PLAN ESTRATÉGICO PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PADOMI) DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD ESSALUD – PADOMI

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN GESTIÓN EN SALUD

ANA MARIA EDUVINA RIOS BARTOLO
CINTHIA MERCEDES ROSAS RAMOS
LIGIA NATHALI RAMÍREZ CRUZ

LIMA – PERÚ

2026

ASESOR

MBA, Mphil, MD, PhD(c) Jose Alejandro Josan Aguilar

JURADO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

DR. FIDEL VICTOR MANUEL SANTAMARIA CRUZ

PRESIDENTE

MG. LUIS ALCIDES GARCIA BARRIONUEVO

VOCAL

MG. JOSE LUIS GARCIA SAAVEDRA

SECRETARIO

DEDICATORIA.

Dedicamos este trabajo a los pacientes adultos mayores y a todas las personas en situación de vulnerabilidad, cuya fortaleza y esperanza nos inspiran a seguir construyendo estrategias que garanticen una atención en salud digna, humanizada y accesible.

Con especial gratitud, lo dedicamos también a nuestros padres, por su amor incondicional, su apoyo constante y por ser la base que ha sostenido cada etapa de nuestro camino académico y personal.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios, por ser nuestro guía y fortaleza en los momentos de dificultad.

A nuestras familias, por su amor incondicional y apoyo constante.

A nuestros compañeros de grupo, por el esfuerzo y compromiso compartido en este camino.

A nuestro asesor, por su orientación, paciencia y valioso acompañamiento durante el desarrollo de esta investigación, contribuyendo con sus conocimientos y experiencia a nuestra formación profesional.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Tesis Autofinanciada

DECLARACIÓN DE AUTOR				
FECHA	**30**		**NOVIEMBRE**	**2025**
NOMBRES Y APELLIDOS DEL EGRESADO	**ANA MARIA EDUVINA RIOS BARTOLO**			
	CINTHIA MERCEDES ROSAS RAMOS			
	LIGIA NATHALI RAMÍREZ CRUZ			
PROGRAMA DE POSGRADO	**MBA EN GESTIÓN DE SALUD**			
AÑO DE INICIO DE LOS ESTUDIOS	**2019**			
TITULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE GRADO	**PLAN ESTRATÉGICO PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PADOMI) DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD ESSALUD – PADOMI**			
MODALIDAD (marcar)	**Tesis**	**x**	**Sustentación temática**	
Declaración del Autor El presente Trabajo de Grado es original y no es el resultado de un trabajo en colaboración con otros, excepto cuando así está citado explícitamente en el texto. No ha sido ni enviado ni sometido a evaluación para la obtención de otro grado o diploma que no sea el presente.				
Teléfono de contacto (fijo / móvil) y E-mail	**993482085 / ariosbartolo@gmail.com**			
	9568632584/ cinthiarosas24@gmail.com			
	982017491/ ligiaramirezcruz@gmail.com			

Firma del Egresado
ANA MARIA EDUVINA RIOS BARTOLO
DNI: 41671698

Firma del Egresado
LIGIA NATHALI RAMIREZ CRUZ
DNI 46741668

Firma del Egresado
CINTHIA MERCEDES ROSAS RAMOS
DNI 43344902

UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	RAMÍREZ CRUZ LIGIA NATHALI
2.	RIOS BARTOLO ANA MARIA EDUVINA
3.	ROSAS RAMOS CINTHIA MERCEDES

Pertenecientes al programa de la **MBA EN GESTIÓN DE SALUD**, autores del trabajo titulado: **PLAN ESTRATÉGICO PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PADOMI) DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD ESSALUD - PADOMI**, el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el grado de **MAESTRO EN GESTIÓN EN SALUD** bajo la modalidad de **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	JOSAN AGUILAR JOSE ALEJANDRO	EPGVAC	ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **20%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **2991793238**; fecha de entrega: **30-06-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 30 de junio de 2026**

Firma del asesor	Firma del Co-asesor
N° DNI: 10062237	N° DNI:
ORCID: 0000-0002-3788-8248	ORCID:

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I: SITUACIÓN GENERAL 1

SITUACIÓN GENERAL 1
RESUMEN 3

CAPÍTULO II: VISIÓN, MISIÓN, VALORES Y CÓDIGO DE ÉTICA 5

2.1. PROPUESTA DE LA VISIÓN 5
2.2. DECLARACIÓN DE LA MISIÓN 5
2.3. VALORES 5
2.4. CÓDIGO DE ÉTICA 6
2.5 RESUMEN 8

CAPÍTULO III: EVALUACIÓN EXTERNA 9

3.1. ANÁLISIS TRIDIMENSIONAL DE LAS NACIONES 9
3.1.1. Intereses nacionales. Matriz de Intereses Nacionales (MIN) 9
3.1.2. Potencial nacional 12
3.2. ANÁLISIS DEL ENTORNO PESTE 21
3.2.1. Fuerzas políticas, gubernamentales y legales (P) 21
3.2.2. Fuerzas económicas y financieras (E) 22
3.2.3. Fuerzas sociales, culturales y demográficas (S) 23
3.2.4. Fuerzas tecnológicas y científicas (T) 24
3.2.5. Fuerzas ecológicas y ambientales (E) 25
3.3. MATRIZ DE EVALUACIÓN DE ANÁLISIS EXTERNO (EFE) 26
3.4. PADOMI Y SUS COMPETIDORES 28
3.4.1. Rivalidad de los competidores 28
3.4.2. PADOMI y sus referentes 30
3.5 RESUMEN 34

CAPÍTULO IV: EVALUACIÓN INTERNA 36

4.1. ANÁLISIS INTERNO AMOFHIT 36
4.1.1. Administración y gerencia (A) 36
4.1.2. Marketing y ventas (M) 37
4.1.3. Operaciones y logística. Infraestructura (O) 39
4.1.4. Finanzas y contabilidad (F) 40
4.1.5. Recursos humanos (H) 41
4.1.6. Sistemas de información y comunicaciones (I) 44
4.1.7. Tecnología e investigación y desarrollo (T) 45
4.2. MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES INTERNOS (MEFI) 45
4.3 RESUMEN 47

CAPÍTULO V: INTERESES DE LA ORGANIZACIÓN Y OBJETIVOS DE LARGO PLAZO 48

5.1. INTERESES DE PADOMI 48
5.2. POTENCIAL DE PADOMI 49
5.2.1. Demográfico 49
5.2.2. Geográfico 50
5.2.3. Económico 50
5.2.4. Tecnológico y científico 51
5.2.5. Histórico-psicológico-sociológico 51
5.3. PRINCIPIOS CARDINALES 52
5.3.1. Influencia de terceras partes 52
5.3.2. Lazos pasados y presentes 52

5.3.3. Contrabalance de los intereses ... *52*
5.3.4. Conservación de los enemigos ... *53*
5.4. MATRIZ DE INTERESES DE PADOMI ... 53
5.5. OBJETIVOS A LARGO PLAZO ... 54
5.5.1 Primer objetivo a largo plazo ... *55*
5.5.2. Segundo objetivo a largo plazo ... *55*
5.5.3. Tercer objetivo a largo plazo ... *55*
5.5.4. Cuarto objetivo a largo plazo ... *56*
5.5.5. Quinto objetivo a largo plazo ... *56*
5.6 RESUMEN ... 57

CAPÍTULO VI: EL PROCESO ESTRATÉGICO ... 59

6.1. MATRIZ FODA ... 59
6.2. MATRIZ DE LA POSICIÓN ESTRATÉGICA Y EVALUACIÓN DE LA ACCIÓN (PEYEA) ... 62
6.2.1. Factores estratégicos externos ... *62*
6.3. MATRIZ DE LA BOSTON CONSULTING GROUP (BCG) ... 65
6.4. MATRIZ INTERNA Y EXTERNA ... 67
6.5. MATRIZ DE LA GRAN ESTRATEGIA ... 69
6.6. MATRIZ DE LA DECISIÓN ESTRATÉGICA ... 70
6.7. MATRIZ DE RUMELT ... 72
6.8. MATRIZ DE ÉTICA ... 74
6.9. MATRIZ DE OBJETIVOS A LARGO PLAZO ... 76
6.10. RESUMEN ... 79

CAPÍTULO VII: IMPLEMENTACIÓN ESTRATÉGICA ... 81

7.1. OBJETIVOS A CORTO PLAZO ... 81
7.1.1. Primer objetivo a largo plazo (OLP 1) ... *81*
7.1.2. Segundo objetivo a largo plazo (OLP 2) ... *82*
7.1.4. Cuarto objetivo a largo plazo (OLP 4) ... *83*
7.1.5. Quinto objetivo a largo plazo (OLP5). ... *83*
7.2. RECURSOS ASIGNADOS A LOS OCP ... 84
7.2.1. Recursos para OLP 1 ... *84*
7.2.2. Recursos para OLP 2 ... *85*
7.2.4. Recursos para OLP 4 ... *86*
7.2.5. Recursos para OLP 5 ... *87*
7.3. POLÍTICAS DE CADA ESTRATEGIA ... 88
7.4. Estructura de PADOMI ... *89*
7.5. MEDIOAMBIENTE, ECOLOGÍA Y RESPONSABILIDAD SOCIAL ... 89
7.6. RECURSOS HUMANOS ... 90
7.7. GESTIÓN DEL CAMBIO ... 91
7.7.1. Planear la estrategia del cambio ... *91*
7.7.2. Establecer un sentido de urgencia ... *91*
7.8. RESUMEN ... 92

CAPÍTULO VIII: EVALUACIÓN ESTRATÉGICA ... 93

8.1. PERSPECTIVAS DE CONTROL ... 94
8.1.1. Aprendizaje interno ... *94*
8.1.2. Procesos ... *95*
8.1.3. Clientes ... *97*
8.1.4. Perspectiva financiera ... *98*
8.2. TABLERO DE CONTROL INTEGRADO ... 98
8.3. RESUMEN ... 99

CAPÍTULO IX: COMPETITIVIDAD DEL SECTOR ... 100

9.1. ANÁLISIS COMPETITIVO DE PADOMI ... 100
9.2. IDENTIFICACIÓN DE VENTAJAS COMPETITIVAS DEL SECTOR ... 101

9.2.1. Condiciones de los factores. *101*
9.2.2. Condiciones de la demanda. *102*
9.2.3. Contexto para la estrategia y la rivalidad entre las empresas. *103*
9.3. IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES CLÚSTERES DEL SECTOR 103
9.4. RESUMEN 105

CAPÍTULO X: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 106

10.1. CONCLUSIONES 106
10.2. RECOMENDACIONES 108

REFERENCIAS 111

ANEXO N° 1: 117

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: 117
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: 118

Índice de Tablas

TABLA 1 12
TABLA 2 26
TABLA 3 32
TABLA 4 33
TABLA 5 41
TABLA 6 42
TABLA 7 43
TABLA 8 43
TABLA 9 45
TABLA 10 53
TABLA 11 59
TABLA 12 62
TABLA 13 63
TABLA 14 67
TABLA 15 70
TABLA 16 73
TABLA 17 75
TABLA 18 77
TABLA 19 81
TABLA 20 82
TABLA 21 82
TABLA 22 83
TABLA 23 83
TABLA 24 84
TABLA 25 85
TABLA 26 86
TABLA 27 86
TABLA 28 87
TABLA 29 94
TABLA 30 95
TABLA 31 97

Índice de Ilustraciones

ILUSTRACIÓN 1 1
ILUSTRACIÓN 2 13
ILUSTRACIÓN 3 14
ILUSTRACIÓN 4 17
ILUSTRACIÓN 5 17
ILUSTRACIÓN 6 19
ILUSTRACIÓN 7 37
ILUSTRACIÓN 8 64
ILUSTRACIÓN 9 66
ILUSTRACIÓN 10 69
ILUSTRACIÓN 11 99
ILUSTRACIÓN 12 101

Resumen

El documento desarrolla un planeamiento estratégico para fortalecer el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) de EsSalud frente al rápido envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas y las limitaciones de acceso de adultos mayores a servicios presenciales. Se describe la situación actual del programa (origen, estructura, servicios y criterios de inclusión) y, mediante matrices FODA, EFE, EFI, IE, PEYEA, BCG, Gran Estrategia y Rumelt, se identifican fortalezas como el equipo multidisciplinario y la integración con telemedicina, junto con debilidades como infraestructura insuficiente fuera de Lima, padrones sin depuración rigurosa y brechas tecnológicas.

A partir del diagnóstico se formulan estrategias de crecimiento y consolidación: depuración técnica del padrón, descentralización a través de nuevos centros de operaciones regionales, desarrollo de servicios basados en teleconsulta interoperable con CENATE, fortalecimiento del manejo de crónicos y cuidados paliativos, y capacitación continua con enfoque intercultural y humanizado. Estas estrategias se priorizan y traducen en cinco objetivos de largo plazo y sus respectivos objetivos de corto plazo, con metas, recursos e indicadores definidos. La implementación se sustenta en políticas de transparencia, buena gestión pública, descentralización, uso intensivo de TIC y formación permanente.

La evaluación y el control se organizan mediante un tablero de control integrado basado en las perspectivas de aprendizaje, procesos, clientes y finanzas, lo que permite monitorear el avance de los objetivos de corto plazo y su contribución a la visión de PADOMI. El análisis competitivo con el diamante de Porter muestra ventajas en capital humano, demanda creciente y servicios auxiliares propios, pero también riesgos por inestabilidad política, baja cultura de prevención e inequidades territoriales. En síntesis, el trabajo concluye que el envejecimiento

poblacional hace imprescindible consolidar y expandir PADOMI como modelo de atención domiciliaria integral, y recomienda cinco acciones clave: depurar el padrón, descentralizar el programa, consolidar la telemedicina, generar evidencia económica y clínica robusta e institucionalizar un programa de capacitación con enfoque intercultural.

Palabras clave: planeamiento estratégico, atención domiciliaria de salud, adulto mayor, EsSalud, PADOMI

Abstract

The document presents a strategic plan to strengthen EsSalud's Home Care Program (PADOMI) in response to rapid population ageing, rising prevalence of chronic diseases, and access barriers faced by older adults to in-person services. It describes the current situation of PADOMI (origin, structure, services, and inclusion criteria) and, using tools such as SWOT, EFE, EFI, IE, PEYEA, BCG, Grand Strategy, and Rumelt matrices, identifies strengths such as its multidisciplinary team and integration with telemedicine, as well as weaknesses like insufficient infrastructure outside Lima, an inadequately depurated patient roster, and technological gaps.

Based on this diagnosis, the plan proposes growth and consolidation strategies: technical depuration of the beneficiary roster, decentralization through new regional operations centers, development of services based on teleconsultation interoperable with CENATE, strengthening of chronic disease management and palliative care, and ongoing staff training with intercultural and humanized approaches. These strategies are prioritized and translated into five long-term objectives and their corresponding short-term objectives, with clear targets, resources, and indicators. Implementation is supported by policies on transparency, sound public management, decentralization, intensive use of ICT, and continuous professional development.

Evaluation and control are organized through an integrated dashboard built on the learning, internal processes, customer, and financial perspectives, allowing systematic monitoring of short-term objectives and their contribution to PADOMI's vision. A competitive analysis using Porter's diamond reveals advantages in human capital, growing demand, and in-house auxiliary services, but also risks related to political instability, low health-prevention culture, and territorial inequities. In summary, the study concludes that population ageing makes it essential to consolidate and expand PADOMI as a comprehensive home-care model, and recommends five

key actions: depurating the patient roster, decentralizing the program, consolidating telemedicine, generating robust economic and clinical evidence, and institutionalizing a permanent training program with an intercultural focus.

Keywords: strategic planning, home health care, older adults, EsSalud, PADOMI

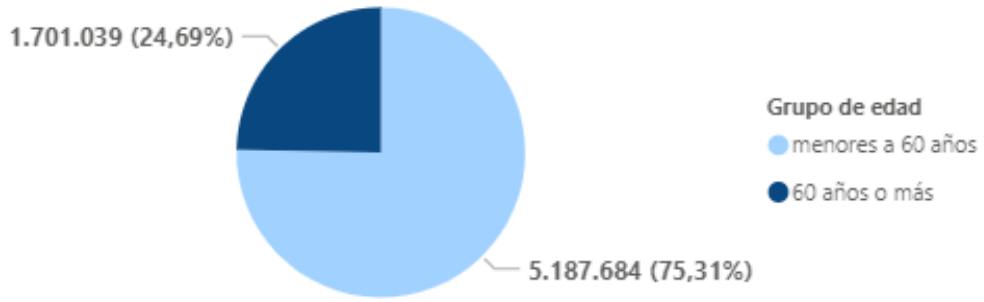
Capítulo I: Situación General

Situación general

En el Perú, en las últimas décadas, según los reportes demográficos, se ha descrito un envejecimiento de la población por un cambio de tendencias que da luces de una mayor esperanza de vida y una reducción en la tasa de natalidad. Así, se ha pasado del 5,7% en 1950 al 12,7% en el 2020. En 2020 se ha reportado un total de 4 140 000 personas mayores de 60 años. De este total, 1 701 039 son asegurados mediante el seguro social EsSalud (EsSalud, 2022).

Ilustración 1

Distribución de asegurados por grupos de edad



Grupo de edad	Asegurados
menores a 60 años	5.187.684
60 años o más	1.701.039

Fuente: Elaboración propia a partir de los registros de EsSalud

Siendo EsSalud un sistema de seguros público que aborda al 39,1% de la población peruana y considerando la gran cantidad de asegurados adultos mayores, surgió la necesidad de un seguro de atención domiciliaria orientado a la atención de la población asegurada vulnerable. Así, el Programa de Atención Domiciliaria de EsSalud (PADOMI) fue creado en 1994 como parte del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), por medio de la Resolución de Presidencia

Ejecutiva (RPE) N.° 035-PE-IPSS-94 (Ávila et al., 2016; Diseño de procesos para el programa de atención domiciliaria de EsSalud, 2016). Dio inicio a sus actividades como un órgano especial dependiente de la Gerencia Zonal de Servicios Especiales del IPSS, basándose en una organización centralizada, pero con autonomía para dar solución a los problemas de salud más importantes de la población demandante (Huarimpuma & Nizama, 2020).

Luego de ello, en 1999, después de la creación del Seguro Social de Salud (EsSalud), PADOMI se convierte en un programa especial de funcionamiento permanente, desconcentrado en cuanto a sus redes de servicio asistencial y con gestión centralizada, con el objetivo de la atención de afiliados de Lima y Callao. Se ubica en la Av. Arenales 1302; a su sede se le denomina Complejo Arenales. La prestación de servicios de salud se distribuye geográficamente en seis zonas, sobre la base de la demarcación realizada por la Subgerencia de Atención Domiciliaria, que fue aprobada mediante la Resolución de Gerencia General N.° 599-GG-ESSALUD-2011 (EsSalud, 2021).

El PADOMI estuvo dirigido originalmente a personas aseguradas con discapacidad física o mental, lo cual les imposibilitaba concurrir a los centros de atención de manera presencial en EsSalud. Este servicio brinda atenciones de salud programadas en los domicilios de las personas afiliadas, realizadas por médicos generales o médicos de familia y otros profesionales de la salud. De la misma manera, ofrece servicios de hospital en casa, atención de urgencias, farmacia, oxigenoterapia y ayuda al diagnóstico (EsSalud, 2021; EsSalud, 2026a).

La Subgerencia de Atención Domiciliaria depende de la Gerencia de Oferta Flexible de EsSalud. Brinda, a la vez, dos tipos de atenciones: la atención domiciliaria general, llevada a cabo por médicos generales, y la atención domiciliaria especializada, realizada por médicos especialistas. Las especialidades más demandadas son medicina física, traumatología, cardiología,

geriatría, psiquiatría, cirugía, neurología, urología y pediatría (Ávila et al., 2016). De acuerdo con la necesidad de salud del paciente, la atención se complementa con otros servicios como enfermería, nutrición, trabajo social, psicología, medicina física y rehabilitación; servicios que se ofertan sin mediar un análisis de la demanda y la oferta (EsSalud, 2021).

