



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE  
LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**Plan de Negocio para Empresa de Servicios Médicos  
Domiciliarios en Emergencias Médicas y Medicina Paliativa en  
Breña, 2021.**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE:**

**MAESTRO EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**Autor:**

MC. Correa Prieto, Franklin Rouselbel (ORCID: 0000-0003-3372-0955)

**Asesor:**

Mg. Morán Requena Hugo Samuel (ORCID: 0000-0002-7077-0911)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

Dirección de los Servicios de Salud

LIMA – PERÚ

2021



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

## **Dictamen para Sustentación**

LIMA, 26 de Julio del 2021

El jurado encargado de evaluar la Tesis presentado por el autor CORREA PRIETO FRANKLIN ROUSELBEL de la escuela profesional de MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD, cuyo título es "PLAN DE NEGOCIO PARA EMPRESA DE SERVICIOS MÉDICOS DOMICILIARIOS EN EMERGENCIAS MÉDICAS Y MEDICINA PALIATIVA EN BREÑA, 2021.", damos fe de que hemos revisado el documento antes mencionado, luego que el estudiante levantado todas las observaciones realizadas por el jurado, y por lo tanto está APTA para su defensa en la respectiva sustentación.

Firmado digitalmente por: JIBANEZE el 29  
Jul 2021 22:52:41

---

**JOSE LUIS IBAÑEZ ESTRELLA  
PRESIDENTE**

Firmado digitalmente por: EPARDOE el 30  
Jul 2021 13:24:37

---

**ENRIQUE MIGUEL PARDO ESQUERRE  
SECRETARIO**

Firmado digitalmente por: HMORANR el 29 Jul 2021  
21:35:36

---

**HUGO SAMUEL MORAN REQUENA  
VOCAL**

Código documento Trilce: TRI - 0152710



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

## **ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS**

Siendo las 09:20 horas del 30/07/2021, el jurado evaluador se reunió para presenciar el acto de sustentación de Tesis titulada: "PLAN DE NEGOCIO PARA EMPRESA DE SERVICIOS MÉDICOS DOMICILIARIOS EN EMERGENCIAS MÉDICAS Y MEDICINA PALIATIVA EN BREÑA, 2021.", presentado por el autor CORREA PRIETO FRANKLIN ROUSELBEL estudiante MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD.

Concluido el acto de exposición y defensa de Tesis, el jurado luego de la deliberación sobre la sustentación, dictaminó:

<b>Autor</b>	<b>Dictamen</b>
FRANKLIN ROUSELBEL CORREA PRIETO	Mayoría

Firmado digitalmente por: JIBANEZE el  
30 Jul 2021 08:59:17

\_\_\_\_\_  
JOSE LUIS IBAÑEZ ESTRELLA  
**PRESIDENTE**

Firmado digitalmente por: EPARDOE el 30  
Jul 2021 13:26:27

\_\_\_\_\_  
ENRIQUE MIGUEL PARDO ESQUERRE  
**SECRETARIO**

Firmado digitalmente por: HMORANR el 30 Jul  
2021 10:50:40

\_\_\_\_\_  
HUGO SAMUEL MORAN REQUENA  
**VOCAL**

## **Dedicatoria**

Esta tesis esta dedica con especial afecto a Franklin Correa y Rosario Prieto, mis padres; quienes me han acompañado en cada uno de mis pasos junto a Fiorella Correa, Milagros Eskenasi; mis hermanas quienes me han dado la fuerza para no rendirme y a Sergio Cancino quien ha sido un gran soporte en todo; además de Sophia Correa la luz de mi camino.

Así mismo, está dedicada a cada uno de los pacientes, a quienes en algún momento de su vida se ha entrelazado con la mía, en alguna sala de emergencias; así como a sus familiares que han inspirado mi camino.

## **Agradecimiento**

Al Arquitecto del Universo, por bendecir mi camino, mi mente y mis manos, para enseñarme a salvar y cambiar vidas.

A mi familia, por su apoyo incondicional, en cada momento de este proceso y hermoso camino.

A mis pacientes, y familias por permitirme ser parte de su vida e inspirar la mía.

## Índice de contenidos

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	vi
Índice de gráficos y figuras	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I INTRODUCCIÓN	1
II MARCO TEÓRICO	7
III METODOLOGÍA	18
3.1 Tipo y Diseño de Investigación	18
3.2 Categorías, Subcategorías y matriz de categorización.	18
3.3 Escenario de estudio	18
3.4 Participantes	19
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos Técnicas	19
3.6 Procedimiento	20
3.7 Rigor Científico	21
3.8 Método de análisis de datos de la información	22
3.9 Aspectos éticos	22
IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	23
V. CONCLUSIONES	44
VI. RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS	47
ANEXOS	55

## Índice de tablas

Tabla 1 *Inversión inicial de la empresa. Agosto del 2021*

40

## Índice de figuras

Figura 1: <i>Características Socioeconómicas de la población estudiada</i>	24
Figura 2: <i>Preguntas Troncales en las cuales se sustenta la necesidad de la investigación</i>	24
Figura 3: <i>Segmento emergencias médicas</i>	25
Figura 4: <i>Segmento enfermedad terminal y medicina paliativa</i>	26
Figura 5: <i>Segmento de Contacto con Usuarios</i>	26
Figura 6: <i>Redes Sociales preferentes</i>	27
Figura 7: <i>Temas preferentes para desarrollo de contenido digital</i>	27

## Resumen

La realidad sobre las emergencias médicas con necesidad de atención inmediata y su posibilidad de abordaje domiciliario en base a la clasificación internacional por prioridades, permite el planteamiento del problema de investigación: ¿cuál es la viabilidad técnica y financiera del plan de negocio para empresa de servicios médicos domiciliarios en emergencias médicas y medicina paliativa en breña?

Se tiene como objetivo principal, evaluar la viabilidad técnica y financiera para implementar una empresa de servicios médicos de emergencias y cuidados paliativos a domicilio en breña. Considerando como base la clasificación internacional de problemas médicos según prioridades de atención en emergencias, se considera uno de los objetivos específicos determinar las prioridades de atención a las cuales se brindará solución médica domiciliario.

Tomando en cuenta que la adquisición económica de la sociedad del distrito en mención es heterogénea, se enfoca en categorizar el público objetivo de la empresa para su viabilidad financiera, lo que permitirá además desarrollar la estrategia de mercado según el público objetivo para el plan de negocio propuesto.

La idea rectora del plan de negocio nace por la evidencia de insatisfacción de los usuarios de salud en los servicios del fragmentado sistema público, quienes pese a las interminables listas de espera no logran cubrir su población adscrita.

Palabras Clave: Plan de negocio, Emergencia, Atención domiciliaria, Medicina paliativa

## **Abstract**

The reality of medical emergencies in need of immediate attention and the possibility of a domiciliary approach based on the classification of hospitalization by priorities, allows the approach to the research problem: what is the technical and financial viability of the business plan for a service company home doctors in medical emergencies and palliative medicine in Breña?

Its main objective is to evaluate the technical and financial viability to implement a company of emergency medical services and palliative care at home in breña. Considering as a basis the international classification of medical problems according to emergency care priorities, one of the specific objectives is to determine the care priorities to which home health solutions will be provided.

Taking into account that the economic acquisition of the district society in question is heterogeneous, it focuses on categorizing the company's target audience for its financial viability, which will also allow the development of the market strategy according to the target audience for the business plan. Proposed.

The guiding idea of, The business plan arises from the evidence of dissatisfaction of health users in the services of the fragmented public system, who despite the endless waiting lists are unable to cover their assigned population.

**Keywords:** Business plan, Emergency, Home care, Palliative medicine

## I. INTRODUCCIÓN

El Perú tiene un acceso al servicio de salud de carácter limitado, además de ser carente de estándares de calidad, como elevados costos y escasa disponibilidad del servicio sea en urgencias o ambulatorio. Son heterogéneos los factores y de carácter diverso, como causantes de estas limitaciones; resaltando la pobreza de la población y la disparidad en regiones según Shin et al.(2017).

Otro factor importante según Vásquez y Gandolfi (2020), es la fragilidad del sistema sanitario en Perú, lo que, asociado a la escasa gestión realizada para su optimización, reflejado como un máximo logro en 2019 una legislación que garantiza cobertura sanitaria universal sin efectivización de la misma hasta el momento; evidenciado en la actual crisis sanitaria desde inicios de 2020 por la pandemia de COVID-19.

Es importante el nivel de inversión de cada país en su sistema nacional sanitario, tanto en infraestructura como en capital humano, insumos biomédicos, equipamiento según nivel de resolución.

Siendo de esta forma, la Organización Mundial de la Salud (2021), advierte como estándar mínimo, inversión proporcional 6% del producto bruto interno de la nación en cuestión. Según Coscieme et al.(2017), en Europa supera el 10% no obstante en Perú antes de la pandemia era inferior al 3% (conseguido en un aumento progresivo en los últimos veinte años), según el Ministerio de Economía del Gobierno del Perú (2019), llegando a ser aumentado hasta el 5.5% en el último año por estado de emergencia y estado de emergencia sanitario.

El nivel de inversión está relacionado de forma directa con el nivel socioeconómico de la población en cuestión. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2019) 75% de peruanos hasta el 2020 es de carácter económicamente activa informal, es decir no pagan impuestos al estado, siendo estos últimos la principal fuente de recaudamiento.

Así mismo estiman que el 41.3% de la población de Breña es tipo B socioeconómicamente, un 28.1% no cuentan con ningún seguro de salud; y el 38.9% cuentan con seguro social; sin embargo, para acceder a él tienen que ser parte de una lista de espera larga para una limitada atención.

Pese a la densidad poblacional del distrito en mención y a nivel nacional, la oferta de servicios médicos es escasa, agudizándose más en la pandemia por COVID-19. Se estima que solo se cuenta con 32 médicos por cada 10,000 habitantes; impactando en la calidad de atención a los usuarios; por lo cual es una de las prioridades en la agenda 2030 para el desarrollo sostenible, según Inga-Berrospi et al.(2019).

Conjuntamente a la escasa oferta de servicios médicos, a la deficiente calidad de los mismo, la pobre inversión en políticas nacionales de salud, la no universalización de la salud; se agrega la sobre saturación de unidades prestadores de servicios de salud clave para el sistema sanitario como la unidad de emergencia, por problemas de salud no urgentes o de resolución viable en consulta ambulatoria.

La resolución de un problema de salud en la unidad de emergencias o en consulta ambulatoria se determina según el nivel de urgencia de la afección en mención del usuario de salud, la cual se clasifica en orden de prioridad para atención de emergencia.

Según el Ministerio de Salud del Gobierno del Perú (2007), basados en la Lista de Prioridades de Atención de Emergencia, las emergencias médicas se clasifican en cinco (5) prioridades: las afecciones de prioridad I no tienen tiempo de espera, requieren atención inmediata por el riesgo de muerte inminente (paro cardíaco, crisis convulsiva, entre otros); prioridad II tienen tiempo de espera de 30 minutos, son afecciones graves con alto riesgo de mortalidad (heridas profundas, sangrado activo, entre otros); prioridad III son afecciones leves con tiempo de espera de 2 horas, no hay amenaza de muerte; prioridad IV con tiempo de espera de hasta 4 horas debido a que no representan riesgo evidente y prioridad V pueden ser tratados en consulta ambulatoria debido a que no representa riesgo para la vida.

Según Taype, las principales causas de atención por emergencia son de categoría de urgencias menores y patologías agudas, es decir prioridad III y prioridad IV en base a la Lista de Prioridades de Atención de Emergencia, siendo de forma prevalente pacientes adultos mayores y de sexo femenino los usuarios de mayor concurrencia, que requieren una estadía prolongada, además de presentar una baja mortalidad y no requieren unidades de cuidados críticos; con una alta tasa de reingreso.

