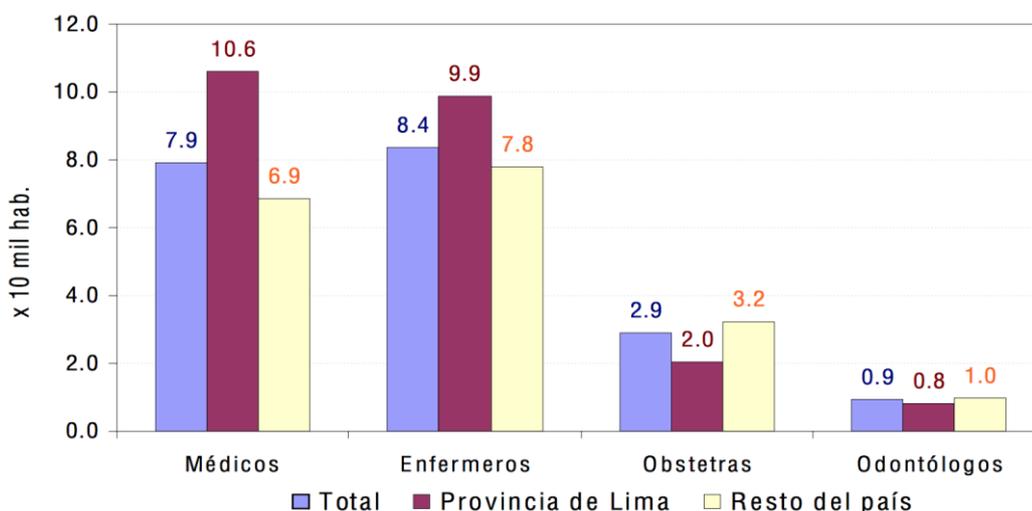
En conclusión, se puede apreciar que en la provincia de Lima se cuenta con un número adecuado de médicos y enfermeros, mientras que existe una deficiencia de obstetras y odontólogos, al igual que en el nivel nacional.

Tabla III-III Situación de la Salud - Año 2011

Indicador	Tasa/10,000 hab
Camas	15.07
Médico	8.58
Enfermera	9.47
Establecimientos	3.20
Hospitales	0.17
Centros y Postas	3.03
Consultas médicas	2.23

Fuente: OGE, DGSP

Figura III-III Recursos Humanos de Salud. Provincia de Lima vs. Resto del País 2009.



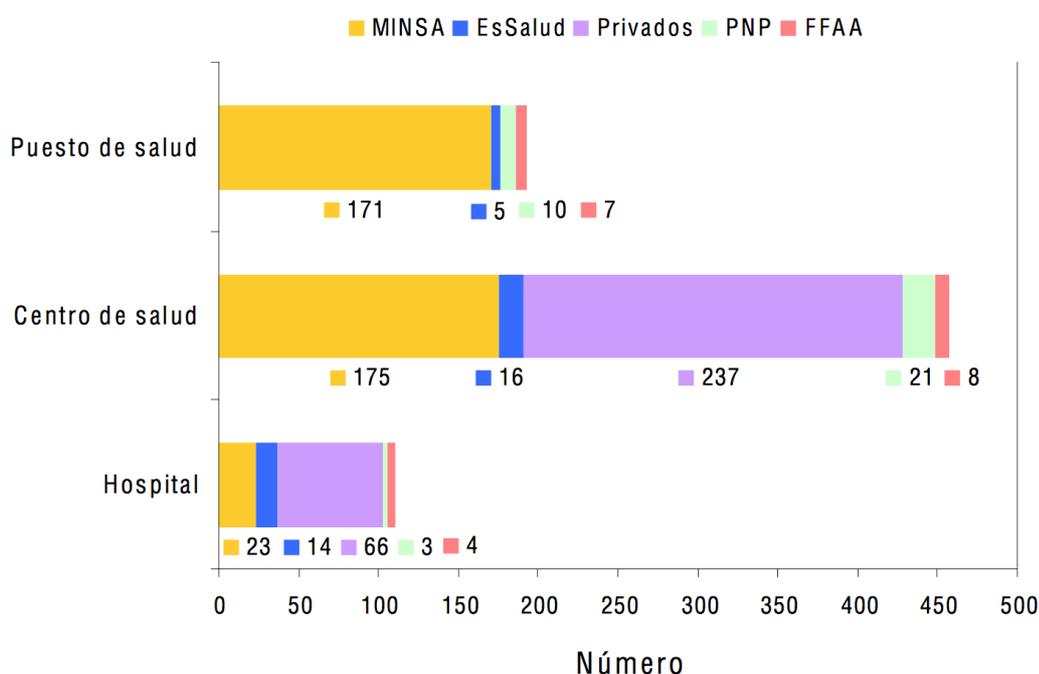
Fuentes: MINSA - DGGDRH. EsSalud - Gerencia Central de Prestaciones de Salud.

3.2.3. Análisis de los recursos físicos

Durante el 2009, hubo 469 centros hospitalarios a nivel nacional, de los cuales 110 (23.5%) estuvieron en la provincia de Lima, equivalente a 1.4 hospitales por cada 100 mil habitantes, mientras que en el resto de país existió 1.7 por cada 100 mil habitantes. En el Perú hubo 2,321 centros de salud durante el 2009, de los cuales 457 (19.7%) estuvieron en la provincia de Lima, equivalente a 5.6 centros de salud por cada 100 mil habitantes; mientras que en el resto del país existieron 8.9 por cada 100 mil habitantes, es decir, en el resto del país hubo 3 centros de salud más por igual número de habitantes.

Por otro lado, se observó durante el 2009, que el 60% de los hospitales y el 52% de los centros de salud, pertenecieron al subsector privado, superando la oferta del resto de prestadores de salud. Asimismo se observó que ningún establecimiento de baja complejidad (puestos de salud) perteneció a este subsector. El MINSA aportó el 21% de los hospitales, el 38% de los centros de salud, y el 89% de los puestos de salud, ocupando el segundo lugar en la oferta de los dos primeros tipos de establecimientos y el primero en la oferta de estos últimos (figura III-IV).

Figura III-IV Establecimientos de Salud por Subsector. Provincia de Lima, 2009.



Fuentes: MINSA - DGGDRH.

3.2.4. Análisis de los recursos financieros

Se ha considerado el gasto efectuado por el nivel de gobierno nacional que corresponde a las Direcciones de Salud Lima Ciudad, Lima Este y Lima Sur y a los hospitales de la provincia de Lima; y el gasto efectuado por el nivel de gobierno local, que corresponde a la Municipalidad Metropolitana de Lima y a los municipios distritales.

El gasto público en salud y saneamiento como porcentaje del gasto público total solo fue estimado para el nivel de gobierno local, debido a que no fue posible determinar el

gasto público total efectuado por el nivel de gobierno nacional en la provincia de Lima.

3.3. Aseguramiento en Salud

El Perú en el año 2009 inició un proceso de reforma llamado aseguramiento universal en salud, a través de la Ley 29344, mediante la implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en las regiones de Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, y a partir de Julio del 2010 en la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao. Actualmente vigente en todo el Perú (figura III-V).

El aseguramiento universal en salud es de tres tipos, régimen contributivo, régimen semicontributivo y régimen subsidiado. Las entidades que integran el sistema de aseguramiento universal en salud son el Seguro Integral de Salud (SIS), el Seguro Social de Salud (EsSalud), las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) y las Compañías de Seguros Privados.

Figura III-V Evolución de los planes de Cobertura.



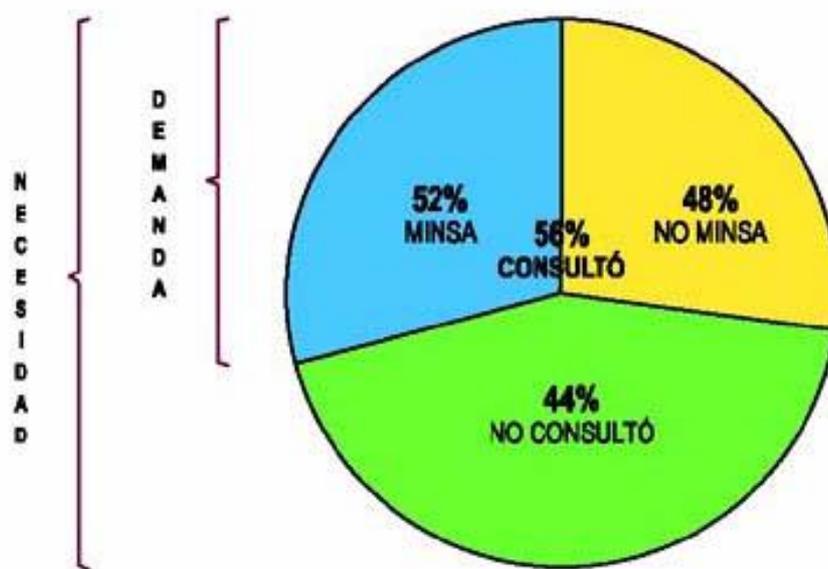
Fuente: SIS. Gerencia de riesgos y evaluación de prestaciones

3.4. La demanda

La demanda de los servicios de salud depende del precio de la consulta, los precios de las medicinas, los ingresos disponibles, los costos de transporte, el tiempo de espera, la calidad del trato recibido, la calidad clínica de los servicios ofertados, los factores demográficos del hogar y sus miembros, los hábitos y costumbres de las personas.

El perfil de la demanda de servicios de salud es de utilidad por cuanto proporciona estadísticas descriptivas relativas a las características socioeconómicas de los usuarios de servicios de salud, a los patrones de acceso y utilización de estos servicios, a las percepciones respecto de los servicios utilizados, a la estructura del mercado y al grado de equidad del sistema. Figura III-VI

Figura III-VI Demanda de Servicios de Salud



Fuente: Acta méd. peruana v.25 n.1 Lima ene./mar. 2008

Existen diversas formas de estimar y evaluar la demanda; en base a estos se estiman coeficientes técnicos que relacionan producción de prestaciones finales con población, obteniéndose de esta forma las prestaciones que la red debiera otorgar en su área de influencia. Entre los principales tenemos:

- Necesidades de salud. Permite estimar la necesidad de recursos en base a las necesidades de salud de la población.

- **Objetivos de prestaciones.** Se basa en la definición de objetivos de servicios que se traducen en metas cuantificadas de producción de prestaciones por habitante.
- **Utilización de servicios.** Este método se diferencia de los anteriores en que no utiliza normas para determinar la demanda, sino que toma como referencia la utilización actual de los servicios por la población. Tiene la ventaja de estar basado en la realidad, evitando que se proyecten inversiones que en definitiva no serán usadas por la población.
- **Razón recursos población.** La razón recursos población es una variante del método anterior, diferenciándose en que los coeficientes técnicos utilizados corresponden a un ideal basado en un referente observado. La razón de recursos población se aplica a las proyecciones demográficas, al igual que en todos los métodos antes descritos. El método de razón recursos población es de elección cuando se estima la demanda de prestaciones que se quieren incorporar por primera vez a la oferta de servicios.

3.5. Lugar de Atención

En general para todos los problemas de salud, cualquiera sea su naturaleza, el lugar de atención preferente lo constituyen farmacias y boticas con un 35% (más de 3 millones 115 mil atendidos) seguidos de establecimientos MINSA con un 32.9% (más de 2 millones 928 mil atendidos) y las clínicas y consultorios particulares con un 15.2% (1 millón 352 mil atendidos) que en conjunto concentran el 83.2% del total de la población que buscan atención en algún prestador de salud.

3.2.1. Por tipo de Aseguradora de Salud

Del grupo de población que busca atención en establecimientos del Ministerio de Salud, el 69% está afiliado al SIS, mientras que el 22.3% no cuentan con ningún seguro de salud, que en total concentran el 99.1% del total de atendidos en establecimientos del Ministerio de Salud.

En EsSalud el 96.1% de los atendidos cuentan con cobertura de seguro de EsSalud, mientras que existe un 2.5% que se atienden en EsSalud son coberturados por otros seguros que no corresponden a EsSalud principalmente.

Entre la población que busca atención en clínicas y consultorio particular, el 41.9% no cuentan con un seguro de salud ni público ni privado, mientras que el 26.1% están coberturados por EsSalud. Los afiliados al SIS y que buscan atención particular constituyen el 16.9% y aquellos que cuentan con un seguro de salud particular y que se atienden en un consultorio particular constituyen el 15.1%.

En el caso de las personas que buscan atención en la farmacia, el 45.8% no cuentan con ningún seguro de salud ni público ni privado. Los afiliados al SIS y que se atienden en farmacia constituyen el 28.6% y los asegurados en EsSalud que se atienden en farmacias constituyen el 18.6%.

Del grupo que no busca atención en un prestador de salud y que tienen una necesidad sentida, el 38.4% están afiliados al SIS, el 37.6% no cuenta con un seguro de salud ni público ni privado; mientras que aquellos que cuentan con coberturas de EsSalud constituyen el 19.5%.

En las clínicas particulares se atienden principalmente los quintiles con mayor capacidad de gasto, es decir los menos pobres, entre ambos el quintil V con el 44% y el quintil IV con el 26.1% concentran el 70.1% del total de atendidos en clínicas particulares.

3.2.2. Hospitalización

La hospitalización por un determinado problema de salud es un acto que dependerá en primer lugar de la severidad de la enfermedad, pero también de la disponibilidad de establecimientos de salud de mayor complejidad y del grado de ocupación de las camas.

Del total de personas que reportaron enfermedad, solo el 6.2% fue hospitalizada. La hospitalización fue mayor cuando se trató de una enfermedad crónica que de un problema de salud no crónico (7.9% vs. 4.4%).

En las clínicas privadas se estimó la frecuencia de uso en emergencia y la relación con la hospitalización. Determinándose que el 4% del total de pacientes que acuden a emergencia son hospitalizados.

3.6. Perfil del Usuario Privado

A fines de la década del 90 se dio un gran cambio en lo que respecta el aseguramiento en los servicios de salud. Se introdujo en el Perú el concepto de competencia en el

mercado de salud, es así como aparecen las EPS que buscaba ser un complemento al sistema público de seguridad social. La competencia resultó ser beneficiosa puesto que estas empresas buscaban ser más eficientes y brindar un mejor servicio con la finalidad de retener y captar nuevos afiliados.

Esto obligó a las empresas a reorientar sus procesos hacia los usuarios, algo que siempre debió estar presente. La competencia en el sector salud es válido para aquellos segmentos que están en capacidad de poder pagar por ello, es decir trabajadores independientes o dependientes, empresarios, comerciantes, productores.

Mientras tanto el estado se debe encargar de orientar todos sus recursos financieros y humanos en brindar servicios de salud a los segmentos catalogados como pobres o pobres extremos, sin desviarse de su misión u objetivo primigenio.

En el mercado privado de salud participan diversos agentes que no se encuentran integrados, por lo que ninguno tiene un control total de la cadena. Las atenciones se pueden realizar de manera particular, a través de Empresas Prestadoras de Salud, compañías de seguros, autoseguros o planes de medicina prepagada de clínicas.

Es un mercado que supera los US\$300 millones de dólares anuales y está constituido por los aportes a EPS, compañías de seguros, fondos de autoseguros y planes de medicina prepagada. La población de este mercado se estima por encima del millón de afiliados.

Para acceder a los beneficios, los afiliados a un plan de salud deben cotizar alrededor de US\$ 30 per cápita mensual. Para acceder a las prestaciones, el financiador contrata una red de establecimientos, en su mayoría privados. Ver tabla III-4.

Tabla IV-4 Percepción de la Calidad de Atención 2009.

Calidad de Atención 2009			
	Muy Buena	Buena	Total
Clínicas Privadas	20.9	70.2	91.1
Hospitales de Solidaridad	8	62.9	69.9
Hospitales de Fuerzas Armadas y Policiales	2.7	33.2	35.9
Hospitales de EsSalud	1.8	22.8	24.6
Hospitales del Ministerio de Salud	1.7	16.1	17.8

Elaboración: Autores de la tesis.

CAPÍTULO IV. INVESTIGACION DE MERCADO

En este capítulo se presentarán y analizarán los resultados del Estudio de Mercado Cualitativo, el cual será investigado con la herramienta del focus group y el Estudio del Mercado Cuantitativo, que será realizado mediante Encuesta, con un cuestionario a 96 personas, complementado con una serie de entrevistas a profundidad a directivos o gerentes de EPS.

4.1. Estudio de Mercado Cualitativo:

4.1.1. Focus group

Se realizaron dos reuniones de Focus Group, como grupos de discusión, integrado por nueve personas, de treinta a sesenta y cinco años de edad, que cuenten con un seguro privado de salud vigente a la fecha y que vivieran en los distritos de interés.

4.1.1.1. Objetivo del Focus Group

El objetivo general del focus grupo es evaluar la decisión de compra por parte del usuario final. En Anexo 2, se detallan los objetivos específicos.

4.1.1.2. Descripción de grupos:

Se realizaron dos focus group, con integrantes similares, en cuanto a edad (30 a 65 años), de ambos sexos, que cuenten con Seguro de Salud Privado vigente, y que vivan en los distritos donde se iniciará el presente proyecto (Surco, San Borja, Surquillo, Miraflores, San Isidro y San Luis).

Ambos focus, fueron conducidos por una profesional especialista en Marketing acompañada por el grupo que elabora la tesis, planteando preguntas según guía elaborada con anterioridad, que cubre los aspectos más relevantes de nuestro servicio, explorando, profundizando y definiendo que aspectos motivan o interesan más a los probables usuarios, tabla IV-I y tabla IV-II.

Tabla IV-I Características de los participantes del primer Focus Group

PRIMER FOCUS GROUP	EDAD	OCUPACIÓN	DISTRITO
PARTICIPANTE 1	53	CORREDORA	SURCO
PARTICIPANTE 2	46	MÉDICO	SAN BORJA
PARTICIPANTE 3	35	MÉDICO	SAN BORJA
PARTICIPANTE 4	38	AMA DE CASA	SURCO
PARTICIPANTE 5	41	INGENIERO	SURCO
PARTICIPANTE 6	52	INGENIERO	SURQUILLO
PARTICIPANTE 7	62	PROFESORA	SAN LUIS
PARTICIPANTE 8	38	BIÓLOGO	MIRAFLORES
PARTICIPANTE 9	38	EMPRESARIO	MIRAFLORES

Elaboración: Autores de la tesis.

Tabla IV-II Características de los participantes del segundo Focus Group

SEGUNDO FOCUS GROUP	EDAD	OCUPACIÓN	DISTRITO
PARTICIPANTE 1	33	ABOGADA	SURCO
PARTICIPANTE 2	54	INGENIERA	SURCO
PARTICIPANTE 3	62	INGENIERO	SURCO
PARTICIPANTE 4	31	MEDICO	SURQUILLO
PARTICIPANTE 5	59	PSICOLOGO	SURQUILLO
PARTICIPANTE 6	33	MARKETING	SAN BORJA
PARTICIPANTE 7	44	COMERCIANTE	MIRALORES
PARTICIPANTE 8	57	AMA DE CASA	SURCO
PARTICIPANTE 9	30	EMPRESARIO	MIRAFLORES

Elaboración: Autores de la tesis.

A continuación la descripción de la ficha técnica de los focus group realizados en el estudio de la presente tesis (Tabla IV-III):

Tabla IV-III Focus Group: Ficha Técnica

FECHA DE REALIZACIÓN DEL FOCUS GROUP	- 10 y 12 de junio del 2015
EJECUTADO POR	- Lic. Marketing Angélica Chíncono. - Med. Daniel Buendía Molina. - Med. María Teresa Chíncono Egúsqüiza. - Med. Paola Montenegro Beltrán.
SEGMENTACIÓN	- Ambos focus, edades entre 30 y 65.
UBICACIÓN	- El Cortijo 432 - Departamento 602 - Surco.
NIVEL SOCIOECONÓMICO	- NSE B, se realizó control con ficha de nivel socioeconómico según APEIN.
DURACIÓN	- 02 días.

Elaboración: Autores de la tesis.

La guía para la realización del focus fue elaborada por los autores de la tesis y fue revisada por una licenciada en marketing. Ver Anexo 1.

4.1.1.3. Conclusiones del focus group

Se presentarán las conclusiones basadas en el informe del focus group que se realizó según las preguntas planteadas en el Anexo 02.

Experiencia de hospitalización institucional

De un total de 18 participantes en ambos focus group, se obtuvo que la experiencia de la hospitalización ha sido variable, pero se asocia a ansiedad de la enfermedad en sí, tiempos de espera más o menos largos, tranquilidad porque ahora si sanarán y atenderán a su paciente, recibirá todo lo que necesita (medicinas, atención, laboratorio, etc.).

Los participantes con experiencia en hospitalización, fuera del hecho de la enfermedad, dijeron que su principal incomodidad fue la falta de privacidad; la comida no siempre a su gusto y a menudo tibia o fría; la demora en acudir del

personal médico o de enfermería para atenderlos; que ingresaba mucho personal de salud al cuarto, "...a ellos no les importa si estamos dormidos, comiendo, desvestidos, conversando, de día o de noche...", "...retiran a la familia o amigos...", "...yo estuve en un cuarto compartido y te examinan igual, delante del otro...", etc.

Los participantes no tuvieron una definición única de una buena atención hospitalaria, pero mencionaron las siguientes características: buena calidad, rápida, segura, económica y rodeado de la familia, como las más deseables.

Beneficios de la hospitalización en domicilio

Los encuestados dijeron: "...espero la comodidad y seguridad de mi casa, recibir la misma atención que en el hospital...", "...la idea de mantener las comodidades de la propia habitación y recibir atención médica y de enfermería es muy buena...", el principal aspecto señalado como generador de preocupación es la seguridad, en dos aspectos, la seguridad del tratamiento, de que no se van a complicar, refieren que siempre inquieta que no esté disponible el personal de salud para que acuda y el segundo aspecto de la seguridad es que les gustaría que el personal estuviera muy bien identificado y uniformado, de ser posible envíen fotos, con DNI y el rol de turno de visitas por adelantado, junto con la orden de hospitalización. Aproximadamente el 70% de los participantes les gustó el servicio ofrecido, refiriendo que si hay comodidad, seguridad y buena atención les encantaría ser atendidos en casa.

Los participantes también indicaron que el personal que acude al domicilio, más aún el primer contacto, tiene que explicar muy bien, y mejor por escrito cómo funcionará y se coordinará todo, asegurando que serán atendidos con rapidez si es que algo no funciona como se espera, "...la tranquilidad que siempre nos orientarán da confianza en la familia y el paciente...", "...el médico y la enfermera deben explicar la enfermedad, los resultados de exámenes, el tratamiento, pronóstico, cuanto tiempo aproximadamente se requiere de hospitalización..."

Otro aspecto importante es que la cobertura habitual de su seguro le va a cubrir todo o igual que si se quedará en la institución, si cubre laboratorio, farmacia, radiología.

Al grupo de participantes del focus, les gustó la idea de ser atendidos en domicilio, tanto para ellos como para sus familiares.

Conocimiento de la hospitalización domiciliaria

Al preguntarles que se requeriría, los participantes señalaron que el domicilio debe tener una cama y mobiliario básico, un cuarto con suficiente espacio, ventilación y limpio, para ser atendidos.

Los participantes creen que la hospitalización en domicilio, debe ser más rápida que la convencional, de igual de o menor precio, más cómoda y tranquila.

En cuanto al conocimiento de casos de hospitalización en domicilio, nuestros participantes conocían en su minoría la hospitalización de PADOMI – ESSALUD, uno conocía la hospitalización en España, porque estuvo de visita cuando hospitalizaron a un familiar. Algunos habían escuchado, pero no tenían la noción precisa del sistema, lo confundían con el concepto de cuidar a un paciente postrado o terminal en casa durante mucho tiempo.