Según la normativa vigente de EsSalud, la población objetivo primordial del PADOMI está constituida por los afiliados que padecen discapacidad física y/o mental con limitaciones para su transporte. La norma establece, adicionalmente, que pueden acceder a PADOMI aquellos que cumplan los siguientes criterios (EsSalud, 2021):

- Paciente con incapacidad severa o absoluta de locomoción.
- Paciente geriátrico de 70 años a más.
- Paciente en estado terminal con posibilidad de manejo domiciliario.
- Paciente adulto mayor frágil.
- Paciente adulto mayor con enfermedad crónica incapacitante.
- Paciente de atención domiciliaria que requiere atención médica especializada.
- Paciente adulto mayor con enfermedad crónica que requiere continuar con atención especializada domiciliaria poshospitalización.

Resumen

El capítulo I describe el contexto de **envejecimiento poblacional** en el Perú y muestra que una proporción importante de adultos mayores está asegurada en EsSalud, lo que justifica la creación del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) para brindar servicios de salud en el hogar a personas con discapacidad o dificultad para desplazarse; explica el origen histórico de PADOMI dentro del antiguo IPSS, su reorganización como programa especial de EsSalud, su estructura de gestión centralizada con redes desconcentradas y su distribución geográfica en seis

zonas, así como la cartera de servicios que ofrece (atención médica general y especializada, hospital en casa, urgencias, farmacia, oxigenoterapia y apoyo diagnóstico) y define la población objetivo mediante criterios normativos que priorizan a adultos mayores frágiles, con enfermedades crónicas incapacitantes o en estado terminal, quienes requieren atención domiciliaria continua y especializada.

Capítulo II: Visión, Misión, Valores y Código de Ética

2.1. Propuesta de la visión

"Ser un órgano desconcentrado moderno a nivel nacional, en permanente mejora continua, responsable de brindar prestaciones domiciliarias en EsSalud, dirigido a la población adulta mayor, con un enfoque integral, personalizado y humanizado, sustentado en la innovación, la interculturalidad y el uso eficiente de tecnologías de la información".

2.2. Declaración de la misión

"Ser un servicio que brinda una atención integral con calidez, calidad, eficiencia y eficacia a la población asegurada con necesidades de atención domiciliaria, resaltando permanentemente la importancia del respeto a los derechos humanos y la inclusión social, para un envejecimiento digno, activo y saludable".

2.3. Valores

- Excelencia: Manteniendo estándares más altos relacionados con la provisión de servicios de salud en el contexto domiciliario.
- Compromiso con los pacientes: Considerando el mantener una adecuada relación médico-paciente.
- Solidaridad: Considerando que la población objetivo es vulnerable y tiene necesidades que pueden ser resueltas.
- Equidad: Brindando una atención justa sin distinciones de ningún tipo.
- Accesibilidad: Acercando la salud médica privada a las posibilidades económicas de la mayoría de la población.
- Trabajo en equipo: Como uno de los factores más trascendentes para el sostenimiento de la salud de calidad.

- Responsabilidad: Teniendo presente el compromiso adquirido con la sociedad, el sistema de salud y el Estado.
- Eficiencia y eficacia: Considerando intervenciones en salud adecuadas y basadas en evidencia que tengan un efecto positivo tanto en condiciones controladas como reales.
- Orientación al servicio: Con calidez, empatía y humanidad.
- Mejora continua: Manteniendo una constante búsqueda de evidencia para mejorar los procesos de atención.
- Actividad centrada en el paciente: Teniendo en cuenta que todos los esfuerzos son por ellos y para ellos.

Los valores presentados reflejan los aspectos a tener presentes durante el desarrollo de las actividades de nuestra institución; sin embargo, es fundamental resaltar que la excelencia, la eficiencia y la eficacia, y la actividad centrada en el paciente son los valores fundamentales que rigen nuestras labores en toda circunstancia.

2.4. Código de ética

Considerando que PADOMI es parte de EsSalud y que, en el marco de las disposiciones del *Código de Ética de la Función Pública* (Contraloría General de la República, 2019), EsSalud adopta dicho documento (EsSalud, 2019), se establecen las siguientes disposiciones que deberán ser cumplidas por todo el personal de PADOMI:

- Respeto: Adecua su conducta hacia el respeto de la Constitución y las leyes, garantizando que, en todas las fases del proceso de toma de decisiones o en el cumplimiento de los procedimientos administrativos, se respeten los derechos a la defensa y al debido procedimiento.

- Probidad: Actúa con rectitud, honradez y honestidad, procurando satisfacer el interés general y desechando todo provecho o ventaja personal, obtenido por sí o por interpósita persona.
- Eficiencia: Brinda calidad en cada una de las funciones a su cargo, procurando obtener una capacitación sólida y permanente.
- Idoneidad: Entendida como aptitud técnica, legal y moral, es condición esencial para el acceso y ejercicio de la función pública. Los funcionarios y servidores públicos deben propender a una formación sólida acorde con la realidad, capacitándose permanentemente para el debido cumplimiento de sus funciones.
- Veracidad: Se expresa con autenticidad en las relaciones funcionales con todos los miembros de su institución y con la ciudadanía, y contribuye al esclarecimiento de los hechos.
- Lealtad y obediencia: Actúa con fidelidad y solidaridad hacia todos los miembros de su institución, cumpliendo las órdenes que le imparta el superior jerárquico competente, en la medida en que reúnan las formalidades del caso y tengan por objeto la realización de actos de servicio que se vinculen con las funciones a su cargo, salvo los supuestos de arbitrariedad o ilegalidad manifiesta, los que deberá poner en conocimiento del superior jerárquico de la institución.
- Justicia y equidad: Tiene permanente disposición para el cumplimiento de sus funciones, otorgando a cada uno lo que le es debido, actuando con equidad en sus relaciones con el Estado, con el administrado, con sus superiores, con sus subordinados y con la ciudadanía en general.

- Lealtad al Estado de derecho: Los funcionarios de confianza deben lealtad a la Constitución y al Estado de derecho. Ocupar cargos de confianza en regímenes de facto es causal de cese automático e inmediato de la función pública.

2.5 Resumen

El capítulo II presenta la visión de PADOMI como un órgano desconcentrado moderno, en mejora continua y orientado a brindar prestaciones domiciliarias integrales, personalizadas y humanizadas a la población adulta mayor, así como la misión de ofrecer atención integral con calidez, calidad, eficiencia y eficacia, promoviendo el respeto de los derechos humanos, la inclusión social y un envejecimiento digno, activo y saludable; desarrolla además un conjunto de valores institucionales (como excelencia, compromiso con los pacientes, solidaridad, equidad, accesibilidad, trabajo en equipo, responsabilidad, eficiencia y eficacia, orientación al servicio, mejora continua y actividad centrada en el paciente), priorizando la excelencia, la eficiencia/eficacia y el enfoque centrado en el paciente como ejes fundamentales, y finalmente incorpora un código de ética alineado con el Código de Ética de la Función Pública, que establece principios como respeto, probidad, eficiencia, idoneidad, veracidad, lealtad y obediencia, justicia y equidad, y lealtad al Estado de derecho, los cuales deben guiar la conducta de todo el personal de PADOMI.

Capítulo III: Evaluación Externa

3.1. Análisis tridimensional de las naciones

Sobre la base de la teoría de Hartmann, las organizaciones deben llevar a cabo el desarrollo de sus estrategias considerando las posibles interacciones con otros países (D'Alessio Ipinza, 2008). Estas posibles interacciones se deben analizar en tres dimensiones:

- Los intereses nacionales.
- El potencial nacional.
- Los principios cardinales.

3.1.1. Intereses nacionales. Matriz de Intereses Nacionales (MIN)

En el contexto peruano, los intereses nacionales se han descrito en el *Plan Estratégico de Desarrollo Nacional Actualizado: Perú hacia el 2021* (Ministerio de Economía y Finanzas, 2021). En este documento se detallan los objetivos acordes con estos intereses y su forma de valorarlos.

Dentro de estos objetivos, uno de ellos puntualiza la necesidad de garantizar el acceso a servicios de calidad que permitan el desarrollo pleno de las capacidades y derechos de la población, en condiciones equitativas y sostenibles. El hecho de contar con un objetivo orientado a garantizar el acceso a servicios de calidad que permitan el desarrollo pleno de las capacidades y derechos de la población, en condiciones equitativas y sostenibles va a la par con la visión propuesta de PADOMI de EsSalud y establece un sustento político y legal para realizar las solicitudes a las instancias respectivas, a fin de requerir los recursos humanos y económicos y lograr dicho objetivo en el sector salud a partir de los servicios de PADOMI. Para Velásquez et al., el acceso a servicios de salud de calidad debe considerar una reforma que incorpore necesariamente una oferta según las necesidades de los usuarios; en ese sentido, se destaca el repotenciamiento de los servicios de atención domiciliaria (Velásquez et al., 2016).

En esa misma línea, algunos países de la región como Colombia (Sánchez-Cárdenas et al., 2016), Chile (Orb & Santiagos, 2005) y Uruguay (Bernadá et al., 2019) considerarían como críticos tales aspectos para su desarrollo nacional e incluso tendrían consideración especial por la atención domiciliaria; de esta manera, podrían servir como modelo y fuente de capacitación. Algunos países como Venezuela (*La crisis del sistema de salud de Venezuela*, 2015) y Argentina (González, 2021) tienen importantes problemas económicos, políticos y sociales como para alinearse a tal objetivo.

En Colombia, a causa de la pandemia por COVID-19, el modelo de atención domiciliaria pasó de un modelo enfocado en pacientes adultos mayores y discapacitados a un modelo que abarca a toda la población que requiera cuidados especiales, entre los que se incluyen pacientes con COVID-19 (Castilla, 2020). Estos servicios han sido implementados en el sector público por el Ministerio de Salud de Colombia, utilizando como modelo el sistema de atención domiciliaria del sector privado proporcionado por entidades prestadoras de salud (EPS) como SURA, donde se ha brindado atención domiciliaria a casi el 40% de su población de asegurados. Dicho modelo incorpora atención por especialistas, además de un servicio de hospitalización en casa, oxigenoterapia y transporte a unidades de mayor complejidad, en caso se requiera (Minsalud, Colombia, 2020).

En Chile, las visitas domiciliarias se realizan desde el año 1930 aproximadamente y fueron un pilar fundamental de la atención de salud en aspectos educativos, higiénicos y epidemiológicos. En el año 2006 surge, en los centros de Atención Primaria en Salud (APS) chilena, el programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa, cuyo objetivo es entregar una atención integral en el domicilio de estos pacientes, mejorando así su calidad de vida y potenciando su recuperación y rehabilitación, lo que marca un hito en la APS, brindando una garantía de

atención a domicilio a las personas con dependencia severa. En el contexto de las atenciones domiciliarias se estructura el concepto de la Visita Domiciliaria Integral (VDI), que corresponde a una estrategia de atención de salud integral de un paciente, familiar y/o cuidador en su propio domicilio, con foco promocional y preventivo. Su objetivo global es favorecer los cuidados en salud gracias a la construcción de una relación de ayuda centrada en la persona y su familia, incorporando las dimensiones biopsicosocial y espiritual, facilitando el acceso a la atención de salud, la continuidad del equipo de salud y las redes de apoyo (Glasinovic et al., 2021). Es importante diferenciar una VDI de una atención de salud domiciliaria, la cual es una atención realizada por un profesional de la salud, más enfocada en la enfermedad del paciente y en el proceso clínico de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Glasinovic et al., 2021). En la actualidad, en el contexto de la pandemia por el coronavirus en el año 2020, se ha observado un aumento de la atención de salud en el domicilio por motivos epidemiológicos. Además, se consolida como una gran estrategia para entregar un buen cuidado en salud, en particular para adultos mayores y pacientes con dependencia severa y dificultades de traslado a un centro de salud.

En Uruguay, las visitas domiciliarias se brindan a partir del Sistema Nacional Integrado de Salud y su orientación ha sido enfocada a fines preventivos-promocionales, en las cuales participa activamente un especialista en medicina familiar. La especialidad de medicina familiar ha sido ampliamente promovida y la atención primaria es uno de los principales ejes de la formación médica en Uruguay. Se han implementado unidades docente-asistenciales en los centros de atención primaria, donde participa un médico familiar, residentes en medicina familiar y alumnos de pregrado. Parte de este equipo acude a brindar las visitas domiciliarias. Este servicio ha sido implementado tanto para el entorno urbano como rural. En el contexto de la pandemia, la respuesta del sistema de salud de Uruguay fue repotenciar el sistema de atención domiciliaria y la

telemedicina. En otro contexto, para pacientes con enfermedades crónicas o enfermedades en estado de terminalidad, las atenciones domiciliarias se han enfocado en brindar cuidados paliativos; para tal fin, cuentan con protocolos basados en evidencia y personal capacitado en medicina paliativa (Ponzo, 2020).

Dado que en los países aledaños se ha puesto énfasis en el desarrollo de los sistemas de atención domiciliaria, sería fundamental la cooperación y el intercambio de posturas con estos países y sus sistemas de salud para así identificar problemas potenciales y posibles modelos a aplicarse en nuestro contexto.

Tabla 1

Matriz de intereses Nacionales (MIN)

Interés nacional	**Supervivencia (crítico)**	**Vital (peligroso)**	**Importante (serio)**	**Periférico (molesto)**
Garantizar el acceso a servicios de calidad que permitan el desarrollo pleno de las capacidades y derechos de la población, en condiciones equitativas y sostenibles	Colombia Uruguay Chile		Venezuela Argentina	

Fuente: Elaboración propia.

3.1.2. Potencial nacional

El análisis del potencial nacional se basa en establecer las fortalezas y debilidades nacionales. Para lograr este objetivo es necesario analizar los siete dominios: demográfico, geográfico, económico, tecnológico, histórico, organizacional y militar (D'Alessio Ipinza, 2008).

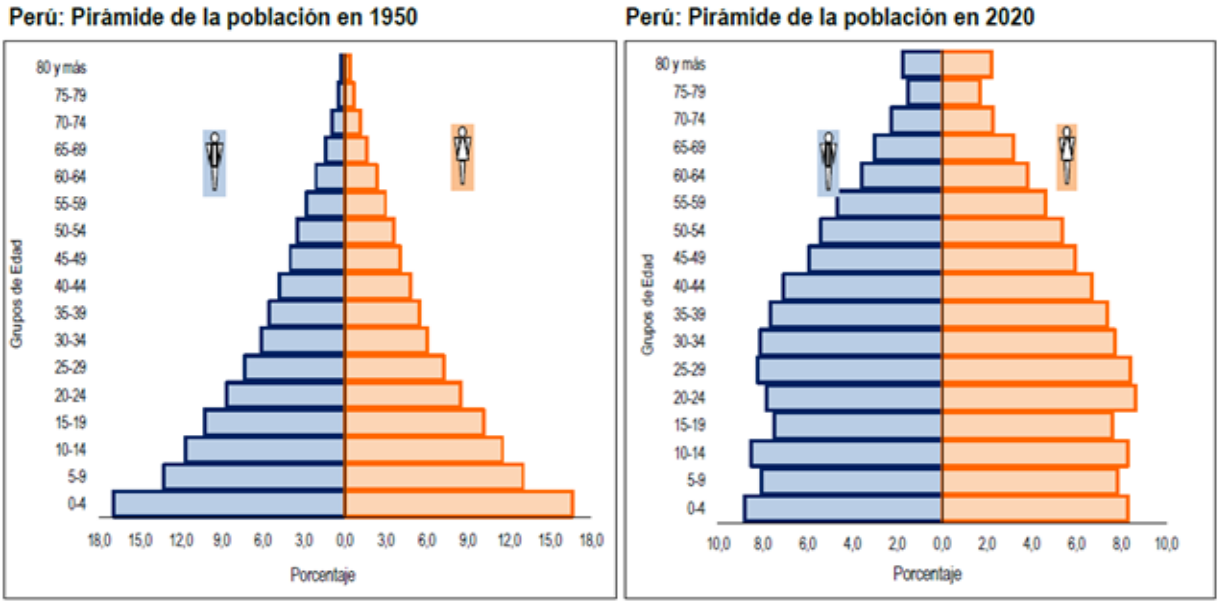
Demográfico. Incremento de la población adulta mayor. Según el censo llevado a cabo en octubre del 2017, la población peruana asciende a 31 237 385 habitantes (Instituto Nacional de Estadística e Informática, s. f.), de los cuales el 11,9% tiene 60 y más años. Se reporta, a la vez, que entre 1993 y 2017 la proporción de adultos mayores (60 y más años) se incrementó de 7,0% a 11,9%. Se aprecia el cambio que ha ocurrido en la estructura poblacional por edades,

percibiéndose un envejecimiento poblacional, proyectando para el año 2050 una esperanza de vida de 79,3 años, comparados con 43,2 años en 1950 (Instituto Nacional de Estadística e Informática, s. f.).

En 2010 la población de 0 a 14 años se redujo en 8,5%, frente al año 1993, mientras que las poblaciones de 15 a 64 años y de 65 años a más se han incrementado en 6,8% y 1,7%, respectivamente. En el contexto de una población más añosa, el sector salud deberá considerar esta característica para estructurar los servicios asistenciales según las características de la nueva pirámide poblacional. Sobre la base de lo planteado y lo descrito en la primera sección, es posible afirmar un cambio en la pirámide poblacional, caracterizado por un estrechamiento de la base y un engrosamiento de los niveles superiores, lo cual ha variado de manera extensa desde los años 50 (Instituto Nacional de Estadística e Informática, s. f.).

Ilustración 2

Pirámide Poblacional del Perú



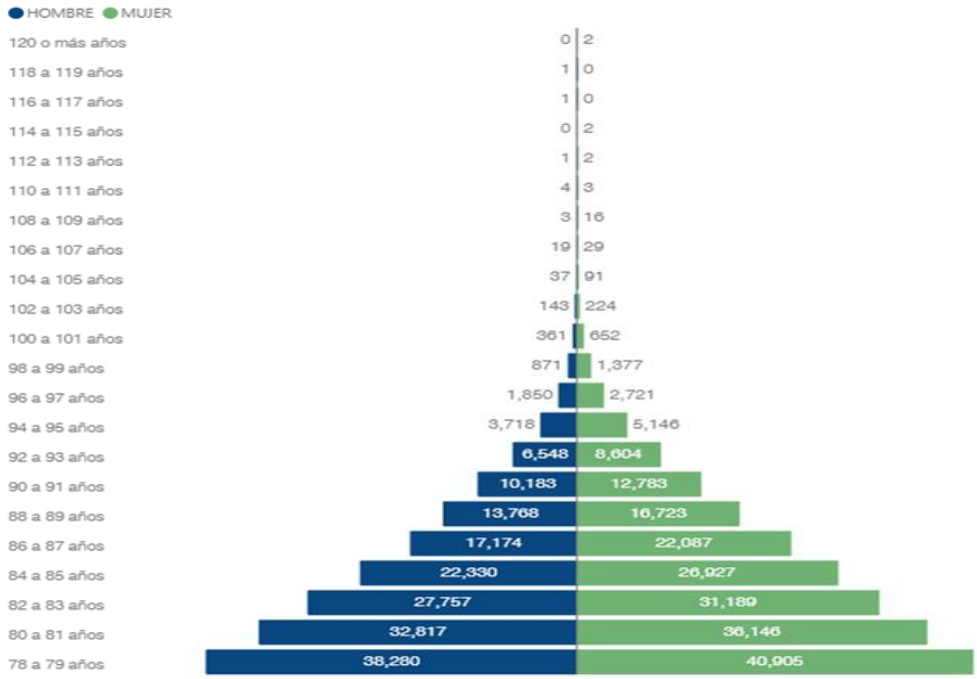
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Nacional de Hogares.