La realidad sobre las emergencias médicas con necesidad de atención inmediata y su posibilidad de abordaje domiciliario en base a la clasificación internación por prioridades, permite el planteamiento del problema de investigación: ¿Cuál es la viabilidad técnica y financiera del plan de negocio para empresa de servicios médicos domiciliarios en emergencias médicas y medicina paliativa en Breña?

Se tiene como objetivo principal, evaluar la viabilidad técnica y financiera para implementar una empresa de servicios médicos de emergencias y cuidados paliativos a domicilio en Breña. Considerando como base la clasificación internacional de problemas médicos según prioridades de atención en emergencias, se considera uno de los objetivos específicos determinar las prioridades de atención a las cuales se brindará solución médica domiciliario.

Tomando en cuenta que la adquisición económica de la sociedad del distrito en mención es heterogénea, se enfoca en categorizar el público objetivo de la empresa para su viabilidad financiera, lo que permitirá además desarrollar la estrategia de mercado según el público objetivo para el plan de negocio propuesto.

Se justifica el siguiente plan de negocio su enfoque humanitario y brindar respuestas a las brechas en salud del distrito en mención, desde el sector socioeconómico “B” y “C”, brindando servicios médicos de emergencias en la categoría de prioridades III-IV (urgencias menores y patologías agudas) y cuidados de medicina paliativa, atendiendo de forma oportuna de la demanda de las poblaciones de los sectores mencionados caracterizados por insatisfacción en los servicios públicos.

La idea rectora del plan de negocio nace por la evidencia de insatisfacción de los usuarios de salud en los servicios del fragmentado sistema público, quienes pese a las interminables listas de espera no logran cubrir su población adscrita.

Además se agrega que un importante segmento de la sociedad limeña tiene su vivienda en zonas geográficas de poco acceso a servicios de salud, por lo cual deciden optar por una atención de servicios médicos privados; para lo cual el presente plan de empresa presentaría una alternativa de atención de salud, con

servicios médicos de calidad, con un óptimo nivel de atención a un costo competitivo en el mercado local; dando una gran relevancia a este proyecto al brindar soluciones acercando brechas entre la población, y el sistema sanitario.

Se espera como hipótesis general que la elaboración e implementación del plan de negocios para la creación de una empresa de servicios médicos de emergencias y cuidados paliativos a domicilio tiene una viabilidad técnica y financiera en distritos socioeconómicos de tipo B, C de Breña.

No obstante, se espera también como hipótesis específica que las estrategias de mercado serán heterogéneas en base a la diversidad de las prioridades de atención según el público objetivo y que el nivel socioeconómico de los sectores donde se brindará el servicio médico domiciliario determinará la variante de flujo de costos lo cual influirá en el modo de marketing y el plan estratégico.

Sin embargo, la crisis sanitaria a nivel mundial y más aún nacional por la pandemia de COVID-19, deja en evidencia las carencias en gestión de servicios de emergencias y su calidad de atención, donde varias de las patologías que saturan el servicio desde antes de la pandemia, y más aún ahora, pueden ser resueltos en domicilio, siendo aún una urgencia médica.

El ofrecimiento de cuidados médicos de pacientes agudos como los descritos, en sus domicilios; según Pickstone et al. (2019) facilita el alta médica temprana y previene ingresos agudos; además de evitar los reingresos al servicio de emergencias, se contribuye al rendimiento de los servicios de urgencias locales, considerando que el costo de mantenimiento de una unidad de paciente crítico mensual asciende a los 270 000 soles, según Alvarado-Jaramillo et al. (2011).

Lo descrito motiva la que se efectivice del plan propuesto en esta investigación, con la finalidad de aportar en la gerencia de servicios de salud con enfoque en los servicios de emergencia y en la calidad de atención médica y satisfacción del paciente, donde el beneficiado será el paciente.

## II. MARCO TEÓRICO

La atención domiciliar de pacientes crónicos, con necesidades médicas paliativas ha sido parte de las ideas rectoras de investigadores internacionales en diversos sistemas de salud, con el objetivo de brindar una mejor calidad de vida al paciente, a su familia y a su vez aliviar la densidad de afluencia a los servicios de emergencia, por problemas crónicos reagudizados de prioridad III-IV según la Lista de Prioridades de Atención de Emergencia.

Hernández Santana, Adriana. (2013), nos muestra un compromiso multidisciplinario enfocado al bienestar holístico del individuo respecto a la salud y su comunidad, de esta forma se promueve el fortalecimiento y empoderamiento de la salud como tal. Así mismo, en los últimos años la investigación en salud se ha enfocado en el diseño de modelos económicos privados y planes de negocios sustentables en beneficio de la población.

De esta forma, Hassen. (2020), investigó la hospitalización domiciliar en Túnez. Un estudio cualitativo, diseñó un sistema de bajo costo, confiable y seguro, permitiendo la reducción sustancial de la carga sobre ellos. Este sistema ha recibido muy buena aceptación tanto de pacientes como de médicos de acuerdo con los resultados de la evaluación de usabilidad.

Así mismo Bousquet (2019), diseñó una investigación cualitativa, observación longitudinal en servicios a domicilio en Francia. Con 130 personas mayores que vivían en sus hogares y que no tenían más que una discapacidad moderada. Se usó una única escala analógica visual (EAV) en un teléfono inteligente para evaluar la salud global cada vez que se visitaba a una persona.

Se ha puesto en funcionamiento también, sistemas de atención de urgencias domiciliarias, (problemas médicos con prioridad III-IV según la Lista de Prioridades de Atención de Emergencia), siendo en Londres por Pickstone (2019), con un estudio cualitativo, una población de 1084 pacientes remitidos al equipo @home en un período de 3 meses con 755 (72%) referencias aceptadas. usando datos geocodificables, se previnieron 387 asistencias locales al departamento de emergencia, durante el mismo período de tiempo, se obtuvieron 71,688 asistencias departamento y 48,030 asistencias entre ambos departamentos de urgencias.

Kathryn Zager (2019), et al.; realizó una investigación cualitativa en Estados Unidos. Encontró que las visitas al servicio de urgencias por motivos no urgentes contribuyen al hacinamiento y aumentan los costes sanitarios. Concluye que enviar a los pacientes a entornos de atención de menor costo puede mejorar los resultados. Su modelo económico alcanzó el 38% de todos los encuentros del departamento de emergencias y más del 90% de los encuentros del departamento de emergencias durante el día. Más de un tercio (36%) de los pacientes en urgencias diurnas fueron dados de alta para atención primaria.

Así mismo, Laura Boland (2017), et al; realizó la investigación cualitativa; encontró que los hallazgos respaldan los impactos positivos en la salud de las intervenciones de apoyo domiciliario en comparación con la vida independiente en el hogar.

Investigaciones similares que aborden sistemas de gestión de servicios de emergencias en domicilio en Latinoamérica no se han publicado hasta el momento, solo como atención pre hospitalaria, otra de las ramas de la medicina de

emergencia que brinda la primera atención en el lugar del siniestro y traslada al paciente a un centro de atención médica según capacidad resolutive; sin embargo, su enfoque es a patologías de prioridad I, y de no abordaje domiciliario.

Así mismo en la medicina paliativa, las investigaciones de servicios domiciliarios son infrecuentes; sin embargo, países Latinoamericanos como Cuba lo enfoca a un desafío en su sistema de salud global de forma futura.

Álvarez (2018), en su investigación cualitativa considera que el cuidado de medicina paliativa propone atención multidimensional a las necesidades de pacientes con enfermedad avanzada o terminal, así como a sus familias. Este grupo de pacientes incluye a aquellos con enfermedades oncológicas, enfermedades crónicas progresivas como resultado de insuficiencias orgánicas y pacientes geriátricos con múltiples afecciones.

Existe escasa información de carácter nacional referente a la atención de servicios médicos de urgencia y de medicina paliativa a domicilio. Sin embargo, se han diseñado modelos de negocios en el campo de la medicina, con otras especialidades como el de oftalmología.

Huerta (2019) planteó un plan de negocios de atención oftalmológica domiciliaria, diseño cualitativo y cuantitativo mostró insatisfacción en la atención al usuario y la atención en domicilio como ventaja frente a otros servicios. Su objetivo es convertirse en proveedor líder en el 5to año de operaciones. Consideró una inversión de s/.337,681.08. El financiamiento propuesto es mixto, de carácter propio s/. 137,681.08 y de crédito bancario s/. 200,000.00 a una tasa del 12 %.

Así mismo, en la ciudad de Lima se desarrolló un estudio cualitativo con variantes como la atención de consultas domiciliarias de no urgencias o de patologías ambulatorias, pero de forma móvil.

Carbajal (2019) diseñó el plan de negocios de una empresa de servicios de salud móvil con especialistas médicos en Lima Metropolitana, con el objetivo de introducir en el mercado unidades móviles que realicen el servicio de atención con especialistas médicos, se realizó el análisis de mercado a través de 573 encuestas encontrándose que el horario de atención más solicitado es el matutino y el horario nocturno con un precio por consulta de entre 30 y 35 soles. Se ha considerado un nivel de inversión de 441,284.00 soles, recuperado en 4.9 años, obteniendo un VAN económico de 5,242 soles y un TIR modificado de 27.69% demostrando que el plan de negocio es viable.

Además, se ha intentado impulsar los servicios médicos paliativos, pero por personal no médico. Se diseñaron planes de negocio en base a servicios complementarios asistenciales no médicos, necesarios para la asistencia de un paciente crónico paliativo.

De esta forma, Bellos (2017), diseñó el estudio cualitativo de plan de negocios para el desarrollo de una aplicación móvil de servicios profesionales de enfermeras y técnicos en enfermería a domicilio en Lima Metropolitana, con el objetivo de ofrecer un servicio de calidad superior, a precios competitivos.

Sin embargo, ni a nivel local en la ciudad de Lima ni a nivel nacional, se ha diseñado un plan de negocios enfocado a la atención de emergencias a domicilio asociado a la medicina paliativa.

Arias Ponce (2017), et al.; realizó el estudio cualitativo en Lima, el plan de negocios de servicios de cuidados paliativos domiciliarios para pacientes oncológicos. Con el objetivo de ver la rentabilidad de la medicina paliativa como servicio domiciliario. Se encontró que es un negocio de bajo coste, con poca inversión mixta, la TIR arroja un resultado del 98% en la evaluación económica y del 63% en la evaluación financiera.

Buendía Molina (2015), et al; realizó en La Molina, Lima, un plan de negocios para hospitalización domiciliaria, enfocado a la atención de la emergencia médica, su cuidado agudo y paliativo; según enfermedades crónicas y agudas. Consideró que la creación de la Hospitalización a Domicilio, contribuyendo a solucionar un problema serio en el sector salud, como es una alta demanda de camas hospitalarias y un déficit de las mismas. Un estudio cualitativo. Se encontró que 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.

De la misma forma como es importante las investigaciones similares al estudio planteado, el entendimiento de la contextualización de la investigación que se plantea está en la comprensión de sus bases teóricas; siendo importante la conceptualización de sistema de salud e inversión en salud.

El sistema de salud de una nación tiene como objetivo mejorar la salud de la población, mediante políticas públicas que permiten su protección y conservación así mismo ofertando servicios de salud garantizando la accesibilidad universal de la población a estas; generando recursos.

Son diversos los modelos de sistemas de salud, en el Perú se tiene un sistema mixto conformado por servicios públicos y privados; así mismo es muy fragmentado; en el sector público existen subsistemas autónomos administrativamente y con sus propios recursos económicos, siendo El Seguro Social, Sanidades y el propio Ministerio de Salud-MINSA.

A regulación y supervisión de un adecuado funcionamiento del sistema de salud lo tiene un órgano fiscalizador independiente del MINSA, el cual es denominado Superintendencia Nacional de Salud-SUSALUD, con la autoridad de regular y supervisar a entidades públicas y privadas prestadoras de servicios de salud, según Lazo et al.(2016).