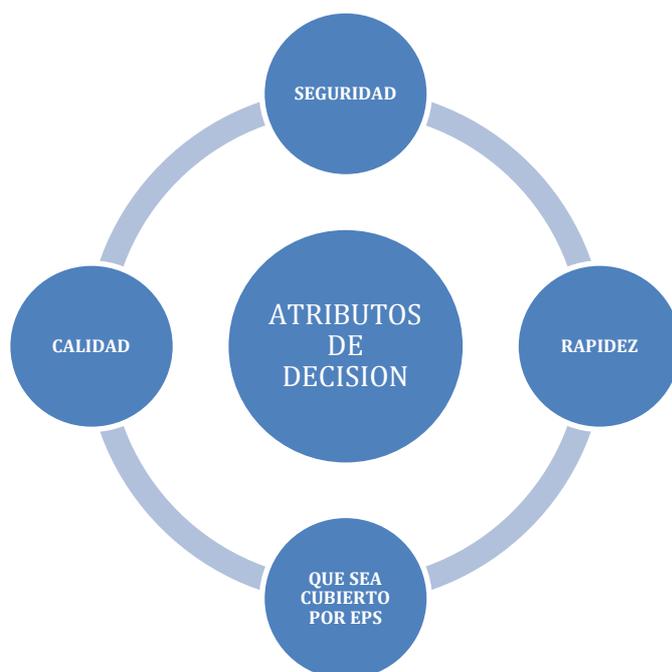
Dos participantes han tenido familiares crónicos postrados en cama (los dos pacientes oncológicos) y los han cuidado junto a su familia por tiempo prolongado, logrando calidad de vida, a ellos dos particularmente les pareció muy bueno el proyecto. El resto no conocía del cuidado hospitalario en casa.

Decisión de uso del servicio

Al preguntarles qué aspectos impedirían que ellos utilicen el servicio, mencionaron el temor a no tener ayuda si la necesitan y que acuda personal que no es de la institución.

Sobre qué aspectos consideran valiosos y que favorecerían su decisión de tomar el servicio fue que fuera seguro, rápido, confiable y este todo coordinado con claridad y orden (Ilustración IV-1). Que el personal sea proactivo con las instrucciones, que haya un instructivo que detalle todos los aspectos por escrito, cuando y donde llamar, a donde acudir, cuando vendrán, etc.

Ilustración IV-1 Atributos Valorados para la Hospitalización en Domicilio



Elaboración: Autores de la tesis.

4.1.2. Entrevista a Profundidad.

Se realizó entrevista a profundidad a 6 funcionarios del sector privado con poder de decisión, con el objetivo de evaluar su conocimiento sobre Hospitalización en Domiciliaria y la posibilidad de tomar el servicio y requerimientos para la toma del mismo. Anexo 4.

4.1.2.1. Descripción de Participantes

Los funcionarios que accedieron a la entrevista a profundidad fueron contactados por los miembros del presente plan de trabajo. Las entrevistas se llevaron a cabo en el centro de trabajo de los participantes. Las preguntas eran abiertas y fueron realizadas dentro de un dialogo cordial y coloquial.

Las preguntas fueron previamente revisadas por la asesora de marketing y por los miembros del plan de trabajo.

En la tabla IV-IV se presenta el perfil de los entrevistados.

Tabla IV-IV Participantes de Entrevista a Profundidad

Participante	Sexo
Gerente General Empresa Oncológica	Masculino
Gerente Médico de Clínica de Lima (1)	Femenino
Gerente Médico de Clínica de Lima (2)	Masculino
Jefe de Calidad IAFA privada	Masculino
Gerente de Prestaciones Económicas EsSalud	Femenino
Directora Médica Clínica de Lima	Femenino

Elaboración: Autores de la tesis.

4.1.2.2. Conclusiones de la Entrevista a Profundidad

- En cuanto a las 5 patologías que con mayor frecuencia requieren hospitalización, se mencionaron;
 - o Infecciones urinarias,
 - o Neumonías,
 - o Infecciones de tejidos blandos,
 - o Dolor,
 - o Vómitos post- quimioterapia
- El porcentaje estimado de patologías que consideran que podrían recibir hospitalización domiciliaria fue de 20%.
- Consideraron que las patologías a tomar en cuenta para recibir hospitalización domiciliaria fueron :
 - o Infecciones no complicadas, en pacientes sin antecedentes
 - o Síndrome emético post-Quimioterapia
 - o Infecciones no asociadas a neutropenia
- Un problema frecuente en las clínicas gestionadas por los entrevistados era la dificultad para hospitalizar los pacientes que requieran hospitalización, la demanda sobrepasaba la oferta de camas.
- El tiempo estimado para hospitalización estaba entre 2 a 6 días, siendo 4 el promedio.
- Las estrategias que han ideado para solucionar ese problema son: Cambiar los procesos de hospitalización, ejercer control de las hospitalizaciones, mejorar la selección de los pacientes que requieren hospitalización y el convenio con otras clínicas.

- Al 100% de los entrevistados les parecía una alternativa interesante el concepto de Hospitalización Domiciliaria que se le podría ofrecer a los pacientes.
- Las ventajas que encontraban en el servicio a ofrecer era menos tiempo de espera, menor cantidad de quejas, tratamiento oportuno, ahorro de costos de hotelería (en los pagadores).
- Las principales desventajas que ellos encontraban a la hospitalización domiciliaria eran: la falta de un marco legal que la regule, y hacer firmar consentimiento informado al paciente o familiar y la seguridad.
- Todos los entrevistados tenían conocimiento de las ventajas económicas que dicho servicio podría ofrecer.
- La principal barrera administrativa para la implantación de este servicio era la seguridad del personal, preocupaciones de los familiares y entorno sobre la nueva propuesta frente a la hospitalización convencional.
- Todos consideraban que al alta ellos deberían recibir un informe o epicrisis para saber cómo fue manejado el paciente.
- El 80% de los entrevistados consideraban que el cuerpo médico no sería una barrera importante para la implementación de este servicio.
- Manifestaron que se debe contar con personal entrenado y capacitado, que sepa muy bien los procesos, enfermeras especializadas (ejemplo enfermera oncológica).
- Se debe contar con Ambulancia tipo 1, para el traslado de pacientes de ser necesario.

4.2. Estudio de Mercado Cuantitativo

4.2.1. Encuestas

El presente estudio de mercado se realizará con usuarios de EPS de los siguientes distritos: Surco, San Borja, Surquillo, Miraflores, San Isidro, y San Luis.

4.2.2. Objetivo General:

Conocer los hábitos de consumo de Salud, experiencias positivas y negativas de la atención de salud recibidas a nivel de hospitalización, atributos deseables, preferencias, entre otros aspectos; así como la percepción y valoración de recibir atención de hospitalización en el domicilio. Ver Objetivos específicos en Anexo 03.

4.2.3. Universo

El Universo de personas aseguradas en una EPS, según SUSALUD, al mes de mayo del 2015, es de 532,921 personas, en los diferentes Seguros Privados existentes en el mercado de IAFAS peruano. Ver tabla IV-V.

Tabla IV-V Número de Afiliados según EPS

SEGURO PRIVADO DE SALUD	NUMERO DE AFILIADOS
CARDIF DEL PERÚ	68416
RÍMAC SEGUROS	198131
POSITIVA SEGUROS	58927
MAPFRE SEGUROS	24263
PACÍFICO SEGUROS	181953
ACE	1231
TOTAL	532,921

Fuente: Registro de Afiliados del AUS - SUSALUD. Afiliados: N° de personas cuyo registro incluye nombre, apellidos y DNI validados con el RENIEC.

Se trabajará con personas afiliadas a una EPS peruana y que cumplan los siguientes criterios:

- Edad entre treinta a sesenta y cinco años.
- Nivel socio-económico A - B.
- Residentes en los siguientes distritos de Lima Metropolitana: Surco, San Borja, Surquillo, Miraflores, San Isidro y San Luis.

4.2.4. Objetivos:

Los objetivos de la investigación de mercado son:

A. Percepción del servicio de hospitalización en domicilio:

- Identificar el concepto de HD de los usuarios de EPS que cumplan con los criterios arriba mencionados.
- Conocer las actitudes sobre la atención de salud tipo HD en usuarios de EPS que cumplan los criterios señalados.

B. Servicios relacionados a la hospitalización domiciliaria

- Presentar los Servicios que se incluirán en la Hospitalización Domiciliaria, como parte de su Seguro de Salud.
- Identificar los aspectos claves a ser difundidos para los usuarios a fin de comprender ampliamente el producto.

C. Decisión de uso del servicio de hospitalización domiciliaria

- Conocer la disposición de uso del Servicio de HD
- Identificar los aspectos más valorados al momento de aceptar el uso del servicio HD.

D. Propuesta del servicio de hospitalización domiciliaria

- Conocer el grado de aceptación del servicio propuesto.
- Identificar el nivel de aceptación según la patología o condición médica que genera la necesidad de hospitalización.
- Establecer el medio de comunicación más deseable para recibir la información referente al nuevo servicio.
- Determinar la disponibilidad de pago por el servicio.

4.2.5. Ficha Técnica

La ficha técnica se elaboró por los autores de la tesis y el aporte de un profesional en Marketing, para su elaboración se consideró los siguientes aspectos.

TIPO DE INVESTIGACION: Se busca el Estudio de Mercado Cuantitativo, orientada a establecer el conocimiento, percepción y disposición de uso del Servicio de Hospitalización Domiciliaria.

INSTRUMENTO: Cuestionario estructurado de 20 preguntas categóricas de opción única, múltiple, aplicada entre el 1 y 30 de julio del 2015.

4.2.6. Estimación de la muestra:

Se estimó la muestra en 96 personas

4.2.7. Evaluación Cuantitativa:

4.2.7.1. Resultado de encuestas

Se presentarán los principales resultados de la investigación de mercado, en base a las treinta y dos encuestas de cada integrante de la tesis, dando un total de 96 encuestas y se dividirán en cuatro aspectos:

1. Percepción sobre la Hospitalización domiciliaria
2. Servicios relacionados con la Hospitalización domiciliaria.
3. Factores de decisión de uso del servicio de HD.
4. Propuesta del Servicio.

RESULTADOS DEL ESTUDIO: Los resultados se presentarán acorde con la información obtenida de las tablas de la encuesta aplicada.

A. Percepción sobre la hospitalización institucional

- a. Factores positivos en un servicio de hospitalización.

El factor más importante al estar hospitalizado es el cumplimiento de la terapia, así como la seguridad percibida al disponer de todo el sistema hospitalario, personal al llamado.

- b. Factores negativos de la hospitalización en su institución de salud habitual.
Los gastos elevados son el factor señalado como el más relevante, seguido de la posibilidad de contagio de infecciones institucionales que son más graves.
- c. Percepción de los efectos positivos de la hospitalización en domicilio.

El costo menor y la privacidad que se lograrían en casa, son las principales características de hospitalizarse en casa.

d. Razones para hospitalizarse en el domicilio.

Lo que más valorarán es que la atención recibida en casa sea equivalente a la recibida en el hospital, más del 50% de los participantes lo indicaron así, otra opción valorada fue la permanencia de familia en casa.

e. Valoración de los factores negativos de la Hospitalización en domicilio.

No ver al médico diariamente es el aspecto señalado como de mayor importancia, seguido por la necesidad de contar con una persona que de modo permanente que acompañe al paciente.

B. Servicios relacionados con la hospitalización domiciliaria

a. Cuidados Paliativos

Se señalaron como muy necesarios centrarse en la calidad de vida y el control de dolor de los pacientes, así como en el manejo de las complicaciones.

b. Antibioticoterapia parenteral

El aspecto que generó mayor preocupación fue el control de reacciones adversas que ocurran durante la ausencia de personal, así como que la vía endovenosa solo sea manipulada por el personal competente

c. Cuidados médicos de patologías agudas no graves.

Se encontró que el aspecto más importante percibido por los encuestados fue la visita del médico dos veces durante la hospitalización.

d. Nutrición artificial domiciliaria

Lo más relevante para los participantes fue la realización frecuente de exámenes de laboratorio y el control de las infecciones sobreagregadas.

C. Factores de Decisión

a. Aspectos médicos relevantes para decidir el uso del servicio de HD

El aspecto de mayor relevancia fue la presencia del médico de forma diaria, que el médico y personal que acuda informen de manera adecuada al paciente y la familia sobre la hospitalización y que aseguren su presencia en caso de complicaciones.

b. Aspectos de enfermería relevantes para el uso del Servicio de HD.

Se consideró importante que la enfermera se pueda comunicar con el médico y hacer que venga a domicilio en caso de complicación, también es un aspecto importante a presencia de enfermeras especializadas.

- c. Aspectos de Equipamiento, Insumos, Materiales y Medicamentos relevantes para el uso del servicio de HD.

El cumplimiento estricto de la medicación y su horario, así como el uso de medicación de marca, fueron lo señalado como lo fundamental en cuanto a los recursos a utilizar en la atención domiciliaria.

- d. Aspectos no médicos relevantes para decidir el uso del servicio de HD.

El menor riesgo de contraer infecciones intrahospitalarias fue el más importante de los aspectos no médicos para usar la Hospitalización en domicilio.

- e. Aspectos económicos relevantes para el uso del servicio de HD.

Los tres ítems que se colocaron tuvieron una puntuación similar, siendo el más señalado el costo específico por cobertura fija, seguido por menor costo a la hospitalización convencional y finalmente fue que el costo este incluido en la prima que poseen.

D. Promoción y estimación de la demanda

- a. Importancia de la recomendación de su médico tratante para el uso de la HD

Los encuestados respondieron que usaría el servicio si el médico tratante lo indica, un tercio indicó que requiere otra información a pesar de lo que diga el médico, y finalmente el 8% indicó que no lo tomaría aún con recomendación médica.

- b. Importancia de la recomendación de su EPS para el uso de la HD

Más de los dos tercios de encuestados señaló que utilizaría el producto si su EPS lo recomendaría, un 20% señaló que requiere más información que la opinión de la EPS, y un 10% señaló que no usarían.

- c. Importancia de la propaganda directa para el uso de la HD

A dos tercios de los encuestados les gustaría propaganda directa pero con información relevante del producto (información numérica de beneficios y complicaciones).

- d. Disposición al uso de la HD, si hay costos económicos menores.

El 62% de los encuestados lo usaría si el precio es menor, un 25% lo usaría si el precio fuera igual.

- e. Disposición al uso de la HD si conoce experiencias extranjeras positivas.

Al 36% de los participantes le gustaría conocer experiencia que puedan aplicarse en el país, en general al 94% le gustaría recibir la información y estarían dispuestas a tomar el servicio si le parece relevante la información recibida, un 4% no lo utilizaría.

CAPÍTULO V. PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

5.1. Visión

Ser una empresa líder a nivel nacional, pionera en el Servicio de Hospitalización en Domicilio, logrando el cuidado óptimo e integral del paciente y reduciendo los costos en el servicio.

5.2. Misión

Somos una empresa de profesionales de la Salud dedicados a mejorar la calidad en la atención médica a pacientes que requieren hospitalización, ofreciendo tratamiento intradomiciliario, seguro, oportuno y eficaz a través de un equipo médico altamente capacitado y procesos de atención estandarizados a nivel internacional.

5.3. Valores Institucionales

RESPONSABILIDAD: Los integrantes de nuestro grupo asumen y cumplen los deberes y obligaciones que se generan en el trato de nuestros pacientes, a fin de brindarles el servicio de hospitalización necesario para la recuperación de su salud, o para mantener la mejor calidad de vida posible.

INTEGRIDAD: El equipo se compromete al trabajo coordinado con un enfoque de transparencia a nuestros usuarios y clientes, manteniendo altos estándares de calidad y oportunidad en cada atención de salud que generemos.

ETICA: los integrantes de la empresa actuarán bajo los principios de moral y conductas adecuadas, así como bajo los principios de legalidad. Logrando que los usuarios entiendan claramente el servicio a recibir y obtener el máximo beneficio posible.

TRABAJO EN EQUIPO: Los integrantes de la empresa deben estar dispuestos a colaborar con los demás, apoyándose mutuamente con el único objetivo de brindar el mejor servicio para el paciente.

RESPECTUO MUTUO: Los miembros de la empresa deben cultivar el respeto mutuo, del trabajo, personal de trabajo y paciente, tratando a cada uno de los miembros como desearían ser tratados en una situación similar.

5.4. Objetivos estratégicos

- A. Ser una empresa rentable a partir del año de funcionamiento, favoreciendo la atención de salud hospitalaria a nivel de Lima Metropolitana.
 - Indicador 1: Obtener un margen de rentabilidad del 25 % o más en el primer año de operaciones.
 - Indicador 2: Trabajar con las primeras cuatro EPS de Lima: Rímac, Pacífico, La Positiva y Mapfre (según número de afiliados), en primer años de operaciones.
 - Indicador 3: Lograr un crecimiento en el número de atenciones en un 20 %, en el segundo y tercer año de funcionamiento de la empresa.
- B. Posicionamiento en el mercado meta, a partir del segundo año, obteniendo la confianza de nuestros usuarios y las EPS privadas, siendo reconocidos por los logros de los beneficios médicos y obteniendo financieros.
 - Indicador 4: Hospitalización domiciliaria con resultados óptimos de recuperación de pacientes, y/o mantenimiento de la calidad de vida, medido por la tasa de recuperación en los 7 días de la hospitalización y encuestas de satisfacción a los pacientes y familiares.
 - Indicador 5: Servicio con un costo / beneficio menor a la hospitalización convencional.
 - Indicador 6: Ampliar el número de patologías a tratar en Hospitalización Domiciliaria a partir del segundo año en un 20% adicional.
 - Indicador 7: Apertura del servicio de Hospitalización Domiciliaria a instituciones del Ministerio de Salud, EsSalud y otras que lo requieran a partir del 3er año.

5.5. Propuesta de servicio

La propuesta del Servicio ofrecido por nuestra empresa, ha sido basada en la información disponible sobre la situación del sector salud, los datos del Estudio de Mercado: Focus Group y la Encuesta dirigida a usuarios potenciales, asimismo las entrevistas a profundidad realizadas a gestores en puestos claves de las Entidades Prestadoras y financiadoras de Salud.

Obteniendo como información relevante que: Existe una demanda insatisfecha del servicio de hospitalización en las instituciones de salud, especialmente derivada de la

atención en emergencia, manifestada por un tiempo de espera de cama mayor de 24hrs. Asimismo se evidenció que el 80% de los encuestados estaría dispuesto a utilizar el servicio de atención domiciliaria.

Los principales atributos de la HD, son:

- Disminución de la tasa de infecciones asociadas a la hospitalización (18%).
- Disminución del tiempo de espera de hospitalización.
- Disminución de eventos adversos asociados a la hospitalización.
- Privacidad de la atención,
- Presencia permanente de la familia y
- Cumplimiento del tratamiento oportuno.

Tomando en cuenta estos resultados se ha diseñado 3 paquetes de atención clasificados por la necesidad de frecuencia en el requerimiento de personal sanitario.

Estos paquetes son:

- Bajo riesgo: El personal de enfermería acudirá a casa diariamente y el médico únicamente al inicio del tratamiento, dejando un plan de tratamiento y al momento del alta.
- Riesgo Intermedio: El personal de enfermería acudirá más de una vez al día y el médico acudirá de forma interdiaria.
- Alto Riesgo: La enfermera acudirá al domicilio más de dos veces al día y el médico diariamente.
- El servicio brindado no cubrirá la atención de emergencias, se ofrecerá el servicio de traslado a la clínica más cercana, si el paciente tuviera una descompensación no esperada.

El servicio se brindará a patologías clasificadas por grupos de riesgo, atendiendo los siguientes grupos de patologías. Ver Anexo 5

- I. Infecciones
- II. Dolor no oncológico, no quirúrgico
- III. Patologías oncológicas y paliativas
- IV. Enfermedades respiratorias
- V. Misceláneas

En la Tabla V-I se detallan las patologías consideradas en los paquetes de atención, éstos tendrán criterios de inclusión y exclusión que se detallan a continuación:

Tabla V-1. Enfermedades de la Hospitalización Domiciliario

GRUPO	RIESGO DE LA ATENCION		
	ALTO	MEDIO	BAJO
I. INFECCIONES			
1. INFECCION URINARIA			X
2. NEUMONIA			X
3. PIE Y SUBCUTÁNEO			X
4. OSTEOARTICULAR		X	
5. HERIDA QUIRURGICA		X	
6. ABCESO PERIAMIGDALIANO			X
7. INF. INTRAABDOMINAL		X	
8. ABCESO HEPATICO		X	
9. PROSTATITIS			X
II. DOLOR NO ONCOLOGICO NO QUIRURGICO	ALTO	MEDIO	BAJO
1. NEUROPATIAS			X
2. ANALGESIA POST-QUIRURGICA			X
III. ONCOLOGICAS	ALTO	MEDIO	BAJO
3. NEUTROPENIA		X	
4. DOLOR ONCOLOGICO		X	
5. DISNEA ONCOLOGICA		X	
IV. RESPIRATORIAS	ALTO	MEDIO	BAJO
1. EPOC		X	
2. ASMA		X	
V. MISCELANEAS	ALTO	MEDIO	BAJO
1. REACCION ADVERSA MEDICAMENTOSA		X	
2. NUTRICION PARENTERAL	X		
3. FISTULA		X	
4. NUTRICION ENTERAL	X		
5. ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA PERIFERICA			X
6. HIDRATACION ONCOLOGICA			X

Elaboración: Autores de la tesis.

Los puntos de Demanda, realizarán la solicitud del servicio por llamada telefónica, nuestro equipo de evaluación se movilizará hasta el lugar de la solicitud del servicio y evaluarán los criterios de inclusión al mismo, si estos se cumplen el paciente previa firma de consentimiento será trasladado en ambulancia en caso de requerirse hasta su domicilio.

5.6. Selección de la estrategia

5.6.1. Estrategia de diferenciación:

A. Clientes:

Nos enfocamos en un servicio de excelencia asegurando a nuestros usuarios intervención oportuna segura y de calidad ofrecidos en la comodidad y calidez del hogar brindado por personal altamente calificado.

Se realizarán encuestas de satisfacción a los usuarios sobre el funcionamiento de nuestra empresa, teniendo como meta una satisfacción mayor del 80%.

Se buscará la mejora continua mediante retroalimentación con los resultados de las encuestas en la gestión de procesos de nuestros servicios.

B. Proveedores:

Enfocarnos en especificaciones claras para la recepción de su servicio, a fin de cumplir con rapidez y oportunidad nuestro servicio.

Manejar una política de abastecimiento de frecuencia semanal.

C. Operaciones:

Definir de manera detallada para cada grupo de pacientes, los procesos de atención los procedimientos médicos y de enfermería a realizarse.

Definir y validar los procesos administrativos necesarios para una adecuada atención de salud.

D. Canales de distribución:

Oferta directa a las EPS privadas de Lima Metropolitana para brindar servicio a sus asegurados que cumplan con los criterios indicados, iniciando con las cuatro que tienen el mayor número de afiliados.

Oferta de los servicios en la fuente de demanda (Servicios de Emergencia de las clínicas del área de operación de HD).

Estrategia de Marketing para el público usuario, a modo de propaganda directa escrita a domicilio, asimismo se realizará propaganda directa con personal médico, especialmente de las emergencias de las clínicas seleccionadas.

Posicionamiento de la alternativa de HD a los médicos que indican la hospitalización de los pacientes, a fin de darles a conocer el servicio y sus ventajas, así como el beneficio económico que le reditúa.

5.7. Propuesta de Modelo de Negocios

El mercado meta son los usuarios de las EPS privadas de Lima Metropolitana, que vivan en los siguientes distritos: Miraflores, San Isidro, Surco, San Borja, San Luis y Surquillo, y que pertenezcan a los NSE A y B, la propuesta de nuestro servicio es nueva en el país, está definido por la prestación del servicio de Hospitalización en domicilio. Brindando a los pacientes seleccionados por criterios previamente definidos, los cuidados médicos y de enfermería que recibiría en el hospital, con un costo beneficio que favorezca a la EPS, a los usuarios y a nuestra empresa. Buscamos que en el segundo año de puesta de la puesta en marcha del negocio podamos captar el 40% más.

En Lima Metropolitana existen a Mayo del 2015, un total de 532,921 personas afiliadas a las EPS privadas de mayor número de afiliados, de éste grupo nuestra población objetivo inicialmente son aquellos pacientes que usan el servicio a partir de emergencia.