Aumento de la esperanza de vida. Por su parte, la esperanza de vida en el Perú actualmente es de 76,9 años. Esta se ha ido incrementando progresivamente. En 1980, la esperanza de vida era de 60,24 años; para 1990 fue de 66,17 años y para el 2000, de 71,10 años. Para el 2010, la esperanza de vida fue de 74,41 años. En el 2021, para las mujeres la esperanza de vida es de 79,8 años y para los hombres es de 74,5 años (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2020). El incremento de la esperanza de vida trae consigo un aumento de la demanda de los servicios de atención de enfermedades crónicas, tales como el sistema de atención domiciliaria de PADOMI.

Esta pirámide de la población general peruana es diferente a la pirámide poblacional de asegurados, donde la mayor parte de asegurados son adultos mayores de 60 años o más (Figura 3).

Ilustración 3

Pirámide poblacional de asegurados



Fuente: EsSalud (2023).

El impacto de la demografía sobre el PADOMI de EsSalud se sustenta en la demanda creciente a raíz de una población añosa en expansión. Este grupo poblacional, con alta prevalencia de enfermedades crónicas y, en algunos casos, postración por incapacidad física o mental, requerirá servicios dirigidos a sus necesidades que permitan abordar sus problemas de manera integral y que minimicen la exposición a ambientes hospitalarios (Lizarbe Castro et al., 2015).

Baja cantidad de médicos en el país. Para 2019 se expone que en el Perú hubo 14 médicos por cada 10 000 habitantes, según el INEI, lo que constituye una de las cifras más bajas de América Latina. En Colombia hubo 22 médicos por cada 10 000 habitantes para el 2018 y en Chile, 26 médicos por cada 10 000 habitantes. La comparación es aún más crítica cuando se contrastan estas cifras con los países pertenecientes a la OECD; por ejemplo, Alemania tiene un total de 42 médicos por cada 10 000 habitantes (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2020). Estas cifras

impactan en los servicios de PADOMI y su oferta, además de la posibilidad de brindar una cobertura adecuada a la población objetivo.

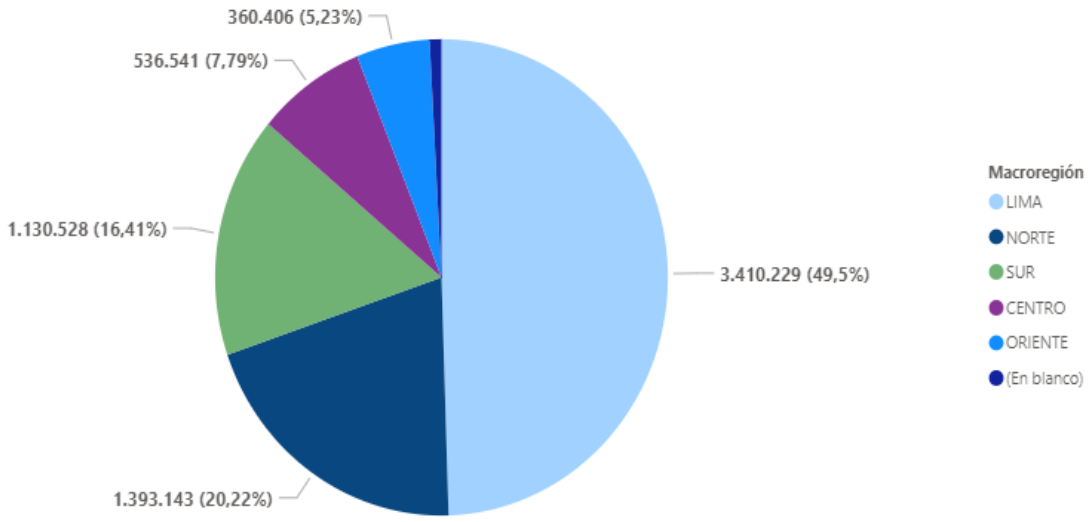
A pesar de ello, los esfuerzos en gestión por parte de la Gerencia de Oferta Flexible han logrado hacer frente a dicha limitación a través de los sistemas de telemedicina y los grupos de atención multidisciplinaria, lo cual, sumado a la central telefónica propia, ha permitido brindar atenciones domiciliarias a toda la población afiliada a PADOMI con una respuesta moderadamente rápida y eficiente.

Geográfico. El Perú tiene una superficie territorial de 1 285 215,60 km². La costa concentra el 10,6% del territorio con 136 232,85 km², la sierra el 31,5% con 404 842,91 km² y la selva el 57,9% con 754 139,84 km². La costa es la región del país con la mayor concentración poblacional y, a la vez, es la localización geográfica donde se concentran la mayor parte de los servicios de salud (Instituto Nacional de Estadística e Informática, s. f.).

A nivel geográfico, EsSalud distribuye su atención por macrorregiones. Estas macrorregiones son Lima, Norte, Sur, Centro y Oriente. A nivel de Lima se concentra la mayor población de asegurados, con 3 410 229 asegurados; a ello le sigue la macrorregión Norte, con 1 393 143 asegurados (EsSalud, 2023).

Ilustración 4

Macrorregiones de EsSalud



Fuente: EsSalud (2023).

De estos asegurados, 873 209 son mayores de 60 años y se encuentran en la macrorregión Lima. Le siguen los asegurados de la macrorregión Norte, que son un total de 342 596 asegurados (EsSalud, 2023).

Ilustración 5

Población asegurada por región

Macroregión	60 años o más	Total
⊞	24.530	24.530
⊟ CENTRO	115.863	115.863
⊞ APURIMAC	9.341	9.341
⊞ AYACUCHO	14.925	14.925
⊞ HUANCAVELICA	8.284	8.284
⊞ HUANUCO	18.158	18.158
⊞ JUNIN	55.816	55.816
⊞ PASCO	9.339	9.339
⊟ LIMA	873.209	873.209
⊞ CALLAO	80.423	80.423
⊞ LIMA	792.786	792.786
⊟ NORTE	342.596	342.596
⊞ ANCASH	52.504	52.504
⊞ CAJAMARCA	26.181	26.181
⊞ LA LIBERTAD	97.399	97.399
⊞ LAMBAYEQUE	78.141	78.141
⊞ PIURA	80.230	80.230
⊞ TUMBES	8.141	8.141
⊟ ORIENTE	67.553	67.553
⊞ AMAZONAS	6.570	6.570
⊞ LORETO	26.398	26.398
⊞ MADRE DE DIOS	3.030	3.030
⊞ SAN MARTIN	17.852	17.852
⊞ UCAYALI	13.703	13.703
⊟ SUR	277.288	277.288
⊞ AREQUIPA	108.528	108.528
⊞ CUSCO	42.122	42.122
⊞ ICA	61.080	61.080
⊞ MOQUEGUA	14.989	14.989
⊞ PUNO	31.819	31.819
⊞ TACNA	18.750	18.750
Total	1.701.039	1.701.039

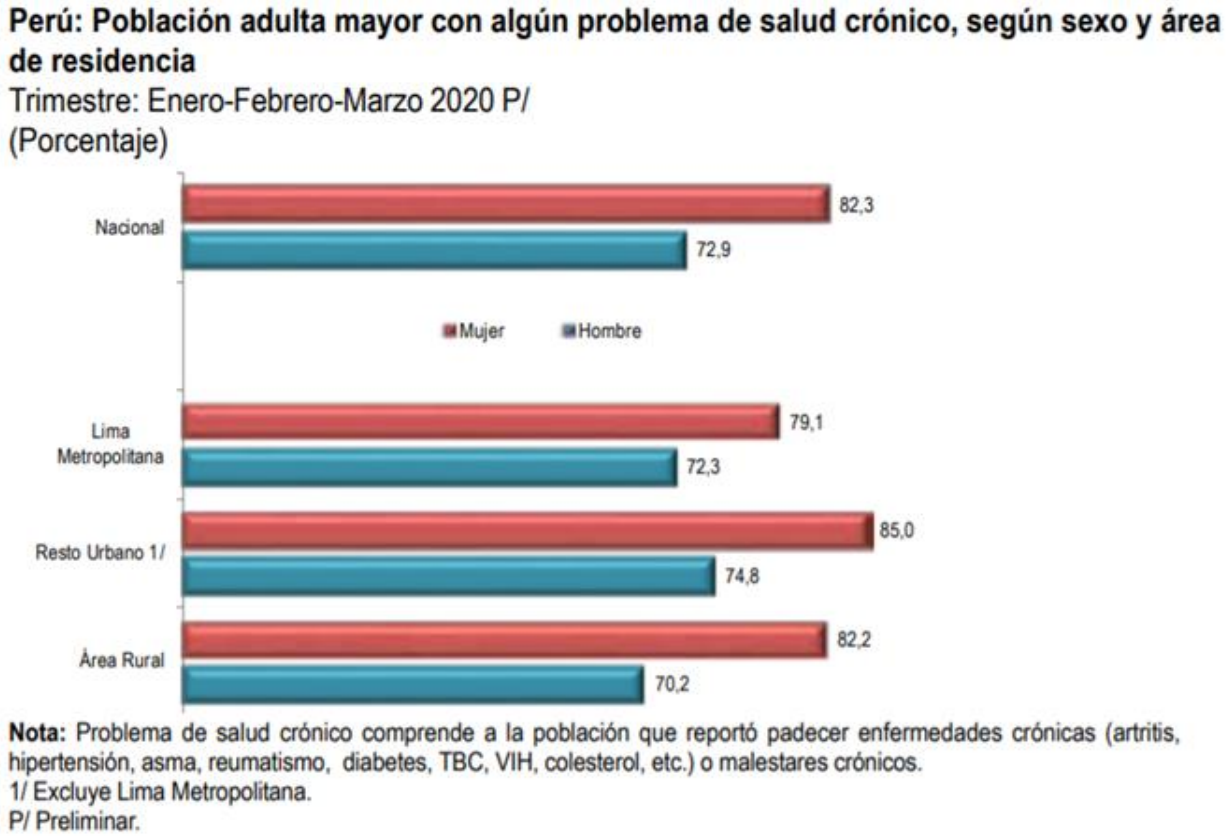
Fuente: EsSalud (2023).

De estos asegurados, el 82,3% de la población adulta mayor femenina y el 72,9% de la población adulta mayor masculina presentó algún problema de salud crónico a nivel nacional. Estas proporciones son similares para Lima Metropolitana, el resto urbano y las zonas rurales (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2020).

La mayor parte de los asegurados con problemas de salud crónicos se concentra en Lima Metropolitana y zonas urbanas; además, considerando que la mayor concentración poblacional se ubica en la costa y que los ejes de la cobertura de PADOMI de EsSalud abordan especialmente Lima y las regiones de manera individualizada según la demanda y posibilidad de cobertura, es posible afirmar que aún existe una alta demanda insatisfecha para los servicios de atención domiciliaria en la población de asegurados y que es necesario descentralizar los servicios de PADOMI.

Ilustración 6

Población asegurada por región - Población con algún problema de salud crónico



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Nacional de Hogares.

Económico. Entre 2002 y 2013, el Perú fue uno de los países de crecimiento más acelerado en América Latina, con una tasa de crecimiento promedio del PBI de 6,1% anual (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2020). El crecimiento en términos económicos y el incremento de los ingresos disminuyó considerablemente los índices de pobreza de manera sostenida en este periodo. Entre 2014 y 2019, el crecimiento económico se enlenteció y tuvo una tasa promedio de 3,1% al año, en gran medida por la disminución del precio de las materias primas en otros países, entre estas el cobre, que es el primer producto de exportación del país (Machaca Cruz & Mamani Quispe, 2019). Esto llevó a una reducción temporal de la inversión privada, una menor recaudación fiscal y una desaceleración del consumo.

Tecnológico. El Perú invierte 0,12% del PBI en investigación y desarrollo, pero debería estar invirtiendo entre el 0,7% y el 0,8% del PBI (Almeida, 2019). Según el Ministerio de Economía y Finanzas en sus *Políticas de Inversión Pública en Ciencia, Tecnología e Innovación: Prioridades 2013-2020* (Ministerio de Economía y Finanzas, 2021), "se considera necesario realizar esfuerzos para fortalecer las condiciones básicas para el desarrollo de las actividades de ciencia, tecnología e innovación, tales como los de recursos humanos y la infraestructura tecnológica, y brindar apoyo efectivo a la innovación tecnológica mediante instrumentos que potencien la actividad de las empresas".

Asimismo, se ha previsto privilegiar acciones orientadas a facilitar la adquisición, transferencia y difusión de tecnologías, y se pone énfasis en actores que están dispuestos y ávidos a mejorar sus capacidades tecnológicas porque hay mercados que los premiarán por sus esfuerzos. Este aspecto ha tenido un notable impacto sobre el sector salud, ya que las tecnologías emergentes constituyen actualmente una herramienta fundamental para la práctica asistencial.

La pandemia por COVID-19 propició el desarrollo de tecnologías de la información (TIC) para la atención de pacientes a través de la telemedicina y la teleconsulta. Estas tecnologías han sido reguladas progresivamente; así, en 2020 se publicó el D. L. N.° 1490, que fortalecía los alcances de la telesalud. En el contexto de EsSalud, se aprobó la Directiva de Gerencia General N.° 12-GCPS-ESSALUD-2020 v0.1, *Telemedicina en pacientes con enfermedad crónica o continuador en EsSalud*, y se ha implementado el servicio de consultas a distancia con la participación de médicos que atienden remotamente casos de pacientes, especialmente para continuar con la atención de aquellos con enfermedades crónicas (EsSalud, 2020).

Histórico. El 12 de agosto de 1936 se promulga la Ley N.° 8433, que da creación al Seguro Social Obrero Obligatorio y a la Caja Nacional del Seguro Social, dando inicio a la seguridad

social en el Perú. Luego de este hecho se desarrolla progresivamente la infraestructura del seguro social y se amplía su cobertura. La trascendencia histórica del seguro social EsSalud es un aspecto crítico que debe considerarse en términos políticos y sociales, ya que su continuidad y desarrollo progresivo para atender las necesidades de los asegurados será un reflejo de la eficiencia estatal. El crecimiento continuo de esta institución ha reflejado la solidez política y su continuidad a lo largo de la historia republicana.

3.2. Análisis del entorno PESTE

3.2.1. Fuerzas políticas, gubernamentales y legales (P)

El Perú es un país sin estructura orgánica de partidos, con amplia variedad ideológica y un contexto complejo en los últimos años. Actualmente, en el 2021, nos situamos en un escenario de elecciones presidenciales, lo cual se acopla con una profunda crisis política y sanitaria desatada el año 2020 (Welle, 2020). En la última década, partidos como Fuerza Popular, el Partido Nacionalista y Peruanos por el Kambio han obtenido resultados positivos en elecciones generales, pero ninguno ha podido mantener su dominio como principal fuerza política del país a causa de los cuestionamientos que recaen sobre sus representantes (Paredes et al., 2020). Sin embargo, existen corrientes ideológicas que logran apoyo significativo en las campañas electorales, tales como el centrismo o el antifujimorismo (Flores Silva, 2016).

De manera poco esperada, en las elecciones del 2021 el partido de izquierda Perú Libre, con el profesor Pedro Castillo a la cabeza, asumió la Presidencia del Perú. La incertidumbre política y su impacto económico y social aún serán imperantes durante los próximos años. Actualmente, los cambios en el Poder Ejecutivo han propiciado cambios de los directivos tanto de EsSalud como de las subgerencias relacionadas con PADOMI. A pesar de que aún existe incertidumbre política, situación difícil de controlar para una institución pública y que las

propuestas no han sido claras en el sector salud, PADOMI ha podido mantener la continuidad de sus servicios y responder a las necesidades de su población de asegurados.

Desde la perspectiva política, la Ley de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) marcó un hito desde el 2009, al proporcionar una salida a todos los peruanos que no contaban con algún tipo de seguro. Ello ha traído como consecuencia la incorporación masiva de usuarios a los diferentes sistemas de seguros. Para EsSalud, se considera que hasta el 2017 la afiliación de ciudadanos ha estado en fase de meseta. Esto se debe a un incremento de la informalidad y a una reforma laboral que incorpora la posibilidad de que micro y pequeñas empresas puedan afiliar a sus trabajadores a seguros diferentes a EsSalud. A pesar de ello, se considera que el número de asegurados se va incrementando lenta pero progresivamente a EsSalud y que el AUS ha tenido un efecto positivo a ese nivel (Mezones-Holguín et al., 2019).

3.2.2. Fuerzas económicas y financieras (E)

Perú ha sido una de las economías con más rápido crecimiento de la región, pero el año pasado el crecimiento se debilitó a 2,4% debido a una combinación de factores externos e internos. El sector minero es una de las principales fuerzas económicas en el país; sin embargo, dada la crisis antes mencionada, la venta de productos primarios se redujo, en tanto que la minería y las exportaciones disminuyeron durante el año. El sector privado da movimiento a esta y otras principales actividades económicas en el país, por lo que diversas iniciativas nacionales pretenden incrementar la inversión privada en el país (*Proyectan alza de inversión privada*, s. f.).

Es esencial mejorar la protección social para seguir reduciendo la pobreza y apoyando el crecimiento inclusivo, para lo cual es fundamental que las fuerzas económicas y laborales se mantengan en ascenso constante (Prado Prado, 2014). En Perú, se necesitan medidas para abordar necesidades críticas, como la reforma del sistema de pensiones, la distribución más equitativa de

los ingresos provenientes de los recursos naturales entre las distintas regiones y la profundización del desarrollo financiero y la inclusión.

3.2.3. Fuerzas sociales, culturales y demográficas (S)

La reforma de salud en el Perú tiene como objetivos fundamentales el aseguramiento universal en salud (AUS), la descentralización en salud y el fortalecimiento del primer nivel de atención, los cuales deben cumplirse considerando la diversidad cultural y étnica del país, tal como busca la política sectorial de salud intercultural. Sin embargo, se observa que la reforma tiene avances aún limitados, y persisten desigualdades significativas en el acceso y el estado de salud entre diferentes segmentos socioeconómicos; particularmente en poblaciones indígenas u originarias, tanto amazónicas como andinas (Velásquez et al., 2016). De la misma manera, es aún limitada la educación en una cultura de salud en toda la población peruana para generar el autocuidado y la prevención primaria.

Según el Ministerio de Cultura, la diversidad cultural del país se plasma oficialmente en 55 poblaciones indígenas u originarias, las cuales se encuentran entre los sectores sociales de mayor exclusión y desventaja. Cada uno de estos pueblos originarios tuvo un desarrollo diferenciado, generando instituciones culturales propias como el uso de lenguas ancestrales y una cosmovisión particular, de la cual deriva un sistema propio de cuidados de la salud. Diversos estudios han descrito barreras derivadas de la percepción sobre los servicios de salud, así como de las prácticas culturales, que afectan la implementación de los servicios brindados por el sistema de salud formal (Cárdenas et al., 2017).

En esa misma línea, es importante destacar la falta de enfoque intercultural por parte del personal médico, lo cual ha sido ampliamente descrito por Salaverry, quien destaca la necesidad de que se consideren las creencias y las construcciones culturales de los pueblos indígenas en el

contexto de las atenciones médicas. A la vez, será fundamental reconocer que la necesidad de tener en cuenta los patrones culturales de la población, en el contexto del ejercicio de la medicina, se traduce en un derecho de dichos grupos humanos (Salaverry, 2010).