Los trabajadores formales, dependientes acceden al sistema de salud mediante el Seguro Social; sin embargo, trabajadores no formales pueden acceder a él de forma independiente; así mismo ambos tipos de trabajadores pueden acceder a los servicios privados en el Perú según su capacidad económica adquisitiva. según Lazo et al.(2016).

La inversión en salud refleja su importancia en crisis sanitarias como la que se vive desde el 2020 por la pandemia de COVID-19 en el mundo y en el Perú, así como en crisis financieras, como la crisis financiera mundial de 2007– 2008 que revivió el interés en los impactos de los mercados financieros y actores en nuestra vida social y económica. Sin embargo, la investigación sobre el financiamiento de la atención médica sigue siendo escasa según Vural (2017).

Las empresas invierten en la salud de los trabajadores para mitigar la depreciación del capital humano que ocurre cuando los trabajadores se enferman, lo que aumenta la productividad del capital humano y físico. Utilizando datos de

seguros de salud a nivel de empresa, encuentro que las empresas que tienen una mayor productividad laboral, gastan más en investigación y desarrollo y son más grandes invierten más en capital de salud. Además, la inversión en capital de salud afecta positivamente el valor de la empresa y la productividad general, según Holland (2017).

Históricamente, los países en desarrollo priorizan los esfuerzos de atención primaria y los modelos de atención médica basados en clínicas ambulatorias. Así incluyen atención pre hospitalaria, capacitación de personal, provisión de recursos de atención médica, mejoras de comunicación, servicios de transporte y nuevas instalaciones de salud según Yiadom et al.(2018).

Esto se suma a la reeducación de los proveedores de atención médica de primera línea y el desarrollo de infraestructura para la capacitación de especialistas. La inversión en el sector salud por el Estado Peruano, en el año 2011 fue de S/ 41'831,042 millones de soles con un gasto en salud público del 53% y 47% en el privado, en el año 2016 la inversión fue de S/ 930'630,000. Se ha observado una creciente en la inversión pública en salud en los últimos cinco años, según Yiadom et al.(2018).

Actualmente el presupuesto para el año 2020 asciende a S/18,495 millones, un equivalente al 2.6% del Producto Bruto Interno, con un incremento solo del 10% por encima de lo realizado hasta el año 2019, según Ministerio de Economía y Finanzas del Gobierno de Perú (2019).

De la misma forma que es necesario el entendimiento de los conceptos anteriores, es importante la conceptualización de emergencia como especialidad médica, así como la atención médica por prioridades.

La fuerza laboral de la medicina de emergencia ha estado creciendo a un ritmo rápido, impulsada por un gran aumento en el número de programas de residencia en medicina de emergencia y el crecimiento en el número de Proveedores de Prácticas Avanzadas, según Reiter y Allen (2020).

La atención especializada de forma inmediata de estos pacientes críticos está a cargo del médico con especialidad en Emergencias y Desastres, una especialidad creada en el Perú por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en 1992; y la atención de estos pacientes se da en la Unidad de Shock Trauma, la cual era inexistente en el Perú, hasta el año 1983, cuando fue creada la unidad especializada de atención de emergencias graves: unidad de Shock Trauma; en el Hospital Nacional PNP Luis N Sáez, así como el triaje en emergencias, y el transporte pre hospitalario en el Perú; estos sistemas de atención fueron replicados en los demás hospitales y forman parte de nuestro actual sistema de salud, en palabras de Morales Soto (2014)

Históricamente, ha habido una escasez significativa de médicos especialistas en medicina de Emergencias y Desastres. Se proyecta que esta escasez puede resolverse rápidamente, y existe la posibilidad de una sobreoferta significativa en el futuro, según Reiter y Allen (2020)

La atención brindada en el servicio de emergencia, no se debe realizar según la hora de llegada; sino según la prioridad que amerita cada problema de salud de los pacientes, para ellos es importante un sistema de triaje en el servicio de emergencia. De esta forma, el recibimiento de los pacientes debe estar basado en un sistema de clasificación de riesgo, que permita abordar la prioridad de atención de cada uno de ellos y su capacidad de espera en base a su patología de consulta según Morales Soto (1984)

El modelo estandarizado en el Perú por el Ministerio de Salud, es el de Lista de daños según prioridad de urgencias y emergencias, en base a cuatro conjuntos de prioridades; según este listado, los pacientes con patologías de Prioridad I deben ser atendidos y estabilizados en la Unidad de Shock Trauma; una vez estables deberían ser pasados a la Unidad de Cuidados Intensivos o una unidad de Cuidados Intermedios, según Ministerio de Salud del Gobierno de Perú (2007)

La visión panorámica en los servicios de emergencias de los hospitales públicos del país, es caótica; se visualizan colas de gran dimensión de personas, en busca de una atención inmediata a su problema de salud, esa realidad es palpable en los servicios públicos y privados.

Los motivos que generan una gran dimensión en las colas de atención en los servicios de emergencia son el difícil acceso a una cita por consulta ambulatoria, o desconocimiento de cómo obtener una, debido a que gran parte de los motivos de consulta, no están dentro de las prioridades de un servicio de emergencia, según Ponce-Varillas (2017)

La gestión de un sistema de atención de emergencias de forma privada, en modalidad domiciliaria, se proyecta a su efectivizarían como planeamiento empresarial en base a modelo de estructuración de empresa o negocio, como el modelo Canvas.

El Modelo Canvas o modelo del lienzo, es una síntesis realizada por Alexander Osterwalder en su tesis doctoral, sobre la teoría e información disponible respecto a la estructuración de un de una empresa o negocio, que obtuvo como

resultado una modelo del mismo, el cuál fue validado y ha tenido gran acogida en Europa y Estados Unidos, según Greenwald (2013).

Muestra la base teórica de su concepción, el cual le da un gran respaldo académico. Osterwalder realizó una estructuración de enfoque a nueve bloques temáticos, agrupando las principales variables empresariales, estando en la parte central la principal variable: la puesta en valor según Osterwalder (2011).

Se debe de entender como plan de negocio a un modelo de negocio no lo compone una definición, sino nueve módulos que cubren las cuatro áreas de un negocio: clientes, oferta, infraestructura y viabilidad económica. Un modelo de negocio describe las bases sobre las que una empresa crea, proporciona y capta valor según Osterwalder (2011).

Así mismo, emergencias médicas son situaciones que tienen Consecuencias inmediatas riesgosas para la vida, por lo que requieren atención inmediata. Estas situaciones pueden ser originadas por fenómenos naturales, actos humanos deliberados, enfermedades o por la combinación de ellos según Mejía (2011).

La medicina paliativa se define como el conjunto de procedimientos y medicamentos que se utilizan en un enfermo con el fin de suprimir el dolor y otros síntomas molestos, evitar (dentro de lo posible) el sufrimiento y, de esta manera, mejorar la calidad de vida, con el fin de que el enfermo tenga la voluntad de preservar una vida que se pueda considerar digna según Gutiérrez (2017).

El servicio a domicilio es un conjunto de actividades que surgen del contexto de un planificación previa, desarrollado por profesionales de un equipo de salud y que tienen como objetivo proporcionar atención de salud mediante actividades que incluyen contenidos de promoción, protección, curación y rehabilitación, dentro de un marco de plena corresponsabilización del usuario y/o familia con los profesionales de la salud, en el domicilio de aquellas personas, que debido a sus estado de salud o a otros criterios no pueden desplazarse al centro de salud según Suarez Cuba (2012)

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación es de tipo aplicada, con un diseño según la intervención del investigador no experimental, se consiguió la información, sin influencia sobre las variables de parte del investigador, como lo declararon Hernández y Mendoza (2018), en un estudio no experimental simplemente se observa o se ejecuta la medición de las variables como son en su naturaleza, para un análisis y comparación posterior, según el alcance analítico, según el número de mediciones de las variables de estudio longitudinal y según el momento de la recolección de datos prospectivo, según Zarco Colón et al. (2019).

#### 3.2. Categorías, Subcategorías y matriz de categorización.

La investigación tiene una categoría, la cual es: Servicios médicos domiciliarios; así mismo tiene dos subcategorías, las cuales son: prioridades de atención y estrategia de mercado; las cuales se diagraman en la matriz de categorización y la matriz de categorización apriorística que se encuentra los anexos, como declararon Polgar, S. y Thomas, S. (2021).

#### 3.3. Escenario de estudio

Breña es un distrito habitado por población homogénea económicamente activa, quienes serán sujetos de investigación. Su distribución de establecimientos de salud tiene una totalidad de 70, los cuales brindan servicios médicos públicos y privados; entre los cuales destaca uno de nivel III-2, del Ministerio de Salud con enfoque en atención subespecialidad en niños, según Echeagaray, A y Patricia, K. (2006).

Resaltan además establecimientos privados de categoría menor tipo I-3 como Clínica San Marcos, y nueve policlínicos más; los otros de categoría I-1 de carácter privado, es decir solo consultorio médico o de especialidades no médicas como psicología, odontología, entre otros; según Pajares Rosas, G. (2015).

De los anteriores mencionados, ninguno con la capacidad resolutoria ni con los profesionales calificados para la resolución de emergencias médicas de prioridad II-III y cuidados de medicina paliativas; en población adulta; generando la necesidad de la población en acudir a establecimientos prestadores de servicios de salud de otros distritos.

#### 3.4. Participantes

Los participantes serán pobladores mayores de edad, pertenecientes al sector económico B y C de la población de Breña, según Echeagaray, A y Patricia, K. (2006). La selección fue a convenio del investigador, con un total de 250 personas quienes cumplían los requerimientos como manifiesta González et al. (2020).

#### 3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Esta investigación se ejecutó con, la entrevista y la revisión documental. Estas técnicas se efectivizaron en dos momentos distintos, según diseño.

Esta investigación usó como técnica la ficha de recolección, la cual según López y Fachelli (2015) es recaudar información información por medio de preguntas a sujetos de investigación, los cuales se establecieron con anterioridad.

La entrevista es una técnica de gran utilidad en la investigación cualitativa para recabar datos; se define como una conversación que se propone un fin determinado distinto al simple hecho de conversar según Díaz (2013).

Es un instrumento técnico que adopta la forma de un diálogo coloquial. Canales la define como "la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto". Heineman propone para complementarla, el uso de otro tipo de estímulos, por ejemplo visuales, para obtener información útil para resolver la pregunta central de la investigación.

Una revisión documental, según Núñez (2017) afirma que es una técnica en donde se recolecta información escrita sobre un determinado tema, teniendo como fin proporcionar variables que se relacionan indirectamente o directamente con el tema establecido.

El instrumento es la ficha de recolección de datos, usado en la entrevista telefónica y en la recopilación documental, respaldados en el rigor científico el cual esta dado por la reconstrucción teórica en búsqueda de la coherencia de interpretación que son equivalentes a la validez y confiabilidad; por la dependencia y consistencia lógica según Hernández, Fernández y Baptista, (2010).

### 3.6 Procedimiento

Se realizó por dos procesos, mediante fuentes primarias y fuentes secundarias. Las fuentes primarias, se estructura en dos fases, la primera en entrevistas a sujetos para evaluar la demanda realizada en el estudio de mercado y el posible interés de atención médica con calidad enfocada al paciente como refieren Pallás, J. M. A. y Villa, J. J. (2019).

Además, se realizará focus group con expertos con el objetivo de obtener opiniones y sugerencias, así como el potencial interés de trabajar en el proyecto como médicos especialistas según Ares, G y Varela, P. (2018).

Las fuentes secundarias se basan en datos recolectados de bases estadísticas de origen público, reportes estadísticos, fuentes bibliográficas en internet como refieren Pallás, J. M. A. y Villa, J. J. (2019).

### 3.7 Rigor Científico

La credibilidad de la investigación se refleja en la metodología de recolección de datos, la cual es transparente y libre de sesgo, fragmentada en dos fases. La fase primera, es mediante interacción directa con la población diana mediante cuestionarios enfocados al objetivo de la investigación e interacción con focus group. La segunda fase es con datos de fuentes estadísticas en bases públicas y encuestas nacionales, enmarcadas en el contexto social de la investigación, contribuyendo al enriquecimiento de la misma, como enuncian Jiménez Villa y Argimon Pallàs (2015)

La transferibilidad del estudio se permite por la muestra representativa para el sector B y C de la población en el sitio geográfico de la investigación, permitiendo ser replicada en otros contextos, según Jiménez Villa y Argimon Pallàs (2015).