Se brindará servicios inicialmente a los pacientes derivados de las clínicas situadas dentro de nuestro radio de trabajo (zona de influencia) estas clínicas son: Clínica San Borja, Oncosalud, Clínica Internacional, Clínica Ricardo Palma, Clínica Good Hoop, Clínica el Golf, Clínica Angloamericana, Clínica Maison de Sante de Surco, Clínica Vesalio, Clínica San Pablo, Clínica Javier Prado y Clínica Padre Tezza.

Los canales de distribución fueron mencionados anteriormente y se establecerán a tres niveles: oferta a las EPS (aumento del número de camas a menor costo y con mayor eficacia y eficiencia en el servicio), al público usuario, a través de la propaganda directa escrita en domicilio, y a los médicos que indican la hospitalización, a fin de que conozcan los beneficios de la HD.

Se realizarán a partir del tercer año de funcionamiento de nuestra empresa, la búsqueda de expansión de la empresa hacia otras instituciones administradoras del aseguramiento en salud, tales como el Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior y otros seguros particulares.

5.8. Conclusiones

- El mercado meta en el primer año son los afiliados a las cuatro EPS de mayor tamaño en Lima Metropolitana, siendo el segundo año la meta alcanzar el 40% de la mencionada población de la población objetivo, para que en su Seguro Médico cuenten con la opción de Hospitalización en domicilio, cuando la requieran.
- La visión de nuestra empresa, es desarrollar, organizar e implementar el Servicio de Hospitalización domiciliaria en Lima Metropolitana como complemento a la cartera de servicios de la EPS ubicadas en nuestro país, para posteriormente expandirnos a otras IAFAS e IPRESS.
- La estrategia planteada es el Servicio de calidad, dando a los usuarios una atención segura, oportuna, eficaz y eficiente.
- El posicionamiento en el mercado lo lograremos a través de la Estrategia de calidad sostenida en el tiempo, así como la difusión de nuestro servicio pionero en el país.
- Se ofrecerán servicios para cinco grupos de pacientes: pacientes con procesos infecciosos, dolor no oncológico, no quirúrgico, pacientes enfermedad oncológica paliativa, pacientes con enfermedades respiratorias y una miscelánea (RAM, Nutrición parenteral y enteral, fístulas, enfermedad Tromboembólica e hidratación oncológica)
- El crecimiento esperado para el segundo y tercer año, es captar al resto de afiliados y expandirnos a los asegurados de EsSalud y Sistema integral de salud, para que puedan acceder al servicio en caso requerirlo.

CAPÍTULO VI. PLAN DE MARKETING

El Plan de Marketing que presentamos, tiene como elementos el Análisis del entorno del Mercado, Análisis Interno, Misión, Visión, Objetivos, Estrategias y Acciones.

El presente Plan Estratégico de Marketing aporta las herramientas necesarias para adoptar la estrategia correcta y el marketing operativo, mediante el uso de variables de acción comercial, permitiendo que se generen los resultados esperados.

6.1. Presentación

La elaboración de un Plan de Marketing permite la incorporar los resultados del análisis de mercado, las circunstancias de la empresa, a fin de formular los principales objetivos, estrategias y acciones, sirve además de base a las etapas de ejecución y control. Asimismo fortalece la dirección de la empresa, dando enfoque al futuro a mediano y largo plazo, mejorando sus decisiones y a la vez que permite a todos los colaboradores conocer y guiarse por los objetivos establecidos.

6.2. Análisis del Entorno del Mercado

Nuestra empresa está presentando al mercado de salud de Lima Metropolitana, una idea pionera e innovadora, ya que se plantea un nuevo concepto que es la Hospitalización en Domicilio, alternativa que se propone debido al déficit existente de camas hospitalarias, no solo a nivel de nuestra ciudad, sino en el país, Latinoamérica y el resto del mundo. Así mismo existe a nivel internacional evidencia de resultados semejantes en cuanto a la seguridad y calidad de atención médica y de enfermería, en el nivel institucional como en el ámbito domiciliario.

El segmento de interés del mercado son los afiliados a las IAFAS privadas con mayor número de afiliados (Rímac, Pacífico, La Positiva y Mapfre), que viven en los siguientes distritos de Lima Metropolitana: Surco, San Borja, Surquillo, Miraflores, San Isidro, San Luis, los cuales al requerir el servicio de Hospitalización, podrán disponer de la opción de recibir esta atención en su domicilio. El grupo etario al que va dirigido el servicio, son personas mayores de 18 años en adelante.

El afiliado que recibirá el servicio de Hospitalización de Domicilio debe cumplir los criterios de inclusión según la Guía del Paciente Hospitalizado en Domicilio.

6.2.1. Segmentación

TIPO DE NEGOCIO: Atención de Salud

DISTRIBUCION GEOGRAFICA: Surco, San Borja, Surquillo, Miraflores, San Isidro, y San Luis.

CLIENTES: IAFAS privadas, Rímac, Pacífico, La Positiva y Mapfre.

USUARIOS FINALES: Afiliados mayores de 18 años, a EPS arriba mencionadas, que viven en los distritos antes mencionados, que cumplan los criterios de inclusión y que no tengan los criterios de exclusión de la Guía del Paciente Hospitalizado en Domicilio.

6.2.2. Market Share

Para determinar la participación de mercado, tomaremos nuestro primer objetivo estratégico que es trabajar con las cuatro principales EPS que operan en Lima, en nuestro primer año. Asimismo lograr una participación en el mercado de 25% primer año, y de 40% al segundo año, llegando al 45% el tercer año.

6.3. Objetivos del Marketing

- Lograr una rentabilidad del 35% al fin del primer año, y recuperación de la inversión realizada a partir del tercer año de iniciada la empresa.
- Posicionar en el primer año los servicios por paquetes de riesgo: 19% de bajo riesgo, 76% de riesgo intermedio y 5% de alto riesgo.
- En el tercer año buscaremos la inclusión de nuevos mercados como el Seguro Integral de Salud del Ministerio de Salud, EsSalud, las Fuerzas Armadas y Policiales.

6.4. Estrategia del Marketing:

6.4.1. Estrategia de Diferenciación:

En la primera etapa se dotará a nuestro servicio de cualidades distintivas precisas para que sea requerido y valorado por nuestros clientes.

Si bien nuestro servicio es innovador, tiene una competencia indirecta muy fuerte, ya que está muy arraigada la hospitalización tradicional, por esta razón es importante desde el inicio de la presentación del servicio se indique que este suple las

deficiencias del sector salud en cuanto a la disponibilidad de camas en las instituciones, disminuyendo los tiempos de espera de pase de Consulta Externa y Emergencia a Hospitalización, manteniendo el entorno personal y familiar del paciente, disminuyendo el número de infecciones intrahospitalarias, entre otras características beneficiosas, todo esto con una disminución porcentual de los costos para la institución y el paciente.

En las encuestas realizadas el 60% manifestó su deseo de recibir información y la preferencia es recibir esta de forma directa, el 65% de los encuestados tomaría el servicio si su médico se lo recomienda. Tomando en cuenta estos resultados hemos considerado la realización de entrega de propaganda e información a través de representantes de la empresa directamente a los médicos del servicio de emergencia y hospitalización y realización de reuniones de trabajo con los representantes y agentes decisores de las IAFAS.

6.4.2. Estrategia de Crecimiento:

Aunque nuestra propuesta no tiene competencia directa en el mercado actualmente, planteamos desde el comienzo estrategias de crecimiento, para mantener una posición en el mercado derivada del aumento sostenido de nuestra participación en el mercado.

Esta estrategia es importante porque envuelve a todos actores quienes evidencian:

- Una empresa que crece, sintiendo que necesariamente el servicio ofrecido es bueno y la planeación estratégica es adecuada.
- Los empleados y los gerentes se sienten a gusto con los directivos por tener una estrategia definida con anticipación y dirigida al crecimiento sostenido.
- Los proveedores se ven beneficiados al aumentar sus ventas, manteniendo una satisfactoria alianza con nuestra empresa.
- La empresa construye en el tiempo una marca con prestigio, tiene acceso a mayor capital, a personal más capacitado, entrenado, mayores márgenes de ganancia y por ende mayor capacidad de negociación.
- El gobierno y otros agentes sociales se benefician también por la recaudación de impuestos, aumento de empleos y de la actividad económica.

Para dirigir nuestra estrategia de crecimiento, utilizaremos la Matriz de Crecimiento de Ansoff. Ver Tabla VI-1.

En nuestro caso, al ser un servicio nuevo en el mercado nacional nos hemos planteado una estrategia de crecimiento intensivo, para explotar por completo los servicios que ofrecemos.

Desarrollo del Servicio:

- **PENETRACION:** Daremos inicio a nuestra empresa trabajando los servicios propuestos con las EPS con mayor número de afiliados en Lima Metropolitana: Rímac, Pacífico, La Positiva y Mapfre. El grupo de patología que iniciaremos atendiendo serán: Infecciones, dolor no oncológico, no quirúrgico, patologías oncológicas y paliativas, enfermedades respiratorias, misceláneas.
- **DESARROLLO DEL SERVICIO:** A partir del tercer año se ampliara los servicios brindados incluyendo altas tempranas y un 20% de patologías nuevas.
- **DESARROLLO DE MERCADOS:** En el tercer año, desarrollaremos esta etapa. Ampliaremos a otros mercados como el SIS, EsSalud, Fuerzas Armadas y Policiales.
- **DIVERSIFICACION:** realizaremos la diversificación de nuestros servicios mediante implementación de laboratorio propio y farmacia a partir del quinto año.

Tabla VI-1. Matriz De Crecimiento De Ansoff

PRODUCTO MERCADO	ACTUAL	NUEVO
ACTUAL	PENETRACION EN EL MERCADO	DESARROLLO DE SERVICIOS
NUEVO	DESARROLLO EN NUEVOS MERCADOS	DIVERSIFICACION DE SERVICIOS OFRECIDOS

 CRECIMIENTO DIVERSIFICADO
 CRECIMIENTO INTENSIVO

FUENTE ANSOFF 1965

6.5. Marketing Mix

6.5.1. Estrategia de Precio

Este servicio es nuevo en el mercado, por lo que se informará a las personas que el precio se encuentra incluido en su prima de seguros, y el pago se realizará por su EPS contratada, con un copago igual o menor al servicio de hospitalización actual.

La estrategia de precios son las de penetración (precio de introducción bajo, para conseguir la mayor parte del mercado), y el descreme (que con un alto precio se dirige a un mercado elite, reducido, que puede pagar más por un producto diferente, recuperando la inversión de forma rápida y generando una visión de exclusividad).

Se buscará una penetración rápida, reconociendo a todos nuestros servicios dentro de la prima del afiliado, con un copago menor o igual que la hospitalización convencional, tanto para el afiliado como para las EPS, que son las IAFAS de nuestros clientes potenciales.

Desde un primer momento y hacia el mediano y largo plazo se brindará un servicio de altos estándares de seguridad y calidad, a fin de fidelizar a los clientes. Utilizando encuestas de satisfacción tomando medidas inmediatas ante las sugerencias, recomendaciones y reclamos que se generen.

6.5.2. Estrategia del Servicio

Los servicios que se prestaran como parte de la Hospitalización domiciliaria, ya han sido descritos en extenso, tenemos a los siguientes:

El Servicio que se propone se brindará por grupos de pacientes:

- a. Infecciones
- b. Dolor no oncológico, no quirúrgico
- c. Enfermedades respiratorias
- d. Enfermedades Oncológicas
- e. Misceláneas

Estos servicios que se brindan como parte de la Hospitalización Domiciliaria, tienen como finalidad brindar la atención de salud propia de una hospitalización clásica en el domicilio del afiliado, con un precio menor.

Se asegurará la calidad y la estandarización de los procesos mediante la “Guía de Atención y Manejo en la Hospitalización Domiciliaria – HD”, la cual será parte de

entrenamiento obligatorio previo al inicio del trabajo en nuestra empresa. Figura VI-1 y anexo 6.

Además de ofrecer un alto estándar en el aspecto técnico y científico de la atención de salud, nuestro cliente también tendrá asegurada una experiencia confiable y confortable, siendo nuestro lema:

“Toda la Seguridad del Hospital, ahora en la comodidad de su casa”

Figura VI. 1 Logo de la Empresa



Elaboración: Autores de la tesis.

La propuesta ofrecerá a nuestros clientes:

1. EPS: Prestación de un servicio de atención de salud de Hospitalización Domiciliaria seguro que le permita ampliar la oferta de camas de hospitalización y de recursos humanos asistenciales, y a la vez reducción de costos, para los diagnósticos reconocidos en nuestro paquete de servicios.
2. Usuarios finales: Recepción del servicio de atención de salud hospitalaria en domicilio, seguro, confortable, con un tiempo de espera menor al usual y a menor costo que la hospitalización convencional. Para el paquete de servicios ofrecidos por nuestra empresa.

6.5.3. Estrategia de Plaza

Nuestra empresa HaD se ubicará en San Borja, considerado como un distrito céntrico, que nos ayudaría a ordenar y sectorizar nuestro trabajo.

Los distritos en los que iniciaremos actividades son: Surco, San Borja, Surquillo, Miraflores, San Luis y San Isidro. Brindando la hospitalización domiciliaria, las atenciones de salud serán realizadas preferentemente por las mañanas, con asistencia de enfermería por las tardes de ser necesarias.

6.5.4. Estrategia de Promoción y Publicidad

Nuestra estrategia de Promoción y Publicidad tendrá tres componentes:

Enfoques en los beneficios a los usuarios:

- **EPS**, se enfocará los beneficios a obtenerse en cuanto a aumento de la disponibilidad de camas, de personal asistencial, rapidez de la hospitalización, costo menor (al anularse los gastos de hotelería, alimentación, limpieza, gastos de lavandería) y menor número de quejas derivadas de la falta de camas para la hospitalización en el momento oportuno.
- **Médicos – EPS**: la promoción y publicidad se centrará en el servicio rápido y seguro que pueda ofrecer a sus pacientes, manteniendo la comisión por internamiento, y beneficiando a la institución y al paciente.
- **Usuarios finales**: para los pacientes, la promoción y publicidad se basará en la alta calidad del servicio, seguridad, confort, y privacidad, que obtendrá al hospitalizarse en su domicilio, con el diagnóstico realizado por su médico en la institución de su preferencia, utilizando los recursos necesarios para su diagnóstico, tratamiento y control posterior en el domicilio u hospital.

Enfoque en procesos completos, seguros y articulados:

- **Proceso Institucional**: desde que se establece el diagnóstico del médico de cabecera (comprendido en nuestros criterios diagnósticos de inclusión), la aceptación del paciente y/o familia, evaluación por el médico domiciliario, trámite de hospitalización domiciliaria y traslado.
- **Proceso Domiciliario**: continuándose con la atención médica y de enfermería, iniciada en el servicio de emergencia o consultorio externo, durante los días necesarios, alta médica.
- **Proceso Administrativo**: Paciente con cobertura activa de hospitalización domiciliaria en prima de EPS, coordinación con la central de hospitalización domiciliaria, evaluación del médico domiciliario, admisión hospitalaria domiciliaria, traslado del paciente, atención de salud inicial y apertura de Historia Clínica Domiciliaria (la cual respetará la normativa peruana en cuanto a forma y contenido), atención de salud indicada por médico que genera hospitalización (médico responsable ante EPS), alta administrativa de HD y derivación de Historia Clínica domiciliaria a Historia Clínica central.

Nuestras estrategias se centrarán en:

- Dar a conocer nuestro servicio de Hospitalización Domiciliaria.

- Captar a nuestro público objetivo.
- Incidir en los beneficios médicos y administrativos a los tres niveles de usuarios.

Con los usuarios finales se enviará propaganda vía correo electrónico y de forma directa.

Con las EPS y médicos de EPS: se entregará información directa, mediante reuniones de trabajo y/o visitas médicas.

6.5.4.1. Publicidad

- Se utilizarán medios virtuales, expositivos a grupos pequeños y grandes, visitas personalizadas.
- Para el nivel decisor se realizarán presentaciones directas, con enfoque en los beneficios y utilizando fuerza de venta especializada, a cargo del gerente comercial.
- En el nivel de médicos de las EPS, se realizaran cenas de trabajo o visitas personalizadas a cargo de nuestro vendedor.
- A nivel de usuarios finales se entregará información escrita vía la EPS, e información virtual personalizada, asimismo tendremos una página Web www.hospitalizaciondomiciliaria.com.pe, donde los usuarios podrán acceder a la información relevante sobre primas EPS, costos, lugares de cobertura, beneficios y productos ofrecidos.
- Se ha direccionado un presupuesto mensual para la difusión por medios virtuales y presenciales, durante los 5 años calculados para el negocio.
- La Venta Directa, publicidad y promoción, se realizarán tres meses antes de la apertura de nuestra empresa HaD - Hospitalización Domiciliaria.

Tabla VI-2. Relación de Costos en Publicidad

COSTOS DE PUBLICIDAD MENSUAL			
MEDIO	DETALLE	CANTIDAD	PRECIO
WEB	DISEÑO DE PAGINA WEB Y MANTENIMIENTO	1	S/. 1500
PRESENTACION DIRECTA CON DECISORES	CONTRATACION DE FUERZA DE VENTAS – CENA DE PRESENTACION	01	S/. 5000
PRESENTACION CON MEDICOS EPS	CENA DE TRABAJO Y MERCHANDISING	01	S/. 10000
PUBLICIDAD PERMANENTE	BANNERS	01	S/. 5000
ENVIO DE PUBLICIDAD A AFILIADOS EPS	PAGO DE COURIER	10000	S/. 10000
TOTAL			S/. 35000

Elaboración: Autores de la tesis.

Distribución

La venta se dará mediante lo que se conoce como distribución directa que comprende la venta de los servicios directamente en las instalaciones del centro. Adicionalmente se establecerá contactos con otros negocios relacionados como farmacias y laboratorios.

Promoción de ventas

Tiene como objetivo incentivar la venta de los servicios del centro, para ello se cuenta con una fuerza de venta, conformada por personal de la empresa que nos representará frente al médico, presentándoles el producto y sus beneficios activamente.

Marketing directo y relacional

El Marketing Relacional y CRM para ambientes B2C. Tiene como objetivo dar a conocer las bondades de los servicios que se ofrecerán, para ello se utiliza el

marketing “one to one”, se enviará e-mailing personalizados, con base a los brochures, aplicando las estrategias y ventajas del marketing digital.

Marketing digital

Permitirá realizar una segmentación de avanzada, conociendo de lo que se habla en las redes sociales, las preferencias de nuestro mercado objetivo, las nuevas tendencias, con todo ello brindar el servicio deseado a los usuarios, posicionando al centro dentro de sus preferencias.

A las personas que ingresen por el portal web, se les pedirá llenar una breve ficha con la cual lograremos obtener algunos datos básicos, complementándolo en su visita.

Así como se utilizarán las redes sociales, como el Facebook. Utilizando los beneficios que brinda, por su pronta difusión.

6.6. Conclusiones

- Se realizará una inversión mensual en publicidad, difundiendo y posicionando el servicio en el mercado objetivo. Utilizando estrategias de marketing general, y de marketing digital. Brindando garantía y calidad, así como confianza en los usuarios, logrando la recordación de la marca, informando, y sensibilizando sobre la importancia del programa.
- En las ventas se llevará un control estricto de los ingresos por número de clientes atendidos por tipo de paquete, por medios verificables con el apoyo de la tecnología de la información.
- Se realizará un estudio de la satisfacción del cliente que permitirá tener una retroalimentación del servicio brindado.
- Es necesaria la presencia de estrategias desde antes del inicio de las operaciones con el compromiso de los altos cargos de la empresa.

PLAN DE MARKETING 2016													
	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
PRE-APERTURA													
PLAN DE PUBLICIDAD													
TIPO DE ACCION													
INTERNET -WEB													
MERCHANDISING													
VISITAS MEDICAS													
REPORTAJES EN REVISTAS MEDICA													
BROCHURE													
FACEBOOK													
BUBLICIDAD EN -TV TIPO													
REPORTAJE													
VISITAS Y REUNIONES CON REPRESENTANTES DE IAFAS													

CAPÍTULO VII. PLAN DE OPERACIONES

7.1. Plan de Operaciones

El presente capítulo presenta la estrategia y planificación las operaciones para el adecuado funcionamiento de nuestra empresa.

La estrategia de nuestro Plan de Operaciones, debe asegurar los mecanismos mediante los cuales se brinde los servicios de hospitalización a domicilio de nuestros clientes, garantizando la adecuada prestación de servicio con la calidad y el costo planificado.

La propuesta de Hospitalización a domicilio, se caracterizará por un programa integral que asegure una atención hospitalaria en domicilio segura, rápida y cómoda.

El cumplimiento de la estrategia de operaciones, se medirá por el logro de los siguientes indicadores. Ver Tabla VII-1.

- Seguridad, estableciendo con especificidad y sensibilidad, los criterios de hospitalización en domicilio, los criterios de inclusión, criterios de exclusión, criterios de reingreso institucional y los criterios de alta de los pacientes.
- Calidad: Se buscará la atención de salud de calidad, con una meta de más del 80% de satisfacción, entre los pacientes, así mismo se indica otros indicadores de calidad como tasa de úlceras por decúbito, tasas de infecciones asociadas a cuidados médicos, frecuencia de estrés en el paciente.
- Tiempo de espera: se atenderá durante el turno diurno, todas las solicitudes que se generan en las instituciones, y las que se generen en el turno nocturno se atenderán al día siguiente.
- Aceptación del servicio: Se buscará mejorar al 2do año por lo menos 20% en la aceptación de nuestros servicios.

TABLA VII-1. INDICADORES DE MEDICION DE CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS
INDICADORES DE MEDICION DE CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

Rubro	Objetivos	Indicador	Comprobación
Seguridad	Reingresos hospitalarios en tasa menor al 10%	Nº reingresos/nºtotal de atenciones en un lapso de tiempo	Registros de atención domiciliaria
	Visitas no planificadas médicas, menor al 10%	Nº de visitas realizadas/visitas programadas	Registros de atención domiciliaria
Calidad	- Satisfacción de los usuarios mayor al 80%	-encuestas de satisfacción del usuario al final de cada atención/número de usuarios en un lapso de tiempo	Encuestas mensuales de satisfacción
	-tasa de úlcera por decúbito	-nº de úlceras nuevas /total de pacientes atendidos	Evaluaciones mensuales
	-tasa de infección asociada a cuidados médicos	-nº de infecciones asociadas a cuidados médicos/pacientes atendidos en 1mes	Evaluaciones mensuales
	- tasa de stress en pacientes	-test de estrés hospitalario	Evaluaciones mensuales
Tiempo de espera para hospitalización	Tiempo de espera de < 24 horas	Nº horas que transcurren desde que se solicitó servicio de hospitalización hasta que se hospitaliza/ nº de usuarios en un lapso de tiempo	Registros de atención domiciliaria
Aceptación del servicio	Tasa de aceptación del servicio	Pacientes en atención domiciliaria / sobre pacientes hospitalizados por emergencia	Evaluación mensual por cada prestadora

Elaboración: Autores de la tesis.

A. Políticas de Seguridad:

Se ofrecerá al personal asistencial el Manual de la Atención Domiciliaria, en donde se señala con claridad los criterios de ingreso, de inclusión, exclusión, de reingreso hospitalario, exámenes de laboratorio necesarios para decidir el pase a domicilio y el alta de la HD, para cada patología considerada tributaria de la hospitalización

domiciliaria, a fin de asegurar una atención domiciliaria con un alto estándar de calidad, que evite reingresos hospitalarios, estancias domiciliarias prolongadas, complicaciones médicas o los fallecimientos no esperados.

B. Políticas del proceso:

Alta participación: Se requiere la participación activa tanto del usuario, como de la familia o del cuidador principal, con un estrecho trabajo de educación, retroalimentación, colaboración y comunicación, entre los usuarios y el personal médico y administrativo de la HD.

Prestación del servicio: se brindará en el domicilio del paciente, eligiendo un ambiente limpio, ventilado, con espacio suficiente para los implementos y mobiliarios que requiera el paciente.