Estos aspectos serán fundamentales en el contexto de la descentralización de los servicios de salud del PADOMI, pues las consideraciones respecto a interculturalidad permitirán un mayor acceso de las comunidades indígenas y originarias, acortando así las brechas culturales y mejorando el acceso de dichas poblaciones a los servicios de salud.

3.2.4. Fuerzas tecnológicas y científicas (T)

El Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica (Concytec) es la principal fuerza tecnocientífica en el entorno nacional y destaca que diversos países han implementado políticas de fortalecimiento de la infraestructura tecnológica, en virtud del rápido cambio y avance tecnológico. En el caso de China, se cuenta con el Programa de Infraestructura Nacional de Ciencia y Tecnología, cuyo objetivo es fortalecer las capacidades de investigación en los diferentes niveles (básico, aplicado y desarrollo) (*Desarrollo de la ciencia y tecnología en el Perú*, 2019).

La inversión en ciencia, tecnología e innovación ha mostrado un crecimiento sostenido, aunque desde el 2013 ya se mostraban grandes avances. En el 2012 existía una inversión de más de 17 millones de soles; en el 2019, la cifra superaba los 177 millones de soles. Aunque estas cantidades no representan un porcentaje aún significativo, pues equivalen aproximadamente al 0,08% del Producto Bruto Interno (PBI). En los momentos más entusiastas, ha alcanzado el 0,12%. Una cantidad inferior a la inversión existente en países como Colombia (0,25%) o Chile (0,38%). La diferencia se vuelve notable si se compara con el promedio de inversión de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que asignan alrededor

del 2,4% del PBI a la ciencia, tecnología e innovación; por tal motivo, la inversión en ciencia y tecnología en el Perú aún se considera baja (*Desarrollo de la ciencia y tecnología en el Perú*, 2019).

En esa misma línea, Concytec expresa que se hace necesario contar con un número considerable de investigadores y técnicos calificados que formen parte de una masa crítica, para lo cual se hace evidente la importancia de contar con programas de pregrado y posgrado de calidad, e institutos tecnológicos con infraestructura y docentes adecuados. En la actualidad, este número de científicos e investigadores es aún reducido (*Primer censo revela baja inversión en investigación y desarrollo en el Perú*, s. f.).

Al igual que en países desarrollados, es importante la promoción de una política nacional para el desarrollo de la ciencia y tecnología en nuestro país, lo cual debe sostenerse en la implementación de programas inclusivos al alcance de todo estudiante, con acceso igualitario a herramientas educativas sin muchas barreras burocráticas, para fortalecer las capacidades de investigación e innovación, lo cual será de especial importancia en estudiantes de disciplinas vinculadas al sector salud, quienes en un futuro serán parte de los recursos humanos de la salud pública del país (Beca I et al., 2011).

3.2.5. Fuerzas ecológicas y ambientales (E)

En el Perú, las ciudades continúan creciendo en forma rápida y caótica, con problemas ambientales de alto impacto en la población y el entorno. Lo cual ha dado lugar a una gran cantidad de riesgos ambientales, además de hacinamiento. Entre los principales riesgos ambientales se destacan la acumulación de residuos peligrosos, la contaminación del aire a causa de emisiones industriales y vehiculares, la contaminación de los recursos hídricos, la utilización inadecuada de sustancias químicas o radioactivas y los accidentes de tránsito, entre otros. En las poblaciones de

recursos escasos se añade el insuficiente acceso al agua potable, la falta de saneamiento, la contaminación de alimentos con patógenos, las condiciones de vivienda inadecuadas y el riesgo de enfermedades zoonóticas por la presencia de vectores (Zolezzi, 2017).

Por otra parte, las políticas de saneamiento ambiental aún no son claras. Araníbar describe que los establecimientos de salud que cuentan con departamentos de saneamiento ambiental no disponen de un Manual de Organización y Funciones (MOF), por lo que existe desorientación y desorganización de las actividades concernientes al saneamiento. En ese contexto, se presenta un peligro inminente debido a la evacuación de residuos altamente peligrosos como muestras orgánicas descartadas (sangre, esputo, heces, etc.), unidades de sangre y residuos de infectología (hepatitis, sida, tuberculosis, etc.), que algunos establecimientos de salud eliminan sin tratamiento adecuado. Ante la falta de una política clara en residuos peligrosos (hospitalarios), la autoridad sanitaria no realiza el control del manejo de los residuos en los establecimientos de salud (Araníbar, 2015).

El impacto de estos aspectos sobre el estado de salud de las poblaciones expuestas será fundamental en el contexto de la prestación de servicios domiciliarios en PADOMI, y su adecuado control podría mejorar de manera directa o indirecta el estado de salud de las personas.

3.3. Matriz de Evaluación de Análisis Externo (EFE)

En la matriz de análisis externo se mencionan los factores determinantes de éxito sobre la base de las oportunidades y amenazas (D'Alessio Ipinza, 2008). A continuación, se describe la matriz con el peso, valor y ponderaciones de cada componente.

Tabla 2

Matriz EFE

Factores determinantes de éxito	Peso	Valor	Ponderación
Oportunidades			
Intereses nacionales enfocados en garantizar el acceso a servicios de atención en salud de calidad que permitan el desarrollo pleno de las capacidades y derechos de la población, en condiciones equitativas y sostenibles	0.1	4	0.40
Alta demanda insatisfecha creciente de los servicios de atención domiciliario	0.1	3	0.30
Incremento de la expectativa de vida	0.2	3	0.60
Alta concentración poblacional en las zonas donde se ofertan los servicios de PADOMI (Lima y Callao)	0.1	4	0.40
Desarrollo de las tecnologías de la Información (TIC) en el sector salud a nivel nacional	0.05	3	0.15
Mejora de la normatividad nacional para la utilización de sistemas de Telemedicina en la práctica asistencial	0.1	4	0.40
Ley de aseguramiento universal obliga a todo ciudadano a afiliarse a algún régimen de aseguramiento en salud.	0.05	3	0.15
Amenazas			
Inestabilidad política en los últimos 5 años	0.1	2	0.20
Entorno político sin propuestas claras respecto al sector salud	0.05	2	0.10

Baja cantidad de médicos en el país (profesionales en atención domiciliaria)	0.05	2	0.10
Falta de enfoque intercultural en el personal de salud	0.05	3	0.15
Falta de cultura de salud en la población para generar el autocuidado y prevención primaria	0.05	2	0.10
TOTAL	1		3.05

Fuente: Elaboración propia

Un puntaje total ponderado de 3,05 en la matriz EFE indica que PADOMI de EsSalud responde de manera superior al promedio a las condiciones del entorno, aprovechando adecuadamente la mayoría de las oportunidades identificadas y enfrentando de forma aceptable las amenazas externas. Este resultado sugiere que, en términos de factores externos, el programa se encuentra en una posición relativamente fuerte y cuenta con un contexto favorable para el desarrollo de estrategias que potencien su crecimiento y consolidación.

3.4. PADOMI y sus competidores

3.4.1. Rivalidad de los competidores

Los competidores de EsSalud, en el contexto de los sistemas de atención domiciliaria, se encuentran tanto en EsSalud como en el Ministerio de Salud y el sector privado. En EsSalud, el Programa de Control Post Hospitalario Especializado – COPHOES Paliativo ofrece un manejo multidisciplinario para la atención y cuidado de pacientes que requieren cuidados al final de la vida, además de trabajar aspectos como el alivio-terapia del dolor y el apoyo psicológico. El servicio especializado del COPHOES es brindado a los pacientes que estén adscritos a la Red Prestacional Rebagliati de EsSalud, hospitalizados en el mencionado nosocomio, con enfermedades oncológicas terminales y que se encuentren en situación de postración.

Se debe destacar el prestigio de la plana médica perteneciente a la Red Rebagliati, además de que la calidad y calidez de la atención forma parte de los principios básicos de este sistema. Dado que las atenciones se brindan solo a la Red Rebagliati y que la sede de operaciones de COPHOES se encuentra en el mismo hospital, se puede considerar que esta se encuentra en una ubicación estratégica. La afiliación al programa la determina el médico que atiende al paciente. Este es un competidor directo de PADOMI que depende de otra estructura organizacional dentro del mismo sistema de salud y cuyos servicios son complementarios a los hospitalarios. Frente a tal contexto, PADOMI ofrece servicios de hospitalización en casa y laboratorio propio, además de estar dirigido a una población específica que requiere servicios domiciliarios. En el futuro será importante la coordinación de ambos servicios en beneficio de la población asegurada.

Otro competidor es ADAMO, perteneciente al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC) y al Gobierno Regional del Callao. Su atención está dirigida al adulto mayor con enfermedades crónicas y al paciente oncológico. Sus atenciones se basan en consultas médicas de atención primaria, atención paliativa y el tratamiento de algunas neoplasias hematológicas. Los pacientes son captados en el HNDAC y los servicios son complementarios a la atención médica especializada a nivel intrahospitalario. Se cuenta con las especialidades médicas de oncología y hematología. La atención paliativa es brindada por médicos especialistas en cuidados paliativos y médicos generales previamente capacitados.

Este sistema trabaja con el Seguro Integral de Salud (SIS) y con el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) como entes financiadores, además de tener el apoyo y sustento del Gobierno Regional del Callao. Todo el proceso de atención es completamente gratuito. Este competidor de PADOMI atendería fundamentalmente a población no afiliada a EsSalud; sin

embargo, sus servicios en cuanto a medicina paliativa y manejo de enfermedades crónicas están alineados con lo brindado por EsSalud en PADOMI.

A nivel primario, AUNA cuenta con un sistema de atención domiciliaria. Esta es la primera compañía de salud en el Perú en recibir la certificación NEWPALEX como equipo excelente de cuidados paliativos de nivel domiciliario, ambulatorio y hospitalario. La institución internacional sin fines de lucro New Health Foundation ha destacado en la certificación los procesos, el compromiso y el profesionalismo del equipo de colaboradores de Atención Domiciliaria AUNA en la mejora de la calidad de vida y el bienestar de las personas con enfermedades avanzadas, así como de sus familiares.

Sus principales recursos han sido el seguimiento presencial y las atenciones remotas por sistemas de telemedicina. AUNA brinda atenciones domiciliarias especialmente a población afiliada a sistemas de seguros privados como Pacífico y Rímac EPS, por lo que tiene una gran fortaleza financiera. Mucha población asegurada que cuenta de manera simultánea con un seguro privado tiene la potestad de elegir entre ambos sistemas; sin embargo, la oferta de servicios de PADOMI es mucho más amplia en términos comparativos.

3.4.2. PADOMI y sus referentes

En Chile, se cuenta con un programa de atención domiciliaria denominado Programa de Atención Domiciliaria a Pacientes con Dependencia Severa (PADDS). Está dirigido a todas aquellas personas que sufran algún grado de dependencia física, psíquica o multidéficit, según el índice de Barthel (instrumento de valoración). Busca, además, preparar a las familias que cuidan a este tipo de pacientes, entregando acciones de salud integrales, cercanas y con énfasis en la persona, su familia y entorno, considerando aspectos curativos, preventivos y promocionales, con enfoque familiar y de satisfacción usuaria, para mejorar así su calidad de vida.

Los beneficiarios son los afiliados al Fondo Nacional de Salud (FONASA), programa de seguros de salud del Gobierno de Chile, creado el 11 de julio de 1979 por el Decreto Ley N.° 2.763. Este es el ente financiero encargado de recaudar, administrar y distribuir los dineros estatales destinados a salud en Chile, siendo una de sus funciones financiar las prestaciones de salud de sus beneficiarios (el 7% de los ingresos imponibles en salud), por lo que cuenta con fortaleza financiera. Las atenciones domiciliarias en este sistema de salud se vienen realizando desde el año 1930, incorporando experiencia de los médicos y prestigio en el manejo de los pacientes que requieren cuidados paliativos.

En Colombia, en la ciudad de Bogotá, actualmente se implementan servicios de atención domiciliaria en algunas aseguradoras e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) privadas, como las de la Organización Sanitas Internacional, en la cual se lleva a cabo el Programa de Hospitalización Domiciliaria (PHD), que tiene como objetivo el acompañamiento al paciente en su proceso de recuperación al regresar a su domicilio. Este programa define tres tipos de pacientes: agudos, con discapacidades y al final de la vida. Algunos de los servicios ofrecidos son: un equipo asistencial conformado por médico y enfermera profesional que realiza las visitas a los pacientes, terapias domiciliarias, suministro de medicamentos y material médico quirúrgico, fototerapia, cuidados paliativos, soporte nutricional y servicios de ambulancia en caso de urgencias médicas, entre otros. Estos programas incorporan una plana médica prestigiosa y han implementado sistemas de telemedicina para el seguimiento de pacientes.

En España, la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP) constituye el Grupo de Trabajo de Atención a la Cronicidad y, en él, se propone la atención domiciliaria (ATDOM) como una línea estratégica de trabajo, constituyéndose un grupo de trabajo permanente que tiene como tarea, por un lado, valorar esta modalidad de atención y,

por otro, trabajar políticas de *benchmarking* entre las diferentes experiencias de las comunidades autónomas.

De esta manera, la atención domiciliaria en España está implementada en las diferentes comunidades autónomas y sus servicios van desde las atenciones primarias domiciliarias, hasta consultas y hospitalización domiciliaria. El proceso de atención domiciliaria está estructurado sobre la base de protocolos basados en evidencia. La financiación de dichos servicios se lleva a cabo a partir de fondos de las diferentes comunidades autónomas. Existe una coordinación entre los sistemas hospitalarios y los sistemas de hospitalización domiciliaria. Las consultas médicas son llevadas a cabo especialmente por médicos especialistas en medicina familiar y se cuenta con médicos paliativistas en situaciones en las cuales se requiera de su participación. Este es uno de los referentes mundiales de atención domiciliaria y el sistema sirve de modelo para implementarse en otras localidades.

Tabla 3

Matriz de Perfil Comparativo MPC

		PADOMI		COPOHES (EsSalud)		ADAMO (HNDAC)		AUNA	
	Peso	**Valor**	**Ponderación**	**Valor**	**Ponderación**	**Valor**	**Ponderación**	**Valor**	**Ponderación**
Prestigio y reputación de la plana médica	20	4	0.8	4	0.8	4	0.8	4	0.8
Calidad y calidez en el servicio	15	4	0.6	3	0.45	4	0.6	4	0.6
Ubicación estratégica	15	3	0.45	4	0.6	4	0.6	4	0.6
Accesibilidad (Atención a toda la población)	10	3	0.3	4	0.4	3	0.3	4	0.4
Protocolos de atención basados en evidencia científica	10	4	0.4	3	0.3	3	0.3	4	0.4
Uso de sistemas de teleconsulta	10	4	0.4	4	0.4	4	0.4	4	0.4
Atención de diversas especialidades	5	4	0.2	4	0.2	3	0.15	4	0.2
Respaldo político y social	5	4	0.2	4	0.2	3	0.15	3	0.15
Infraestructura adecuada para brindar los servicios	5	3	0.15	4	0.2	3	0.15	4	0.2
Fortaleza financiera	5	3	0.15	4	0.2	3	0.15	4	0.2
Total	**100**		**3.65**		**3.75**		**3.6**		**3.95**

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4

Matriz de Perfil Referencial MPR

		PADOMI		PADDS (Chile)		PHD (Colombia)		FAECAP (España)	
	Peso	**Valor**	**Ponderación**	**Valor**	**Ponderación**	**Valor**	**Ponderación**	**Valor**	**Ponderación**
Prestigio y reputación de la plana médica	20	4	0.8	4	0.8	4	0.8	4	0.8
Calidad y calidez en el servicio	15	4	0.6	4	0.6	3	0.45	4	0.6
Ubicación estratégica	15	3	0.45	3	0.45	4	0.6	4	0.6
Accesibilidad (Atención a toda la población)	10	3	0.3	4	0.4	4	0.4	4	0.4
Protocolos de atención basados en evidencia científica	10	4	0.4	4	0.4	4	0.4	4	0.4
Uso de sistemas de teleconsulta	10	4	0.4	4	0.4	4	0.4	3	0.3
Atención de diversas especialidades	5	4	0.2	3	0.15	4	0.2	4	0.2
Respaldo político y social	5	4	0.2	3	0.15	3	0.15	3	0.15
Infraestructura adecuada para brindar los servicios	5	3	0.15	4	0.2	4	0.2	4	0.2
Fortaleza financiera	5	3	0.15	4	0.2	3	0.15	3	0.15
Total	**100**		**3.65**		3.75		3.75		3.8

3.5 Resumen

El capítulo 3 desarrolla el análisis estratégico externo e interno del PADOMI de EsSalud usando marcos de planeamiento estratégico y comparación internacional. En primer lugar, aplica el análisis tridimensional de Hartmann para revisar cómo los intereses nacionales, el potencial nacional y los principios cardinales se vinculan con el desarrollo de la atención domiciliaria, incorporando ejemplos de Colombia, Chile y Uruguay que han fortalecido programas de visitas y hospitalización domiciliaria, telemedicina y cuidados paliativos como referentes para el Perú. Luego, mediante el análisis PESTE, examina las fuerzas políticas (crisis e inestabilidad, AUS), económicas (crecimiento desacelerado pero con necesidad de mayor protección social), sociales y culturales (diversidad étnica, barreras interculturales y desigualdades), tecnológicas (baja inversión en I+D, pero avance de TIC y telesalud) y ecológico-ambientales (riesgos urbanos,

saneamiento deficiente), mostrando cómo estos factores condicionan la expansión y descentralización de PADOMI.

Finalmente, el capítulo construye la matriz EFE, donde PADOMI obtiene un puntaje ponderado de 3,05, lo que indica una posición externa favorable al aprovechar bien oportunidades como el envejecimiento poblacional, la alta demanda insatisfecha de atención domiciliaria, la concentración de asegurados en Lima y Callao y el marco normativo de telemedicina, a la vez que enfrenta con dificultad moderada amenazas como la inestabilidad política, la escasez de médicos y la falta de cultura de salud en la población. También analiza a PADOMI frente a competidores directos (COPHOES, ADAMO, AUNA) y referentes internacionales (PADDS en Chile, programas de hospitalización domiciliaria en Colombia y la red ATDOM en España), destacando que, aunque existen programas avanzados en la región y Europa, PADOMI posee un amplio portafolio de servicios y un entorno externo que, bien gestionado, puede favorecer su consolidación y mejora continua.

Capítulo IV: Evaluación Interna

4.1. Análisis interno AMOFHIT

La valoración de los recursos con los cuales dispone PADOMI se realizó utilizando el análisis AMOFHIT, que describe un conjunto de áreas funcionales que se detallan a continuación (D'Alessio Ipinza, 2008).