Lo sólido de los datos que se obtendrán permitirán conseguir una menor inestabilidad de los datos mismos, lo mas reflejado a la realidad a estudiar. La conformabilidad del estudio está garantizada por la posición del investigador en el estudio es neutral, evitando los sesgos probables que pudieran presentarse al involucrarse directamente en la investigación como enuncian Jiménez Villa y Argimon Pallàs (2015).

### .3.8. Método de análisis de datos

La obtención de datos en la investigación planteada se analizó por el software estadístico SPSS versión 26, brindando soporte a cálculos y análisis de estadísticas inferenciales para la prueba de hipótesis. La información que se obtuvo se procesó según cada variable planteada, para de forma posterior se realice análisis analítico de los mismo, como enuncia Erik Cobo (2007).

### 3.9. Aspectos éticos

El presente planteamiento de investigación, considerará la confidencialidad además de la participación de los sujetos de forma libre, respetando el carácter anónimo de los participantes; enfocados en la obtención de datos veraces sin intervenir de forma alguna en ellos.

Galewicz, considera que actualmente no basta con mencionar los principios éticos en las buenas prácticas de investigación interactúa de forma directa con criterios de conducta no adecuada del investigador como plagio, o fabricación de información. (2009, citado en Kaźmierska, 2020).

Estas razones basadas en la naturaleza de filosofía en donde nace la ética, que se enfoca en la direccionalidad de la investigación en principios morales necesarios con el objetivo de obtener el desarrollo de la investigación en curso.

Considerando el sustento anterior, en el estudio planteado se garantiza calidad ética con buenas prácticas de investigación, con respeto en principios éticos de Beneficencia y no maleficencia, los cuales definidos por Romm (2020), hacen referencia a que las acciones no generar daño y al mismo tiempo permitan maximizar probables beneficios, minimizando esos posibles daños, de tal forma que al ejecutar la investigación se garantiza el respeto a los riesgos y beneficios de la investigación en sí.

## IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1 Descripción de la Idea

La evolución del binomio paciente médico en las últimas décadas en el sistema sanitario mixto en Perú, ha sido de carácter fluctuante, ocasionando una saturación de pacientes en el servicio de emergencia pese a la normativa vigente de atención por prioridades; de las cuales muchas de los motivos de atención, pueden ser resuelto en carácter domiciliario por ser agudización de enfermedades crónicas y/o terminales con necesidad de cuidados paliativos.

Si la necesidad de atención conceptualiza una verdadera emergencia médica por prioridad I o II, el traslado del paciente usualmente es por los propios medios de la familia y/o paciente con largos tiempos de espera en la sala de emergencias por la sobrepoblación de pacientes, y muchas veces con una no satisfacción de atención.

Es de importancia precisar que un promedio del 85% de los problemas de salud en carácter inicial necesitan una atención inmediata de consulta médica general, solo el 5% necesitan hospitalización y el 10% consulta especializada, de las cuales incluye la especialidad de Emergencias y Desastres.

Desde este contexto es importante la implementación de servicios médicos domiciliarios para la atención de pacientes con motivos de consulta con carácter de emergencia y con necesidad de cuidados paliativos, con la visión de expansión de servicio de hospitalización domiciliaria, con servicio de farmacia.