C. Políticas de Capacidad:

Nivel de uso: se garantiza la seguridad y la calidad del servicio, con una utilización mínima de por lo menos el 25% de la capacidad máxima, adecuando la oferta a la demanda calculada.

D. Políticas de personal:

Todo el personal se encontrará en planillas, contratados a plazo fijo, tiempo completo, con evaluaciones de desempeño cada 3 meses, de haber demanda adicional esta será cubierta por personal contratado por locación de servicios.

Uniformes: Se dotará de uniforme al personal en planilla que brinda la atención en domicilio, con el logo de la institución y el nombre del personal, dos juegos a cada uno, cada año, al personal rotativo se le entregará uniforme con el logo de la institución. El uso es obligatorio en las horas de servicio.

7.1.1. Estrategia de Operaciones

Se optó por la estrategia de diferenciación del Servicio, considerando con los siguientes atributos:

- Seguridad en la atención de salud de la hospitalización a domicilio.
- Calidad en la atención
- Servicio oportuno de hospitalización a domicilio versus la hospitalización convencional.
- Articulación de la Atención de salud, desde el domicilio, la IPRESS elegida del paciente, la IAFAS correspondiente y el servicio de hospitalización.

Al elegir diferenciarnos por el servicio, debemos monitorizar la satisfacción de nuestros usuarios con periodicidad frecuente. El horario de atención es de 8:00 horas a 20:00 horas de lunes a domingo, se buscará cubrir todas las atenciones que se generen durante el turno diurno y durante el turno nocturno inmediato anterior. Nuestro rango de edades va desde los 18 años sin límite etario superior, a todas aquellas personas que cumplan con los criterios de inclusión generales y clínicos de su patología, y no tenga los criterios de exclusión.

Tabla VII-2. Horario de atención

Día de Semana	Hora de Atención
Lunes - Domingo	08:00 - 20:00

Elaboración: Autores de la tesis.

La hospitalización domiciliaria está compuesta, por el personal administrativo, el personal asistencial y el personal de apoyo al servicio médico, tales como laboratorio, farmacia y el personal para traslado, vigilancia y limpieza.

De requerir el paciente traslado asistido, el servicio lo brindará la institución que llama al Hospital domiciliario o nuestra propia empresa y eso dependerá de la solicitud del usuario.

7.1.2. Localización

El segmento al cual está dirigido el servicio, son los sectores A y B, y su centro administrativo para la coordinación el local ubicado en la Av. El Cortijo # 432 – departamento 602, Surco. Ver Figura VII-1, Ver Figura VII.1.

7.1.3. Layout

El local central cuenta con 216 metros cuadrados, tiene cinco cocheras, los ambientes son amplios, luminosos y ventilados, albergarán a las áreas de administración y depósito de materiales médicos, así como estacionamiento de nuestras unidades móviles de traslado de nuestro personal. El local cumple con la normativa vigente de la ley de edificaciones y construcción antisísmica y los requisitos de seguridad del municipio. Ver Anexo 7.

Figura VII-1. Plano de Ubicación



Fuente: Google Maps

7.1.4. Proceso de Operaciones

El proceso de las operaciones varía según la demanda del servicio, se atenderá previa coordinación telefónica con la Central Administrativa de Hospital a Domicilio, otorgándose citas, las cuales se atenderán de modo consecutivo y en el menor lapso de tiempo posible, desplazándose el equipo médico hacia la IPRESS donde se encuentra el paciente, evaluándolo desde el punto de vista asistencial y administrativo, verificando el cumplimiento de los criterios de inclusión y de exclusión.

Como se puede observar existe una permanente evaluación de los procesos de admisión con especial hincapié en el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión para garantizar de esa forma una transición segura entre la IPRESS y el domicilio.

Prestación del servicio:

En base al flujo de procesos, se trata de una producción no lineal, ya que se cuenta con diversos tipos de servicio que no tienen necesariamente un flujo definido, sino que está en función a los paquetes que se le ofrecen a la IPRESS.

En el anexo VII-2 se detallan los procesos más importantes que se llevan a cabo en Hospitalización en Domicilio.

A. Recepción de la solicitud de servicio:

La empresa recibe por parte de la EPS o IPRESS un formulario debidamente llenado, que se constituye en el documento mediante el cual se formaliza la solicitud de servicios domiciliarios y que da inicio a la relación entre las partes. La solicitud de la EPS debe garantizar el apoyo diagnóstico (de ser requerido) y el apoyo terapéutico.

B. Valoración de las condiciones del paciente.

Se verifica el estado del paciente de acuerdo a los siguientes puntos:

- Voluntariedad para ser atendido bajo esa modalidad.
- Estabilidad clínica y hemodinámica.
- Adecuada capacidad funcional y cognitiva del paciente.
- Firma de consentimiento informado.

C. Revisión del cumplimiento de requisitos del Hogar

Se verifica que el domicilio al cual será trasladado el paciente cuente con los siguientes criterios de inclusión obligatorios:

Servicios básicos (luz eléctrica, agua, sistema de alcantarillado, higiene, refrigerador, etc.).

Contar con línea telefónica fija que permita la comunicación entre la familia y el paciente con el programa.

Vivienda ubicada dentro de la zona de cobertura de la empresa.

Familiar dispone de elementos básicos para la alimentación e higiene del paciente.

Adecuada capacidad funcional y cognitiva del cuidador.

Disponer de un familiar o acompañante permanente que actúe como cuidador.

Estructura socio familiar adecuado.

D. Revisión de los criterios de exclusión.

Incumplimiento de los criterios de admisión.

Ideación Suicida del paciente.

Psicosis aguda.

Discapacidad mental del paciente o cuidador que condiciones la comprensión de los riesgos.

Discapacidad física que impida cuando sea necesaria, la colaboración del paciente o su cuidador para la aplicación del procedimiento.

E. Presupuesto Inicial

El director médico elabora un primer presupuesto que debe tener en cuenta por lo menos lo siguiente:

- Duración estimada del tratamiento.
- Tipo de intervención y personal asignado en cada caso (según riesgo).
- Cantidad de intervenciones.

F. Solicitud de autorización de presupuesto.

Se informa a la EPS que el paciente cumple con los criterios de inclusión señalados, dicha declaración se envía junto al presupuesto realizado para que la EPS autorice el servicio.

En caso de ser devuelto y no autorizado se envía una nueva oferta para que sea avalada por la EPS.

De esa forma la EPS deciden directamente cuanto tiempo se atenderá al paciente y los servicios adicionales que cubriría.

G. Logística

El director médico una vez identificada la ubicación, el domicilio realiza una distribución del personal disponible con el fin de elaborar una programación de acuerdo a los requerimientos del paciente.

H. Contacto inicial con el paciente o cuidador

La jefa de enfermeras se pondrá en contacto con el familiar o cuidador responsable con la finalidad de informarle la fecha y hora del traslado al domicilio y la entrega de la programación de atenciones por los profesionales.

I. Llegada del profesional, identificación e intervención.

El personal asignado a la visita, al llegar al domicilio del paciente se debe identificar y los datos deben coincidir con los proporcionados previamente en la programación entregada. Una vez concluida la consulta o atención el profesional debe ingresar los datos por internet al registro electrónico.

J. Medicamentos

La aplicación de medicamentos será a través del personal de enfermería asignado a la atención del paciente, cumpliendo los turnos establecidos. Los medicamentos serán entregados al domicilio del paciente o en el local central de la empresa.

K. Finalización de servicio

Si al momento de la finalización del servicio y bajo criterio médico se requieren más días de atención se alcanzara una nueva propuesta a la EPS.

L. Encuesta de satisfacción

La jefa de enfermeras se comunicara con el usuario y realizará una encuesta de satisfacción del servicio que permita evaluar la calidad del mismo y retroalimentar los procesos de la organización.

M. Facturar

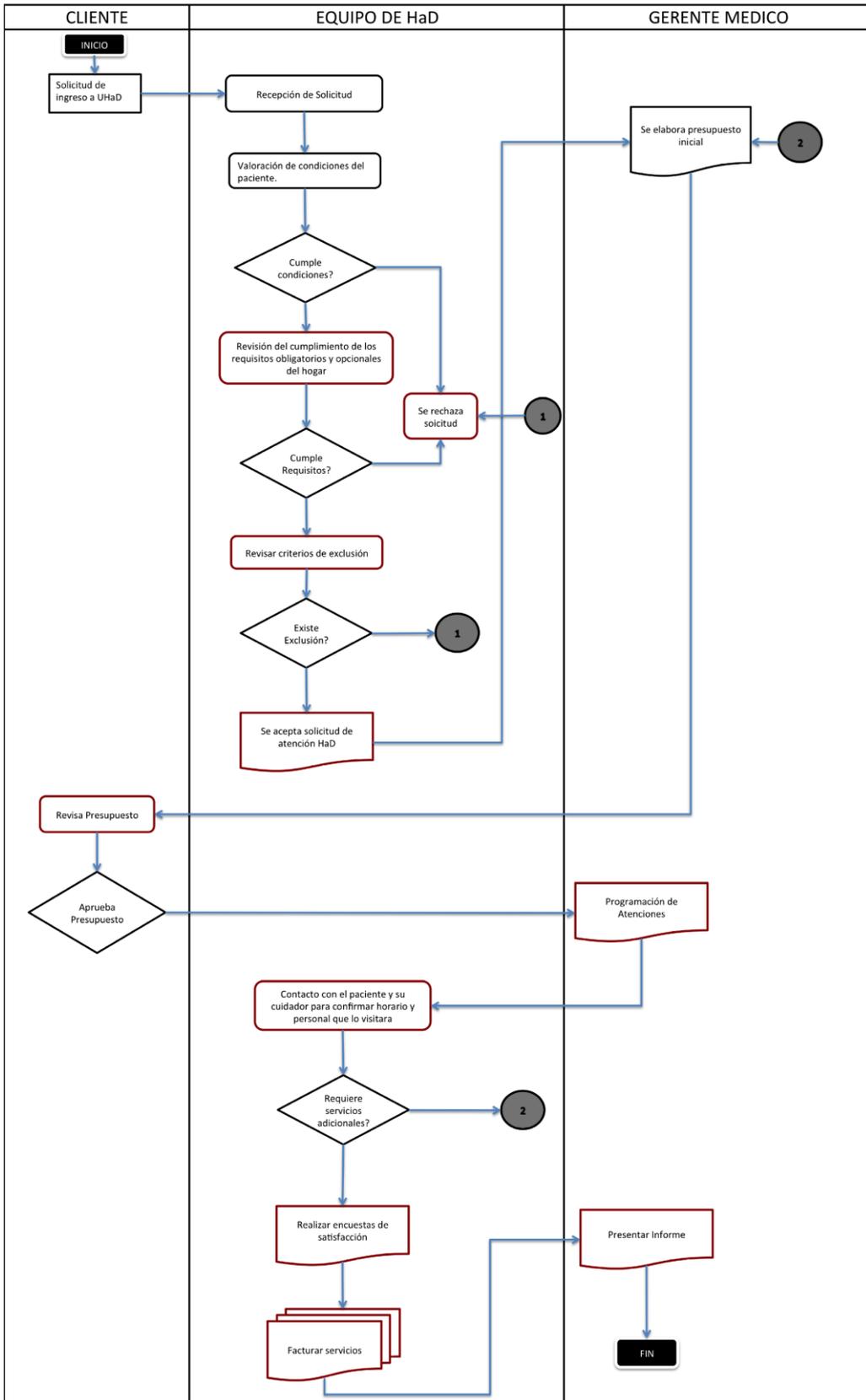
Se genera una sola orden de pago por paciente y se anexan autorizaciones avaladas por la EPS.

N. Informe EPS

Se eleva un informe mensual para su revisión por la EPS y el director médico con la finalidad de evaluar cada caso y actualizar los protocolos de manejo, así como, los criterios de inclusión y exclusión.

Asimismo se realizará un informe médico de la hospitalización domiciliaria que se entregará a la prestadora de salud que realizó la solicitud de la atención domiciliaria.

FLUJOGRAMA PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO



Elaboración: Autores de la tesis.

7.2. Gestión de los actores de la cadena de suministros

7.2.1. Proveedor de insumos

Se generará valor a partir de alianzas estratégicas con proveedores de renombre para garantizar insumos de calidad y de forma oportuna.

Los medicamentos serán proveídos por una farmacia con la cual se ha realizado convenio previamente y que nos asegura medicamentos de buena calidad.

7.3. Procesos de la cadena de suministros

7.3.1. Planificación

En base al estimado de ventas de los paquetes de riesgo, se realizará los pedidos de insumos y materiales a los proveedores, con la finalidad de mantener un stock permanente no menor a 15 días de operatividad de la empresa

7.3.2. Innovación y desarrollo

Se aplicarán encuestas de satisfacción, que permitirán monitorizar el servicio prestado, verificando lo adecuado de los procesos, permitiendo adoptar sugerencias y necesidades detectadas al servicio prestado, asegurándonos un cambio permanente con mejora de la calidad.

7.4. Proceso de abastecimiento

Se abastecerá a la empresa, según la demanda y el tipo de paquete que genera mayor número de atenciones, ya que los materiales, insumos y equipamiento médico varían según los mismos.

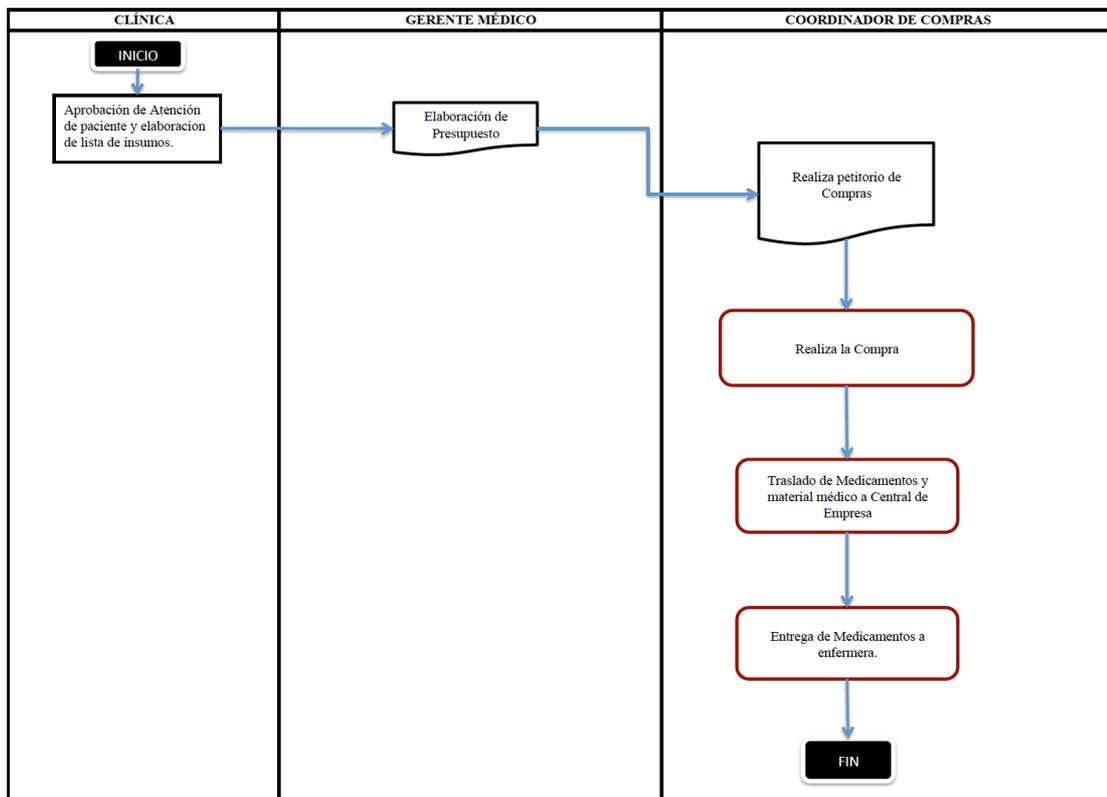
El proceso de abastecimiento de los medicamentos requeridos para cada caso, está dado por cinco momentos, que son:

1. Recopilación de los servicios brindados y abastecimiento requerido;
2. Programación de lista de compras;
3. Compras;
4. Seguimiento de la compra y
5. Recepción de pedido realizado.

Los medicamentos solicitados por paciente serán chequeados y listados en un petitorio en la central de nuestra empresa, para luego ser entregados a la enfermera que administrará dichos medicamentos. Ver Figura VII-3 y Anexo 08.

- Paso 1: Aprobación de la atención del paciente en la clínica prestadora del servicio de salud y elaboración de lista de medicamentos necesarios para cubrir la atención los 7 días de la hospitalización domiciliaria, este paso será realizado por médico parte del staff de nuestra empresa.
- Paso 2: Elaboración y aprobación del presupuesto, por el gerente médico de nuestra empresa.
- Paso 3: Realización de petitorio de compra, por coordinador de compras.
- Paso 4: Realización de la compra de insumos solicitados, por el coordinador de compras.
- Paso 5: Traslado de la medicación e insumos solicitados hasta la sede central de nuestra empresa.
- Paso 6: Entrega de medicamentos a enfermera que se hará cargo de paciente.

Figura VII-3. Flujo grama de Abastecimiento



Elaboración: Autores de la tesis.

7.4.1. Equipos y tecnología

Para nuestra empresa la comunicación y la transmisión de la información en ambos sentidos (del cliente a la empresa y de la empresa al cliente) es fundamental para brindar seguridad y asistencia al paciente, así mismo a través de nuestra página web, se ofrecerá el registro histórico de las atenciones, los servicios prestados, la Guía del Cuidado Domiciliario y guías de Práctica Clínica de las enfermedades que forman parte de nuestros servicios.

7.5. Capacidad operativa

La capacidad operativa será calculada según la captación de mercado esperada, teniendo en cuenta el porcentaje esperado de cada paquete, y los requerimientos específicos para cada uno. Así tenemos que en el primer año los pacientes de Riesgo uno serán 118, del Riesgo 2 serán 473 y del Riesgo 3 serán 31, dando la necesidad de capacidad operativa mensual en el primer año tal como se evidencia en la Tabla VII-3.

Tabla VII-3: Capacidad Operativa Mensual Por Riesgos

MERCADO ESPECÍFICO	Porcentaje por riesgo	Año 1 623 CLIENTES	Mensual año 1
Riesgo 1	19%	118	10
Riesgo 2	76%	473	40
Riesgo 3	5%	31	3

Elaboración: Autores de la tesis.

7.6. Estimación de la demanda

Para la estimación de la demanda se utilizó la información estadística de las principales clínicas de Lima Metropolitana, en lo relacionado a las atenciones en el servicio de emergencia, obteniendo un promedio de 2400 atenciones mensuales, de las cuales el 4% requiere hospitalización, haciendo un total de 96 hospitalizados.

De los pacientes que se hospitalizan, el 30% están incluidos dentro de los diagnósticos ofrecidos en los paquetes según riesgo descrito, lo que da un total de 29 pacientes al mes, para nuestro plan de negocios hemos involucrando a un total de doce clínicas en los distritos de influencia de nuestra empresa, dando un total de 346 pacientes

mensuales y 4154 anuales, ver Tabla VII-4 y Anexo 09. Después de haber realizado el análisis de la demanda estimada a través de la encuesta, entrevista a profundidad y focus group, se determinó que el mercado objetivo es del 60% del mercado existente (figura VII-4), tenemos un total de 2492 pacientes con diagnósticos incluidos en los paquetes ofrecidos en el primer año y en condiciones médicas que son pasibles de la hospitalización en domicilio. Ver Anexo 09.

Figura VII-4. Estimación de la Demanda

ESTIMACION DE LA DEMANDA BASADO EN LA INVESTIGACION DEL MERCADO	
FOCUS	80%
ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD	100%
ENCUESTAS	60%

Elaboración: Autores de la tesis.

Nuestra empresa apunta durante el primer año a la captación del 25% del mercado objetivo, 40% al segundo año, alcanzando el 45% en el tercer año, cifra que buscamos mantener durante el cuarto y quinto año.

Se ha considerado que el mercado potencial crece un 3% anual y que a partir del segundo año, podría aparecer competencia potencial a nuestros servicios. Ver Tabla VII-4.

Tabla VII-4: Estimación de la Demanda

Mercado potencial		4154	4278	4406	4538	4674
Mercado objetivo	60%	2492	2566	2643	2722	2804
Participación		25%	40%	45%	45%	45%
Mercado específico		623	1,026	1,189	1,225	1,262

Elaboración: Autores de la tesis.

CAPÍTULO VIII. GESTION DEL RECURSO HUMANO

8.1. Constitución de empresa

La empresa “Hospitalización Domiciliaria” es una empresa que se fundará para brindar cuidados de hospitalización domiciliaria.

La empresa se constituirá bajo el nombre comercial de "Centro de hospitalización Domiciliaria S.A.C.", una sociedad anónima cerrada que inicia con el aporte de 3 accionistas, con iguales porcentajes de participación.

Se realizará la búsqueda y reserva del nombre de la empresa en Registros Públicos, realizando la elaboración y su legalización y elevación en los Registros Públicos, y obtienen el número de Registro Único de Contribuyente (RUC), en la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria (SUNAT). Correspondiendo el Régimen General (RG) como régimen tributario.

Se legalizan los libros contables.

Se registra a los trabajadores en el Seguro Social de Salud (EsSalud).

Se registra en el Registro Nacional de la Micro y Pequeña Empresa (REMYPE), bajo la modalidad de pequeña empresa, debiendo cumplir con las siguientes características para permanecer en dicha modalidad, que implica hasta un máximo de 100 trabajadores y una facturación anual máxima de 1700 UIT (a la fecha el valor de la Unidad Impositiva Tributaria corresponde a S/. 3,700.00 nuevos soles).

Los beneficios que tendrá la empresa como pequeña empresa serán tanto a nivel de costos laborales como acceso a capacitación y crédito preferencial.

Respecto a los costos laborales, los beneficios permitirán a la empresa reducir el costo de la planilla, y desde el inicio se formalizaría al trabajador y obtendría beneficios como gratificaciones equivalentes a media remuneración, vacaciones de 15 días y CTS.

Respecto a la capacitación, el Ministerio de la Producción ofrece capacitación a la Micro y Pequeña Empresa (MYPE), así como en COFIDE. La banca también tiene productos de créditos para capital de trabajo y créditos especiales para la MYPES y otras instituciones como las cajas municipales.

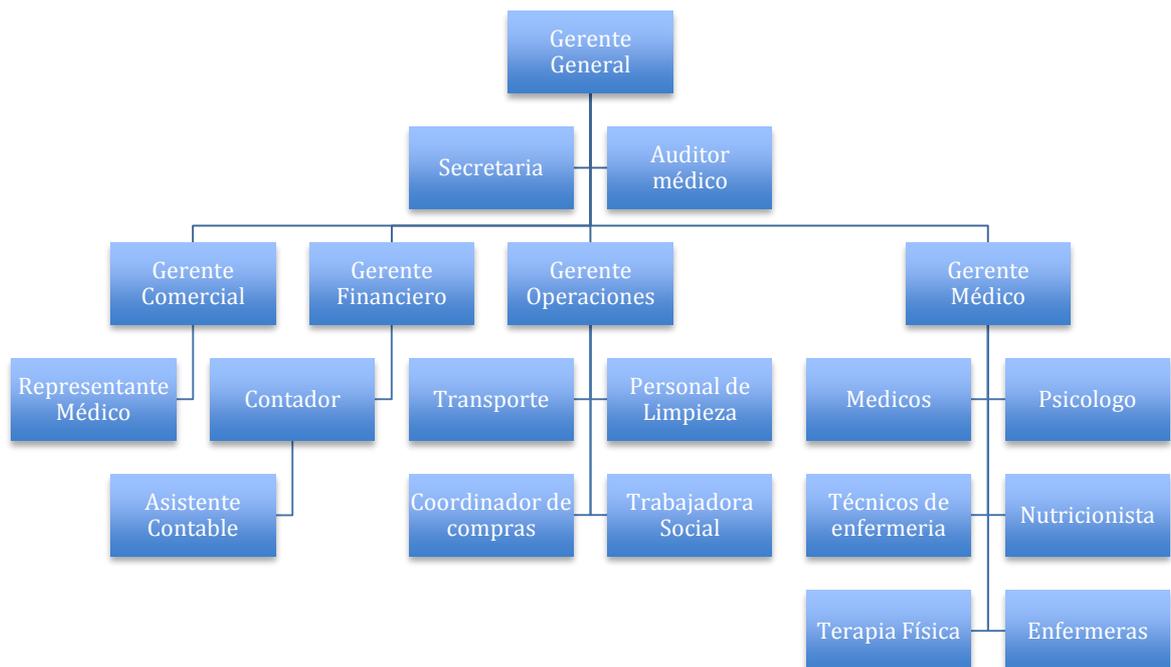
8.2. Estructura organizacional

La estructura de diseño organizacional propuesta está agrupada en dos áreas estratégicas, de servicios y administrativa.