4.1.1. Administración y gerencia (A)

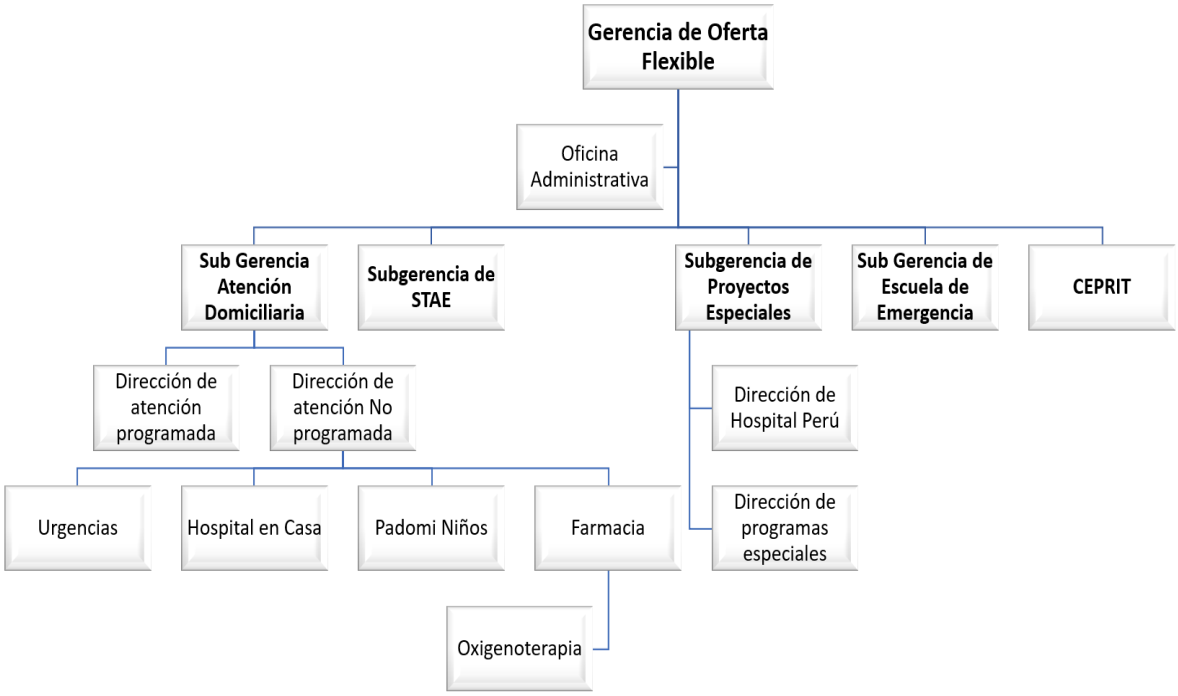
PADOMI forma parte de EsSalud, adscrita al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, y se dirige desde su Presidencia Ejecutiva y el Consejo Directivo. De este nivel parte la Gerencia General, que comprende la Gerencia Central de Atención al Asegurado, la Gerencia Central de Gestión de las Personas, la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, la Gerencia Central de Gestión Financiera, la Gerencia Central de Logística, la Gerencia Central de Asesoría Jurídica, la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones, la Gerencia Central de Proyectos de Inversión, la Gerencia Central de Promoción y Gestión de Contratos e Inversiones, la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad y la Gerencia Central de Operaciones. Desde la Gerencia Central de Operaciones parten la Gerencia de Oferta Flexible, las redes asistenciales (provincias) y la Gerencia de Procura y Trasplante.

PADOMI se administra a partir de la Gerencia de Oferta Flexible, en la Subgerencia de Atención Domiciliaria. Esta subgerencia tiene dos unidades orgánicas: la Dirección de Atención Programada y la Dirección de Atención No Programada. La Dirección de Atención No

Programada se compone de los servicios de Urgencias, Hospital en Casa, PADOMI Niños y Farmacia. A pesar de la articulación con otras redes prestacionales, la afiliación a PADOMI implica la pérdida de la red prestacional.

Ilustración 7

Organigrama



Fuente: Extraído de la entidad.

4.1.2. Marketing y ventas (M)

PADOMI brinda servicios de atención domiciliaria basados en atenciones programadas y no programadas. Las atenciones programadas tienen por finalidad brindar, según un plan de cuidados, una atención integral y oportuna al asegurado, poniendo a su disposición los diferentes servicios de las IPRESS de EsSalud y fomentando el trabajo en equipo, donde la coordinación entre los profesionales de la salud es pieza clave para el logro de los objetivos. Se cuenta con un directorio de pacientes PADOMI para el suministro de las atenciones.

a) Atención programada. En el proceso de atención programada participa el médico de cabecera, quien registra el proceso de atención en la historia clínica del paciente. Se trabaja de manera coordinada con el personal de enfermería y se cuenta con un servicio de transporte para optimizar el uso de la hora médico. Luego de la valoración clínica se establece un plan de cuidado para evaluar los progresos del paciente. Todas las indicaciones se explican al paciente y al familiar cuidador, a quienes se les proporciona la documentación referida a recetas u órdenes para la realización de exámenes de apoyo al diagnóstico. Se cuenta, a la vez, con servicios de enfermería, terapistas físicos, rayos X portátil, electrocardiograma y ecocardiografía Doppler.

b) Atención no programada. La atención no programada está constituida por servicios de Urgencias, Hospital en Casa, PADOMI Niños y Farmacia.

- Servicios de Urgencia: Posibilitan que los usuarios de PADOMI reciban atención prehospitalaria en su domicilio en caso de urgencia o sean trasladados a una IPRESS cercana, con capacidad resolutiva necesaria, si se encuentran en situación de emergencia. Al respecto, se integran los servicios que actualmente son brindados por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias Nacional (CRUEN), el Sistema de Transporte Asistido de Emergencia (STAE) y el Hospital en Casa de PADOMI, optimizando los recursos disponibles y facilitando su articulación.
- Hospital en Casa: Permite la atención domiciliaria de patologías que requieren de un manejo hospitalario luego de la valoración por los servicios de urgencias. Este sistema se encuentra en implementación e inicialmente se ha enfocado en patologías como neumonía e infección del tracto urinario; sin embargo, su aplicación se piensa extender hasta el ámbito de cuidados paliativos en pacientes con enfermedades terminales.

- PADOMI Niños: Proporciona atención médica a niños menores de 14 años que presenten síntomas como fiebre, dolor de garganta, congestión nasal, malestar general, dolor de oído, diarrea y otros malestares de menor complejidad. La atención es brindada por un médico general o por médicos pediatras.
- Farmacia: La finalidad de este servicio es entregar, de manera oportuna y en las cantidades requeridas, los medicamentos prescritos por el médico de cabecera, a fin de lograr la efectividad del tratamiento establecido. La dispensación se realiza en las farmacias de las IPRESS de adscripción. Actualmente se viene implementando la dispensación de medicamentos a domicilio, mediante la cual se envían los medicamentos al domicilio del paciente, de forma mensual. La farmacia, a la vez, se encarga de prestar el servicio de oxigenoterapia a domicilio.

Para la difusión de los servicios de PADOMI, se dispone de canales de comunicación tales como la página web institucional (www.essalud.gob.pe). En esta plataforma se difunden noticias, comunicados, notas de prensa, boletines, videos y memorias institucionales. Esta área está dirigida por la Oficina de Imagen de EsSalud y puede considerarse una herramienta de marketing; sin embargo, la plataforma es de uso institucional general, por lo que no es de uso exclusivo de PADOMI.

4.1.3. Operaciones y logística. Infraestructura (O)

PADOMI se encuentra ubicado en la Av. Arenales 1302; a su sede se le denomina Complejo Arenales, desde donde se dirigen todos los aspectos administrativos involucrados en el sistema de atención domiciliaria. En términos físicos, en el Complejo Arenales, la oficina 213 corresponde a la Subgerencia de Atención Domiciliaria. Las atenciones programadas se coordinan desde la oficina 216 y las atenciones no programadas desde la oficina 214.

Para llevar a cabo los procesos de atención programada y no programada se cuenta con unidades de transporte. En estas unidades de transporte, tanto el médico como la enfermera son trasladados en el contexto de atenciones programadas; se cuenta actualmente con 30 unidades de transporte para las atenciones programadas. Para las atenciones no programadas se dispone de 30 unidades móviles para la atención de pacientes, de las cuales 20 son para el programa de Hospitalización en Casa y 10 para la atención de urgencias. No se dispone de unidades propias para el traslado de pacientes; sin embargo, se articula con el sistema de CRUEN.

Para los exámenes auxiliares, se cuenta con laboratorio propio físico para exámenes básicos. Para la dispensación de medicamentos, se cuenta con una farmacia física en el Complejo Arenales y con un sistema de entrega a domicilio denominado PADOMI Delivery.

4.1.4. Finanzas y contabilidad (F)

PADOMI, al formar parte de EsSalud como institución, lleva el manejo de finanzas y contabilidad a partir de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto (GCPP). Esta gerencia se estructura en cinco gerencias:

- Gerencia de Planeamiento Corporativo, con la Subgerencia de Planeamiento y la Subgerencia de Control y Evaluación de la Gestión.
- Gerencia de Presupuesto, con la Subgerencia de Proceso Presupuestal y la Subgerencia de Costos.
- Gerencia de Planificación y Evaluación de Inversiones, con la Subgerencia de Planificación de Inversiones y la Subgerencia de Evaluación de Inversiones.
- Gerencia de Organización y Procesos, con la Subgerencia de Organización y la Subgerencia de Procesos.

- Gerencia de Gestión de la Información, con la Subgerencia de Estadística y la Subgerencia de Análisis y Estudios.

Desde la GCPP se aprueba el presupuesto institucional y, para la Gerencia de Oferta Flexible (GOF), se establece un Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) con posibilidades de reajuste de acuerdo con los ingresos de la institución. La GOF recibe 5 793 036,00 soles y se dispone de un presupuesto adicional para PADOMI Delivery de 1 320 000,00 soles.

Tabla 5

Presupuesto Inicial Detallado de la Gerencia de Oferta Flexible, 2021

PIA 2020		
Gerencia de. Oferta Flexible-Despacho	S/	5’793,036.00
SGAD	S/	105’243,995.00
PADOMI Delivery	S/	1’320,000.00
STAE	S/	36’780,597.00
SGEE	S/	1’662,342.00
SGPE	S/	3’441,091.00
Hospital PERU	S/	9’373,395.00
Programas Especiales	S/	3’970,784.00
CEPRIT	S/	2’463,551.00
CRUEN	S/	655,612.00
TOTAL	**S/**	**170’704,403.00**

Fuente: Elaboración propia.

4.1.5. Recursos humanos (H)

Los recursos humanos de PADOMI, como parte de la Gerencia de Oferta Flexible, pueden dividirse en personal administrativo y personal asistencial. El personal administrativo comprende

a médicos gestores, epidemiólogos y administradores, así como secretarias y auxiliares. El personal asistencial comprende a personal médico y no médico. El personal médico involucra médicos generales, geriatras o médicos internistas, quienes son responsables de las atenciones programadas y no programadas. El personal de enfermería acompaña y sirve de apoyo al médico de cabecera, además de encargarse de la administración de medicamentos por vía parenteral.

La Dirección de Atención No Programada cuenta actualmente con un total de 490 personas entre médicos y enfermeras (Tabla 6). Los servicios se distribuyen en los programas de Hospital en Casa (HEC), Urgencias y PADOMI Niños.

Tabla 6

Recursos Humanos de la Dirección de Atención Domiciliaria no Programada (DADNP)

		Personal de Planta			Actividad				
OFERTA ACTUAL	**Area**	**728**	**1057**	**CAS-COVID**	**Remoto**	**Desplazamiento**	**D.S. 094-2020**	**LEY N° 26644**	**Presencial**
Médicos generales	HEC	-	-	21	-	1	-	-	20
Médicos especialistas		3	17	4	3	3	-	1	17
Enfermeras		-	-	53	4	4	-	-	45
Médicos generales	Urgencias	23	7	5	5	2	-	-	28
Médicos especialistas		19	9	11	6	2	1	-	30
Enfermeras		41	-	19	4	1	-	-	55
Técnica de enfermería		1	-	-	-	-	-	-	1
Médicos generales	PADOMI-niños	-	-	-	-	-	-	-	-
Médicos especialistas		-	9	3	2	-	-	-	10
Total		**87**	**42**	**116**	**24**	**13**	**1**	**1**	**206**

Fuente: Elaboración propia basada en datos de la entidad.

La Dirección de Atención Programada cuenta actualmente con un total de 644 personas entre médicos generales, geriatras, hematólogos y enfermeras (Tabla 7). Los servicios se

distribuyen en cuanto a programas de teleconsulta, telemonitoreo, visitas domiciliarias, laboratorio, radiología y consultas adicionales.

Tabla 7

Recurso Humano de la Dirección de Atención Domiciliaria Programada

		Personal de planta				Actividad	
Oferta actual	Área	728	Cas	Cas-covid	Remoto	Presencial	Desplazados
Médicos generales	Teleconsulta	31	1	13	31	14	0
	Telemonitoreo	35	10	0	45	0	0
	Visita	42	9	10	0	52	9
Médicos geriatras	Teleconsulta	6	5	0	11	0	0
	Visita	5	2	0	0	7	0
Hematólogo	Teleconsulta	1	0	0	1	0	0
	Visita	0	0	0	0	0	0
Otras consultas	Teleconsulta	53	4	0	57	0	0
	Visita	20	13	0	0	33	0
	Laboratorio	2	0	0	1	1	0
	Radiología	3	0	0	1	0	2
Enfermeras	Telemonitoreo	5	0	0	5	0	0
	Visita	44	0	8	0	52	0
Total		**247**	**44**	**31**	**152**	**159**	**11**

Fuente: Elaboración propia

El personal administrativo en el contexto de la farmacia PADOMI también abarca a personal técnico y químico-farmacéutico y suma un total de 63 personas, incluyendo 3 químicos farmacéuticos y 15 técnicos de farmacia.

Tabla 8

Recursos humanos de Farmacia-PADOMI

		Personal de planta			Actividad	
Oferta actual	**Área**	**728**	**1057**	**Snp**	**Remoto**	**Presencial**
Técnico en farmacia	Farmacia	15	2	23	-	40
Químico farmacéutico	Farmacia	3	-	2	-	5
Digitador administrativo	Farmacia	4	-	13	1	16
Digitador asistencial	Farmacia	-	1	-	-	1
Operador de consola	Farmacia	1	-	-	-	1
Total		**23**	**3**	**3**	**1**	**63**

Fuente: Elaboración propia

4.1.6. Sistemas de información y comunicaciones (I)

Como sistema de información, PADOMI dispone de canales de comunicación tales como la página web institucional (www.essalud.gob.pe). En esta plataforma se difunden noticias, comunicados, notas de prensa, boletines, videos institucionales y memorias institucionales. Si bien existe una plataforma web institucional informativa, esta aún no difunde adecuadamente los servicios de los cuales dispone PADOMI ni el modo de inscripción. Es importante mencionar que PADOMI actualmente dispone de un sistema de inscripción en línea.

Desde 2021, PADOMI se ha integrado al sistema EsSI, que es un sistema informático para historias clínicas en línea. El personal de PADOMI aún se halla en proceso de adaptación a esta nueva tecnología y en muchos casos se presentan dificultades para su uso. De la misma manera, una limitante del sistema es que no permite la utilización de geolocalización en el momento de las atenciones programadas, lo cual facilitaría el flujo de consultas. Si bien actualmente las consultas se llevan a cabo de manera electrónica, una limitante importante es la implementación de la firma digital en el proceso de atención, lo cual se dificulta en el contexto del uso de tabletas con sistemas Android.

4.1.7. Tecnología e investigación y desarrollo (T)

Las tecnologías de la información vienen desempeñando un papel fundamental en el desempeño de las actividades asistenciales con la implementación de los sistemas de telemedicina. EsSalud cuenta actualmente con un centro de telemedicina con capacidad de brindar teleconsultas a distancia a nivel nacional, lo que permitirá que los asegurados tengan mayor oportunidad de atención.

Por su parte, EsSalud cuenta con el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI). Este órgano de la institución agrupa a un conjunto de profesionales que, entre sus labores, incluye la valoración de la mejor evidencia existente para la prestación de servicios de salud. PADOMI, en su articulación con IETSI, ha elaborado documentos para el manejo domiciliario de patologías como neumonía e infección del tracto urinario. En tal sentido, se evidencia el compromiso de PADOMI por mantener un manejo basado en evidencia.

4.2. Matriz de evaluación de factores internos (MEFI)

La matriz de evaluación de factores internos se estructura en nueve fortalezas y seis debilidades, tal como se enuncia a continuación.

Tabla 9

Matriz MEFI

Factores internos clave	Peso	Valor	Ponderación
Fortalezas			
Atención domiciliaria enfocada en abordaje por equipo multidisciplinario	0.10	4	0.4
Base integrada de datos de los pacientes afiliados a PADOMI	0.05	4	0.2

Exámenes diagnósticos y farmacia a domicilio.	0.05	4	0.2
Internamiento domiciliario	0.10	4	0.4
Call-Center propio	0.05	4	0.2
Integración al EsSI (sistema de historias en línea)	0.05	3	0.15
Médicos asignados por zona geográfica	0.05	4	0.2
Protocolos de atención basados en evidencia científica	0.05	4	0.2
Implementación de interconsultas por telemedicina con médicos especialista	0.05	4	0.2
Debilidades			
Insuficiente cantidad de personal asistencial con respecto a la demanda	0.10	2	0.2
Considerable cantidad de pacientes de PADOMI que no cumplen con criterios de selección institucionales.	0.05	2	0.1
Inadecuado sistema de difusión sobre los servicios y el modo de inscripción de PADOMI	0.05	2	0.1
Falta de infraestructura descentralizada	0.10	1	0.05
Falta de unidades móviles propias para el traslado de pacientes	0.05	2	0.1
Falta de Interoperabilidad entre los de sistemas tecnológicos para la programación y asignación de visitas domiciliarias	0.05	1	0.05
TOTAL	1		2.85

Fuente: Elaboración propia

4.3 Resumen

El capítulo 4 describe el análisis interno de PADOMI mediante el modelo AMOFHIT y la matriz MEFI, mostrando cómo se organiza y con qué recursos cuenta el programa. Se detalla primero la estructura administrativa de EsSalud y la ubicación de PADOMI dentro de la Gerencia de Oferta Flexible, así como sus unidades de atención programada y no programada (Urgencias, Hospital en Casa, PADOMI Niños y Farmacia), los procesos de atención y la forma en que se difunden los servicios. Luego se presentan las operaciones, infraestructura física en el Complejo Arenales, el parque de unidades móviles, laboratorio y farmacia con delivery, el esquema de financiamiento asignado a la Gerencia de Oferta Flexible, y la dotación de recursos humanos en atención programada, no programada y farmacia, resaltando el rol de equipos multidisciplinarios.

El capítulo también analiza los sistemas de información (uso de la web institucional, integración al sistema EsSI y sus limitaciones en geolocalización y firma digital) y el soporte de telemedicina e investigación a través del IETSI, que permite elaborar protocolos de manejo domiciliario basados en evidencia. Finalmente, mediante la matriz MEFI se identifican nueve fortalezas (como atención domiciliaria multidisciplinaria, internamiento en casa, call center propio, base de datos integrada, protocolos basados en evidencia e interconsultas por telemedicina) y seis debilidades (insuficiencia de personal asistencial, problemas de difusión, falta de infraestructura descentralizada, carencia de unidades móviles para traslado e interoperabilidad limitada), obteniéndose un puntaje total de 2,85 que indica una posición interna moderadamente fuerte, con capacidades importantes pero también con brechas estructurales que deben abordarse.

Capítulo V: Intereses de la Organización y Objetivos de Largo Plazo

5.1. Intereses de PADOMI

En esta sección se formularán y establecerán los intereses de PADOMI y los objetivos a largo plazo, así como las estrategias que podrían llevar al éxito del sector en el futuro (D'Alessio Ipinza, 2008).

Sobre la base de los análisis interno y externo previamente establecidos, es posible identificar los intereses del sector. Estos son:

- Garantizar servicios de atención domiciliaria que permitan el acceso a servicios de salud de calidad que posibiliten el desarrollo pleno de las capacidades y derechos de la población, en condiciones equitativas y sostenibles.
- Ofertar servicios que coberturen adecuadamente la demanda de servicios de atención domiciliaria ante el aumento de población adulta mayor en zonas como Lima y Callao.
- Capacitar al personal para el uso de los sistemas electrónicos: teleconsulta, telemedicina e historia clínica electrónica.
- Brindar servicios que hagan uso de tecnologías de la información, como telemedicina y teleconsulta.
- Generar mecanismos para garantizar la continuidad de los servicios de atención domiciliaria de PADOMI ante las crisis económicas, sanitarias y sociales.
- Brindar servicios de salud con enfoque intercultural, teniendo en cuenta la diversidad social en el contexto nacional.
- Atender a la población asegurada con un equipo multidisciplinario, brindando servicios de atención domiciliaria, internamiento domiciliario, médicos de cabecera, manejo basado en evidencia y servicios auxiliares para la atención domiciliaria.