Figura 1

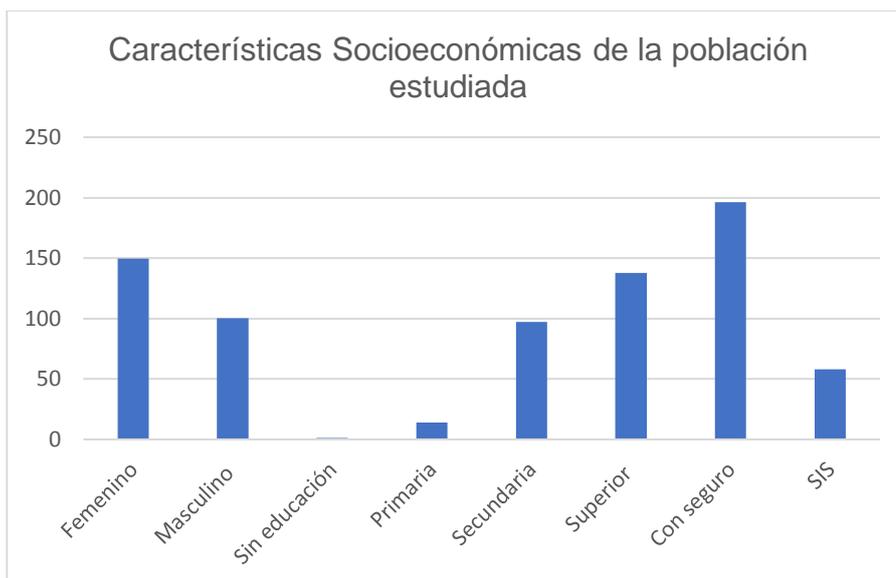


Figura 2

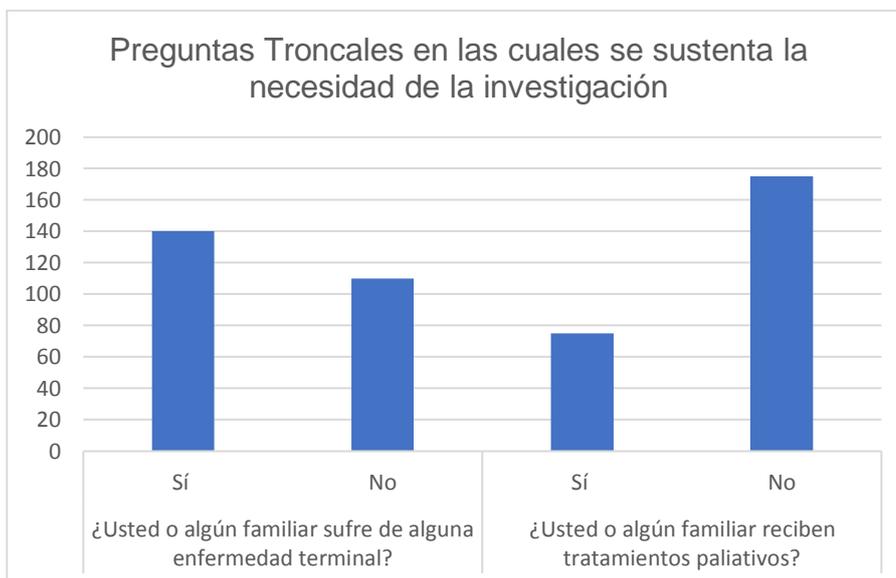


Figura 3

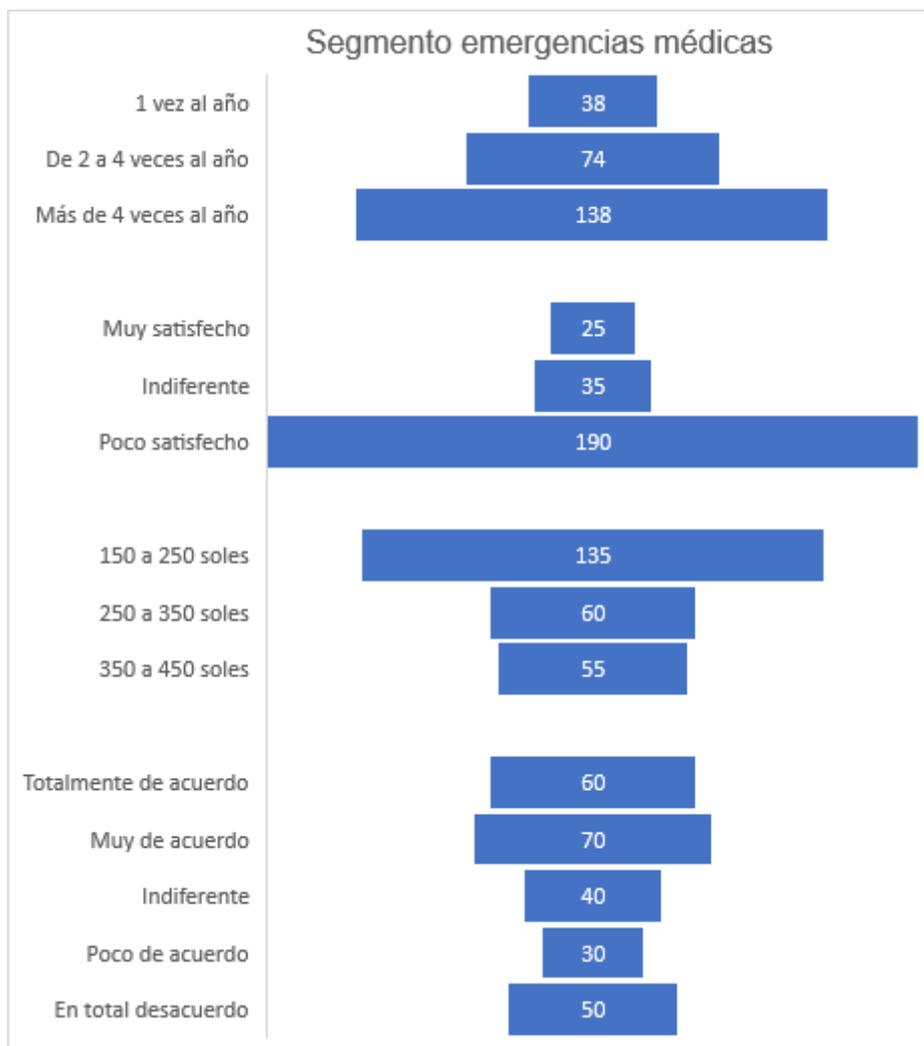


Figura 4

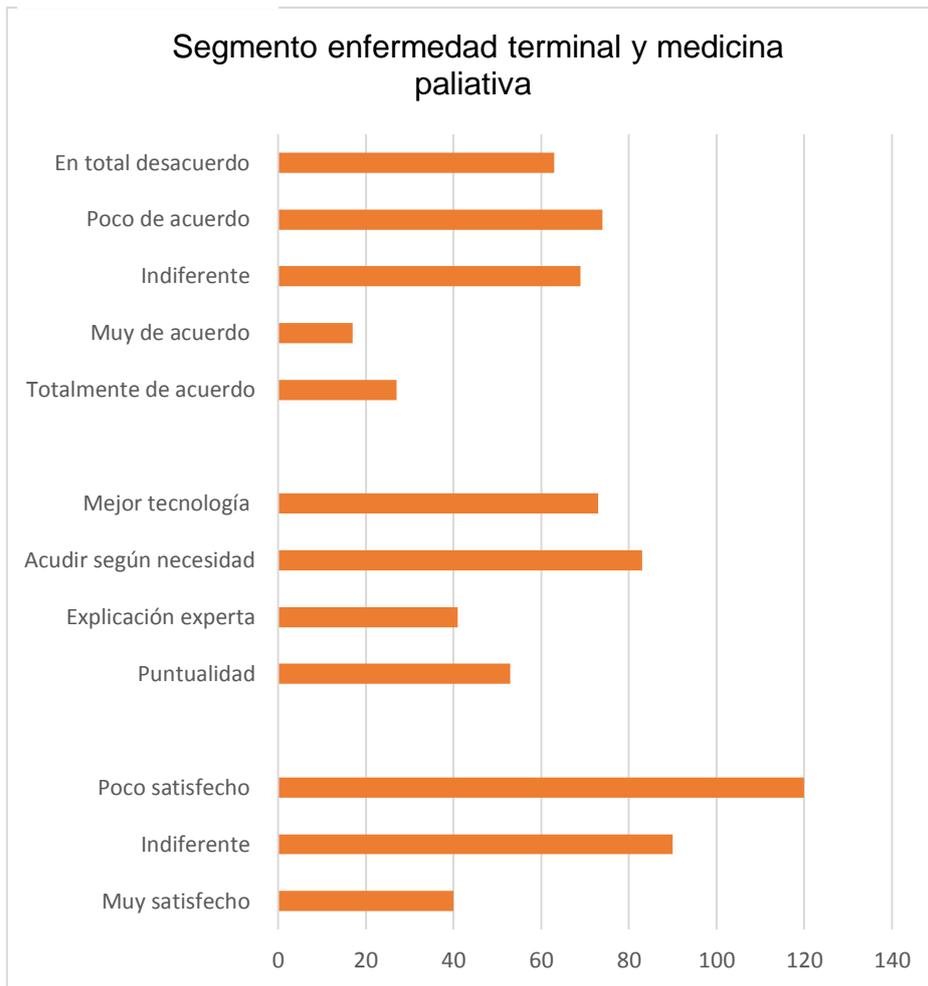


Figura 5

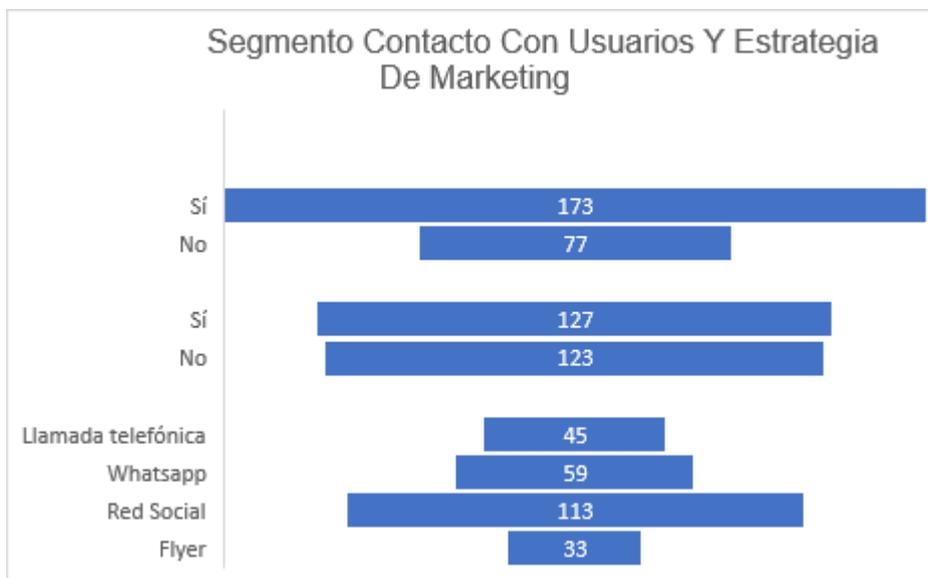


Figura 6

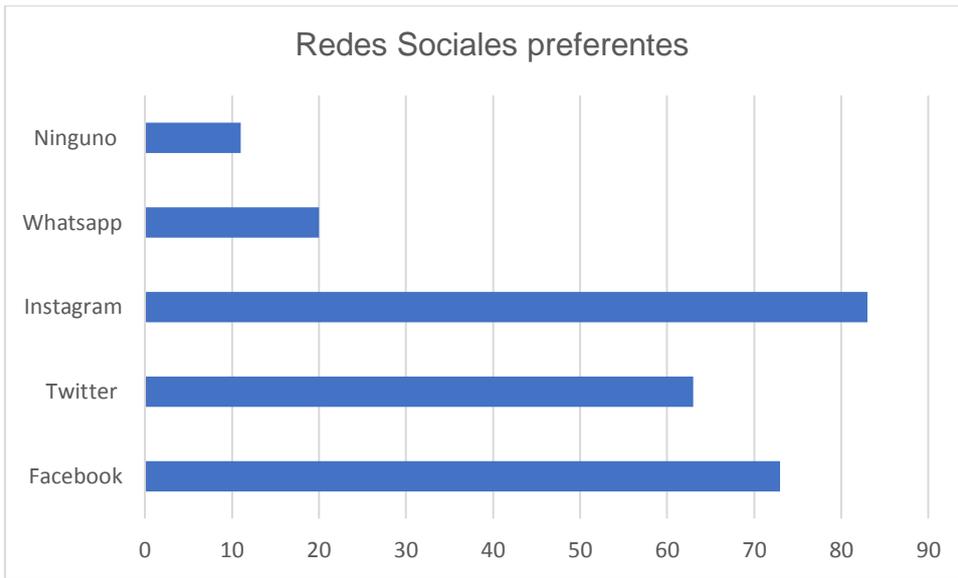


Figura 7



## 4.2 Estrategias

### 4.2.1 Estrategias del Negocio

#### Misión

Proporcionar servicios domiciliarios en medicina de emergencias y medicina paliativa, de carácter oportuna, con calidad y calidez humana.

#### Visión

Ser líder en servicios de medicina de emergencias y medicina paliativa en Lima Metropolitana, en atención a domicilio.

#### Meta Empresarial

Construir la empresa de servicios médicos a domicilio para atención de medicina de emergencias y medicina paliativa; de mayor trascendencia y solidez de Breña y Lima Metropolitana en cinco años.

### 4.2.2 Análisis FODA

#### Fortalezas

- Atención médica integral, cálida, personalizada
- Favorecimiento al paciente en su comodidad, integridad y bienestar
- Profesionales de alto nivel

#### Oportunidades

- Aumento de población con necesidad de solución a problemas de salud de carácter rápida y oportuna.

- Deficiencia en el sistema de salud pública nacional, de carácter estructural y funcional.
- Especialización de la atención médica de emergencias.
- Grandes oportunidades en establecer convenios con empresas prestadoras de seguros de salud.

#### Debilidades

- Falta de educación sanitaria en la comunidad sobre atenciones domiciliarias.
- Escaso contacto con la comunidad
- Déficit de médicos con especialidad en medicina de Emergencias Y Desastres

#### Amenazas

- Retraso económico nacional.

### 4.2.3 Análisis de las Fuerzas Porter

#### 4.2.3.1 El poder de negociación de los proveedores

La empresa tiene como proveedores a los médicos especialistas en medicina de emergencias, y a empresas distribuidoras de productos biomédicos y farmacéuticos. Referente a los médicos en mención, se realiza contratación de forma individual por modalidades separadas en base a los pacientes atendidos; permitiendo una evaluación amplia de los pacientes sin retraso en atención y con calidad y calidez humana; de esta forma no habrá inconveniente en el factor en mención.

Referente a empresas distribuidoras de biomédicos y productos farmacéuticos, se facilita mediante la amplia gama de empresas en el rubro, a beneficio de esta empresa en conseguir proveedores.

### 4.3 Estrategia Comercial

#### 4.3.1 Definición de la Estrategia

##### 4.3.1.1 Objetivos de Estrategia Comercial

- Acrecentar el índice de servicios médicos brindado de forma anual.
- Trascendente notoriedad de la Empresa
- Fomentar y acrecentar fidelidad en pacientes y familiares.
- Lograr la mejor rentabilidad al menor costo

##### 4.3.1.2 La Cartera de Servicios

Basado en la encuesta aplicada a pobladores del distrito de Breña, de forma virtual y anónima, se plantea brindar a la población sin distinción de sexo, y/o naturaleza de dolencias, en la comodidad de su hogar los siguientes servicios médicos, sin necesidad de buscar apoyo en empresas prestadores de servicios de salud; salvo en pacientes de cuidado crítico:

- Evaluación médica domiciliaria
- Monitorización de paciente agudo domiciliaria
- Monitorización de paciente paliativo en domicilio

- Atención médica de paciente con necesidades de cuidados paliativos
- Curación de heridas en pacientes postrados en domicilio
- Curación de heridas complicadas en domicilio
- Seguimiento a pacientes con patologías agudas hasta su resolución en domicilio
- Seguimiento de pacientes con patologías crónicas descompensadas hasta su compensación clínica en domicilio.
- Manejo del dolor crónico.
- Manejo de escaras, úlceras cutáneas, y heridas con necesidad de soporte médico en domicilio.
- Soporte nutricional de pacientes crónicos en domicilio.

#### 4.3.1.3 Precio

##### 4.3.1.3.1 Estrategia de Precio

El precio se estimó de la forma siguiente:

- Precio de costo de atención en hospitales y clínicas adicionado el gasto de logística de traslado e insumos.
- Precio de servicios acorde a mercado
- Validación de costo en base a cuestionario aplicado a clientes potenciales.

#### 4.3.1.3.2 Calculo del precio de la consulta médica en domicilio

Se realizó búsqueda documentaria en internet en base a costos de atenciones médicas en casa, se encontró que empresas prestadoras de servicios médicos tienen costos oscilantes entre 60 a 170 soles en el servicio de Breña.

La encuesta aplicada permitió conocer la frecuencia de atención de pacientes y/o familiares en servicios de emergencia y cuidados paliativos; así como la percepción de costo que estiman en el servicio en casa. De esta forma se obtiene la siguiente información:

- Existe una necesidad de consulta a domiciliaria es de un 45% en la población del distrito de Breña encuestada.
- De los encuestados, el 100% manifiesta la necesidad de consulta médica en casa, y un 80% considera situaciones específicas en la que es de gran necesidad.
- El 70% de la muestra encuestada está dispuesta a realizar un pago oscilante entre s/. 150 a s/. 200 soles en consulta a domicilio de emergencia por médico emergenciólogo y entre s/. 131 a s./140 soles para atención de paciente con necesidades de cuidados paliativos.
- Así mismo, se considera que el precio mínimo percibido por familiares y/o pacientes con necesidades de cuidados paliativos a domicilio es de s/. 131 soles y además este tipo de pacientes también constituyen población de atención de emergencia; se establece como precio base para iniciar atención médica especializada por médicos emergenciólogos en el distrito de Breña, por el plan de negocios planteado.

#### 4.3.1.3.3 El Mercado

##### 4.3.1.3.3.1 Mercado total

Durante los dos primeros años se plantea la atención del distrito de Breña, con la finalidad de consolidación y fidelización de marca en la población, contando con redes de integración de los servicios para el acceso a hogares de los pacientes en cuestión de la manera más oportuna y versátil posible.

Así mismo, el mercado planteado en la empresa en mención es de 82,362 habitantes; lo cual constituye la población total del distrito.

##### 4.3.1.3.3.2 El mercado potencial

De forma enfocada, el planteamiento empresarial esta dirigida a la población en estrato B-C, de los cuales 81,112 habitantes son estrato B y 1,250 son estrato C; según revisión documentaria en INEI; proyectable a la población de estrato A y D de distritos aledaños.

#### 4.3.1.4. Post Venta

Se da como prioridad la calidad en el servicio que se brindará, para catapultar el crecimiento de mérito a la confianza depositada por los pacientes y la familia; por lo debido es que se realizará de manera periódica medición de procesos de calidad y satisfacción en el servicio brindado.

De forma permanente en post venta, se efectivizarán actividades como:

- Medición de satisfacción del usuario.
- Gestión calidad, reclamos y quejas de los usuarios.
- Educación constante al staff en calidad y seguridad del paciente.

#### 4.3.1 Propuesta de Valor

Se destaca entre las diversas alternativas de grandes empresas prestadoras de servicios de salud, que tienen atención a domicilio nuestro objetivo en priorización el bienestar de la integridad del paciente en carácter holístico, en perspectiva humanitaria y calidez en atención con estándares de calidad; en la comodidad en su hogar, que es de grandes necesidades en poblaciones vulnerables como edad avanzada, niños y gestantes.

Así mismo, se enfoca en evitar de manera no necesaria la sobre exposición de los usuarios de salud a centros hospitalarios de gran demanda así como su bioseguridad y disminuyendo la sobrecarga de los centro de emergencia de distintos hospitales y centros privados, evitando además hospitalizaciones no necesarias que pueden ser abordados de forma oportuna en su domicilio.