El Staff estará constituido por 58 personas, integrado por el gerente general, gerente comercial, gerente financiero, gerente de médico, auditor médico, secretaria, jefe de enfermeras, 30 enfermeras para trabajo de campo, 3 asesores médicos (Oncólogo médico, médico internista, Intensivista), 6 médicos generales, un nutricionista, un técnico de enfermería, dos técnicos en rehabilitación física, una trabajadora social, cuatro vendedores (representantes médicos), un contador, dos asistentes contables, un coordinador de compras, un personal de limpieza, un psicólogo y 4 choferes.

Las habilidades, talentos y Know-how de los empleados para llevar a cabo los procesos internos fundamentales para el éxito de la estrategia, comienza con la identificación de las competencias requeridas por las personas que llevan a cabo cada uno de los procesos internos del mapa estratégico de la empresa (Kaplan y Norton, 2008).

Figura VIII-1. Organigrama de la Institución



Elaboración: Autores de la tesis.

Funciones del Personal de la empresa

A. Gerente General

Se encarga de planificar las metas a corto y largo plazo, velar por que se cuente con los recursos necesarios para cumplir con las expectativas del negocio; así mismo evalúa el cumplimiento de las metas.

- Representa legalmente a la empresa
- Encargado de las finanzas de la empresa.
- Planifica las metas a corto, mediano y largo plazo.
- Tendrá a su cargo funciones de crecimiento y diversificación mediante el uso adecuado de los recursos generados por la empresa.
- Ejecuta los lineamientos y políticas gerenciales.
- Controla las funciones laborales de los empleados.
- Coordina las mejoras en los procesos y en la infraestructura.
- Organiza los requerimientos de personal adicional según la demanda.
- Verifica los pagos de planillas y los beneficios de los empleados.

B. Gerente médico

- Supervisar y vigilar la eficiencia de los servicios médicos
- Dirigir y analizar la productividad de los médicos
- Consolidar los servicios de salud brindados.
- Garantizar la satisfacción de los usuarios de servicios médicos.
- Apoyar en la gestión administrativa con las demás Gerencias.
- Vigilar que las actividades de los médicos y personal a su cargo se desarrollen de acuerdo a los objetivos, la misión y la visión de la institución.
- Dirigir las actividades para que se cumpla con el plan táctico de la empresa.
- Elaborar el Plan Anual de Actividades de los Servicios Médicos.
- Revisar e implementar guías para el manejo de las patologías en atención domiciliaria.

- Supervisar que los servicios de enfermería, nutrición, psicología y terapia física se otorguen de acuerdo a los lineamientos, procedimientos y códigos establecidos.
- Representar al Gerente General en actos de su competencia.
- Promover la investigación operativa y desarrollo tecnológico para fortalecer la calidad de la atención.

C. Gerente de Operaciones

- Dirige y coordina con el personal a su cargo.
- Realiza el seguimiento de los procesos.
- Coordina con el área administrativa y comercial.

D. Gerente Comercial

- Coordina el plan de marketing.
- Elabora informes de ventas mensuales, bianuales y anuales.
- Realiza el control de los indicadores de ventas.
- Supervisión de la fuerza de ventas.
- Maneja herramientas de tecnología de la información

E. Gerente Financiero

- Controlar los Ingresos y gastos Financieros de la empresa que le permitan ser competitivos en el sector salud
- Promover la optimización de los recursos apoyando y acompañando a los líderes de la empresa en el análisis y proyección de su servicio.
- Planear, coordinar y evaluar todas las actividades administrativas, tendientes a la consecución de suministros y equipos.

F. Secretaria

- Confecciona informes, mantiene la correspondencia.
- Registra, programa y reserva las citas para los diferentes servicios.
- Coordina con el personal asistencial las actividades a realizar.
- Otras inherentes a su cargo.

G. Vendedores

- Promocionar el producto.
- Realizar reportes promoción mensual.
- Cumplir con la cuota definida en el plan de ventas.
- Acudir a las capacitaciones y talleres de la empresa.

H. Contador

- Procesar, codificar y contabilizar los diferentes comprobantes por concepto de activos, pasivos, ingresos y egresos, mediante el registro numérico de la contabilización de cada una de las operaciones, así como la actualización de los soportes adecuados para cada caso, a fin de llevar el control sobre las distintas partidas que constituyen el movimiento contable y que dan lugar a los balances y demás reportes financieros.
- Verificar que las facturas recibidas en el departamento contengan correctamente los datos fiscales de la empresa que cumplan con las formalidades requeridas.
- Registrar las facturas recibidas de los proveedores, a través del sistema computarizado administrativo para mantener actualizadas las cuentas por pagar.
- Revisar el cálculo de las planillas de retención de Impuesto sobre la renta del personal emitidas por los empleados, y realizar los ajustes en caso de no cumplir con las disposiciones.
- Llevar mensualmente los libros generales de Compras y Ventas, mediante el registro de facturas emitidas y recibidas a fin de realizar la declaración de IR.
- Elaborar los comprobantes de diario, mediante el registro oportuno de la información siguiendo con los Principios Contables generalmente Aceptado, a objeto de obtener los estados financieros.
- Llevar todos los movimientos o registros contables al Programa que es el software utilizado por la organización para dicha actividad.
- Elaboración de cheques para el recurso humano de la empresa,

proveedores y servicios.

- Llevar libros contables (Diario, mayor e inventarios).
- Realización de la relación de las Cuentas por Cobrar y por Pagar.

I. Auditor médico

- Realizar la Auditoria de Pertinencia de los Procedimientos realizados.
- Realizar la Auditoria de Pertinencia Medica de las atenciones en domicilio.
- Realizar evaluación de adherencia a guía de práctica clínica.
- Cumplir con las demás funciones que le asigne la gerencia general.

J. Médico especialista:

- Consultoría sobre patologías de su especialidad o afines.
- Capacitación a los médicos generales y personal de enfermería sobre su especialidad y afines.
- Evaluación del desempeño a los médicos generales.

K. Médico General

- Definir objetivos de su intervención.
- Búsqueda y manejo de los factores de riesgo para la patología de base así como de los factores implicados en las descompensaciones.
- Diagnosticar seguir y manejar la enfermedad crónica de base y sus descompensaciones.
- Realizar el manejo sintomático y paliativo de las enfermedades terminales.
- Decidir sobre la necesidad de utilización de otros recursos adicionales así como las remisiones a centros hospitalarios.
- Diseñar y ejecutar su plan de educación para la salud.

L. Profesional de enfermería:

- Definir objetivos de su intervención.
- Capacitar a los cuidadores sobre los cuidados básicos de alimentación, hidratación, higiene, cambios posturales, cuidados sondas y

administración de medicamentos.

- Vigilar y registrar adecuadamente las constantes vitales y signos de evolución de la enfermedad dando aviso oportuno sobre cualquier cambio de importancia.
- Servir de puente permanente de comunicación entre el usuario y su familia con los demás integrantes del equipo.
- Diseñar y ejecutar su plan de educación para la salud.

M. Profesional en trabajo social:

- Definir objetivos de su intervención.
- Evaluar, diagnosticar, intervenir y hacer las recomendaciones pertinentes sobre la condición psicosocial del usuario, su cuidador y el entorno familiar.
- Brindar información oportuna sobre cómo utilizar los recursos públicos y/o comunitarios del sector.
- Facilitar la ayuda y la asesoría necesaria para alcanzar el bienestar de la familia.
- Evaluar la capacidad familiar para brindar soporte al paciente en situaciones de crisis.
- Diseñar y ejecutar su plan de educación para la salud.

N. Psicólogo

- Brinda evaluación y tratamiento psicológico a los pacientes que lo requieran.
- Realiza sesiones de terapia de familia.
- Realizar charlas y talleres a los colaboradores internos.
- Previene, restaura y desarrolla el estado físico, mental, sensorial y social del individuo que ha sufrido alguna disfunción.

O. Nutricionista

- Proporciona asesoramiento sobre la dieta y alimentación que se adapte a las necesidades del cliente.

- Realiza charlas y talleres a los colaboradores internos.
- Realizar el seguimiento y asesoría nutricional en line del cliente.

P. Mantenimiento y Limpieza

- Se encarga del mantenimiento de las áreas de trabajo.
- Se encarga de la limpieza de los ambientes de trabajo.

Q. Chofer

- Se encarga del transporte del personal desde la empresa al domicilio del paciente.
- Transporte del paciente hasta su domicilio.
- Otros inherentes a su cargo.

R. Coordinador de Compras

- Se encarga de realizar las compras de los medicamentos que requiere el paciente y los traslada a la empresa para que sean llevados al domicilio del paciente.
- Realiza supervisión del buen estado de los equipos almacenados en la empresa.
- Realiza plan anual de compras en coordinación con gerencia financiera.
- Otros inherentes a su cargo.

S. Técnico de enfermería

- Se encarga de asistir al paciente y a la enfermera.
- Se encarga de la limpieza de los ambientes de trabajo.
- Otros inherentes a su cargo.

T. Terapeuta Físico

- Ejecutar actividades técnicas en la asistencia y control de pacientes de acuerdo a los requerimientos de cada paciente.

- Desarrollar plan de atención de paciente.
- Otros relacionados al puesto.

T. Asistente Contable

- Mantener actualizados los documentos legales de la compañía y entregar al personal que lo
- Requiera.
- Elaborar la nómina y liquidación de seguridad social.
- Revisión de la contabilización de los documentos.
- Clasificar adecuadamente de acuerdo a los centros de costos existentes los documentos contables.
- Administrar la papelería y elementos de uso de la compañía llevando registros en las planillas indicadas.
- Colaboración continúa en otras labores asignadas por su jefe inmediato.

8.3. Perfiles del puesto

Gerente General Licenciado en administración de empresas, con experiencia de tres años como mínimo en empresas de servicios. Con habilidades de comunicación, trabajo bajo presión y por resultados, trabajo en equipo.

Secretaria: Con certificación de secretariado, conocimientos de contabilidad y manejo de kardex de almacén y manejo de archivos. Conocimientos y experiencia en el uso de programas de Microsoft office. Experiencia anterior de menor de un año.

Gerente comercial: Licenciado en administración de empresas, con experiencia en el área de marketing, con capacidad de comunicación con los colaboradores y para el trabajo en equipo. Experiencia mínima de tres años.

Vendedores: Secundaria completa y/o bachilleres en aéreas administrativas, con capacidad de comunicación y para el trabajo en equipo. Experiencia mínima tres años.

Gerente de Operaciones: Licenciado en Administración de Empresas o Ingeniería Industrial con Experiencia en servicios de Salud. Experiencia mínima de tres años.

Gerente Médico: Médico General Titulado, especialidad en Administración de servicios de salud o equivalente, experiencia laboral de 3 años consecutivos en jefaturas o puestos de coordinación, idealmente maestría de gestión en salud y auditoría médica.

Gerente financiero: Profesionales en la carrera de administración y finanzas, economía o carreras afines. Experiencia mínima de 3 años en Empresas de servicios preferentemente salud, conocimiento en tarifario Zeus, y aseguramiento. Ideal contar con Postgrado en finanzas, control de gestión, auditoría.

Mantenimiento y Limpieza: Mínimo secundaria completa, con experiencia en trabajos similares de 2 años, buen trato y amabilidad.

Chofer: Mínimo Secundaria Completa, licencia A II B, mínimo 06 meses en puestos similares, conocimiento de rutas y calles en Lima.

Coordinador de compras: Mínimo secundaria completa, experiencia en puestos similares, honestidad, pro actividad, idealmente movilidad propia.

Médico general: Título profesional de Médico Cirujano, con experiencia y conocimientos prácticos de atención primaria, salud familiar, domiciliaria o comunitaria así como de la evaluación periódica de los mismos. Experiencia en valoración geriátrica y cuidados paliativos, responsabilidad, honestidad y vocación de servicio.

Médico Especialista: Título de médico cirujano y especialidad en caso corresponda, medicina interna, oncología médica y UCI, este último debe acreditar capacitación y experiencia en el manejo de pacientes que requieren nutrición enteral o parenteral, deberán tener una visión amplia de la medicina y disposición para manejar los pacientes en equipo. Así mismo debe tener capacidad docente para transmitir sus conocimientos al personal de médicos generales y enfermería.

Profesional de enfermería: Título profesional de Enfermería, experiencia y conocimientos prácticos de atención primaria, salud familiar, domiciliaria o comunitaria, experiencia en valoración geriátrica y cuidados paliativos. Responsabilidad, honestidad y vocación de servicio, Experiencia en técnicas diagnósticas y terapéuticas de enfermería, experiencia en evaluación de necesidades y planificación de cuidados en pacientes a domicilio.

Técnico de enfermería: Técnico Titulado, con experiencia mínima de 1 año demostrable, persona responsable, proactiva, con capacidad de trabajo bajo presión.

Profesional en trabajo social: Título profesional de Trabajador(a) social, experiencia y conocimientos prácticos de atención primaria, salud familiar, domiciliaria o comunitaria así como de la evaluación periódica de los mismos. Experiencia en valoración geriátrica y cuidados paliativos, responsabilidad, honestidad y vocación de servicio.

Profesional en Psicología: Título profesional de Psicólogo(a), experiencia y conocimientos prácticos de Psicología de la salud, salud familiar, atención domiciliaria o comunitaria así como de la evaluación periódica de los mismos. Experiencia en valoración geriátrica y cuidados paliativos, responsabilidad, honestidad y vocación de servicio.

Profesionales en Terapia física: Título profesional de Terapeuta física, ocupacional o respiratoria, experiencia y conocimientos prácticos de atención primaria, discapacidad, atención domiciliaria o comunitaria así como de la evaluación periódica de los mismos. Experiencia en valoración geriátrica, personas con discapacidad y cuidados paliativos. Responsabilidad, honestidad y vocación de servicio.

Profesional en Nutrición y dietética: Título profesional de Nutricionista y Dietista, experiencia y conocimientos prácticos de atención primaria, salud familiar y nutrición comunitaria así como de la evaluación periódica de los mismos. Experiencia en valoración geriátrica y cuidados paliativos, responsabilidad, honestidad y vocación de servicio.

Auditor médico: Profesional médico con Postgrado Académico, experiencia mínima de 02 años como auditor, conocimientos a nivel intermedio de Excel, conocimiento del manual de normas de facturación.

Asistente Contable: Estudiante de nivel técnico o en formación profesional de primeros semestres, certificados en el área de Contaduría Pública.

8.4. Reclutamiento, selección, inducción, y contratación

La planeación de este proceso se ha dividido en fases:

Fase 1: Reclutamiento

Basado en el perfil del cargo requerido y en el caso de personal asistencial, adaptados a los requerimientos específicos del cliente, se procede a buscar como primera opción entre los candidatos pre-seleccionados. De ser necesario se publica avisos solicitando personal en diarios de circulación nacional; así mismo se colocan avisos laborales en la página web.

Fase 2: Selección

Los candidatos son evaluados asignando un puntaje a los requisitos solicitados, continuando solo los 3 mejores evaluados que cumplen preliminarmente con el perfil. Se realiza una serie de filtros consecutivos para identificar a los mejores candidatos que pasan a la fase de selección. Uno de los filtros es verificar su identidad con el documento nacional de identidad, se solicita el certificado de antecedentes penales, policiales y domiciliario; y se verifica las referencias laborales. El segundo filtro es una entrevista técnica, donde se verifica el nivel del conocimiento teórico y práctico en las labores que corresponden a su perfil. El tercer filtro es la entrevista psicológica, aplicando pruebas de personalidad y pruebas de inteligencia emocional. Finalmente se realiza la selección por competencias definidas para cada puesto.

Fase 3: Inducción

Se preselecciona al mejor candidato acorde al perfil técnico y psicológico y a su similitud a la cultura de la empresa, y se le somete a un examen médico de ingreso, el cual es a cuenta del trabajador, por una entidad reconocida. Antes del inicio de labores, el nuevo colaborador es sometido a un proceso de inducción de 6 horas donde se le explica sobre la empresa su misión, visión, valores y cultura empresarial. El personal asistencial en general asistirá de modo obligatorio en su primera semana laboral a una capacitación de cinco días de duración a cargo de los médicos especialistas, en donde se dará a conocer las guías de prácticas clínicas a utilizar durante la atención del paciente. Esta actividad no demandará un nuevo costo a la empresa, ya que esta incluido en la estructura de costo del personal; constituyendo un costo hundido.

Fase 4: Contratación de personal

En el área administrativa, el gerente general, gerente comercial, gerente de operaciones, gerente financiero, gerente médico, secretaria, auditor médico, tendrán contratación por planillas. En el área asistencial, las enfermeras, los médicos, técnico de enfermería, nutricionista, psicólogo, vendedor, choferes, personal de limpieza, coordinador de compras, trabajadora social serán contratados también a plazo fijo por un año a través de una planilla.

El personal accede a la planilla, sin embargo está sujeto a tres meses de prueba y el contrato luego, es a plazo fijo por un año.

El personal firma un compromiso de confidencialidad de la información, no pudiendo divulgar dentro o fuera, información y datos de los clientes.

Todos los contratos son gestionados por el Gerente General. En caso de modificaciones a los contratos, la Gerencia General es la única que puede tomar una decisión al respecto.

8.5. Capacitación y desarrollo y Evaluación de desempeño

Luego de contratados, todo el personal recibe capacitaciones continuas de temas relacionados al puesto y cargo a desempeñar.

Se garantiza el cumplimiento de las normas de bioseguridad a través de la permanente capacitación del personal y el constante seguimiento.

El personal tendrá un entrenamiento inicial de una semana sobre la misión y visión de la empresa, el personal asistencial recibirá también capacitación sobre los protocolos de atención domiciliaria, se capacitará al personal en el manejo de los reclamos de cliente, siendo reportados al Jefe de Área Comercial, quien canaliza y brinda su pronta solución.

La Gerencia General asume la responsabilidad de dirigir el centro asegurando mantener un ambiente de trabajo adecuado que permite una influencia positiva en la motivación, satisfacción y desempeño del personal tanto asistencial como administrativo que se demuestra en los siguientes hechos: Se crean grupos de trabajo por área a cargo del jefe, con el objetivo de estudiar las condiciones físicas de cada puesto de trabajo y proponer a la gerencia las medidas correctivas necesarias para su mejora. Se promueve la participación de todo el personal mediante el trabajo en equipo y la constitución de grupos específicos de trabajo que se encarguen de estudiar problemas potenciales o reales y de proponer a la gerencia las soluciones encontradas. Existiendo la estrategia con el personal de la co-creación.

Se aplican herramientas para medir el desempeño, el objetivo es alinear estrategias de la organización con el desempeño, gestionar las competencias, logrando focalizar los planes de capacitación.

El centro asegura que la atención cumpla con los requisitos establecidos, identificando las desviaciones oportunamente. En este sentido cuenta con diferentes herramientas como: Los resultados de las encuestas a los clientes, los controles de los jefes, las evaluaciones de desempeño, puntualidad y capacidad del trabajador asistencial y administrativo, revisiones inopinadas durante las atenciones.

Se mantienen registros de los hallazgos, y de las acciones tomadas. Así como de una nueva verificación. Siendo de plena responsabilidad del Gerente General las decisiones finales.

CAPÍTULO IX. PLAN DE INVERSIONES Y FINANCIAMIENTO

El uso de evaluaciones económicas para apoyar la toma de decisiones en salud es una práctica que ha tomado cada vez más fuerza a nivel mundial.

En el actual capítulo se presenta la inversión requerida para la puesta en marcha y operación del negocio. A partir de este se evalúa la viabilidad económica de la empresa. Se realiza el costeo y se refleja en los Estados Financieros formulados como Balance General, Estado de Resultados, Flujo de Caja y se monitorean indicadores de información para los inversionistas como Tasa Interna de Retorno, Valor Presente Neto, etc.

9.1. Supuestos del Plan de Negocios

9.1.1. Horizonte de Evaluación

El horizonte de evaluación se considera de 5 años, el plan de negocio se considera a perpetuidad; se establecen como supuestos generales que el horizonte de vida del proyecto es infinito, y que los flujos operativos e inversiones se repetirán de forma permanente.

La evaluación económica del plan de negocio, toma como base el método de perpetuidades; es decir, se realiza una valoración de los flujos económicos futuros, tomando como base el supuesto de que la empresa no va a quebrar y por tanto será perpetua. La fórmula del cálculo de la perpetuidad para los flujos es la siguiente:

$$\frac{FC_{10}}{K_{oa}}$$

Y se también se calcularon la perpetuidad para los activos.

9.1.2. Pronóstico de ingresos

Este pronóstico se compone del análisis del mercado para cubrir con la oportunidad de venta de nuestros servicios, para esta evaluación se considera el crecimiento de nuestro mercado específico para los próximos años: 25%, 40%, 45%, 45% y 45% de la población objetivo (afiliados a EPS que cumplen con los criterios de inclusión) al quinto año.

Tabla IX-1. Crecimiento de venta por Ocupabilidad

Crecimiento de Ventas	
CRECIMIENTO DE VENTAS	Crecimiento
- % de Ventas 1er año	25%
- % de Ventas 2do año	40%
- % de Ventas 3er año	45%
- % de Ventas 4to año	45%
- % de Ventas 5to año	45%

Elaboración: Autores de la tesis.

El ingreso del proyecto de inversión está constituido por el valor monetario de las ventas del servicio.

Para ello es necesario elaborar un presupuesto que permita proyectar los ingresos que la empresa va a generar en cierto periodo de tiempo. Para poder proyectar los ingresos de la empresa es necesario conocer las unidades a vender y el precio de los productos. En este punto se presenta el análisis descriptivo de los ingresos presupuestados a cinco años, estos datos han sido tomados de estudios previos, tales como estudio de mercado, técnico y organizacional del proyecto ya que allí se general los gastos, los ingresos y las inversiones.

Los Ingresos son:

- Ingresos de operación. Representa el 100% de las ventas proyectadas mensualmente durante los cinco años.
- Ingresos No operativos. Están representados por la financiación que realizan los socios a través de una entidad financiera.
- Ingresos de Capital. Es el aporte inicial de los socios.

Tabla IX-2 Proyección de Ingresos

INGRESOS	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
INGRESOS DE OPERACION		S/. 877,067	S/. 1,463,411	S/. 1,710,286	S/. 1,780,497	S/. 1,852,679
INGRESOS NO OPERATIVOS	S/.374,027					
INGRESOS DE CAPITAL	S/.249,352	S/. -134,609	S/. -53,653	S/. -11,988	S/. -12,325	S/. 419,822
INGRESOS TOTALES	S/. -661,359	S/.742,458	S/.1,409,758	S/.1,698,298	S/.1,768,172	S/.2,272,501

Elaboración: Autores de la tesis.

9.1.3. Egresos

Los egresos incluyen los gastos y las inversiones. El gasto es aquella partida contable que aumenta las pérdidas o disminuye el beneficio. Supone un desembolso financiero, ya sea movimiento de caja o bancario. El pago de un servicio y el arrendamiento de un local comercial son algunos de los gastos habituales que forman parte de los egresos.

Tabla IX-3 Porcentaje de ajuste a gastos y costos

AJUSTE	INFLACIÓN	OBSERVACIONES
Costos y precios	2.50%	Marco Macroeconómico Multianual 2015-17,MEF

Fuente: Marco multianual 2015-2017. MEF, 2014.
Elaboración Autores de la tesis.