- Mejorar los sistemas de difusión sobre los servicios y el modo de inscripción de PADOMI.
- Mejorar los aspectos logísticos de PADOMI, con énfasis en infraestructura descentralizada.

5.2. Potencial de PADOMI

Para analizar el potencial del sector se consideran cinco de los siete dominios: demográfico, geográfico, económico, tecnológico-científico e histórico-psicológico-sociológico. Ello permite determinar los factores de fortaleza y debilidad que influyen en el desarrollo de PADOMI.

5.2.1. Demográfico

De acuerdo con las proyecciones realizadas por el INEI, para el año 2050 la esperanza de vida de los peruanos será de 79,3 años, comparados con 43,2 años en 1950 (Instituto Nacional de Estadística e Informática, s. f.-b).

Como se ha observado en el Capítulo III, a 2012 existe una mayor concentración de población adulta mayor en Lima y Callao. Si se adiciona a esta situación que la esperanza de vida de la población es cada vez mayor, se obtiene un potencial para desarrollar servicios de atención domiciliaria que solucionen las necesidades de una población cada vez más grande, más informada y más exigente, que no solo busca atender sus problemas de salud, sino también atención de calidad y con calidez.

De acuerdo con un estudio realizado por McKinsey, los pacientes están cada vez más dispuestos a cambiar de un centro de salud a otro por variables que no son médicas, es decir, aspectos relacionados con un mejor servicio, como recibir información oportuna y detallada sobre

sus enfermedades, puntualidad en la atención de citas y asistencia personalizada (Grote, Newman, & Sutaria, 2007).

En ese sentido, el sistema de salud público tiene la responsabilidad y el compromiso de ofrecer un servicio acorde con lo que los pacientes requerirán en un futuro, salvaguardando los derechos humanos fundamentales y la Ley General de Salud.

5.2.2. Geográfico

La costa es la región del país con la mayor concentración poblacional y es donde se concentran los servicios de salud. A nivel geográfico, EsSalud distribuye su atención por macrorregiones: Lima, Norte, Sur, Centro y Oriente. En Lima se concentra la mayor población de asegurados, con 3 410 229 asegurados. Dada la alta concentración demográfica en Lima y Callao, existe un potencial de desarrollo en términos de que la oferta aborde una alta demanda de servicios por parte de la población asegurada en función de la geografía.

5.2.3. Económico

De acuerdo con el Banco Mundial y diversos análisis económicos recientes sobre el impacto de la COVID-19 en el Perú, los hogares peruanos han experimentado una de las mayores pérdidas de empleo e ingresos en América Latina, lo que ha afectado de manera importante el consumo y la capacidad de gasto en salud (Baanante & Ñopo, 2020; Seminario, 2021). Las pérdidas de empleo y la aversión al riesgo de contagio afectaron el consumo, mientras que la incertidumbre sigue dificultando la recuperación del sector privado y plantea retos significativos para la sostenibilidad financiera de los servicios de salud, incluidos los servicios de atención domiciliaria.

5.2.4. Tecnológico y científico

La pandemia por COVID-19 propició el desarrollo de tecnologías de la información (TIC) para la atención de pacientes a través de la telemedicina y la teleconsulta. Estas tecnologías han sido reguladas progresivamente; así, en 2020 se publicó el D. L. N.° 1490, que fortalecía los alcances de la telesalud. En el contexto de EsSalud, se aprobó la Directiva de Gerencia General N.° 12-GCPSESSALUD-2020 v0.1, *Telemedicina en pacientes con enfermedad crónica o continuador en EsSalud*, y se ha implementado el servicio de consultas a distancia con la participación de médicos que atienden remotamente casos de pacientes, especialmente para continuar con la atención de aquellos con enfermedades crónicas. Los servicios de atención de pacientes a distancia se coordinan a través del Centro Nacional de Telemedicina (CENATE) de EsSalud.

El desarrollo tecnológico y científico generado en el contexto de la pandemia por COVID-19 ha dado lugar a un potencial significativo para PADOMI en este ámbito, al facilitar la práctica asistencial domiciliaria apoyada en TIC.

5.2.5. Histórico-psicológico-sociológico

La trascendencia histórica del seguro social EsSalud es un aspecto crítico que debe considerarse en términos políticos y sociales, ya que su continuidad y desarrollo progresivo para atender las necesidades de los asegurados será un reflejo de la eficiencia estatal. El crecimiento continuo de esta institución ha reflejado la solidez política y su continuidad a lo largo de la historia republicana. Ello brinda un apoyo potencial a la continuidad de sistemas que forman parte del seguro social, tales como PADOMI.

5.3. Principios cardinales

5.3.1. Influencia de terceras partes

Diversos sectores y entidades públicas y privadas influyen en PADOMI y en su proceso de planeamiento estratégico y determinación de objetivos a largo plazo, siendo los más importantes el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía y Finanzas. Entidades privadas como la Asociación de Clínicas Privadas (ACP) también son relevantes y deben ser consideradas en la evaluación de factores.

5.3.2. Lazos pasados y presentes

El presente de PADOMI se ha forjado en un pasado caracterizado por prestaciones orientadas a un porcentaje reducido de la población y de calidad variable. Para 2021, muestra un sector en franco crecimiento, caracterizado por una orientación a promover altos estándares de calidad, incorporación de profesionales competentes y fuerte inversión en infraestructura y adquisición de equipos de última generación. Durante el último año se ha dado una implementación rápida de nuevas tecnologías que hacen más eficiente el proceso de atención.

5.3.3. Contrabalance de los intereses

En PADOMI existen intereses comunes orientados a mejorar la salud de los peruanos, empleando criterios de universalidad con equidad. La búsqueda del incremento de rentabilidad genera intereses contrapuestos entre las partes involucradas en la gestión de la salud. Por ejemplo, las EPS buscan brindar a sus clientes (pacientes) mejores condiciones relacionadas con menores pagos o mayores coberturas.

5.3.4. Conservación de los enemigos

Los principales enemigos del sector salud público en Lima han sido la situación económica del país, la inestabilidad política en los últimos 5 años y la falta de un marco regulatorio estable que permita realizar mejoras sostenidas en el sector.

5.4. Matriz de intereses de PADOMI

Los intereses organizacionales son los fines que la organización intenta alcanzar para tener éxito en el sector (D'Alessio, 2008). La matriz de intereses del sector, presentada en la Tabla 10, reúne los aspectos más importantes del análisis externo, los cuales ayudarán a que la visión trazada se haga realidad. Para ello se plantean los intereses del sector, ya sean intereses comunes u opuestos, clasificados de acuerdo con el nivel de intensidad del interés: (a) vital, (b) importante o (c) periférico.

Tabla 10

Intereses PADOMI

Interés	Vital (Peligroso)	Importante (Serio)	Periférico (Modesto)
Ofertar servicios que coberturen adecuadamente la demanda de servicios de atención domiciliaria ante el aumento de población adulta mayor en zonas como Lima y Callao	Sector privado	Hospitales de la solidaridad	MINSA = Hospitales FFAA
Brindar servicios que hagan uso de tecnologías de la información como telemedicina y teleconsulta.	Sector privado	Hospitales de la solidaridad	MINSA = Hospitales FFAA
Generar mecanismos para garantizar la continuidad de los servicios de atención domiciliario de PADOMI ante las crisis económicas, sanitarias y sociales.	Sector privado	Hospitales de la solidaridad	MINSA = Hospitales FFAA
Brindar servicios de salud con enfoque intercultural teniendo en cuenta la diversidad social en el contexto nacional.	Sector privado	Hospitales de la solidaridad	MINSA = Hospitales FFAA
Influenciar a las entidades regulatorias para que implementen normativas que impidan la venta sin receta médica en farmacias y/o boticas, para reducir la automedicación	Sector privado	Hospitales de la solidaridad	MINSA = Hospitales FFAA

Fuente: Elaboración propia.

5.5. Objetivos a largo plazo

Los objetivos a largo plazo representan los resultados que la organización espera alcanzar luego de implementar las estrategias externas (D'Alessio, 2008). Los objetivos a largo plazo deben estar alineados con la visión del sector:

"Atender de manera integral las necesidades de salud de la población asegurada con necesidades de atención domiciliaria, a fin de lograr su bienestar físico, funcional, mental y social, promoviendo una adecuada calidad de vida".

5.5.1 Primer objetivo a largo plazo

Garantizar que, al año 2030, el 100% de los pacientes inscritos en PADOMI a nivel nacional cumplan estrictamente con los criterios técnicos de inclusión y exclusión, mediante la implementación y sostenibilidad de un sistema de evaluación, validación y depuración anual del padrón.

"El objetivo responde a una necesidad institucional de asegurar que PADOMI atienda solo a quienes realmente cumplen con los requisitos técnicos, garantizando eficiencia, equidad y sostenibilidad del servicio, ante lo cual es fundamental garantizar la disponibilidad de recursos, la interoperabilidad de sistemas y una gobernanza efectiva para la sostenibilidad en el tiempo".

5.5.2. Segundo objetivo a largo plazo

Ampliar la cobertura del programa PADOMI a un mínimo del 50% de las redes asistenciales de EsSalud en el país para el año 2030, con servicios operativos y equipos multidisciplinarios en campo.

"El objetivo busca ser pertinente, ya que propone incrementar el acceso a atención domiciliaria especializada para adultos mayores y personas con movilidad reducida, aumentando la cobertura territorial del programa; no solo en expansión geográfica, sino asegurando que los servicios sean operativos y cuenten con equipos multidisciplinarios de profesionales adecuados. Así se fortalece la calidad y el acceso del servicio; esto es clave para que la expansión no sea solo nominal, sino que garantice una atención domiciliaria efectiva y de calidad".

5.5.3. Tercer objetivo a largo plazo

Establecer una plataforma nacional de teleconsulta y telemedicina para PADOMI, operativa en el 100% de las regiones, con interoperabilidad con CENATE, para el año 2028.

“Este objetivo busca modernizar e integrar digitalmente los servicios de atención domiciliaria; apunta a que dicha plataforma sea interoperable con CENATE, lo cual permitirá una coordinación nacional de servicios, una mejor gestión de la información clínica y una atención más oportuna para los pacientes, mediante el uso de herramientas modernas que faciliten consultas remotas, seguimiento clínico y segundas opiniones. Ello favorece la reducción de desigualdades en el acceso a servicios especializados para pacientes domiciliarios y reduce costos y tiempos asociados a los desplazamientos físicos de profesionales y pacientes, especialmente en regiones rurales.”

5.5.4. Cuarto objetivo a largo plazo

Realizar estudios de costo-beneficio que sustenten la eficiencia del modelo PADOMI frente a la hospitalización, con resultados difundidos antes de 2030 como parte de la política de atención domiciliaria de EsSalud.

“Este objetivo busca generar evidencia económica y estratégica que demuestre que el modelo de atención domiciliaria (PADOMI) es una alternativa más eficiente y sostenible que la hospitalización convencional para determinados grupos de pacientes. Plantea sustentar, a través de estudios técnicos, la evaluación costo-beneficio, lo cual fortalece la transparencia y legitimidad de la política pública hacia modelos más eficientes y con mayor impacto social; el valor está en que las conclusiones del estudio se traduzcan en decisiones concretas y sostenibles para el sistema.”

5.5.5. Quinto objetivo a largo plazo

Incorporar un enfoque de atención intercultural en el 100% de los equipos PADOMI operativos al año 2029, con capacitación regular y contenidos adaptados por región.

“Este objetivo busca asegurar que todos los equipos PADOMI en funcionamiento integren un enfoque de atención intercultural en su práctica, lo cual implica reconocer y respetar la diversidad cultural de los usuarios del programa, brindar atención adecuada a las costumbres, creencias y lenguas de las comunidades, capacitar con regularidad al personal y asegurar que los contenidos formativos y asistenciales se adapten a las características socioculturales de cada región del país, a fin de brindar una atención más humana, pertinente y equitativa.”

5.6 Resumen

El capítulo 5 define los intereses estratégicos y objetivos de largo plazo de PADOMI a partir de los análisis interno y externo previos. En primer lugar, establece intereses como garantizar servicios domiciliarios de calidad y equitativos, ampliar la cobertura ante el envejecimiento y la concentración de adultos mayores en Lima y Callao, potenciar el uso de TIC (telemedicina, teleconsulta, historia clínica electrónica), asegurar la continuidad del servicio frente a crisis, incorporar enfoque intercultural y fortalecer la difusión, la logística y la infraestructura descentralizada.

Luego analiza el potencial de PADOMI en cinco dominios: demográfico (mayor esperanza de vida y concentración de adultos mayores que crean alta demanda), geográfico (concentración de asegurados en Lima y macrorregiones), económico (impacto de la COVID-19 en empleo e ingresos que tensiona la sostenibilidad), tecnológico-científico (expansión regulada de telemedicina y CENATE) e histórico-sociológico (trayectoria y legitimidad de EsSalud como soporte para PADOMI). También revisa los principios cardinales de Hartmann: la influencia de terceros (MINSA, MEF, clínicas privadas), los lazos pasados y presentes (evolución de PADOMI hacia estándares más altos), los intereses contrapuestos entre actores públicos y privados y los “enemigos” del sector (inestabilidad política, debilidad regulatoria). Finalmente, sintetiza estos

elementos en una matriz de intereses de PADOMI y formula cinco objetivos a largo plazo al 2028–2030: depurar el padrón según criterios técnicos, expandir la cobertura a la mitad de las redes asistenciales, implementar una plataforma nacional de telemedicina interoperable con CENATE, demostrar mediante estudios costo-beneficio la eficiencia del modelo domiciliario frente a la hospitalización e incorporar un enfoque intercultural en el 100% de los equipos, asegurando una atención más humana, pertinente y sostenible

Capítulo VI: El Proceso Estratégico

6.1. Matriz FODA

Se presentará la matriz FODA elaborada específicamente para el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI). Este programa se encuentra enmarcado en la Gerencia de Oferta Flexible y tiene como objetivo primordial ofrecer atención médica de excelencia a los asegurados del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud). La matriz FODA, que se deriva de las iniciales en inglés de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, es una herramienta estratégica fundamental para el análisis exhaustivo y la planificación efectiva. Al explorar y evaluar cada uno de estos componentes, PADOMI busca no solo comprender su posición actual en el panorama de la atención domiciliaria, sino también diseñar estrategias que aprovechen sus ventajas internas, aborden sus desafíos y capitalicen las oportunidades externas, al tiempo que gestionan las posibles amenazas.

La combinación de fortalezas internas y oportunidades externas permite al programa aprovechar al máximo su potencial y lograr un impacto positivo aún mayor en la salud y el bienestar de los asegurados. Asimismo, identificar debilidades internas y amenazas externas brinda la oportunidad de implementar planes de mejora y contingencia para mitigar riesgos y asegurar la sostenibilidad a largo plazo.

Tabla 11

Matriz FODA

	FORTALEZA - F	DEBILIDADES - D
	Atención domiciliaria enfocada en abordaje por equipo multidisciplinario	Implementación de interconsultas por telemedicina con médicos especialista
	Base integrada de datos de los pacientes afiliados a PADOMI	Considerable cantidad de pacientes de PADOMI que no cumplen con criterios de selección institucionales.
	Examenes diagnósticos y Farmacia a domicilio.	Inadecuado sistema de difusión sobre los servicios y el modo de inscripción de PADOMI
	Internamiento domiciliario	Falta de infraestructura descentralizada

	Call-Center propio	Falta de unidades móviles propias para el traslado de pacientes
	Integración al EsSI (sistema de historias en línea) Médicos asignados por zona geográfica Protocolos de atención basados en evidencia científica Implementación de interconsultas por telemedicina con médicos especialista	Falta de Inter operatividad entre los de sistemas tecnológicos para la programación y asignación de visitas domiciliarias
OPORTUNIDADES - O	ESTRATEGIAS FO	ESTRATEGIAS DO
Intereses nacionales enfocados en garantizar el acceso a servicios de atención en salud de calidad que permitan el desarrollo pleno de las capacidades y derechos de la población, en condiciones equitativas y sostenibles	Incrementar la oferta por un equipo multidisciplinario para abordar toda la población demandante (F1, F2, F3, F4, O1, O2, O3).	Crear una infraestructura descentralizada a nivel nacional (D1, D4, O1, O6)
Alta demanda insatisfecha creciente de los servicios de atención domiciliario	Desarrollar de planes de salud adecuados a las necesidades de los segmentos a atender (F3, F4, F5, O2, y O7)	Mejorar de los sistemas de difusión utilizando los recursos electrónicos disponibles en PADOMI y las tecnologías de la información (D3).
Incremento de la expectativa de vida	Formar y capacitar los médicos y el equipo multidisciplinario para el abordaje adecuado de los problemas de salud de la población considerando un enfoque intercultural utilizando los sistemas de telemedicina (F1, F9, O7).	Contratar consultores externos para el desarrollo de un plan estratégico para PADOMI. (D5, O1)
Alta concentración poblacional en las zonas donde se ofertan los servicios de PADOMI (Lima y Callao)	Diversificar de manera concéntrica mediante el desarrollo de productos para diagnóstico y tratamiento a distancia para que médicos especialistas peruanos usen la telemedicina desde dentro o fuera del país (F6, F7, y O6)	Capacitar en el uso de las historias clínicas electrónicas al personal de PADOMI (D6, O6, O7)
Desarrollo de las tecnologías de la Información (TIC) en el sector salud a nivel nacional Mejora de la normatividad nacional para la utilización de sistemas de Telemedicina en la práctica asistencial Ley de aseguramiento universal obliga a todo ciudadano a afiliarse a algún régimen de aseguramiento en salud.	Diversificar de manera concéntrica mediante el desarrollo de productos para diagnóstico y tratamiento a distancia para que médicos especialistas peruanos usen la telemedicina desde dentro o fuera del país (F6, F7, y O6)	
AMENAZAS - A	ESTRATEGIAS FA	ESTRATEGIAS DA
Inestabilidad política en los últimos 5 años	Utilizar de establecimientos existentes con zonificación apta para la expansión de PADOMI con la finalidad de descentralizar los servicios a partir de la creación de centros de operaciones (F6 y O2	Descentralizar los servicios de PADOMI haciendo uso de recursos existentes e infraestructura habilitada para no incrementar costos en el sistema de salud (D4, A1, A3, A4)
Entorno político sin propuestas claras respecto al sector salud	Crear alianzas políticas y sociales sobre la base de la trascendencia de los servicios de PADOMI considerando su atención	Capacitar promotores en salud que serán pobladores instruidos a partir de sistemas de telemedicina para la promoción de la

	multidisciplinaria, basada en evidencia científica y la gran cantidad de población que demanda sus servicios (F1, F2, A3, A4)	salud y la prevención de enfermedades de alta prevalencia en cada localidad, de la misma manera difundirán información sobre los servicios que ofrece PADOMI y su modo de inscripción (D1, D3, A1, A1, A4).
Baja cantidad de médicos en el país (profesionales en atención domiciliaria)	Utilizar los sistemas de telemedicina para que los médicos asignados por territorio realicen interconsultas con los escasos médicos especialistas en el país (F1, A5)	
Falta de enfoque intercultural en el personal de salud	Utilizar los recursos electrónicos y los sistemas de telemedicina para instruir al personal de PADOMI sobre interculturalidad y la necesidad de generar una cultura de salud en la población (F5)	
Falta de cultura de salud en la población para generar el autocuidado y prevención primaria		

Fuente: Elaboración propia

Se concluye que las estrategias emergentes de la matriz FODA para el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) de EsSalud representan un enfoque robusto y estratégico para mejorar la atención médica y enfrentar los desafíos cambiantes. Estas estrategias reflejan la determinación de capitalizar las fortalezas internas y abordar las debilidades, mientras se aprovechan las oportunidades y se enfrentan las amenazas.