#### 4.3.1 Marketing

##### 4.3.1.1 Objetivos:

- Optimización de estrategias de marketing que permitan conectar con la población en cuestión y sus necesidades médicas y sociales.

- Monitorización de costos e incidencias en la complementación de estrategias de marketing y producción de servicios médicos reflejados en ingresos empresariales.
- Establecer estrategias de incremento de producción en servicios domiciliarios de medicina de emergencia mediante mejoras en la visibilidad de servicios enfocados al público general.

#### 4.3.1.2 Actividades a corto plazo

Estas actividades serán desarrolladas en un periodo de noventa días, en las cuales se ha planteado la ejecución del siguiente plan de acción de manera integral y consecutiva:

Construcción de un website, de carácter dinámico e informativo, que sirva a su vez como plataforma digital de exposición de servicios.

Plan de marketing de contenidos en plataformas digitales para conectar con la comunidad, mediante videos de contenido específico de cuidados de la salud enfocado a parámetros paliativos y conservación no exacerbada de patologías crónicas.

Educación a la población, familiares y pacientes sobre que es la especialidad médica de medicina de emergencias y desastres, quien la ejerce; su rol trascendental en la atención pre hospitalaria y domiciliaria; además de en cuidados paliativos.

Educación en salud a la comunidad, familiares y pacientes enfocado a enfermedades crónicas no trasmisibles y trasmisibles, sus cuidados y prevención; así como las medidas de abordaje inmediato y la necesidad de llamar a un médico especialista en medicina de emergencias y desastres.

Participación ciudadana digital, mediante blog y creación de contenido, sobre enfermedades comunes y letales como la obesidad y necesidad de cuidados en enfermedades crónicas no transmisibles; así como en nutrición de pacientes crónicos.

Uso de datos específicos de contacto de pacientes, para mantener una comunicación fluida mediante canales digitales; debido a que según la encuesta realizada la mayoría de pacientes considera un uso mayoritario de redes sociales como Facebook e Instagram.

Usar las redes digitales como medio de contacto directo en primera instancia para canalizar promociones personalizadas y medios de seguimiento a pacientes crónicos con necesidad de controles posteriores.

#### 4.3.1.3 . Actividades a largo plazo

Se plantea ejecuciones de actividades y promoción de la empresa en salud en un plazo desde los ciento veintiún días hasta cumplido los trescientos sesenta y cinco días. Estas actividades de interacción continua con el paciente, así como su entorno son las siguientes:

Publicidad de pago en motores de búsqueda, el cual se ha elegido Google como motor de pago; en focus group realizado es el motor de principal alcance en la población diana a la cual la empresa apunta.

Aplicativos de mensajería masiva, como whatsapp corporativo que permita la localización de los pacientes en tiempo real con mensaje de recordatorio de citas acordadas; así como de consejos de salud y de visitar las redes sociales de la empresa.

Creación de la propia aplicación móvil de la empresa para promoción de los servicios brindados, así como para reserva de los servicios en cuestión e interacción directa.

#### 4.4 Estrategias de Producción

##### 4.4.1 Ubicación y distribución de la base de operaciones comerciales

La base de operaciones comerciales estará ubicada en distrito comercial de Jesús María, permitiéndole un acceso rápido al distrito diana de Breña; así como perspectiva de ampliación a distritos aledaños consolidada la marca con el plan económico planteado.

La base de operaciones cuenta con la distribución orgánica de:

- Gerencia
- Administración
- Centro de Comunicaciones: Call Center
- Almacén
- Sala de Estar para colaboradores

#### 4.4.2 Operaciones y procesos

El proceso de atención e interacción con los pacientes se realiza mediante el siguiente esquema:

Solicitud de servicios de salud: Es realizada por el paciente mismo o familiares que necesiten atención por patología aguda o crónica exacerbada, y/o necesidad de manejo de cuidados paliativos. La solicitud se realiza mediante llamada telefónica al Call Center, vía WhatsApp, o mediante redes sociales.

Triaje telefónico: Permitirá la selección y clasificación de los pacientes, para valorar la prioridad de atención y su tiempo de espera en agenda de citas; para acomodar la disponibilidad del médico emergenciólogo que atenderá el día en programación.

Evaluación: Se realizará según los procedimientos aplicados en comunicación telefónica (única vez). Esta evaluación es referente a la prestación del servicio realizado.

#### 4.4. 3. Determinación de las estrategias de producción

Se ha considerado como prioridad de competición:

- El costo del servicio brindado
- La puntualidad en la realización del servicio brindado
- Calidad ofrecida en el servicio de la empresa
- Servicio postventa

El cumplimiento de estas prioridades, se desarrolla en base a las estrategias planteadas, las cuales son:

- La prestación de servicio de salud es brindada por el médico especialista, el cual es remunerado mediante contratación por terceros; ventaja en la configuración de beneficios laborales de pago.
- Se augura el trabajo con aseguradoras para solventar las necesidades de los usuarios de salud.

Lo considerado anteriormente nos brindará la oportunidad de crecimiento anual de manera marcada, de tal forma que en cinco años la empresa pueda convertirse en líder y pionera del mercado en salud; permitiendo no solamente la calidad de atención a usuarios de salud, sino además brindar un descongestionamiento a los servicios de emergencia de hospitales públicos, los cuales se sobrecargan de pacientes con patología de resolución domiciliaria factible; permitiendo su enfoque de estas unidades de emergencia a patologías críticas de prioridad I.

#### 4.5 Evaluación Financiera y Económica

La viabilidad financiera, y la económica de la empresa de servicios médicos domiciliarios en medicina de emergencias y medicina paliativa; se ha determinado elaborando herramientas de estado financiero como las ganancias, las perdidas, el flujo de caja y el balance general.

Además, fue preciso el cálculo de índices de rentabilidad como el valor actual neto económico, y financiero (VAN) además de la tasa interna de retorno económico y financiero (TIR).

#### 4.5.1 Inversión inicial

Se ha estimado para este proyecto económico en una proyección de cinco años, una inversión de, con un financiamiento neto de carácter propio al 100%.

La proyección del presente plan es a 05 años, con una inversión inicial de S/.273,090.00 Soles, cuyo 50% será financiado por un préstamo bancario y el resto con recursos propios.

Tabla 1

Inversión inicial de la empresa. Agosto del 2021

<b>Concepto</b>	<b>Costo Unitario</b>	<b>IGV</b>	<b>Inversión Total</b>
<b>TANGIBLES</b>			
Muebles y accesorios	6,025	1,080	7,080
Maquinaria y Equipos	3,000	540	3,540
<b>INTANGIBLES</b>			
Intangibles	50,000	9,000	59,000
<b>CAPITAL DE TRABAJO</b>			15,000
<b>Total Inversión</b>	<b>59,025</b>	<b>10,620</b>	<b>84,620</b>

Fuente: Elaboración propia

#### 4.5.2 Estados financieros

Se realizó una proyección económica de la empresa de servicios médicos domiciliarios en un periodo de cinco años, detallado en los siguientes párrafos.

#### 4.5.2.1 Flujo de caja

El detalle de flujo de caja, se describe la inversión total de s/. 84,620 Soles, con un capital de trabajo de s/.15,000 Soles. De esta forma, se considera un flujo económico a cinco años equivalente a s/. 202,893 Soles y el flujo de caja financiero de s/. 197,808 Soles.

#### 4.5.3 Evaluación financiera del proyecto

##### 4.5.3.1 Valor presente neto

La relación entre el saldo adicional sobre la inversión de proyecto, o valor de presente neto equivale a s/. 254,165 Soles, el cual permite su aceptación del proyecto financiero por generar valor agregado en la empresa.

##### 4.5.3.2 Tasa interna de retorno

Se calcula la tasa interna de retorno de 75%, por lo cual debería aceptarse el proyecto financiero debido a que genera valor agregado para el consejo accionista.

#### 4.6 Discusión

Se realizó un análisis de los datos obtenidos de la revisión documentaria, así como de las encuestas realizadas a la población del distrito de Breña, en los cuales se pudo encontrar que según el INEI la sectorización económica es sólo de tipo B y C; lo cual infiere la demanda alta de estándares de calidad en cualquier tipo de servicio que su población solicite; esto fue comprobado en las encuestas en mención con enfoque a los servicios de salud.

Así mismo, en estas encuestas se puede analizar que la amplia demanda no es cubierta además de su asociación a la no satisfacción del usuario por malas experiencias en su atención, en relación a su tiempo largo de espera y no solución de su problema por el cual fue a emergencia.

Estos factores se explican debido a que como menciona Taype, principalmente los pacientes que acuden a emergencia es por no haber alcanzado turno en consulta ambulatoria; muchos de estos pacientes son de patologías crónicas con tendencia a exacerbaciones agudas de las cuales al progresar necesitan atención de emergencia.

De esta forma se debe entender que la no educación oportuna del familia y/o paciente en consulta ambulatoria y/o atención primaria, asociado al no seguimiento correcto de este tipo de paciente desencadena en una serie de complicaciones que conlleva a su atención por emergencia, con la sobrecarga del servicio en mención y el mal uso de capital humano.

No obstante, se debe resaltar también que nuestro sistema de salud, no tiene políticas de educación en salud enfocadas a todos los niveles socioeconómicos, siendo de mayor enfoque al sector D-E. La forma de comunicar permite una adecuada adherencia de los pacientes y familiares para su control oportuno por su propia familia y evitar complicaciones.

Se debe destacar, que el contexto de pandemia por COVID-19, ha incrementado la sobrecarga de la unidad de emergencias y cuidados críticos de los diversos hospitales. De esta forma, también se asocia la poca afluencia de enfermos crónicos no COVID a emergencias ni a consultorio lo que desencadena enfermedades no controladas, resultante en exacerbaciones agudas con

necesidades posteriores de hospitalizaciones en masa; muchas de las cuales pueden ser atendidos en domicilio.

Proyectos económicos de hospitalizaciones domiciliarios como el desarrollado por Molina, permite evidencia la viabilidad financiera de planes empresariales planteados; como el que se ha mostrado en este modelo, con enfoque a atención de emergencias y cuidados paliativos.

Así mismo, el focus group con especialistas detallo lo poco que se conoce en la sociedad la especialidad de medicina de emergencias y desastres, lo cual es un punto crítico que debe ser reforzado en medios de marketing como educación al paciente y la comunidad para asegurar el éxito del plan económico como estrategia de lanzamiento.

## V. CONCLUSIONES

La demanda en servicios de salud con estándares de calidad, eficiencia y humanismo han incrementado en la comunidad; en base a la información activa de redes sociales y al aumento de enfermedades crónicas no transmisibles y crónicas transmisibles con final degenerativo y necesidades paliativas; esto asociado al creciente económico de la sociedad peruana en disociación con el sistema de salud nacional.

Las actuales políticas de salud nacional, no han enfocado de manera integral el abordaje holístico de pacientes crónicos no transmisibles en etapas de enfermedad de exacerbación y en procesos paliativos; ocasionando un estancamiento en el desarrollo de gestión de servicios de salud en áreas críticas como los servicios de emergencia; debido a que el servicio en mención es usado como el recurso de atención de todos los pacientes que no han podido ser evaluados en consultorio por patologías de control y/o no han seguido programas de educación del paciente, desencadenando eventos adversos y descompensaciones no controladas que terminan en emergencias médicas.

Se propone implementar servicios domiciliarios en atención especializada en emergencias por médico con especialidad en emergencias y desastres; para la valoración, atención y compensación del paciente en la comodidad de su hogar, lo cual permite descongestionar el servicio de emergencias públicas, contribuyendo a una mejor canalización de recursos en servicios de emergencias para pacientes críticos según lista de atención en prioridad y evitar largas estancias hospitalarias.

El contexto económico en donde se plantea el desarrollo del plan económico es de carácter atractivo, además de ser un sector privado en crecimiento constante

y competitivo en beneficio del paciente por permitir estándares altos de calidad, y trato humanizado, a los mejores costos de accesibilidad.