9.1.4. Financiamiento y tasa de descuento

El plan de negocio requiere financiamiento, dado que no todo el capital será cubierto con el aporte de los accionistas (40%). El crédito comercial se estima a una tasa de 15% según el Banco GNB para pagar a 5 años.

El Costo de oportunidad de los accionista (k_e) se determinó por acuerdo mutuo y se estimó en un 18.65%.

Los cálculos se detallan a continuación.

Tabla IX-4. Datos para evaluación financiera

Financiamiento	Calculo (%)
%Deuda	60%
%Capital	40%
Beta sector des apalancado	0.86
Beta apalancado	1.78
Tasa libre de riesgo (R_f)	5.28%
Tasa de mercado (R_M)	11.53%
Riesgo país	2.25%
Tasa imp. renta	28%
Tasa de oportunidad accionista (K_e)	18.65%
Tasa de crédito (K_d)	15%
Tasa de descuento (WACC)	13.94%

Elaboración Autores de la tesis.

9.1.5. Proyecciones de Venta de Paquetes

Del mercado total anual (potencial), se calculó el mercado Objetivo y el mercado específico para cada tipo de atención según el riesgo y con ello el número de pacientes al año a ser incorporados al sistema.

Tabla IX-5. Demanda y su proyección de Ventas

Proyecciones de Ventas		Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Mercado potencial		4154	4278	4406	4538	4674
Mercado objetivo	60%	2492	2566	2643	2722	2804
Participación		25%	40%	45%	45%	45%
Mercado específico		623	1,026	1,189	1,225	1,262

Elaboración Autores de la tesis.

Tabla IX-6. Número de Paquetes según Riesgo.

		Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Riesgo Bajo	19%	118	195	225	232	239
Riesgo Intermedio	76%	473	780	903	930	958
Riesgo Alto	5%	31	51	59	61	63

Elaboración Autores de la tesis.

9.2. Inversiones

El plan de negocio se compone de inversiones que se requieren para poder ejecutarlo, estas inversiones son la compra de activos tanto tangibles como intangibles, parte de esta inversión se financiará con préstamos. La inversión inicial se estimó en S/.661,354.

Tabla IX-7. Inversión Inicial

Inversión Inicial	S/.	%
Inversión en activo fijo	S/.454,111	68%
Inversión en capital de trabajo	S/.207,248	27%
Inversión pre operativa	S/.34,440	5%
TOTAL	S/.661,354	100%

Elaboración Autores de la tesis.

9.2.1. Activo fijo tangible

Se estima los bienes de equipos, muebles e inmuebles que la empresa utiliza para operar en el negocio, sólo se contará con computadoras, impresoras, autos, Software y otros equipos y muebles que se detallan en la Tabla adjunta.

Tabla IX-8. Activos Fijos

Activo	Unidades	Precio S/.	Total S/.	Deprec. Anual
Computadora	12	1,500	18000	3,600
Celulares rpm	25	45	1125	225
Impresora	1	4,000	4000	800
Cámara de Seguridad	1	500	500	100
Auto Chino	4	32,000	128000	25,600
Ambulancia	1	100,000	100000	20,000
Software historia clínica con mantenimiento	1	50,000	50000	10,000
Ipads	8	2,500	20000	4,000
TOTAL			321,625	64,325

Elaboración Autores de la tesis.

9.2.2. Activos intangibles

Son los costos por estudio de mercado, licencia, asesorías de marca y constitución.

Tabla IX-9. Activos Intangibles

Intangibles - Pre operativos	Monto S/.
Gastos de constitución	3,500
Diseño y Registro de logo y marca	5,000
Campaña de lanzamiento	9,000
Estudio de mercado	5,000
Tecnología de la Información	10,000
Publicidad	35,000
TOTAL	67,500

Elaboración Autores de la tesis.

9.2.3. Capital de trabajo

Son las necesidades de efectivo que está determinado por el plazo de tiempo que corre desde que se hace el pago por la compra de materiales e insumos hasta la cobranza de las cuentas por cobrar generadas por la venta del producto final. A continuación el cuadro con las políticas de ventas, compras y pagos.

Tabla IX-10 Tiempo que se hace efectivo el ingreso y salida de dinero y montos estimados.

Capital de trabajo	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
Inventario	S/.4,945	S/.8,155	S/.9,437	S/.9,723	S/.10,017
Cuentas por cobrar (60 días)	S/.491,664	S/.811,008	S/.938,332	S/.966,719	S/.995,928
Cuentas por pagar (30 días)	S/.289,362	S/.477,306	S/.552,259	S/.568,945	S/.586,123
Capital de trabajo	S/.207,248	S/.341,857	S/.395,509	S/.407,497	S/.419,822

Elaboración Autores de la tesis.

El capital de trabajo crece proporcionalmente con el crecimiento de las ventas anuales y las proyecciones depende del ingreso de las ventas.

El capital de trabajo del año cero es equivale a S/. 207,248, dinero que se necesita para operar a partir del año 1.

9.2.4. Estructura de Costos de Personal

Según descripción de personal necesario para la operatividad de la empresa, se calculó que el número de profesionales requeridos para el adecuado funcionamiento de la misma era de 45 empleados, según se detalla en la siguiente tabla.

Sueldo Personal Asistencial			
PUESTO	NÚMERO	MONTO	TOTAL
Medicos	6	S/. 3,500	S/. 21,000
Especialistas	3	S/. 5,000	S/. 15,000
Psicologo	1	S/. 1,500	S/. 1,500
Trabajadora social	1	S/. 1,500	S/. 1,500
Enfermera	30	S/. 1,500	S/. 45,000
Tecnico de Enfermeria	1	S/. 1,000	S/. 1,000
Nutricionista	1	S/. 1,200	S/. 1,200
Terapia Fisica	2	S/. 1,800	S/. 3,600
TOTAL PLANILLA ASISTENCIALES			S/. 89,800

Elaboración Autores de la tesis.

9.3. Estados Financieros

Permite observar el reflejo del proyecto frente a su operatividad en un periodo de tiempo, en ellos encontramos el resumen de la información recolectada para medir la salud económica, se muestra los estados financieros del estado de ganancias y pérdidas y el flujo económico.

9.3.1. Flujo de Caja

Se muestra en la tabla anexa la evaluación de los ingresos, costos y gastos de la operación, así como el rendimiento del plan de negocios en cada periodo, el estado de ganancias y pérdidas es el segundo en importancia de los estados financieros porque refleja los saldos acumulados en el tiempo.

Tabla IX-11. Flujo de Caja

FLUJO DE CAJA						
Año	0	1	2	3	4	5
Ingreso medicamentos		S/. 1,863,147	S/. 3,073,307	S/. 3,555,906	S/. 3,663,328	S/. 3,773,927
Ingresos paquete 1		S/. 201,015	S/. 332,186	S/. 383,291	S/. 395,216	S/. 407,140
Ingresos paquete 2		S/. 830,658	S/. 1,369,795	S/. 1,585,801	S/. 1,633,217	S/. 1,682,390
Ingresos paquete 3		S/. 55,166	S/. 90,757	S/. 104,994	S/. 108,553	S/. 112,112
Costos personal asistencial		S/. -336,750	S/. -538,800	S/. -606,150	S/. -606,150	S/. -606,150
Costos Materiales paquetes		S/. -59,337	S/. -97,858	S/. -113,241	S/. -116,672	S/. -120,206
Costo materiales medicamentos		S/. -1,676,833	S/. -2,765,976	S/. -3,200,316	S/. -3,296,995	S/. -3,396,534
Margen bruto		S/. 877,067	S/. 1,463,411	S/. 1,710,286	S/. 1,780,497	S/. 1,852,679
Gastos administrativos		S/. -771,300	S/. -771,300	S/. -771,300	S/. -771,300	S/. -771,300
Gasto de mantenimiento de Equipos		S/. -1,000	S/. -1,000	S/. -1,000	S/. -1,000	S/. -1,000
Gastos de alquiler de oficinas		S/. -96,000	S/. -96,000	S/. -96,000	S/. -96,000	S/. -96,000
Gastos de combustible y mantenimiento vehicular		S/. -30,000	S/. -30,000	S/. -30,000	S/. -30,000	S/. -30,000
Gastos de seguros		S/. -10,000	S/. -10,000	S/. -10,000	S/. -10,000	S/. -10,000
Gastos por manejo de residuos sólidos		S/. -24,000	S/. -24,000	S/. -24,000	S/. -24,000	S/. -24,000
Gastos de Ventas		S/. -21,737	S/. -35,855	S/. -41,482	S/. -42,740	S/. -44,033
Gastos de publicidad		S/. -35,000	S/. -35,000	S/. -35,000	S/. -35,000	S/. -35,000
Depreciación		S/. -64,325	S/. -64,325	S/. -64,325	S/. -64,325	S/. -64,325
Utilidad antes de impuestos		S/. -176,295	S/. 395,932	S/. 637,179	S/. 706,132	S/. 777,021
- Impuestos		S/. 49,363	S/. -110,861	S/. -178,410	S/. -197,717	S/. -217,566
+Depreciación		S/. 64,325	S/. 64,325	S/. 64,325	S/. 64,325	S/. 64,325
Flujo de operaciones		S/. -62,607	S/. 349,396	S/. 523,094	S/. 572,740	S/. 623,780
Inversión en activo fijo	S/. -419,671					
Inversión en capital de trabajo	S/. -207,248	S/. -134,609	S/. -53,653	S/. -11,988	S/. -12,325	S/. 419,822
Inversión preoperativa	S/. -34,440					
Flujo Económico	S/. -661,359	S/. -197,216	S/. 295,743	S/. 511,106	S/. 560,415	S/. 1,043,602

Elaboración Autores de la tesis.

Tabla IX-12. Calculo de VAN y TIR

VANE	614,760
TIRE	33%

Elaboración Autores de la tesis.

Tabla IX-13. Estructura de financiamiento de cada uno de los activos del proyecto

ACTIVO	MONTO	% DEUDA	DEUDA	% PATRIMONIO	CAPITAL
Inversión en activo fijo	S/. -419,671	60%	-S/.251,802.8	40%	-S/.167,868.5
Inversión en capital de trabajo	S/. -207,248	60%	-S/.124,348.5	40%	-S/.82,899.0
Inversión pre operativa	S/. -34,440	60%	-S/.20,664.0	40%	-S/.13,776.0
Total	S/. -661,359		S/.396,815		S/. 264,543

Elaboración Autores de la tesis.

Tabla IX-14. Evaluación de financiamiento

Conceptos	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Saldo	S/. 396,815	S/. 337,962	S/. 270,280	S/. 192,445	S/. 102,936	S/. -
Interés		S/. 59,522	S/. 50,694	S/. 40,542	S/. 28,867	S/. 15,440
Amortización		S/. 58,854	S/. 67,682	S/. 77,834	S/. 89,509	S/. 102,936
Cuota		S/. 118,376				

Elaboración Autores de la tesis.

9.3.1.1. Evaluación de financiera – VANF

El flujo económico del proyecto da como resultado un Valor actual neto de S/. 614,760 por ser mayor a cero, se acepta el plan de negocio. Además la tasa de retorno es del 33% superior a la Ke de 18.65%, por lo tanto se determina la viabilidad del proyecto o su aceptación por parte del inversionista.

Se observa como el flujo de caja libre es positivo desde el segundo año, y a medida que avanza el proyecto mejora la disponibilidad de efectivo del proyecto.

Tabla IX-15. Flujo de Caja Financiero

Saldo	S/. 396,815	S/. 337,962	S/. 270,280	S/. 192,445	S/. 102,936	S/. -
Interés		S/. 59,522	S/. 50,694	S/. 40,542	S/. 28,867	S/. 15,440
Amortización		S/. 58,854	S/. 67,682	S/. 77,834	S/. 89,509	S/. 102,936
Cuota		S/. 118,376	S/. 118,376	S/. 118,376	S/. 118,376	S/. 118,376
Beneficio tributario		S/. 16,666.25	S/. 14,194.38	S/. 11,351.74	S/. 8,082.70	S/. 4,323.30
Flujo Financiero	S/. - 264,543.60	S/. - 298,926.31	S/. 191,561.15	S/. 404,081.62	S/. 450,121.89	S/. 929,549.26

Elaboración Autores de la tesis.

VANF	483,808.17
TIRF	45%

Elaboración Autores de la tesis.

La evaluación financiera del proyecto da como resultado un valor actual neto de S/.483,808.17 por ser mayor a cero se acepta el plan de negocios; además, la tasa de retorno es 45 % superior al Ke de 18.65%; por tanto se demuestra la viabilidad.

9.3.2. Estado de Resultados

Estado de resultados						
Año	0	1	2	3	4	5
Ventas		2,949,987	4,866,045	5,629,993	5,800,314	5,975,569
-Costos personal asistencial		-336,750	-538,800	-606,150	-606,150	-606,150
-Costos Materiales paquetes		-59,337	-97,858	-113,241	-116,672	-120,206
-Costo materiales medicamentos		-1,676,833	-2,765,976	-3,200,316	-3,296,995	-3,396,534
Margen Bruto		877,067	1,463,411	1,710,286	1,780,497	1,852,679
-Gastos		-989,037	-1,003,155	-1,008,782	-1,010,040	-1,011,333
EBITDA		-111,970	460,257	701,504	770,457	841,346
-Depreciación		-64325	-64325	-64325	-64325	-64325
Utilidad antes de impuestos		-176,295	395,932	637,179	706,132	777,021
-Impuestos		52,888	-118,779	-191,154	-211,840	-233,106
Utilidad neta		-123,406	277,152	446,025	494,293	543,915

9.4. Análisis del punto muerto

También llamado de punto de equilibrio o umbral de rentabilidad, es la cantidad mínima que se debe vender para no obtener pérdidas, para el plan de negocios la cantidad mínima al año para el Paquete de Riesgo bajo es de 94, para el paquete de Riesgo Intermedio es de 378 y el paquete de Riesgo alto 24.

Tabla IX-16. Calculo de Punto Muerto.

	Valor original	Punto muerto	variación
Factor participación	1	0.8	-20.0%
Factor Precio Actividad	1	0.8342	-16.6%
Descuento Kairos (EPS)	15.00%	23.50%	8.5%
Descuento farmacia (kairos)	25.00%	16.48%	-8.5%

Elaboración Autores de la tesis.

CAPÍTULO X. CONCLUSIONES

- Los servicios de Hospitalización Domiciliaria representan en nuestro medio un mercado en crecimiento que no ha sido investigado y desarrollado, con una población cada vez más grande interesada en este tipo de servicio.
- El mercado a Mayo del 2015, es de un total de 325,309 personas afiliadas a las EPS privadas del país está concentrado Lima el 60% de esa masa.
- El estudio de mercado realizado ha determinado que 80% de los encuestados tomaría el servicio, siendo la principal preocupación de los encuestados la seguridad y el punto crítico o de mayor preocupación para los prestadores es el servicio de emergencia (cuello de botella ante la poca oferta de camas).
- El Focus group demostró, que hay buena disposición de usar el servicio, a los posibles usuarios les gusta la HD porque permite conservar el entorno y las comodidades del propio domicilio y recibir una adecuada atención de salud, en cuanto a su mayor preocupación es la seguridad de que no habrán complicaciones y si se presentan serán rápidamente atendidos.
- La encuesta a profundidad demostró que a nivel de decisores, hay un problema real de disponibilidad de camas y tiempo de espera prolongado en la emergencia para la hospitalización, lo genera quejas y falta de oportunidad en el inicio del manejo de los pacientes.
- Los principales atributos para la toma de decisión frente a este servicio fueron: i) Seguridad, ii) Calidad, iii) Rapidez ante el llamado y iv) que sea cubierto por la EPS.
- El Centro Hospitalización a Domicilio ofrecerá un programa integral segmentado en paquetes según el riesgo (bajo, intermedio y alto), esto determinará el número de visitas por el profesional de la salud al cuidado del paciente.
- De los pacientes que se hospitalizan, el 30 %, tienen diagnósticos incluidos en los paquetes de Riesgo ofrecidos. Se estima obtener un total de 346 pacientes mensuales y 4154 anuales, apuntando el mercado objetivo como el 60% del mercado existente, tenemos un total de 2492 pacientes con diagnósticos incluidos en los paquetes ofrecidos en el primer año y en condiciones médicas que son posibles de la hospitalización en domicilio.

- Para iniciar las operaciones se requerirá de una inversión inicial de **S/.661,359.00** nuevos soles, de los cuales el 40% serán aportados por los socios mientras que para cubrir el 60% restante se recurrirá a un préstamo bancario a una tasa anual del 15%.
- El modelo de negocio de la presente tesis es una propuesta sostenible económicamente, ya que de acuerdo con las proyecciones financieras se estima Valor actual neto de S/. 614,760 y una la tasa de retorno es del 33% con una tasa de descuento de 18.65%
- Para mitigar los riesgos del negocio se plantea i) incrementar las ventas el primer año; contribuyendo además a posicionar al negocio en el mercado, ii) mantener la calidad del servicio contando con personal calificado.

CAPÍTULO XI. ANEXOS

ANEXO N° 01

GUIA DEL FOCUS GROUP

TIEMPO: Una hora y media

LUGAR: Avenida El Cortijo 432 – departamento 602 Surco, es una sala amplia, cuenta con comodidades de inmobiliario y confort que favorece la comunicación de los participantes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Obtener información y opinión de los usuarios, de los distritos de Lima Metropolitana, (Miraflores, San Isidro, Surco, San Luis, San Borja y Surquillo), sobre el uso del Servicio de Hospitalización Domiciliaria como uno de las prestaciones de su Seguro Médico Privado, a fin de comparar sus opiniones y sugerencias con lo propuesto y mejorarlo.
- Conocer la aceptación que el Producto “Hospitalización en Domicilio” tiene en los posibles usuarios.
- Conocer los atributos percibidos como claves por los usuarios, para reconocer como seguro y deseable, el servicio propuesto.
- Identificar los atributos considerados negativos para tomar el servicio.
- Precisar los canales de comunicación que consideran tienen más impacto para recibir información del servicio Hospitalización Domiciliaria.

PREGUNTAS:

¿Qué atributos esperan de una atención médica?

¿Qué tan fácil es hospitalizarse cuando es requerido por nosotros o un familiar?

¿Qué esperan de la atención hospitalaria?

¿Qué no les gusta de estar hospitalizado en una institución de salud? (A parte del hecho de estar enfermo)

¿Si requiriese hospitalización y pudieran tener la seguridad y los cuidados médicos y de enfermería en su domicilio, le gustaría quedarse en casa?

ANEXO 2

GUIA DE PREGUNTAS PARA EL FOCUS GROUP

PRESENTACION

Buenas noches, les agradecemos su presencia en la noche de hoy, nos encontramos recogiendo información acerca de un servicio médico nuevo, que se brindaría a través de su Seguro Privado de Salud, en algunos distritos de Lima Metropolitana, este servicio es la **Hospitalización Domiciliaria**, que incluirá la atención por médico y personal de enfermería, así como los insumos, materiales, equipos y medicamentos requeridos, en el domicilio de los pacientes seleccionados, según criterios médicos.

USUARIOS

OBJETIVO: VALIDAR CONCEPTO DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

¿Cuántos de ustedes (o algún familiar muy cercano), han tenido que ser hospitalizados alguna vez en su vida?, ¿Cuáles son las palabras que se asocian con este hecho?

Que aspectos mejoraría de la experiencia de hospitalización que vivió

En cinco palabras, identifique usted las características principales de una atención de salud ideal, en el hospital, ordénelas de mayor a menor importancia.

Si estos servicios pudieran ser brindados en su domicilio con la misma seguridad e idoneidad, le parecería un beneficio deseable poder recuperar la salud en casa.

USO DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN DOMICILIO

OBJETIVO: VALIDAR ATRIBUTOS CLAVES DEL SERVICIO HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

Cuando se habla de hospitalización en domicilio, que beneficios usted espera obtener. Mencione cinco características que considere con mayor relevancia.

Le parece seguro, que el personal de salud se desplace a su domicilio a atenderlo, en caso de requerir hospitalización.

Qué piensa de recibir tratamientos médicos y de enfermería en domicilio, en caso de requerir hospitalización, le parece cómodo, tranquilo y seguro.

Estaría dispuesto a recibir curaciones y atención de salud post-quirúrgicas en su domicilio, una vez superada la parte crítica de la cirugía, ¿porque?

¿Qué piensa del uso de equipamiento médico seguro en domicilio, guiado y monitorizado por personal de salud?, que características considera importantes para su aceptación.

NO USO DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN DOMICILIO

OBJETIVO: CONOCER LAS BARRERAS PARA TOMAR EL SERVICIO DE HD

¿Cuándo le hablamos de Hospitalización en Domicilio, que es lo primero que teme de la idea?

Si tuviera que hospitalizarse, y le indican la opción domiciliaria que aspectos o preguntas consideran deben ser cubiertas antes por su EPS (trámite administrativo).

Si tuviera que hospitalizarse, y le indican la opción domiciliaria que aspectos o preguntas consideran deben ser cubiertas antes por su médico y enfermera (Atención de Salud).

Que aspecto considera crucial para negarse a recibir esta opción.

Ha escuchado hablar de la experiencia europea o americana de HD.

ACEPTACION DEL SERVICIO HD

OBJETIVO: CONOCER SOBRE LA DISPOSICION DE USO DEL SERVICIO HD

Estaría usted dispuesto a usar el Servicio de HD, ¿porque?

Le gustaría que un familiar suyo (padres, hermanos, cónyuge o hijos) utilice este servicio.

Que considera necesita su domicilio para ser utilizado como HD.

Le parece la HD segura (del punto de vista de oportunidad y calidad de atención de salud)

Le parece la HD rápida

Le parece la HD económica

Le parece la HD cómoda y tranquila

SERVICIOS BRINDADOS POR LA HD

OBJETIVO: INFORMAR A LOS USUARIOS LOS TIPOS DE PACIENTES SERAN TRIBUTARIOS DE LA HD

Conoce usted que existe la Hospitalización en domicilio en muchos países hace décadas.

Sabía usted que hay pacientes que solo reciben tratamiento parenteral dos veces al día, y el resto solo tienen un control rutinario de enfermería.

Sabía usted que hay pacientes crónicos que tienen recaídas cíclicas, que responden tan bien al tratamiento en domicilio como el brindado en el medio hospitalario.

Sabía usted que la atención post quirúrgica (de cirugías no complejas) médica y de enfermería es tan efectiva en domicilio que en el hospital.

Conocía usted que en los pacientes terminales que se les indica cuidados paliativos, estos pueden ser brindados con la misma eficacia en el confort del hogar que en el hospital.

DISPOSICION A PAGAR

OBJETIVO: IDENTIFICAR LA DISPOSICIÓN DE PAGAR POR ESTOS SERVICIOS

¿Cuánto estaría dispuesto a pagar por este servicio?

- ¿Aumento de la prima?
- Mantenimiento de la prima

Porcentaje menor de cobro por HD

ANEXO 03

TABLAS PARA LA ENCUESTA

A. PERCEPCION SOBRE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

a. Factores positivos en un servicio de hospitalización.

1.1. FACTORES POSITIVOS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN		
ASPECTO POSITIVO	30-50 AÑOS	MAYOR A 51 AÑOS
SEGURIDAD	2	23
CUMPLIMIENTO DE TERAPIA	42	8
MONITOREO PERSONAL DE SALUD	11	4
DETECCIÓN RÁPIDA DE COMPLICACIONES	6	
CONTACTO DE LA FAMILIA CON PERSONAL DE SALUD		

b. Factores negativos de la hospitalización en su institución de salud habitual.