En las estrategias Fortalezas–Oportunidades (FO) se busca maximizar las fortalezas internas de PADOMI para aprovechar oportunidades externas, con un enfoque centrado en el paciente y en la calidad de la atención. En las estrategias Debilidades–Oportunidades (DO) se plantean acciones para convertir debilidades internas en oportunidades de mejora, a través de la descentralización, la mejora de la difusión y el apoyo de consultores externos. Las estrategias Fortalezas–Amenazas (FA) utilizan las capacidades de PADOMI para enfrentar amenazas del entorno mediante alianzas, telemedicina y optimización de recursos; mientras que las estrategias Debilidades–Amenazas (DA) se orientan a la adaptación y mitigación de riesgos, especialmente mediante descentralización y formación de promotores comunitarios.

En conjunto, estas estrategias muestran el compromiso de PADOMI con la innovación, la eficiencia y la mejora continua, posicionándolo como referente en atención domiciliaria y contribuyendo al bienestar de la población asegurada.

6.2. Matriz de la Posición Estratégica y Evaluación de la Acción (PEYEA)

6.2.1. Factores estratégicos externos

La matriz de Posición Estratégica y Evaluación de la Acción (PEYEA) es una herramienta que ayuda a evaluar y seleccionar estrategias en un proceso de planificación estratégica. Combina factores internos y externos para determinar el tipo de estrategia más conveniente (agresiva, conservadora, defensiva o competitiva).

Tabla 12

Factores determinantes de la industria

Factores determinantes de la industria (FI)				
Potencial de crecimiento	Bajo	0 1 2 3 4 5 6	Alto	5
Potencial de utilidades	Bajo	0 1 2 3 4 5 6	Alto	5
Estabilidad financiera	Bajo	0 1 2 3 4 5 6	Alta	4
Conocimiento tecnológico	Simple	0 1 2 3 4 5 6	Complejo	4
Utilización de recursos	Ineficiente	0 1 2 3 4 5 6	Eficiente	4
Facilidad de entrada al mercado	Fácil	0 1 2 3 4 5 6	Difícil	6
Productividad/Utilización de la capacidad	Baja	0 1 2 3 4 5 6	Alta	4
				4,57
Factores determinantes de la estabilidad del entorno (EE)				
Cambios tecnológicos	Muchos	0 1 2 3 4 5 6	Pocos	4

Tasa de inflación	Alta	0 1 2 3 4 5 6	Baja	3
Variabilidad de la demanda	Grande	0 1 2 3 4 5 6	Pequeña	5
Barreras de entrada al mercado	Pocas	0 1 2 3 4 5 6	Muchas	5
Rivalidad/Presión de la demanda	Alta	0 1 2 3 4 5 6	Baja	4
Presión de los productos sustitutos	Alta	0 1 2 3 4 5 6	Baja	5
				-1,70

Fuente: Elaboración propia

Tabla 13

Factores estratégicos internos

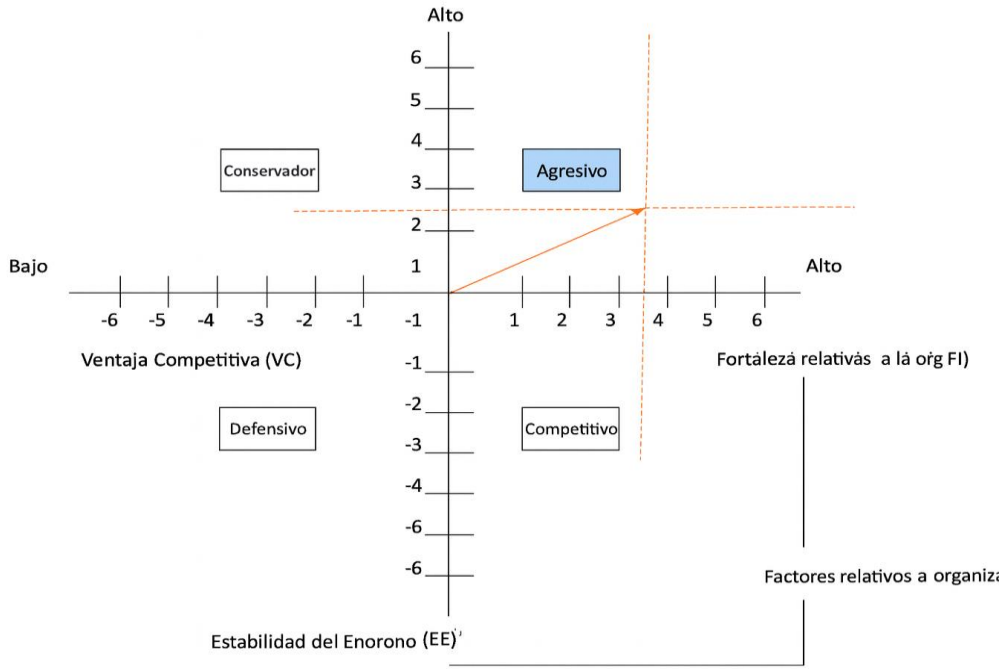
Factores determinantes de la fortaleza financiera (FF)				
Retorno a la inversión	Bajo	0 1 2 3 4 5 6	Alto	4
Flujo de caja	Bajo	0 1 2 3 4 5 6	Alto	5
Facilidad de salida del mercado	Difícil	0 1 2 3 4 5 6	Fácil	3
Riesgo involucrado en el negocio	Alto	0 1 2 3 4 5 6	Bajo	4
Rotación de inventarios	Lento	0 1 2 3 4 5 6	Rápido	3
Economías de escala y de experiencia	Bajas	0 1 2 3 4 5 6	Altas	5
				4
Factores determinantes de la ventaja competitiva (VC)				
Participación de mercado	Pequeña	0 1 2 3 4 5 6	Grande	6
Calidad de productos	Inferior	0 1 2 3 4 5 6	Superior	5
Ciclo de vida del producto	Avanzado	0 1 2 3 4 5 6	Temprano	3

Ciclo de reemplazo del producto	Variable	0 1 2 3 4 5 6	Fija	5
Lealtad del consumidor	Baja	0 1 2 3 4 5 6	Alta	6
Utilización de la capacidad de los competidores	Baja	0 1 2 3 4 5 6	Alta	5
Conocimiento tecnológico	Bajo	0 1 2 3 4 5 6	Alto	5
Integración vertical	Baja	0 1 2 3 4 5 6	Alta	5
Velocidad de introducción de nuevos productos	Lenta	0 1 2 3 4 5 6	Rápida	5
				-1,0

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 8

Diagrama de la Dispersión de los Factores



Fuente: Elaboración propia

A partir de este análisis, se obtiene que la posición estratégica del sector es de tipo conservador, lo que implica aprovechar una posición relativamente favorable, pero con cautela y enfoque en consolidar capacidades antes de asumir riesgos mayores. Las estrategias externas alternativas recomendadas son: a) penetración en el mercado, b) desarrollo del mercado y c) desarrollo de productos.

Las estrategias específicas propuestas son:

- Penetración en el mercado, incrementando el número de centros de operaciones en todas las regiones del país.
- Desarrollo del mercado en salud utilizando recursos de telemedicina y las plataformas web institucionales para difundir información.
- Desarrollo de planes de salud adecuados a las necesidades de los segmentos que se atienden.

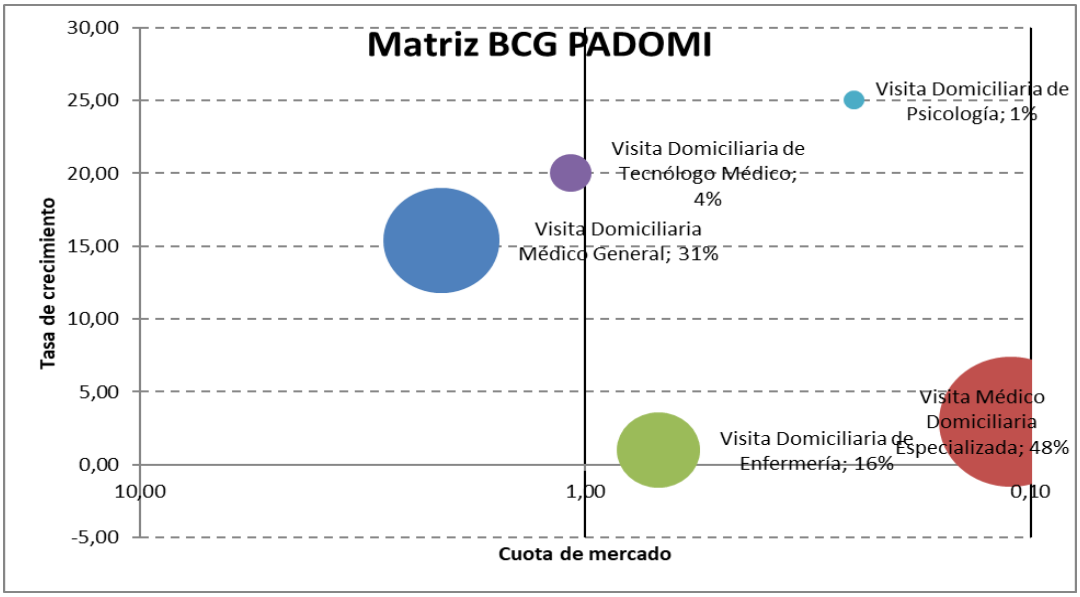
6.3. Matriz de la Boston Consulting Group (BCG)

La matriz de la Boston Consulting Group (BCG) es una herramienta utilizada en la gestión estratégica para analizar la cartera de productos o servicios en función de su participación en el mercado y el crecimiento de ese mercado. En el contexto de PADOMI, esta matriz permite visualizar cómo se posicionan los diferentes servicios de atención domiciliaria y cómo deberían priorizarse y gestionarse en el futuro.

La aplicación de la matriz BCG en PADOMI permite clasificar sus servicios en cuatro categorías: estrellas, interrogantes, vacas lecheras y perros, según su crecimiento y participación relativa. Esto ofrece una base para decidir dónde invertir, mantener o reestructurar servicios y cómo financiar nuevas iniciativas.

Ilustración 9

Matriz BCG PADOMI



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con la matriz BCG, las visitas domiciliarias de médico general se ubican en la posición de "estrella", pues poseen la mayor tasa de crecimiento con respecto a los otros servicios ofrecidos y una posición relativa mayor al 31%. Tomando en consideración que las atenciones domiciliarias de PADOMI se encuentran en el cuadrante "estrella", las estrategias aplicables para maximizar esta posición son las de integración, intensivas y de alianzas estratégicas.

Las estrategias específicas desarrolladas son:

- Penetración en el mercado, incrementando el número de centros de operaciones en todas las regiones del país.
- Desarrollo del mercado en salud utilizando recursos de telemedicina, con el uso de los sistemas de medicina y las plataformas web institucionales para difundir información.
- Desarrollo de planes de salud adecuados a las necesidades de los segmentos que se atienden.

- Desarrollo de productos para que los pacientes en atención domiciliaria puedan recibir diagnóstico y tratamiento a distancia por médicos especialistas peruanos a través de la telemedicina desde dentro o fuera del país.
- Utilización de establecimientos existentes con zonificación apta para la expansión de PADOMI con la finalidad de descentralizar los servicios a partir de la creación de centros de operaciones.
- Integración vertical, creando alianzas políticas y sociales sobre la base de la trascendencia de los servicios de PADOMI, considerando su atención multidisciplinaria, basada en evidencia científica y la alta demanda de la población.
- Descentralización de los servicios de PADOMI haciendo uso de recursos existentes e infraestructura habilitada para no incrementar costos en el sistema de salud.

6.4. Matriz Interna y Externa

La matriz Interna–Externa (IE) fusiona la evaluación de factores internos (MEFI) y externos (MEFE) para definir la posición global de la organización y orientar el tipo de estrategias más adecuadas. La MEFI evalúa recursos, capacidades y debilidades internas; la MEFE analiza oportunidades y amenazas del entorno.

En PADOMI, esta matriz permite ver cómo sus fortalezas (equipo multidisciplinario, servicios integrales, telemedicina) y debilidades (infraestructura, difusión, personal) interactúan con oportunidades (demanda creciente, envejecimiento, TIC) y amenazas (inestabilidad política, escasez de médicos, desigualdades).

Tabla 14

Matriz EFI-EFI

		Total ponderado EFI=2,85		
		Fuerte	Promedio	Débil
		3 a 4	2 a 2,99	1 a 1,99
Total, ponderado EFE=3.05	Alto 3 a 4	I	II	III
	Medio 2 a 2,99	IV	V	VI
	Bajo 1 a 1,99	VII	VIII	IX

Fuente: Elaboración propia

Como se muestra en la matriz IE, PADOMI se ubica en el segundo cuadrante, lo que orienta hacia estrategias intensivas de desarrollo de mercado, penetración del mercado y desarrollo de productos. Las estrategias específicas derivadas son:

- Desarrollo del mercado, incrementando el número de centros de operaciones en todas las regiones del país.
- Penetración del mercado en salud utilizando recursos de telemedicina y las plataformas web institucionales.
- Desarrollo de planes de salud adecuados a las necesidades de los segmentos que se atienden.
- Desarrollo de productos para que los pacientes en atención domiciliaria puedan recibir diagnóstico y tratamiento a distancia por médicos especialistas peruanos mediante telemedicina desde dentro o fuera del país.

6.5. Matriz de la gran estrategia

La matriz de la Gran Estrategia ofrece una perspectiva de alto nivel sobre las opciones estratégicas disponibles para PADOMI, combinando crecimiento del mercado y posición competitiva. Al aplicarla, se exploran estrategias ofensivas, defensivas y de adaptación, según la combinación de estos dos ejes.

Ilustración 10

Análisis de cuadrantes

	Rápido crecimiento del mercado		
Posición competitiva débil	**Cuadrante II**	**Cuadrante I** **PADOMI**	**Posición competitiva Fuerte**
	Cuadrante III	**Cuadrante IV**	
	Lento crecimiento del mercado		

Fuente: Elaboración propia

Considerando que PADOMI se encuentra en el cuadrante I, con rápido crecimiento del mercado y una posición competitiva fuerte, las estrategias adecuadas son de desarrollo y expansión, tales como:

- Desarrollo del mercado, incrementando el número de centros de operaciones en todas las regiones del país.
- Penetración del mercado en salud utilizando recursos de telemedicina y las plataformas web institucionales para difundir información.
- Desarrollo de planes de salud adecuados a las necesidades de los segmentos que se atienden.

- Desarrollo de productos para que los pacientes en atención domiciliaria puedan recibir diagnóstico y tratamiento a distancia por médicos especialistas peruanos a través de la telemedicina desde dentro o fuera del país.

6.6. Matriz de la decisión estratégica

La matriz de decisión estratégica integra y jerarquiza las estrategias derivadas de los análisis previos (FODA, PEYEA, BCG, IE y matriz de gran estrategia), para seleccionar aquellas que son más coherentes, factibles y alineadas con los objetivos institucionales. En el caso de PADOMI, su aplicación considera el envejecimiento poblacional, la demanda creciente de atención en enfermedades crónicas y cuidados paliativos y los lineamientos de EsSalud para garantizar accesibilidad, equidad y calidad de los servicios domiciliarios.

Tabla 15

Matriz de la Decisión de la Estrategia

It	Estrategias Alternativas	Estrategias Especificas	Estrategias Unificadas	Matriz FODA	PEYEA	BSG	IE	GE	Total
1		Incremento de la oferta en el mercado, incrementando el número de centros de operaciones en todas las regiones del país		x	x	x	x	x	5
2		Crear una infraestructura descentralizada a nivel nacional							
3		Mejorar de los sistemas de difusión utilizando los recursos electrónicos disponibles en PADOMI y las tecnologías de la información	Utilizar los establecimientos existentes con zonificación apta para la expansión de PADOMI con la finalidad de descentralizar los servicios a partir de la creación de centros de operaciones a nivel nacional						
4	Incremento de participación de mercado	Utilizar los establecimientos existentes con zonificación apta para la expansión de PADOMI con la finalidad de descentralizar los servicios a partir de la creación de centros de operaciones (F6 y O2)		x		x	x	x	4
5		Crear alianzas políticas y sociales sobre la base de la trascendencia de los servicios de PADOMI considerando su atención multidisciplinaria, basada en evidencia científica y la gran cantidad de población que demanda sus servicios (F1, F2, A3, A4)		x					1
6		Desarrollo de planes para las enfermedades crónicas y cuidados paliativos a nuestros pacientes adultos mayores	Reevaluar la cantidad de pacientes con los que cuenta PADOMI a través de los criterios de inclusión y exclusión y la revisión médica para que los pacientes que no cumplan los criterios sean dados de alta y así desarrollar planes de cuidados específicos.	x		x			2
7	Estrategia Interna	Reevaluar la cantidad de pacientes con los que cuenta PADOMI a través de los criterios de inclusión y exclusión y la revisión médica para que los pacientes que no cumplan los criterios sean dados de alta.		x		x			2
8		Capacitar en el uso de las historias clínicas electrónicas al personal de PADOMI (D6, O6, O7)	Estudio de evaluación de tecnología sanitarias	x					1
9		Estudio de evaluación de tecnología sanitarias		x					1
10	Desarrollo de Productos	Fortalecer la telemedicina para el diagnóstico y tratamiento a distancia por médicos especialistas	Fortalecer la telemedicina para el diagnóstico y tratamiento a distancia por médicos especialistas	x					1
11	Penetración de mercados	Formar y capacitar los médicos y el equipo multidisciplinario para el abordaje adecuado de los problemas de salud de la población considerando un enfoque intercultural utilizando los sistemas de telemedicina	Formar y capacitar los médicos y el equipo multidisciplinario para el abordaje adecuado de los problemas de salud de la población considerando un enfoque intercultural utilizando los sistemas de telemedicina	x					1

Fuente: Elaboración propia

Estrategias priorizadas:

- Reevaluar la cantidad de pacientes con los que cuenta PADOMI mediante la aplicación rigurosa de criterios de inclusión y exclusión y la revisión médica, de manera que los pacientes que no cumplan los criterios sean dados de alta y se puedan desarrollar planes de cuidados específicos.
- Utilizar establecimientos existentes con zonificación apta para la expansión de PADOMI con la finalidad de descentralizar los servicios a partir de la creación de centros de operaciones a nivel nacional.
- Fortalecer la telemedicina para el diagnóstico y tratamiento a distancia por médicos especialistas.
- Realizar estudios de evaluación de tecnologías sanitarias.
- Formar y capacitar a los médicos y al equipo multidisciplinario para el abordaje adecuado de los problemas de salud de la población, considerando un enfoque intercultural.

La matriz de decisión estratégica aplicada a PADOMI orienta el plan hacia la expansión territorial, la incorporación de tecnologías digitales y el fortalecimiento de los cuidados crónicos y paliativos, asegurando una mejor respuesta a la demanda creciente y la sostenibilidad del programa.

6.7. Matriz de Rumelt

La matriz de Rumelt, o criterios de evaluación estratégica, permite validar las alternativas formuladas en función de cuatro dimensiones: consistencia, consonancia, factibilidad y ventaja.

Su aplicación ayuda a asegurar que las estrategias seleccionadas sean coherentes, factibles y generadoras de valor para la organización.