La viabilidad de la propuesta de negocio es favorable, en base al análisis estratégico planteado; asociado al plan de marketing estratificado en periodos el cual se diseñó con los resultados de las encuestas aplicadas a los pobladores del distrito de Breña, concluyendo la alta interacción en redes sociales y medios digitales no solo por población joven sino por población adulta, resultando ser uno de los mejores canales de interacción con los pacientes y familiares según focus group.

Como puesta en valor agregado de la empresa en mención, se destaca la atención de pacientes de carácter particular; es decir de pago independiente bajo un sistema de no seguros; permitiendo un acceso al servicio de salud a domicilio de bajo costo pero de alto estándar de calidad propuesto.

La viabilidad financiera de la propuesta del plan económico tiene un VAN de s/. 254,165 Soles con un TIR de 75%, brindándole la fiabilidad necesaria para ser catalogada como muy aceptable.

## **VI. RECOMENDACIONES**

Basados en los resultados de las encuestas en los pobladores del distrito de Breña, se puede realizar una extrapolación de proyección económica replicable de este modelo financiero de negocio en otros distritos de Lima de categoría económica B-C, con expansión a estratos A y D.

La posición de marca en plataformas digitales debe ser estandarizado en la empresa propuesta; así como paramétrica para un manejo en comunidad de pacientes y familiares y además de interacción personalizada.

El planeamiento de marketing debe ser de carácter dinámico con una hoja de ruta viable y modificable según escenarios fluctuantes presentados por pacientes y comunidad formada, con el objetivo de construir una marca asociada y adherida a la población diana.

Implementar un líder de calidad que gestione la ruta de las necesidades, preguntas, inquietudes y reclamos de los usuarios de los servicios propuestos en el plan de negocios es trascendental para el éxito de la empresa y su posicionamiento.

## REFERENCIAS

Alvarado-Jaramillo, Julio César, Gonzáles-Ramos, Aldo Jesús, Mendoza-

Arana, Pedro. (2011). Análisis de costos en dos unidades de cuidados intensivos pediátricos del Ministerio de Salud del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 72(4), 249-254.

Álvarez, K. V., Wilkinson, S. (2018). Palliative Care: A Future Challenge for the Cuban Health System. *International Journal of Cuban Studies*, 10(2), 230-237.

Anguita, J. C., Labrador, J. R., Campos, J. D., Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J., Donado Campos, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención primaria*, 31(8), 527-538.

Aquino Bellos, C. N., Castañeda Altamirano, N. E., Catamayo Villalobos, R. R., Pomasunco Baldeón, W. M. (2017). Plan de negocios para el desarrollo de una aplicación móvil de servicios profesionales de enfermeras y técnicos en enfermería a domicilio en Lima Metropolitana.

Ares, G., Varela, P. (Eds.). (2018). *Methods in Consumer Research, Volume 1: New Approaches to Classic Methods*. Woodhead Publishing.

Arias Ponce, L. E., Huarcaya García, G. M., Luna Solis, Y., Mauricio Verástegui,

P. M. (2017). Plan de negocio de servicios de cuidados paliativos domiciliarios para pacientes oncológicos de Lima Este.

Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (APEIM).(2018). Niveles Socioeconómicos en Lima Metropolitana y Callao.

Buendía Molina, D. A., Chíncono Egúsqiza, M. T. P., Montenegro Beltrán, P.

C. (2015). Plan de negocios para la implementación de un servicio de hospitalización domiciliaria en el ámbito de Lima Metropolitana.

Canales, M. (2006). Metodología de la investigación social. Santiago de Chile.

Chile: Lom Ediciones.

Coscieme, L., Mortensen, L. F., Anderson, S., Ward, J., Donohue, I., Sutton, D.

I, Stacey, D. (2017). Impact of home care versus alternative locations of care on elder health outcomes: an overview of systematic reviews. BMC geriatrics, 17(1), 1-15.

Del Carpio Ponce, P. E. (2018). Modelo Peru: A mobile money platform offering interoperability towards financial inclusion (No. 128786, pp. 1-9). The WorldBank.

Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación en educación médica, 2(7), 162-167.

Echegaray, A., Patricia, K. (2006). Evolución urbanística y arquitectónica del distrito de Breña.

Erik Cobo. (2007). Bioestadística para no estadísticos : bases para interpretar artículos científicos. Elsevier.

Gobierno del Perú (2007). Ministerio de Salud. Norma técnica de Salud, de Servicios de Emergencia. NT. 042- MINSa.

Gobierno del Perú (2007). Ministerio de Salud. Norma técnica de Salud, de Servicios de Emergencia. NT. 042- MINSa.

Gobierno del Perú (2019). Ministerio de Economía, Presupuesto aprobado ley N° 30879. Perú, 1,1-72.

González, M. Á. M., Villegas, A. S., Atucha, E. T., Fajardo, J. F. (Eds.). (2020). Bioestadística amigable. Elsevier.

Greenwald, G. ( 2013). The Guardian.com, how US and UK spy agencies defeat internet privacy and security:

Grimaldo Carbajal, L. W., Herrera Bocanegra, M. H., Ramos Bravo, A. H., & Yáñez Herrera, J. M. (2019). Plan de negocios para una empresa de

servicios de salud móvil con especialistas médicos en Lima Metropolitana.

Gutiérrez Samperio, C. (2017). Medicina paliativa. *Cirujano general*, 39(4), 251-256.

Hassen, H. B., Ayari, N., & Hamdi, B. (2020). A home hospitalization system based on the Internet of things, Fog computing and cloud computing. *Informatics in Medicine Unlocked*, 100368.

Hernández Huerta, L. G., Muquillaza Valenzuela, M. A., Sandoval Kawashima, Mladenović, I., Milovančević, M., Mladenović, S. S., Marjanović, V., & Petković, P. C. (2020). Going beyond gross domestic product as an indicator to bring coherence to the sustainable development goals. *Journal of Cleaner Production*, 248.

Hernández Santana, Adriana. (2013). Paradigma epistemológico en la atención de salud pública a los pueblos indígenas en Honduras. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1), 154-160.

Holland, S. B. (2017). Firm investment in human health capital. *Journal of Corporate Finance*, 46, 374-390.

Inga-Berrosipi, Fiorella, & Arosquipa Rodríguez, Carlos. (2019). Avances en el desarrollo de los recursos humanos en salud en el Perú y su importancia

en la calidad de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(2), 312-318.

Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019. *La informalidad y la fuerza de trabajo*. [ebook] Lima.

Jiménez Villa, J. y Argimon Pallàs, J. M. (2015). *Publicación científica biomédica*. El Sevier.

Lazo Gonzales O, Alcalde Rabanal J, Espinosa-Henao O., (2016). *El sistema de salud en Perú: Situación y desafíos*. Lima, Rev. Colegio Médico del Perú. M, Duranton, L. (2019). A novel approach to integrated care using mobile technology within home services. *The ADMR pilot study*. *Maturitas*, 129, 1-5.

Mejía, Christian R., Quezada-Osoria, Claudia, Moras-Ventocilla, Cinthya, Quinto-Porras, Kelly, & Ascencios-Oyarce, Carlos. (2011). Level of knowledge in medical emergencies among medical students of peruvian universities. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28(2), 202-209.

Morales-Soto, Nelson Raúl. (2014). *Medicina de Emergencias y Desastres: los últimos 50 años*. *Acta Médica Peruana*, 31(4), 245-247.

Nuñez Mera, W. J., Villamil Melo, L. T. (2017). *Revisión documental: El estado actual de las investigaciones desarrolladas sobre empatía en niñas y niños*

en las edades comprendidas entre los 6 a 12 años de edad surgidas en países latinoamericanos de habla hispana, entre los años 2010 al primer trimestre del 2017 (Doctoral dissertation, Corporación Universitaria Minutode Dios).

Organización Mundial de la Salud, 2021. Los países están gastando más en salud, pero las personas siguen pagando demasiado de sus bolsillos. Who.int.

Osterwalder, A., & Pigneur, Y. (2011). Generacion de modelos de negocio (Vol. 3a edicion). & LV Cao, Trad.) Nueva Jersey: Centro

Pajares Rosas, G. (2015). Centro Oncológico Pediátrico en el distrito de Breña.

Pallás, J. M. A., Villa, J. J. (2019). Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Elsevier.

Pickstone, N., & Lee, G. A. (2019). Does the@ home team reduce local Emergency Department attendances? The experience of one London service. *International emergency nursing*, 46, 100774.

Polgar, S., Thomas, S. (2021). Introducción a la investigación en ciencias de lasalud (7th ed.; S. Polgar & S. A. Thomas, Eds.). Elsevier.

Ponce-Varillas, T. I. (2017). Hacinamiento en los servicios de emergencia. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 78, No. 2, pp. 218-223).

UNMSM.Facultad de Medicina.

Reiter, M., & Allen, B. W. (2020). The Emergency Medicine Workforce: Shortage Resolving, Future Surplus Expected. *The Journal of Emergency Medicine*.

S. J., Solís Almonacid, N. (2019). Plan de Negocios sobre Atención Oftalmológica a domicilio.

Saturación y hacinamiento del servicio de emergencia de un hospital urbano.

*Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(2), 1-1.

Shin, H., Aliaga-Linares, L., Britton, M. (2017). Misconceived equity? Health care resources, contextual poverty, and child health disparities in Peru. *Social Science Research*, 66, 234-247.

Stenberg, K., Hanssen, O., Bertram, M., Brindley, C., Meshreky, A., Barkley, S., Edejer, T. T. T. (2019). Guide posts for investment in primary health care and projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries: a modelling study. *The Lancet Global Health*, 7(11), e1500-e1510.

Suarez Cuba, Miguel Ángel. (2012). Atención integral a domicilio.

Taype-Huamaní, W., Castro-Coronado, L., Miranda-Soler, D., Amado, J. (2020).

Vázquez-Rowe, I., & Gandolfi, A. (2020). Peruvian efforts to contain COVID-19 fail to protect vulnerable population groups. *Public Health in Practice*, 100020.

Vural, I. E. (2017). Financialisation in health care: An analysis of private equity fund investments in Turkey. *Social Science y Medicine*, 187, 276-286.

Yiadom, M. Y. A., McWade, C. M., Awoonor-Williams, K., Appiah-Denkyira, E., & Moresky, R. T. (2018). Public health rationale for investments in emergency medicine in developing countries—Ghana as a case study. *The Journal of emergency medicine*, 55(4), 537-543.

Zager, K., y Taylor, Y. J. (2019, March). Discharge to medical home: a new care delivery model to treat non-urgent cases in a rural emergency department. *In Healthcare* (Vol. 7, No. 1, pp. 7-12). Elsevier.

Zarco Colón, J., Ramasco Gutiérrez, M., Pedraz Marcos, A., & Palmar Santos, A. M. (2019). *Investigación cualitativa en salud* (Vol. 58). CIS.