1.2. FACTORES NEGATIVOS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN		
ASPECTO NEGATIVO	30-50 AÑOS	MAYOR A 51 AÑOS
INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS	22	18
DESCUIDO DE OCUPACIONES EN EL HOGAR	3	8
GASTOS ELEVADOS	16	16
NECESIDAD DE DESPLAZAMIENTO DE LA FAMILIA	7	4

PERDIDA DEL ENTORNO PERSONAL		2
------------------------------	--	---

c. Características de la Hospitalización en el domicilio

1.3.CARACTERÍSTICAS DE LA HOSPITALIZACIÓN EN DOMICILIO		
CARACTERÍSTICAS	30-50 AÑOS	MAYOR A 51 AÑOS
COSTO MENOR	12	22
CONSERVACIÓN DE DIETA PERSONALIZADA	5	6
CERCANÍA A LA FAMILIA	3	6
PRIVACIDAD	12	18
SEGURIDAD	9	14

d. Valoración de los factores positivos de la Hospitalización en domicilio.

1.4. VALORACIÓN DE LOS FACTORES POSITIVOS DE LA HOSPITALIZACIÓN DE DOMICILIO		
FACTORES POSITIVOS	30-50 AÑOS	MAYOR A 51 AÑOS
INCLUSIÓN DE SERVICIO EN LA PRIMA EPS		6
CONSERVACIÓN DEL ENTORNO FAMILIAR Y PERSONAL		3
ATENCIÓN DOMICILIARIA IGUAL A LA HOSPITALARIA	21	32
FAMILIA NO REQUIERE DESPLAZARSE A CLÍNICA	7	11
SERVICIO DE SALUD PERSONALIZADO		2

POSIBILIDAD CONTAGIO INFECCIONES DISMINUIDA	DE DE	6	8
--	----------	---	---

e. Valoración de los factores negativos de la Hospitalización en domicilio.

1.5. VALORACIÓN DE LOS FACTORES NEGATIVOS DE LA HOSPITALIZACIÓN EN DOMICILIO		
FACTORES NEGATIVOS	30-50 AÑOS	MAYOR A 51 AÑOS
VISITAS MÉDICAS A INICIO Y FINAL DE SU HOSPITALIZACIÓN	18	19
POSIBILIDAD DE COMPLICACIONES EN EL PACIENTE		1
NECESIDAD DE REINGRESO AL HOSPITAL	4	3
PRESENCIA DE ENFERMERA DOS A TRES VECES AL DÍA	6	8
DURACIÓN LIMITADA A 7 DÍAS DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA		11
NECESIDAD DE ACOMPAÑANTE (FAMILIAR)		16

B. SERVICIOS RELACIONADOS CON LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

a. Que características considera relevante en los Cuidados Paliativos

2.1. CARTERA DE SERVICIOS: CUIDADOS PALIATIVOS		
CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS	30-50 AÑOS	MAYOR A 51 AÑOS
INDICADO EN EL ENFERMO TERMINAL	4	2
CONTROL DE COMPLICACIONES	11	13
CALIDAD DE VIDA	14	18
CONTROL DEL DOLOR	11	18
COMPañÍA DE FAMILIA		5

b. Características relevantes para el uso de Antibioticoterapia endovenoso en casa

2.2. CARTERA DE SERVICIOS: ANTIBIOTICOTERAPIA EN PACIENTE ESTABLE		
CARACTERÍSTICAS	30-50 AÑOS	MAYOR A 51 AÑOS
SEGURIDAD (VÍA ENDOVENOSA SE MANTIENE EN EL LUGAR ADECUADO)	7	8
MANIPULACIÓN DE VÍA PERSONAL DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADO	11	14
REQUERIMIENTO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA 1 O 2 VECES POR DÍA	5	6

REACCIONES ADVERSAS AL ANTIBIÓTICO DURANTE LA H. D.	14	16
INFECCIÓN DE VÍA	3	12

- c. Que características considera más relevantes en los Cuidados médicos de patologías agudas no graves. (ITU, Neumonía no complicada, celulitis)

2.3. CARTERA DE SERVICIOS: CUIDADOS MÉDICOS DE PATOLOGÍAS AGUDAS NO GRAVES		
PATOLOGÍA AGUDA NO GRAVE	30-50 AÑOS	MAYOR A 51 AÑOS
COMPLICACIONES DE SU SALUD DURANTE LA H. D.	2	13
ATENCIÓN DE ENFERMERA HASTA 2 VECES AL DÍA	4	6
VISITAS DEL MÉDICO DOS VECES DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN (DURACIÓN DE LA H. D. HASTA 7 DÍAS)	16	21
SERVICIO DE H. D. SOLO PARA PACIENTES ESTABLES	11	14
OTROS	2	7

- d. Nutrición parenteral en domicilio

2.4. CARTERA DE SERVICIOS: NUTRICIÓN ARTIFICIAL DOMICILIRIA		
CARACTERÍSTICAS	30-50 AÑOS	MAYOR A 51 AÑOS
VISITA INTERDIARIA	1	4
VISITA DE ENFERMERA 3 VECES AL DÍA	6	12
EXÁMENES DE LABORATORIO FRECUENTES	8	14

INFECCIONES SOBREAGREGADAS	18	31
OTRAS		

C. FACTORES DE DECISION

a. Aspectos médicos relevantes para decidir el uso del servicio de HD

3.1. ASPECTOS MÉDICOS RELEVANTES PARA EL USO DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA		
ASPECTOS RELEVANTES	30-50 AÑOS	MAYOR A 51 AÑOS
VISITAS DOMICILIARIAS DE MÉDICOS DIARIAMENTE	21	10
VISITAS MÉDICAS 2 VECES DURANTE LA H. D. DE 7 DÍAS	1	
INFORMACIÓN DEL MÉDICO AL PACIENTE Y A LA FAMILIA	12	13
VISITA POR MÉDICO ESPECIALISTA	7	9
PRESENCIA MÉDICA EN COMPLICACIONES	10	13
ALTA POR MÉDICO		

b. Aspectos de enfermería relevantes para el uso del Servicio de HD.

3.2. ASPECTOS DE ENFERMERÍA RELEVANTES PARA EL USO DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA		
ASPECTOS RELEVANTES	30-50 AÑOS	MAYOR A 51 AÑOS
CUIDADOS DE ENFERMERÍA DIARIOS		18
PREFERENCIA POR PERSONAL FEMENINO		
CURACIÓN DIARIA POR ENFERMERÍA	1	2
ACCESO AL MÉDICO EN CASO DE SER REQUERIDO	11	49

ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN CASO DE SER NECESITADA (CASO ONCOLOGÍA)	3	20
--	---	----

- c. Aspectos de Equipamiento, Insumos, Materiales y Medicamentos relevantes para el uso del servicio de HD.

3.3. DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO, INSUMOS, MATERIALES Y MEDICAMENTOS RELEVANTES EN LA H. D.		
DISPONIBILIDAD RELEVANTE EN LA H. D.	30-50 AÑOS	MAYOR A 51 AÑOS
CAMA CLÍNICA	5	7
TRASLADO EN LA AMBULANCIA	11	14
TRASLADO EN AUTOMOVIL DE LA EMPRESA	2	1
CUMPLIMIENTO Estricto del HORARIO DE LA MEDICACIÓN	6	2
USO DE MEDICAMENTOS DE MARCA	12	16

- d. Aspectos no médicos relevantes para decidir el uso del servicio de HD.

2.4. ASPECTOS NO MÉDICOS RELEVANTES PARA EL USO DE LA H. D.		
ASPECTOS NO MÉDICOS	30-50 AÑOS	MAYOR A 51 AÑOS
PRIVACIDAD		4
CERCANÍA A LA FAMILIA	2	3
COSTO MENOR	2	9
DISPONIBILIDAD DE LA ATENCIÓN REQUERIDA MÁS RÁPIDA (NO TENDRÁ QUE ESPERAR EN CAMA PARA HOSPITALIZARSE)	2	6

AHORRO PARA LA FAMILIA EN DINERO Y TIEMPO	2	4
MENOR RIESGO DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS	16	16
CONSERVACIÓN DEL ENTORNO HABITUAL DEL PACIENTE		2

e. Aspectos económicos relevantes para el uso del servicio de HD.

2.5. ASPECTOS ECONÓMICOS RELEVANTES PARA EL USO DE LA H. D.		
ASPECTOS ECONÓMICOS	30-50 AÑOS	MAYOR A 51 AÑOS
PRECIO INCLUIDO EN PRIMA HABITUAL	11	22
COSTO MENOR A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL	13	14
COSTO ESPECIFICADO CON COBERTURA FIJA	18	18

D. PROMOCION Y ESTIMACION DE LA DEMANDA

a. Importancia de la recomendación de su médico tratante para el uso de la HD

4.1. DISPOSICIÓN AL USO DEL SERVICIO DE H. D. SI HAY RECOMENDACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE		
DISPOSICIÓN AL USO DEL SERVICIO DE H. D.	30-50 AÑOS	MAYOR A 51 AÑOS
USARÍA SI SU MÉDICO TRATANTE LO INDICA	22	41
NO LO USARÍA SI SU MÉDICO TRATANTE LO INDICA	2	6
NECESITA OTRA INFORMACIÓN	17	8
COLOCAR INFORMACIÓN NECESARIA		
USARÍA INDEPENDIEMENTE DE QUIÉN SE LO RECOMIENDE,		

SI CUMPLE CRITERIOS DE HD.		
----------------------------	--	--

b. Importancia de la recomendación de su EPS para el uso de la HD

4.2. DISPOSICIÓN AL USO DEL SERVICIO DE H. D. SI AY RECOMENDACIÓN DE SU EPS		
DISPOSICIÓN AL USO DEL SERVICIO DE H. D.	30-50 AÑOS	MAYOR A 51 AÑOS
USARÍA SI SU EPS LO RECOMIENDA	29	36
NO LO USARÍA SI SU EPS LO RECOMIENDA	6	4
NECESITA OTRA INFORMACIÓN ADICIONAL	7	14
COLOCAR OTRA INFORMACIÓN ADICIONAL		

c. Importancia de la propaganda directa para el uso de la HD

4.3 DISPOSICIÓN AL USO DEL SERVICIO DE H. D. SI RECIBE PROPAGANDA DIRECTA		
DISPOSICIÓN AL USO DEL SERVICIO DE H. D.	30-50 AÑOS	MAYOR A 51 AÑOS
USARÍA SI LE ENTREGAN PROPAGANDA DIRECTA	7	11
NO LO USARÍA AUN RECIBIENDO PROPAGANDA	3	3
LE INTERESA RECIBIR INFORMACIÓN RELEVANTE	26	32
REQUIERE OTRA INFORMACIÓN ADICIONAL	6	8
COLOCAR INFORMACIÓN NECESARIA		

- d. Disposición al uso de la HD, si hay costos económicos menores.

4.4. DISPOSICIÓN AL USO DEL SERVICIO DE H. D. SI HAY COSTOS MENORES O IGUALES		
DISPOSICIÓN POR FACTORES ECONÓMICOS	30-50 AÑOS	MAYOR A 51 AÑOS
LO USARÍA SI SE MANTIENE EL PRECIO DE LA PRIMA	12	10
NO LO USARÍA AUN MANTENIENDO EL PRECIO DE LA PRIMA	3	4
LO USARÍA SI DISMINUYE EL PRECIO DE LA PRIMA	25	37
NO LO USARÍA AUN MANTENIENDO EL PRECIO DE LA PRIMA	1	4
REQUIERE OTRA INFORMACIÓN DE COSTOS - INDICAR		

- e. Disposición al uso de la HD si conoce experiencias extranjeras positivas.

4.5. DISPOSICIÓN AL USO DEL SERVICIO DE H. D. SI HAY EXPERIENCIAS EXTRANJERAS POSITIVAS		
DISPOSICIÓN AL USO DEL SERVICIO DE H. D.	30-50 AÑOS	MAYOR A 51 AÑOS
USARÍA SI CONOZCO EXPERIENCIAS EXTRANJERAS POSITIVAS	7	3
NO LO USARÍA AUN CONOCIENDO EXPERIENCIAS EXTRANJERAS POSITIVAS	2	1
QUIERO RECIBIR INFORMACIÓN EXTRANJERA POSITIVA Y NEGATIVA	17	14
LA INFORMACIÓN DEL EXTRANJERO NO ES RELEVANTE PARA MÍ	4	12

ME INTERESA SI LA EXPERIENCIA ES EXTRAPOLABLE AL PERÚ	14	22
---	----	----

ANEXO N° 04

TABLAS PARA LA ENCUESTA

GUÍA PARA LA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

Objetivo de la entrevista a profundidad: Conocer las principales barreras y beneficios de la Hospitalización domiciliarias, desde el punto de vista de los pagadores y prestadores.

La entrevista se realizará a personas influyentes en la toma de decisiones para la adquisición de los servicios prestados por la empresa, miembros del grupo de probables pagadores y prestadores del servicio.

La entrevista se realizará en el lugar que planteen cada uno de los entrevistados y será grabada.

Se iniciará con una breve presentación del entrevistador y una explicación sobre el propósito de la misma. Al entrevistado debe quedarle claro cuál es la finalidad de haber concertado esa entrevista en la que está participando.

Durante de la presentación se realizará énfasis confidencialidad y el anonimato en el uso de la información recabada. El entrevistador debe aclarar que no se personalizará ni asociará la información obtenida con el respondiente que la brindó, y que las opiniones serán analizadas en forma agregada, entre todos los entrevistados que participan. Se debe enfatizar la importancia de disponer, durante el encuentro, de opiniones espontáneas del entrevistado, transmitiéndole que no se trata de valorar sus respuestas, si están bien o mal. No hay respuestas correctas ni incorrectas a cada pregunta.

Posteriormente se solicitará la autorización para grabar, explicando que la finalidad de la grabación es para agilizar la toma del dato (a mano demora más tiempo) y que los usos de la grabación serán sólo a los fines del análisis. En caso negativo, hay que volver sobre los argumentos del punto anterior, y de no ser posible, deberá tomar nota lo más fiel posible.

Para profundizar en la entrevista se realizarán preguntas como: ¿Por qué opina así? ¿En qué sentido lo dice? ¿Podría darme un ejemplo de ello? ¿Por qué le parece muy importante esa acción?

Pautas para la entrevista a Profundidad.

1. ¿Cuáles son las 5 patologías que con mayor frecuencia requieren hospitalización?
2. ¿Qué porcentaje de estas considera que podrían recibir hospitalización domiciliaria?
¿Por qué?
3. ¿Qué patologías usted considera que debería recibir hospitalización domiciliaria?
4. ¿Tiene problemas para hospitalizar a sus pacientes por demanda de camas?
5. ¿Cuántos días en promedio es su tiempo de espera para la hospitalización?
6. ¿Qué estrategias ha pensado para solucionar este problema?

7. ¿Si usted podría disponer del servicio de hospitalización domiciliaria para brindar a sus pacientes le parece una buena alternativa?
8. ¿Qué ventajas encuentra a la hospitalización domiciliaria?
9. ¿Qué desventajas encuentra a la hospitalización domiciliaria?
10. ¿Tiene conocimiento de las ventajas económicas que produce la hospitalización domiciliaria?
11. ¿En su opinión cual sería la principal barrera administrativa para la implantación de este servicio?
12. ¿Qué tipo de reporte o informe médico esperaba recibir?
13. ¿Considera que el cuerpo médico podría encontrar alguna barrera para este servicio?
14. ¿Qué condiciones o requisitos humanos, técnicos o tecnológicos exigiría para contratar éste servicio?
15. ¿Qué condiciones de transporte requeriría y/o estaría en disposición de cubrir?

ANEXO 05

PATOLOGIAS A TRATAR

I. INFECCIONES

A. Infección Tracto Urinario (ITU):

Criterios de inclusión:

- Pacientes con ITU, procedentes de consulta externa hospitalización o emergencia, que precisen cuidados hospitalarios y que su situación clínica no implique necesidad de Unidad de Cuidados Intensivos.
- Domicilio en el área de cobertura del Servicio HD.
- Aceptación voluntaria consignada y firma del paciente.
- Existencia de cuidador principal adecuado en el domicilio que garantice el cumplimiento del tratamiento y solicite ayuda en caso necesario.

Criterios clínicos:

- Incapacidad para la hidratación
- Deterioro del estado general o fiebre
- Dolor, hematuria, masa renal, insuficiencia renal aguda
- Patología de base que puede alterar en la respuesta al tratamiento y en la etiología.
- Factores de riesgo de multirresistencia.
- Mujer embarazada
- Otro criterio médico

Criterio de exclusión:

- No cumplimiento de criterios generales
- ITU no complicada leve
- Shock séptico o sepsis grave

Criterio de reingreso hospitalario

- A solicitud del paciente.

- No existe en el domicilio de paciente de condiciones de higiene necesarias o no existencia del cuidador principal.
- Shock séptico o sepsis grave a pesar del tratamiento instalado.
- Procedimiento terapéutico o diagnóstico que requiera permanecer en el hospital más de 24 horas.

B. Infección Osteoarticular:

Criterios de inclusión:

- Pacientes con artritis séptica, procedentes de consulta externa hospitalización o emergencia, que precisen cuidados hospitalarios.
- Domicilio en el área de cobertura del Servicio HD.
- Aceptación voluntaria del paciente.
- Existencia de cuidador principal adecuado en el domicilio que garantice el cumplimiento del tratamiento y solicite ayuda en caso necesario.

Criterios clínicos:

- Datos clínicos: dolor, tumefacción, calor, eritema de una articulación.
- Deterioro del estado general o fiebre
- Requerir antibiótico parenteral: tener adecuado acceso venoso, comorbilidad controlable en domicilio y estabilidad clínica (disminución del derrame articular, control del dolor, remisión de fiebre por 48 horas, mejoría analítica: disminución de la cifra de leucocitos, VSG, PC y microbiológica: muestra recogida para cultivo de líquido articular.
- Indicación de tratamiento antibiótico empírico EV, con evolución favorable, o antibiótico específico tras cultivo positivo.
- Rápida comunicación con HD ante complicaciones.

Criterio de exclusión:

- No cumplimiento de criterios generales
- Patología psiquiátrica
- Discapacidad mental o física del paciente.

Criterio de reingreso hospitalario:

- A solicitud del paciente.

- No existe en el domicilio de paciente de condiciones de higiene necesarias o no existencia del cuidador principal.
- Ausencia de respuesta al tratamiento, aumento del derrame articular, aumento del dolor, no cese o reaparición de fiebre.
- Empeoramiento de análisis de laboratorio.

C. Osteomielitis e Infecciones Osteoarticulares sobre material protésico

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnósticos, procedentes de consulta externa hospitalización o emergencia, que precisen cuidados hospitalarios.
- Domicilio en el área de cobertura del Servicio HD.
- Aceptación voluntaria del paciente.
- Existencia de cuidador principal adecuado en el domicilio que garantice el cumplimiento del tratamiento y solicite ayuda en caso necesario.

Criterios clínicos:

- Datos clínicos: dolor, tumefacción, calor, eritema de una articulación.
- Deterioro del estado general o fiebre
- Requerir antibiótico parenteral: tener adecuado acceso venoso, comorbilidad controlable en domicilio y estabilidad clínica (control del dolor, disminución de signos de flogosis, ausencia de complicaciones neurológicas, remisión de a fiebre por 48 horas, mejoría analítica: disminución de la cifra de leucocitos, VSG, PCR).
- Tratamiento antibiótico adecuado, así como quirúrgico, empírico EV, con evolución hospitalaria favorable, con mejoría analítica tras tratamiento y estado afebril 48 horas.
- Encargado de rápida comunicación con HD ante complicaciones.

Criterio de exclusión:

- No cumplimiento de criterios generales
- Patología psiquiátrica
- Discapacidad mental o física del paciente.

Criterio de reingreso hospitalario

- A solicitud del paciente.
- No existe en el domicilio de paciente de condiciones de higiene necesarias o no existencia del cuidador principal.
- Ausencia de respuesta al tratamiento, aumento del dolor, no cese o reaparición de fiebre, empeoramiento de pruebas analíticas o cultivos positivos a pesar del tratamiento antibiótico correcto.

D. Heridas

Criterios de inclusión:

Pacientes con heridas complejas, exudativas, con potencial de infección, con dolor otros problemas anexos, y que sus cuidados puedan ser atendidos en domicilio sin representar un riesgo para el paciente, procedentes de consulta externa hospitalización o emergencia.

- Domicilio en el área de cobertura del Servicio HD.
- Aceptación voluntaria del paciente.
- Existencia de cuidador principal adecuado en el domicilio que garantice el cumplimiento del tratamiento y solicite ayuda en caso necesario.

Criterios clínicos:

- Valoración – Escala de Wagner, afección grave del pie diabético
- Escala de valoración para el desarrollo de una Úlcera por presión.

Criterio de exclusión:

- No cumplimiento de criterios generales
- Casos en donde el cuidado recibido en domicilio no es el óptimo para el paciente

Criterio de alta

- Cuando el profesional responsable del paciente, lo considere adecuado, asegurando los cuidados necesarios posteriores.

E. Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica

Criterios de inclusión:

- Tener aumento agudo de la intensidad de los síntomas basales del paciente, con aumento de la expectoración, aparición de expectoración purulenta o disnea, y que requiere cambios en el tratamiento habitual.
- Domicilio en el área de cobertura del Servicio HD.
- Aceptación voluntaria del paciente.
- Existencia de cuidador principal adecuado en el domicilio que garantice el cumplimiento del tratamiento y solicite ayuda en caso necesario.

Criterios clínicos:

Antecedentes para hospitalización:

- Comorbilidad grave o descompensada: diabetes mellitus, insuficiencia renal o hepática.
- Historia de exacerbaciones frecuentes.
- Ausencia de respuesta a tratamiento ambulatorio.
- Diagnóstico poco claro (descartar otra patología TEP, neumonía, neumotórax, insuficiencia cardíaca izquierda, neoplasia broncopulmonar, estenosis de vía aérea superior)
- Aparición de nuevos signos, como edema periférico, cianosis, arritmia, alteración del nivel de conciencia o confusión.
- EPOC Severo de base (VEMS < 50%).

Hospitalización en domicilio

- Tener al menos un criterio hospitalario.

- Pacientes con evolución favorable en las horas siguientes al inicio del tratamiento en urgencias, mejora del estado general, disminución de la frecuencia respiratoria, mejoría de la insuficiencia cardíaca.
- No es excluyente la comorbilidad asociada, sino esta descompensada.
- No es excluyente la insuficiencia respiratoria, si la evolución es buena.

Criterio de exclusión:

- No cumplimiento de criterios generales
- Casos en donde el cuidado recibido en domicilio no es el óptimo para el paciente, ausencia del cuidador.

- Ausencia de respuesta al tratamiento.
- Presencia de patología clínica asociada descompensada, insuficiencia renal aguda o crónica reagudizada, descompensación diabética, tromboembolia pulmonar.
- Disnea intensa
- Inestabilidad hemodinámica
- Disminución del nivel de conciencia.
- Presencia de complicaciones cardiovasculares
- PH < 7,35, PO₂ < 40, PCO₂>60, a pesar de la terapia de oxígeno instalada de manera adecuada.

Criterio de alta

- Estabilidad clínica de por lo menos 24 horas
- Gases arteriales estables, por lo menos 24 horas.
- No requerimiento de beta-agonistas de acción corta con una frecuencia superior a 4 horas.
- Capacidad de deambular igual, a la anterior al episodio.
- Capacidad de comer sin dificultad por la disnea, o igual a antes del episodio.
- Calidad de sueño, igual a la anterior del episodio.
- Paciente y cuidadores capaces de usar adecuadamente toda su medicación.

F. Asma bronquial agudizada

Criterios de inclusión:

- Tener una exacerbación aguda, con medición del flujo aéreo pico que muestre severidad de la limitación de flujo respiratorio del paciente.
- Domicilio en el área de cobertura del Servicio HD.
- Aceptación voluntaria del paciente.
- Existencia de cuidador principal adecuado en el domicilio que garantice el cumplimiento del tratamiento y solicite ayuda en caso necesario.

Criterios clínicos:

- Diagnóstico establecido: debe haber diagnóstico y tratamiento establecidos, que puedan ser seguidos o cambiados según la evolución en domicilio.
- Situación clínica estable, paciente consiente y bien orientado, temperatura menor a 38 grados, presión arterial sistólica entre 90 160, presión arterial diastólica entre 60 y 95.
- Frecuencia cardíaca entre 60 y 100 latidos por minuto.
- Ausencia de trabajo respiratorio, frecuencia respiratoria menor de 24 por minuto.
- Descartar alteraciones gasométricas o electrolíticas graves.