## ANEXOS

### ANEXO 1

C u a d r o 4 : Matriz De Categorización

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	CATEGORÍA
¿Cuál es la viabilidad técnica y financiera del plan de negocio para empresa de servicios médicos domiciliarios en emergencias médicas y medicina paliativa en Breña?	Evaluar la viabilidad técnica y financiera para implementar una empresa de servicios médicos de emergencias y cuidados paliativos a domicilio en el distrito de Breña.	Servicios Médicos domiciliarios
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Subcategorías
¿Cuáles son las prioridades de atención a las cuales se brindará solución mediante servicios médicos domiciliarios?	Determinar las prioridades de atención a las cuales se brindará solución médica domiciliario	Prioridades de Atención
¿Cuál es la estrategia de mercado según el público objetivo para el plan de negocio propuesto de servicios médicos domiciliarios de emergencias médicas y medicina paliativa en el distrito de Breña?	Desarrollar la estrategia de mercado según el público objetivo para el plan de negocio propuesto.	Estrategia de Mercado

Fuente: Elaboración propia

## ANEXO 2

Cuadro 5: Matriz De Categorización Apriorística

Ámbito Temático	Problema de Investigación	Preguntas de Investigación	Objetivo General	Objetivos Específicos	Categoría	Subcategorías
Dirección de los Servicios de Salud	¿Cuál es la viabilidad técnica y financiera del plan de negocio para empresa de servicios médicos domiciliarios en emergencias médicas y medicina paliativa en Breña?	¿Cuáles son las prioridades de atención a las cuales se brindará solución mediante servicios médicos domiciliarios?	Evaluar la viabilidad técnica y financiera para implementar una empresa de servicios médicos de emergencias y cuidados paliativos a domicilio en el distrito de Breña.	<b>OE1:</b> Determinar las prioridades de atención a las cuales se brindará solución médica domiciliario	Servicios Médicos domiciliarios	Prioridades de Atención
		¿Cuál es la estrategia de mercado según el público objetivo para el plan de negocio propuesto de servicios médicos domiciliarios de emergencias médicas y medicina paliativa en el distrito de Breña?		<b>OE2:</b> Desarrollar la estrategia de mercado según el público objetivo para el plan de negocio propuesto.		Estrategia de Mercado

Fuente: Elaboración Propia

### ANEXO 3

## FICHA DE INVESTIGACIÓN: SERVICIOS MÉDICOS DOMICILIARIOS EN MEDICINA DE EMERGENCIAS Y MEDICINA PALIATIVA

### DATOS SOCIOECONÓMICOS

Edad	<input type="text"/>
Sexo	Femenino <input type="checkbox"/>
	Masculino <input type="checkbox"/>
Grado de instrucción	Sin educación <input type="checkbox"/>
	Primaria <input type="checkbox"/>
	Secundaria <input type="checkbox"/>
	Superior <input type="checkbox"/>
	Completa <input type="checkbox"/>
	Incompleta <input type="checkbox"/>
Estado civil	Soltero <input type="checkbox"/>
	Casado <input type="checkbox"/>
	Divorciado <input type="checkbox"/>
	Viudo <input type="checkbox"/>
	Conviviente <input type="checkbox"/>
Actualmente Usted y su familia se encuentran afiliados a:	SIS <input type="checkbox"/>
	Essalud <input type="checkbox"/>
	EPS <input type="checkbox"/>
	Otros <input type="checkbox"/>
	Ninguno <input type="checkbox"/>

### SEGMENTO FILTRO: USUARIOS POTENCIALES

¿Tiene algún familiar adulto o adulto mayor con alguna enfermedad crónica?\*

Sí

No

\*Si la respuesta es No, despedirse cordialmente; orientarle en lo que sea pertinente y colgar el teléfono; así se podrá dar por terminada la entrevista.

¿Usted o algún familiar sufre de alguna enfermedad terminal?\*\*\*

Sí

No

\*\*\*Si la respuesta es no, proseguir con la entrevista. Recordar la inducción que recibió del investigador. No todas las enfermedades crónicas son paliativas, eso será valorado por el investigador.

¿Usted o algún familiar reciben tratamientos paliativos?

Sí

No

¿Quién es su cuidador principal?

Padre

Madre

Esposo (a)

Abuelo (a)

Hermano(a)

Hijo(a)

Otros:

**SEGMENTO EMERGENCIAS MÉDICAS**

¿Cuál es la institución a donde usted o su familiar acuden por atención de emergencia?	Essalud Ministerio de Salud Clínica Particular Otros No responde	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Con que frecuencia al año acuden por atención de emergencia?	1 vez al año De 2 a 4 veces al año Más de 4 veces al año	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Con quién es acompañado en emergencia?	Familiar Amigo Otros	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Usted esta satisfecho con la atención que le da su médico de emergencia?	Muy satisfecho Indiferente Poco satisfecho	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Cuánto consideraría pagar por una consulta por médico de Emergencias y Desastres, ante una emergencia en casa?	150 a 250 soles 250 a 350 soles 350 a 450 soles	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Estaría de acuerdo en solicitar alguna atención para emergencias a domicilio?	Totalmente de acuerdo Muy de acuerdo Indiferente Poco de acuerdo En total desacuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Qué condición consideraría más importante en la atención médica de emergencia?	Puntualidad Explicación experta Acudir según necesidad Mejor tecnología	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**SEGMENTO ENFERMEDAD TERMINAL Y MEDICINA PALIATIVA**

Hace cuánto tiempo o cuándo le diagnosticaron la enfermedad terminal:		<input type="checkbox"/>
¿Cuál es la institución a donde usted o su familiar reciben tratamientos paliativos?	Essalud Ministerio de Salud Clínica Particular Otros No responde	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Usted esta satisfecho con la atención que le da su médico de medicina paliativa ?	Muy satisfecho Indiferente Poco satisfecho	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Cuánto consideraría pagar por una consulta para atención médica paliativa?	150 a 250 soles 250 a 350 soles 350 a 450 soles	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Qué condición consideraría más importante en la atención de medicina paliativa?	Puntualidad Explicación experta Acudir según necesidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	Mejor tecnología	<input type="checkbox"/>
¿Estaría de acuerdo en solicitar alguna atención para medicina paliativa a domicilio?	Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/>
	Muy de acuerdo	<input type="checkbox"/>
	Indiferente	<input type="checkbox"/>
	Poco de acuerdo	<input type="checkbox"/>
	En total desacuerdo	<input type="checkbox"/>

**SEGMENTO CONTACTO CON USUARIOS Y ESTRATEGIA DE MARKETING**

¿De consolidarse una empresa en servicios médicos en casa para atención de emergencias y medicina paliativa, te gustaría ser contactado(a) para brindarte información?	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>

¿Usarías una aplicación en el teléfono móvil de la empresa en mención para reservar y/o hacer seguimiento a los servicios mencionados?	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>

¿Cómo te gustaría ser contactado?	Llamada telefónica	<input type="checkbox"/>
	Whatsapp	<input type="checkbox"/>
	Red Social	<input type="checkbox"/>
	Flyer	<input type="checkbox"/>

¿Consideras que una pagina web permitiría brindarte contenido específico de lo que necesitas sobre los servicios en mención?	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>

¿Cuál es la red social que usted y/o su familia más utilizan?	Facebook	<input type="checkbox"/>
	Twitter	<input type="checkbox"/>
	Instagram	<input type="checkbox"/>
	Whatsapp	<input type="checkbox"/>
	Ninguno	<input type="checkbox"/>

¿Sobre que pedirías que se desarrolle contenido en medios digitales?	Educación de enfermedades crónicas	<input type="checkbox"/>
	Cuidados para evitar complicaciones	<input type="checkbox"/>
	Situaciones para acudir al médico	<input type="checkbox"/>
	Educación de cuidados paliativos	<input type="checkbox"/>
	Desarrollar plataformas de interacción	<input type="checkbox"/>

FICHA LLENADA POR EL ENTREVISTADOR:

---

## ANEXO 4

### **CUESTIONARIO DE ESCALA LIKERT PARA EXPERTOS: ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA Y MEDICINA PALIATIVA A DOMICILIO.**

En el siguiente cuestionario en escala Likert, marque del 1 al 4 según considere en cada pregunta; tenga en cuenta que en la pregunta IV y V, puede marcar más de un casillero según amerite su respuesta en base a su criterio de experto.

Para considerar sus respuestas, en el siguiente cuadro se le proporciona el valor de cada número del 1 al 4, respectivamente.

#### **CUADRO DE VALORES**

<b>VALOR / NÚMERO</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
VALOR DE POSICIÓN	Totalmente en Desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
VALOR ESTRATO SOCIOECONÓMICO	A-B	B-C	C-D	D-E
VALOR ESPECIALIDAD MÉDICA	Pediatría	Nutrición	Psiquiatría	Ginecología
VALOR FACTOR DE ÉXITO	Atención de Calidad	Empatía con el paciente	Alta demanda de pacientes	Publicidad y Marketing

<b>PREGUNTAS / ESCALA DE RESPUESTA</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
I	¿Cree Usted que podría existir demanda de atención médica domiciliaria por emergencias y servicios paliativos en Breña?				
II	¿Consideraría que el plan de negocios de servicios médicos domiciliarios en medicina de emergencias y medicina paliativa en Breña podría ser rentable?				
III	¿A qué estrato socioeconómico orientaría la atención médica domiciliaria en emergencias y medicina paliativa?				
IV	¿A quiénes consideraría Usted como socios claves en la atención domiciliaria de emergencias médicas y medicina paliativa?				
V	¿Cuáles consideraría como factores de éxito en el plan de negocio atención médica domiciliaria de emergencias y medicina paliativa?				

# INFORME TESIS\_FRCP

## INFORME DE ORIGINALIDAD

13%

INDICE DE SIMILITUD

12%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://alicia.concytec.gob.pe">alicia.concytec.gob.pe</a> Fuente de Internet	2%
2	Submitted to UNILIBRE Trabajo del estudiante	1%
3	<a href="http://1library.co">1library.co</a> Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad de Granada Trabajo del estudiante	1%
5	<a href="http://repositorio.ucv.edu.pe">repositorio.ucv.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
7	<a href="http://www.scielo.org.mx">www.scielo.org.mx</a> Fuente de Internet	1%
8	<a href="http://repositorio.esan.edu.pe">repositorio.esan.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
9	<a href="http://core.ac.uk">core.ac.uk</a> Fuente de Internet	<1%



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**Autorización de Publicación en Repositorio Institucional**

Yo, CORREA PRIETO FRANKLIN ROUSELBEL identificado con DNI N° 71481766, (respectivamente) estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO y MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, autorizo ( X ), no autorizo ( ) la divulgación y comunicación pública de mi Tesis: "PLAN DE NEGOCIO PARA EMPRESA DE SERVICIOS MÉDICOS DOMICILIARIOS EN EMERGENCIAS MÉDICAS Y MEDICINA PALIATIVA EN BREÑA, 2021."

En el Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo, según esta estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33.

Fundamentación en caso de NO autorización:

--

LIMA, 26 de Julio del 2021

<b>Apellidos y Nombres del Autor</b>	<b>Firma</b>
CORREA PRIETO FRANKLIN ROUSELBEL <b>DNI:</b> 71481766 <b>ORCID</b> 0000-0003-3372-0955	Firmado digitalmente por: FCORREAP el 26-07-2021 11:42:28

Código documento Trilce: TRI - 0152707



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**Declaratoria de Autenticidad del Asesor**

Yo, MORAN REQUENA HUGO SAMUEL, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis titulada: "PLAN DE NEGOCIO PARA EMPRESA DE SERVICIOS MÉDICOS DOMICILIARIOS EN EMERGENCIAS MÉDICAS Y MEDICINA PALIATIVA EN BREÑA, 2021.", cuyo autor es CORREA PRIETO FRANKLIN ROUSELBEL, constato que la investigación cumple con el índice de similitud establecido, y verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

LIMA, 26 de Julio del 2021

<b>Apellidos y Nombres del Asesor:</b>	<b>Firma</b>
MORAN REQUENA HUGO SAMUEL <b>DNI:</b> 20097173 <b>ORCID</b> 0000-0002-7077-0911)	Firmado digitalmente por: HMORANR el 29-07-2021 21:34:39

Código documento Trilce: TRI - 0152708



**Declaratoria de Originalidad del Autor**

Yo, CORREA PRIETO FRANKLIN ROUSELBEL estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "PLAN DE NEGOCIO PARA EMPRESA DE SERVICIOS MÉDICOS DOMICILIARIOS EN EMERGENCIAS MÉDICAS Y MEDICINA PALIATIVA EN BREÑA, 2021.", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Firma</b>
FRANKLIN ROUSELBEL CORREA PRIETO <b>DNI:</b> 71481766 <b>ORCID</b> 0000-0003-3372-0955	Firmado digitalmente por: FCORREAP el 26-07-2021 11:42:31

Código documento Trilce: TRI - 0152709