Criterio de exclusión:

- No cumplimiento de criterios generales
- Casos en donde el cuidado recibido en domicilio no es el óptimo para el paciente, ausencia del cuidador.
- Ausencia de respuesta al tratamiento.
- Presencia de patología clínica asociada descompensada, insuficiencia renal aguda o crónica reagudizada, descompensación diabética, tromboembolia pulmonar.
- Disnea intensa
- Inestabilidad hemodinámica
- Disminución del nivel de conciencia.

Criterio de alta

- Desaparición o mejora significativa de síntomas asmáticos
- Flujo espiratorio pulmonar (FEP) superior al 70% del valor personal en situación estable.
- Variabilidad diaria del FEP menor al 20%.
- Necesidad de utilizar menos de tres veces al día agonistas beta dos adrenérgicos de acción corta o a demanda.
- Inicio de glucocorticoides inhalados.

Criterios de reingreso hospitalario:

- Persistencia de sintomatología clínica a pesar del tratamiento adecuado.
- Oxigenoterapia para mantener PO₂ > a 90%.
- Reducción persistente de la función pulmonar.
- Deterioro clínico agudo.

G. Insuficiencia cardiaca

Criterios de inclusión:

- Domicilio que reúne las condiciones mínimas para brindar la atención.
- Domicilio en el área de cobertura del Servicio HD.
- Aceptación voluntaria del paciente.
- Existencia de cuidador principal adecuado en el domicilio que garantice el cumplimiento del tratamiento y solicite ayuda en caso necesario.

Criterios clínicos:

- Paciente con Insuficiencia cardíaca descompensado, en clase funcional II/IV (NYHA), con factores de comorbilidad asociados: broncopatía crónica, diabetes mellitus, síndrome febril, proceso infeccioso, alteración iónica o de la función renal que precise control analítico seriado.
- Paciente con Insuficiencia cardíaca descompensado, en clase funcional III/IV (NYHA).
- Paciente con Insuficiencia cardíaca descompensado, en clase funcional IV/IV (NYHA), sin opción de tratamiento etiológico corrector.

Criterio de exclusión:

- No cumplimiento de criterios generales
- Casos en donde el cuidado recibido en domicilio no es el óptimo para el paciente, ausencia del cuidador.
- Primer episodio de descompensación cardíaca.

- Paciente con deterioro súbito respecto a la situación basal (empeoramiento de < 24 horas, y edema agudo de pulmón a su llegada a emergencia)
- Inestabilidad hemodinámica.
- Fibrilación auricular con respuesta ventricular elevada.
- Taquicardia ventricular o ectopia ventricular compleja.
- Bloqueo aurículo ventricular de segundo o tercer grado.
- Fallo del marcapaso.
- Angina inestable o infarto agudo de miocardio en los últimos tres meses.
- Presencia de patología clínica asociada descompensada, insuficiencia renal aguda o crónica reagudizada, descompensación diabética, tromboembolia pulmonar.
- Ausencia de respuesta al tratamiento.

H. Enfermedad Trombo embolica Venosa.

Criterios de Inclusión.

- Diagnóstico de certeza de TVP con ecodoppler.
- Evaluación clínica previa por parte de equipo de HaD.
- Presencia de Cuidador, pertenecer al área de cobertura, aceptación voluntaria al traslado.

Criterios de Exclusión

- Gravedad de paciente por patología actual o previa.
- Embarazo.
- Enfermedades de Hipercoagulabilidad, plaquetopenia o enfermedades autoinmunes.
- Sangrado activo o riesgo de sangrado.
- Asociado a TEP masivo sub masivo o con inestabilidad hemodinámica.
- Patología tumoral activa o en tratamiento con quimioterapia.

Consentimiento informado.

El ingreso a HD debe ser aceptado tanto por el paciente como por el cuidador de forma escrita.

Procedencia y flujo de pacientes

El paciente puede proceder del servicio de urgencias, o bien de hospitalización tanto de medicina como de cirugía.

En caso de proceder de urgencias debe permanecer en observación hasta la evaluación por el UHD, iniciando sin demora tratamiento con HBPM y cumarínicos.

En caso de servicios de hospitalización médicos o quirúrgicos se procederá con interconsulta iniciado tratamiento ya comentado hasta su traslado a domicilio.

Tratamiento

No es necesaria busca sistémica de TEP, salvo alta sospecha clínica con síntomas respiratorios.

En caso de TVP asociado a TEP asintomático no contraindica su ingreso al precisar el mismo tratamiento.

El tratamiento de TVP debe realizarse desde el inicio con HBPM y dicumarínicos.

La dosis de HBPM se establece según peso del paciente y se ajusta para administración diaria única.

Personal de enfermería debe instruir al paciente y cuidador la forma de colocación de HBPM y explicarle las reacciones adversas.

El tratamiento con anticoagulantes orales debe iniciarse desde el inicio conjuntamente con la HBPM hasta alcanzar un rango de INR entre 2 – 3, siendo necesario un mínimo de 5 días de tratamiento conjunto.

Alta de la UHD

- Una vez obtenido al menos un control de con niveles terapéuticos de INR, aunque es recomendable esperar dos controles.
- Le será entregado al paciente un informe en donde se hará constar:
- Dosis de warfarina recibida y previsión de próximo control de INR en un plazo de 7 a 10 días.
- Insistir con medidas higiénico dietéticas.
- Tiempo promedio de duración del tratamiento (1,5 – 3 meses).

- Informe de alta se enviara al asegurado o pagador.
- Se derivara a consulta de medicina o hematología según el caso.

Infecciones asociadas a catéter

Igual que el tratamiento por EI, se requiere personal médico y de enfermería de forma permanente en las primeras 72 horas y luego intercalar su presencia.

Absceso peri amigdalino

Criterios de Inclusión

- Domicilio en área de cobertura
- Autorización del paciente y familiar responsable.
- Paciente y entorno socio familiar valorado.
- Paciente hemodinamicamente estable, descartado estado séptico y sin signos de afección grave del estado general.
- No evidencia de complicaciones locales.
- Extensión de proceso infeccioso a vestíbulo laríngeo con riesgo de obstrucción de vía aérea.
- Rotura espontanea con aspiración a vías aéreas y riesgo de neumonía y absceso pulmonar.
- Extensión a otros espacios cervicales.
- Trombosis de la vena yugular interna y erosión de la carótida.
- No evidencia de obstrucción de vía aérea.

Criterios de Exclusión

- Incumplimientos de criterios de inclusión.
- Pacientes menores de 15 años.

Procedencia de paciente

Urgencias o consultorio de ORL.

Tras la valoración y drenaje de absceso por ORL, paciente puede ser trasladado a su domicilio.

Se requiere inserción de CVP e inicio de antibiótico.

Criterios de reevaluación por ORL

De manera protocolizada el paciente acudirá a cita por ORL el día +3 del proceso.

Cronograma de visitas por personal sanitario

Día 0

Paciente acude a servicio de urgencias o consultado ORL y es diagnosticado de APA, es drenado y evaluado por HaD. Se extrae analítica, se comprueba vía e inicia tratamiento antibiótico.

Día +1:

Visita por médico y enfermera para valorar evolución clínica.

Día +2:

Visita de enfermera y se extrae analítica urgente que será evaluada el día +3 en consulta con ORL.

Día +3:

Paciente acudirá a clínica para ser valorado por ORL. Si evolución es favorable se procederá a rotar antibióticos a vía oral para el día +4, para completar 14 días.

Día +4:

Visita de médico y enfermera y alta de domicilio, se concertara cita para ORL.

Infecciones intraabdominales

Criterios de Inclusión

- Estabilidad clínica del paciente que no predisponga la necesidad de UCI de forma inmediata.
- Aceptación voluntaria del paciente y familia.
- Existencia de un cuidador principal en el domicilio que colabore con el equipo de HaD.
- Paciente debe tolerar vía oral (no vómitos).
- No signos de sepsis grave.
- Cobertura socio familiar adecuada.
- Disposición de camas en la Unidad.

Criterios de exclusión

- No aceptación por parte del paciente.

- Intolerancia oral.
- Signos de sepsis grave.

Criterios de reingreso hospitalario

- A petición de familia o paciente.
- Aquellos casos que el equipo de HaD considere que el domicilio incrementa el riesgo en el paciente.
- Complicaciones clínicas que pongan en peligro la vida del paciente
- Complicaciones que requieran la valoración por parte de cirujano.
- En cualquier momento si no se llegan a cumplir los criterios de inclusión.

Seguimiento en HaD

Una vez estabilizado y realizada la valoración y/o tratamiento quirúrgico se puede completar tratamiento antibiótico en domicilio.

La pauta antibiótica puede ser la misma a la administrada en el ambiente hospitalario o se puede optar por la monoterapia o el menor número de aplicaciones al día.

Día +1:

Visita médico y enfermera.

Día +2:

Visita médico y enfermera.

A partir de aquí las visitas se individualizarán en función de la severidad de la enfermedad y situación del paciente.

Absceso Hepático.

Criterios de Inclusión

- Aceptación voluntaria del paciente y familia.
- Existencia de un cuidador principal en el domicilio que colabore con el equipo de HaD.
- Domicilio en área de cobertura.
- Necesidad de aplicación de tratamiento o cuidados hospitalarios.
- Pacientes con diagnóstico definitivo de absceso hepático.
- Acuerdo consensuado con el servicio de procedencia para su seguimiento en HaD.

- Confirmación de estabilidad clínica

Criterios de exclusión

- Pacientes que no cumplen cualquiera de los criterios generales
- Pacientes que no cumplen cualquiera de los criterios específicos
- Actuación en domicilio
- Funciones del médico
- Información al paciente y familiar. Evaluación clínica periódica. Indicar reingreso hospitalario de ser requerido.

Función de enfermería

Información exhaustiva al paciente y familiar sobre cuidados, y programación de visitas.

Preparación y transporte a domicilio en condiciones óptimas del antibiótico prescrito.

Educación al paciente y cuidador sobre cuidados del acceso venoso y medidas higiénico dietéticas.

Cronograma de seguimiento Día + 1

Visita del médico y enfermería.

Solicitar hemograma y vsg semanalmente. Perfil hepático semanal para valoración de parámetros hepáticos.

Día + 2

Visita del médico y enfermería

A partir de aquí, si el paciente continua estable clínicamente, será suficiente la visita alternando un día el médico y otro día la enfermera.

Sin embargo si el paciente presenta fiebre o deterioro del estado general pero sin SIRS, las visitas serán diarias por parte del médico y la enfermera.

Diverticulitis

Criterios de inclusión

- Estabilidad clínica del paciente que no presuponga necesidad de uci en forma inmediata.
- Aceptación voluntaria del paciente y de la familia.
- Existencia del cuidador principal en el domicilio.
- Paciente con tolerancia oral, no vómitos
- No signo de sepsis grave

- Cobertura socio familiar adecuada.

Criterios de exclusión

- No aceptación por parte del paciente o cuidador
- Intolerancia oral
- Signos de sepsis grave
- Incumplimiento del criterios de ingreso generales
- Criterios de reingreso hospitalario
- A petición de paciente o familiar
- En aquellos casos que los miembros del equipo HaD, consideren que el domicilio aumenta el riesgo del paciente.
- Complicaciones clínicas que pongan en peligro vida de paciente
- Complicaciones subsidiarias de intervención quirúrgica.

Seguimiento en HaD

Una vez estabilizado clínicamente y realizada la valoración y /o tratamiento quirúrgico del paciente se puede completar el tratamiento antibiótico en domicilio.

El esquema antibiótico debe ser el mismo que el empleado en el hospital aunque se puede optar por el tratamiento en monoterapia o con el menor número de administraciones diarias.

De forma general se seguirá el siguiente esquema

Día + 1

Visita del médico y enfermera

Se realizara historia clínica completa

Pruebas complementarias y según necesidad toma de cultivos

Día + 2

Visita del médico y enfermera

Examen físico

Dieta progresiva según evolución.

A partir de aquí las visitas pueden ser individualizadas, según severidad de enfermedad y situación del paciente.

Prostatitis

Criterios de Inclusión

- Varón atendido en urgencias con estos tres criterios:
- Fiebre alta, sedimento en orina indicativo de infección y síntomas sugestivos de inflamación prostática o tacto rectal con próstata aumentada de tamaño y dolorosa.
- Varón atendido en emergencia por orquiepididimitis no venérea o ITU baja con fiebre.
- Varón ingresado a hospitalización con diagnóstico de prostatitis bacteriana aguda y que precisa continuar tratamiento endovenoso.

Criterios de Exclusión

- Shock Séptico
- Requiere sondaje
- Descompensación de comorbilidad que requiera hospitalización.
- Tratamiento en HaD.
- Componentes del Tratamiento
- Comprobar el diagnóstico y la idoneidad del tratamiento.
- Recomendar o forzar una hidratación abundante
- Administrar el tratamiento endovenoso
- Indicar AINES para aliviar dolor e inflamación.
- Indicar Alfa bloqueantes, en dosis única antes de acostarse para alivio del síndrome obstructivo.
- Medidas preventivas de enfermedad tromboembólica.

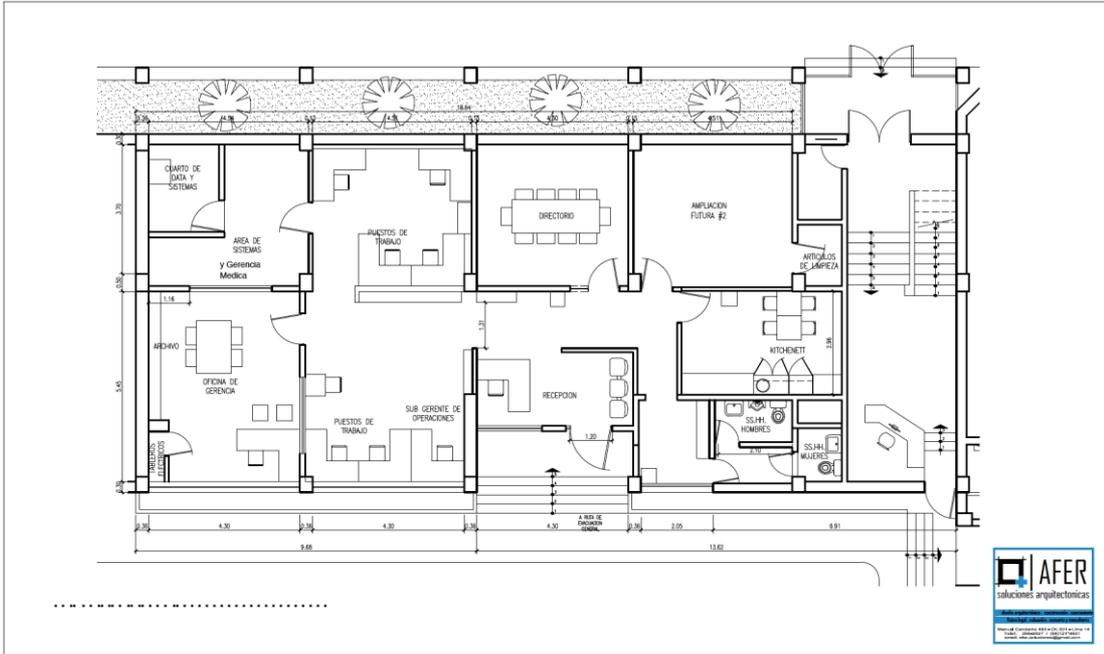
Anexo 06

HaD
Hospitalización Domiciliaria



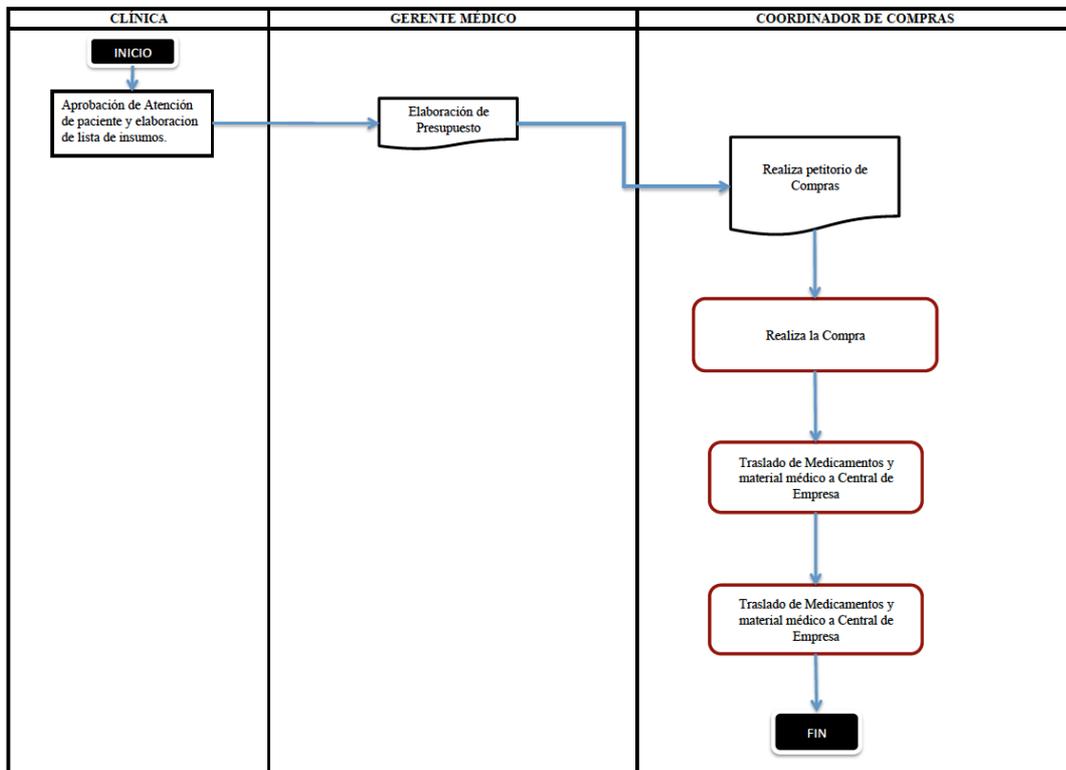
Logo de la Empresa

ANEXO 07



Mapa de Distribución de ambientes.

ANEXO 08



Flujo grama de Abastecimiento.

Anexo 09

Calculo del Número de pacientes a Atender por mes

Atenciones Promedio Clínicas	
Medicina	1847
Cirugía	132
Traumatología	280
Ginecología	145
	2404

Porcentaje de Hospitalizados	4%
------------------------------	----

Hospitalizados	96
----------------	----

Porcentaje de Coberturados por HaD	30%
------------------------------------	-----

Cobertura Por HaD	29
-------------------	----

Pacientes por mes Clínica	29
---------------------------	----

Involucrando 12 Clínicas	346
--------------------------	-----

Clínicas en radio de Acción		
Vesalio	San Borja	4
Sanna		
Internacional		
Oncosalud		
Ricardo Palma	San Isidro	4
Javier Prado		
Golf		
Angloamericana		
San Pablo	Surco	3
Padre Tezza		
Maison		
Good Hope	Miraflores	1
Total		12

CAPÍTULO XII. BIBLIOGRAFIA

1. Miro O, Salgado E, Braqualat E, Ortega M, Salmerón JM, Sanchez M. Repercusión de la falta de camas de hospitalización en la actividad de un servicio de urgencias hospitalario *Med Clin (Barc)*. 2006; 126(19):736-9.
2. <http://elimpulso.com/articulo/se-mantiene-deficit-de-camas-hospitalarias-en-venezuela#>.
3. <http://www.sedisasigloxxi.es/spip.php?article89>
4. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales: 2012. Ginebra: OMS; 176pp.
5. Organización internacional del trabajo. La Estrategia de Desarrollo de los Sistemas de Seguridad Social de la OIT. El Papel de los Pisos de Protección Social en América Latina y el Caribe. Lima: OIT, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2014.
6. Naciones Unidas. CEPAL. América Latina: avances y desafíos de la implementación del Programa de Acción de El Cairo, con énfasis en el período 2004-2009.
7. <https://www.youtube.com/watch?v=waKjXOOFSCM>
8. Organización internacional del Trabajo. El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. Oscar Cetrángolo, Fabio Bertranou, Luis Casanova y Pablo Casalí. Lima: OIT/ Oficina de la OIT para los Países Andinos, 2013. 184 p.
9. EsSalud EJECUCION PRESUPUESTAL 2011 Y PRESUPUESTO INSTITUCIONAL 2012. Presentación ante Grupo de Trabajo de la Comisión de Presupuesto.
10. Aramburu C, Bustinza M. La transición demográfica peruana: implicancias para la conciliación trabajo-familia. *Economía y Sociedad* 63, CIES, abril 2007
11. MINISTERIO DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL PERÚ. Agosto 2010.
12. Artaza Barrios, Osvaldo; Méndez, Claudio A.; Holder Morrison; Reynaldo; Suárez Jiménez, Julio Manuel. *REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD: EL*

- DESAFIO DE LOS HOSPITALES*. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011. Oscar Miró, Emilio Salgado, Ernest Bragulat, Mar Ortega, Joan M. Salmerón
13. Ollero Manuel. Modelos de organización para la atención a pacientes crónicos complejos. Foro de Gestion Clinica 2.0. 2009.
 14. Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile. IMPACTO DEL ENVEJECIMIENTO EN EL GASTO EN SALUD: CHILE 2002 – 2020.
 15. Zaragoza M, Calvo C, Saad T, Moran FJ, San Jose S, Hernandez P. Evolución de la frecuentación en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2009; 21: 339-345.
 16. Garcia-Roco O, Castañeda N, Perez Z, Labrada H. Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Doménech. *La Salud Pública en América Latina y El Caribe*.
 17. Teleasistencia y nuevos modelos de relación con el paciente. Hospital en casa, Proyecto de la Junta de Galicia. Gobierno de España.
 18. Cotta R, Morales M, Real ER, Dias JA. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 10(1), 2001.
 19. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo. Hospitalización en Domicilio.
 20. Davis et al.: “Did I Do as Best as the System Would Let Me?” Healthcare Professional Views on Hospital to Home Care Transitions. *J Gen Intern Med* 27(12):1649–56.
 21. Shepperd S. et al. Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *CMAJ* 2009;180(2):175-82
 22. Nicho D. (2011). Valorando la atención domiciliaria: historia, modelos, situación actual y perspectivas.
 23. Colomer J, González MJI, González RVJ. (1998). Alternativas a la hospitalización: una respuesta lógica al aumento de la demanda. En: Del Llano J, Ortún V, Millán J, Gené J, eds. *Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson 1998;359–401.
 24. Shepperd S, Iliffe S. Hospital at home versus in-patient hospital care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD000356.

25. Restrepo C, Echavarría JC, Villegas N, Bedoya L. Costo de un servicio de hospitalización domiciliaria en Medellín como alternativa de la hospitalización institucional. Periodo enero-diciembre de 2007. (Tesis de Grado). Universidad CES. Medellín.
26. Aramburú C. y Mendoza M. (2003), La población peruana: perspectivas y retos. *Economía y Sociedad* 50, CIES, noviembre 2003.
27. Aramburú, Carlos (2000). La población peruana: un siglo de cambios, en revista COPE, vol. X, No 22. Lima: marzo, pp. 20-5.
28. Banco Mundial (2013) Tasa de crecimiento demográfico Perú al 2011. Consultado el 12 de Junio del 2013. Disponible en: <http://search.worldbank.org/data?qterm=tasa+de+crecimiento+demografico+peru&os=10>
29. Sierra R (2013). Se duplica el porcentaje de peruanos que pertenecen a la clase media. Suplemento *Economía del Diario del Comercio*, Viernes 07 de Junio 2013.
30. VasquezTieck, Alejandro. Proyecto de Grado. Implementación de la estrategia CRM en una PYME. Oct. 2010. Universidad EAFIF. Colombia Medellín. Consultada el 02 de julio de 2013. Disponible en: <http://www.slideshare.net/avasquezt/implementacin-estrategia-crm-en-una-pyme>
31. Velásquez A. (2009). La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento en salud. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública*, 26(2): 222-231.