En PADOMI se analizaron estrategias como la descentralización de los servicios, el fortalecimiento de la telemedicina, el desarrollo de planes de cuidados para enfermedades crónicas y paliativas y la formación de médicos con enfoque intercultural.

Resultados principales:

- Estrategias de penetración de mercado.
- Estrategias de desarrollo de mercado en salud.
- Estrategias de desarrollo de planes en salud.
- Estrategias de desarrollo de productos.

Tabla 16

Matriz de Rumelt

Estrategias Generales	Estrategias Especificas	Consistencia	Consonancia	Factibilidad	Ventaja	Aceptaa
Penetración de mercado	Utilizar los establecimientos existentes con zonificación apta para la expansión de PADOMI y crear centros de operaciones a nivel nacional.	sí	Sí	sí	sí	sí
Desarrollo de mercado en la salud	Fortalecer la telemedicina para diagnóstico y tratamiento por médicos especialistas	sí	Sí	sí	sí	sí
	Estudio de evaluación de tecnología sanitarias	sí	Sí	Parcial	sí	sí
Desarrollo de planes en salud	Reevaluar la cantidad de pacientes con criterios de inclusión y exclusión, dar	sí	Sí	sí	sí	sí

	altas adecuadas y desarrollar planes de cuidados específicos					
	Fortalecer la telemedicina con apoyo de especialistas nacionales o internacionales	sí	Sí	sí	sí	sí
Desarrollo de productos	Estudio de evaluación de tecnologías sanitarias	sí	Sí	sí	sí	sí
	Formar y capacitar médicos y equipos multidisciplinarios con enfoque intercultural	sí	Sí	sí	sí	sí

Fuente: Elaboración propia

La aplicación de la matriz de Rumelt muestra que las estrategias priorizadas son consistentes, consonantes con el entorno, factibles dentro de las capacidades institucionales y ofrecen ventajas competitivas para PADOMI.

Este análisis confirma que PADOMI se encuentra en una posición favorable para consolidarse como un modelo de atención domiciliaria innovador y humanizado, orientado a responder a las demandas crecientes de la población adulta mayor en el Perú.

6.8. Matriz de Ética

La matriz de Ética analiza las estrategias del plan desde los principios bioéticos y de justicia social. A través de tres categorías (Derechos, Justicia y Utilitario) se evalúan doce ítems relacionados con respeto a la vida, distribución equitativa de recursos, confidencialidad, participación del paciente y eficiencia de los medios estratégicos empleados. Esto asegura que las decisiones estratégicas no solo sean técnicamente viables, sino también coherentes con los valores fundamentales de la atención en salud.

En PADOMI, la matriz fue aplicada para examinar estrategias como la atención domiciliaria integral, la telemedicina, la equidad en la asignación de recursos y la incorporación de equipos multidisciplinarios. Los resultados muestran:

- Categoría Derechos: clasificación neutral, evidenciando que el plan no genera vulneraciones, sino que promueve la dignidad del paciente, la prevención de complicaciones, el respeto a la privacidad y la participación familiar.
- Categoría Justicia: clasificación justa, reflejando compromiso con equidad, trato no discriminatorio y transparencia en la cobertura.
- Categoría Utilitario: resultados excelentes, ya que las estrategias optimizan recursos, reducen hospitalizaciones y mejoran la calidad de vida mediante telemedicina y protocolos basados en evidencia.

Tabla 17

Matriz de Ética

Categoría	Ítem	Aspecto ético evaluado	Resultado esperado	Impacto sobre PADOMI
Derechos	1	Impacto en el Derecho a la Vida	Neutral	Promueve: Atención domiciliaria integral, prevención de complicaciones, cuidados paliativos.
	2	Impacto en el Derecho a la Propiedad (acceso equitativo a recursos de salud)	Neutral	Promueve: Distribución justa de medicamentos, oxigenoterapia y equipos en domicilio.
	3	Impacto en el Derecho al libre Pensamiento	Neutral	Promueve: Participación del paciente y familia en decisiones de cuidado.

	4	Impacto en el Derecho a la Privacidad	Neutral	Promueve: Historia Clínica electrónica segura, protocolos de confidencialidad en telemedicina.
	5	Impacto en el Derecho a la Libertad de Conciencia	Neutral	Promueve: Respeto a creencias religiosas y culturales durante la atención.
	6	Impacto en el Derecho a hablar libremente	Neutral	Promueve: Comunicación efectiva médico – paciente y voz del cuidador.
	7	Impacto en el Derecho al Debido Proceso	Neutral	Promueve: Acceso transparente a PADOMI según criterios clínicos.
	8	Impacto en la Distribución	Justo	Promueve: Equidad en asignación de recursos a pacientes frágiles y crónicos.
Justicia	9	Equidad en la Administración	Justo	Promueve: Trato igualitario sin discriminación por edad, género o condición socioeconómica.
	10	Normas de Compensación	Justo	Promueve: Transparencia en cobertura y responsabilidad social de ESSALUD.
	11	Fines y Resultados Estratégicos	Excelente	Mejora calidad de vida, reduce hospitalizaciones y optimiza recursos del sistema.
Utilitario	12	Medios Estratégicos Empleados	Excelente	Uso de telemedicina, equipos multidisciplinarios y protocolos basados en evidencia.

Fuente: Elaboración propia

6.9. Matriz de Objetivos a Largo Plazo

La matriz de Objetivos a Largo Plazo (OLP) articula los objetivos estratégicos con las estrategias específicas que guiarán la gestión de PADOMI en el horizonte proyectado. Se plantean

cinco objetivos principales orientados a expansión, calidad, innovación tecnológica, sostenibilidad financiera y capacitación continua.

Objetivos a largo plazo:

- OLP.1: Tener pacientes PADOMI que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.
- OLP.2: Ampliar la oferta de servicios que respondan al aumento de la demanda de atención domiciliaria en la población adulta mayor a nivel nacional.
- OLP.3: Incorporar nuevos servicios mediante tecnologías de información, especialmente telemedicina y teleconsulta, en todo el territorio nacional.
- OLP.4: Realizar estudios de costo-beneficio que demuestren las ventajas económicas de PADOMI frente a la hospitalización o institucionalización.
- OLP.5: Capacitar constantemente al personal de salud, considerando la diversidad social y cultural del país.

La matriz muestra cómo cada estrategia general (incremento de participación de mercado, estrategia interna, estudios de tecnologías sanitarias, desarrollo de productos y penetración de mercados) se vincula con uno o más objetivos, garantizando coherencia entre lo que se quiere lograr y las acciones propuestas.

Tabla 18

Matriz de estrategias versus objetivos de largo plazo (MEOLP)

N.º	Estrategias específicas	OLP.1 **Tener los pacientes PADOMI que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión**	OLP.2 **Ampliar la oferta de servicios que coberturen adecuadamente la demanda de atención domiciliaria ante el aumento de población adulta mayor a nivel nacional.**	OLP.3 **Incorporar nuevos servicios que hagan uso de tecnologías de la información como telemedicina y teleconsulta en todo el territorio nacional.**	OLP.4 **Realizar estudios de costo-beneficio que demuestren las ventajas económicas de PADOMI para el sistema de salud con respecto a la hospitalización o institucionalización del paciente.**	OLP.5 **Capacitar constantemente al personal teniendo en cuenta la diversidad social en el contexto nacional en todas las regiones del país.**	**N° Objetivos**
1	Utilizar los establecimientos existentes con zonificación apta para la expansión de PADOMI con la finalidad de descentralizar los servicios a partir de la creación de centros de operaciones a nivel nacional		X				1
2	Reevaluar la cantidad de pacientes con los que cuenta PADOMI a través de los criterios de inclusión y exclusión y la revisión médica para que los pacientes que no cumplan los criterios sean dados de alta y así desarrollar planes de cuidados específicos.	X					1
3	Estudio de evaluación de tecnologías sanitarias				X		1
4	Fortalecer la telemedicina para el diagnóstico y tratamiento a distancia por médicos especialistas			X			1
5	Formar y capacitar los médicos y el equipo multidisciplinario para el abordaje adecuado de los problemas de salud de la población considerando un enfoque intercultural utilizando los sistemas de telemedicina					X	1

Fuente: Elaboración propia

La matriz OLP evidencia un diseño integral en el que PADOMI busca ampliar cobertura y eficiencia (OLP.1 y OLP.2), fortalecer la innovación tecnológica (OLP.3), asegurar sostenibilidad económica (OLP.4) y consolidar la formación continua con enfoque intercultural (OLP.5). Esto

permite que el programa evolucione hacia un modelo sostenible, equitativo y humanizado, capaz de responder al envejecimiento poblacional y a la creciente demanda de servicios de salud en domicilio.

6.10. Resumen

El capítulo 6 presenta la **formulación de estrategias** para PADOMI a partir de múltiples matrices de análisis estratégico. Primero se construye la matriz FODA, donde se integran fortalezas como la atención multidisciplinaria, la telemedicina y el internamiento domiciliario, oportunidades como el envejecimiento poblacional, la alta demanda y el desarrollo de TIC, y debilidades y amenazas asociadas a infraestructura, difusión, recursos humanos e inestabilidad política; de allí se derivan estrategias FO, DO, FA y DA orientadas a la descentralización, la mejora de difusión, la capacitación y el uso intensivo de telemedicina.

Luego se aplica la matriz PEYEA, que ubica a PADOMI en una posición **conservadora**, recomendando estrategias intensivas de penetración de mercado, desarrollo de mercado y desarrollo de productos; la matriz BCG clasifica las visitas domiciliarias de médico general como “estrella”, lo que respalda invertir en expansión e integración, mientras que la matriz IE confirma una posición que favorece estrategias de crecimiento intensivo. La matriz de la Gran Estrategia refuerza que PADOMI se sitúa en el cuadrante I (crecimiento rápido y posición competitiva fuerte), por lo que se prioriza expandir centros de operaciones, fortalecer telemedicina y crear nuevos servicios domiciliarios.

Posteriormente, la matriz de decisión estratégica integra FODA, PEYEA, BCG, IE y Gran Estrategia para priorizar cinco acciones clave: depurar el padrón según criterios técnicos, descentralizar PADOMI usando infraestructura existente, fortalecer la telemedicina, realizar estudios de evaluación de tecnologías sanitarias y capacitar equipos con enfoque intercultural.

Estas alternativas se validan con la matriz de Rumelt (consistencia, consonancia, factibilidad y ventaja), la matriz de Ética (Derechos, Justicia y Utilitario) y la matriz de Objetivos a Largo Plazo, que vincula cada estrategia con cinco objetivos: selección adecuada de pacientes, ampliación de oferta, expansión de servicios basados en TIC, demostración de eficiencia económica y capacitación continua. En conjunto, el capítulo muestra que PADOMI cuenta con una base estratégica sólida para crecer de manera sostenible, equitativa y éticamente responsable en la atención domiciliaria

CAPÍTULO VII: Implementación Estratégica

D'Alessio (2008) indicó que la implementación estratégica implica convertir los planes estratégicos en acciones y estas, después, en resultados. A la vez, mencionó que la implementación requiere cuatro elementos clave: (a) objetivos a corto plazo, (b) políticas, (c) recursos y (d) estructura organizacional.

Asimismo, se detallará la relación con el medioambiente, los recursos humanos y la gestión del cambio, para concluir con algunas recomendaciones de modificación o mejores prácticas. Estas recomendaciones no aseguran por sí mismas una correcta implementación, por lo que es necesario un liderazgo comprometido que conduzca al éxito de esta parte del planeamiento estratégico.

7.1. Objetivos a corto plazo

7.1.1. Primer objetivo a largo plazo (OLP 1)

Garantizar que, al año 2030, el 100% de los pacientes inscritos en PADOMI a nivel nacional cumplan estrictamente con los criterios técnicos de inclusión y exclusión, mediante la implementación y sostenibilidad de un sistema de evaluación, validación y depuración anual del padrón.

Tabla 19

OLP1

Objetivos a largo plazo	
OLP 1	Garantizar que, al año 2030, el 100% de los pacientes inscritos en PADOMI a nivel nacional cumplan estrictamente con los criterios técnicos de inclusión y exclusión, mediante la implementación y sostenibilidad de un sistema de evaluación, validación y depuración anual del padrón.
Objetivos a corto plazo	
OCP 1.1	Lograr que el 100% de los pacientes atendidos por PADOMI en el primer año cumplan con los criterios de inclusión establecidos por el programa.

OCP 1.2	Reubicar al 100% de los pacientes no elegibles de PADOMI a las IPRESS que les correspondan en un plazo máximo de 12 meses, garantizando continuidad de atención.

Fuente: Elaboración propia

7.1.2. Segundo objetivo a largo plazo (OLP 2)

Ampliar la cobertura del programa PADOMI a un mínimo del 50% de las redes asistenciales de EsSalud en el país para el año 2030, con servicios operativos y equipos multidisciplinarios en campo.

Tabla 20

OLP2

Objetivos a largo plazo	
OLP 2	Ampliar la cobertura del programa PADOMI a un mínimo del 50% de las redes asistenciales de EsSalud en el país para el año 2030, con servicios operativos y equipos multidisciplinarios en campo.
Objetivos a corto plazo	
OCP 2.1	Implementar un Centro de Operaciones de PADOMI en Lima Norte que esté completamente funcional y operativo en un plazo máximo de 12 meses, para mejorar la cobertura y descentralizar la atención domiciliaria.
OCP 2.2	Institucionalizar el modelo de atención PADOMI en los servicios de atención domiciliaria existentes en Arequipa y Trujillo en un periodo de 12 meses, integrándolo en los procesos asistenciales de esas redes

Fuente: Elaboración propia

7.1.3. Tercer objetivo a largo plazo (OLP 3)

Establecer una plataforma nacional de teleconsulta y telemedicina para PADOMI, operativa en el 100% de las regiones, con interoperabilidad con CENATE, para el año 2028.

Tabla 21

OLP3

Objetivos a largo plazo	
OLP 3	Establecer una plataforma nacional de teleconsulta y telemedicina para PADOMI, operativa en el 100% de las regiones, con interoperabilidad con CENATE, para el año 2028.
Objetivos a corto plazo	

OCP 3.1	Establecer una alianza formal con el Centro Nacional de Telemedicina (CENATE) antes del fin del año, con protocolos de cooperación que afiancen el uso de teleconsulta y telemedicina en PADOMI.
OCP 3.2	Implementar un sistema de teleconsulta funcional que permita la interacción inmediata entre médicos domiciliarios y especialistas en cardiología, neurología y psiquiatría en un plazo de 12 meses.
OCP 3.3	Implementar un programa nacional de capacitación virtual continua para el personal de PADOMI, usando plataformas tecnológicas, con al menos una sesión mensual durante el primer año.

Fuente: Elaboración propia

7.1.4. Cuarto objetivo a largo plazo (OLP 4)

Realizar estudios de costo-beneficio que sustenten la eficiencia del modelo PADOMI frente a la hospitalización, con resultados difundidos antes de 2030 como parte de la política de atención domiciliaria de EsSalud.

Tabla 22

OLP4

Objetivos a largo plazo	
OLP 4	Realizar estudios de costo-beneficio que sustenten la eficiencia del modelo PADOMI frente a la hospitalización, con resultados difundidos antes de 2030 como parte de la política de atención domiciliaria de EsSalud.
Objetivos a corto plazo	
OCP 4.1	Actualizar el estudio de costo-beneficio de PADOMI en coordinación con IETSI, GOF y el equipo PADOMI en el primer semestre del año.

Fuente: Elaboración propia

7.1.5. Quinto objetivo a largo plazo (OLP5).

Incorporar un enfoque de atención intercultural en el 100% de los equipos PADOMI operativos al año 2029, con capacitación regular y contenidos adaptados por región.

Tabla 23

OLP5

Objetivos a largo plazo	
OLP 5	Incorporar un enfoque de atención intercultural en el 100% de los equipos PADOMI operativos al año 2029, con capacitación regular y contenidos adaptados por región.
Objetivos a corto plazo	

OCP 5.1	Capacitar y certificar al 100% del personal médico y de salud de PADOMI en los protocolos del programa en un periodo de 12 meses.
OCP 5.2	Desarrollar y poner en funcionamiento una plataforma asincrónica institucional para la documentación de procesos de atención PADOMI en un plazo máximo de 9 meses.
OCP 5.3	Crear e implementar un módulo virtual de capacitación con enfoque multicultural, con apoyo de agentes comunitarios, universidades y hospitales, antes de finalizar el primer año.

Fuente: Elaboración propia

7.2. Recursos asignados a los OCP

7.2.1. Recursos para OLP 1

Tabla 24

OLPI con recursos

Objetivos a largo plazo		
OLP 1	Garantizar que, al año 2030, el 100% de los pacientes inscritos en PADOMI a nivel nacional cumplan estrictamente con los criterios técnicos de inclusión y exclusión, mediante la implementación y sostenibilidad de un sistema de evaluación, validación y depuración anual del padrón.	
Objetivos a corto plazo		Recursos
OCP 1.1	Lograr que el 100% de los pacientes atendidos por PADOMI en el primer año cumplan con los criterios de inclusión establecidos por el programa.	Recursos tangibles Recursos financieros 10 000 PEN para el diseño del sistema e implementación Maquinaria Disponibilidad de una Tablet con GPS por médico Recursos intangibles Internet y comunicaciones GPS Recursos humanos Ingeniero de sistemas para la creación del sistema
OCP 1.2	Reubicar al 100% de los pacientes no elegibles de PADOMI a las IPRESS que les correspondan en un plazo máximo de 12 meses, garantizando continuidad de atención.	Recursos tangibles Recursos financieros 10 000 PEN para el diseño del sistema e implementación Maquinaria Disponibilidad de una Tablet con GPS por médico Recursos intangibles Internet y comunicaciones GPS Recursos humanos

	Ingeniero de sistemas para la creación del sistema

Fuente: Elaboración propia

7.2.2. Recursos para OLP 2

Tabla 25

OLP2 con resursos

Objetivos a largo plazo		
OLP 2	Ampliar la cobertura del programa PADOMI a un mínimo del 50% de las redes asistenciales de EsSalud en el país para el año 2030, con servicios operativos y equipos multidisciplinarios en campo.	
Objetivos a corto plazo		**Recursos**
OCP 2.1	Implementar un Centro de Operaciones de PADOMI en Lima Norte que esté completamente funcional y operativo en un plazo máximo de 12 meses, para mejorar la cobertura y descentralizar la atención domiciliaria.	**Recursos tangibles** Recursos financieros 10 000 000 PEN para la construcción de centros de operaciones Maquinaria Laboratorios de diagnóstico Unidades móviles Call Center **Recursos intangibles** Internet y comunicaciones Recursos humanos Médicos, enfermeras, secretarias, teleoperadoras
OCP 2.2	Institucionalizar el modelo de atención PADOMI en los servicios de atención domiciliaria existentes en Arequipa y Trujillo en un periodo de 12 meses, integrándolo en los procesos asistenciales de esas redes	**Recursos tangibles** Recursos financieros 5 000 000 PEN para la implementación de los centros de operaciones Maquinaria Laboratorios de diagnóstico Unidades móviles Dispositivos portátiles para el diagnóstico por imágenes Call Center **Recursos intangibles** Internet y comunicaciones Recursos humanos Médicos, enfermeras, tecnólogos médicos de laboratorio, tecnólogos médicos de rehabilitación, secretarias, teleoperadoras

Fuente: Elaboración propia

7.2.3. Recursos para OLP 3

Tabla 26

OLP3 con recursos

Objetivos a largo plazo		
OLP 3	Establecer una plataforma nacional de teleconsulta y telemedicina para PADOMI, operativa en el 100% de las regiones, con interoperabilidad con CENATE, para el año 2028.	
Objetivos a corto plazo		**Recursos**
OCP 3.1	Establecer una alianza formal con el Centro Nacional de Telemedicina (CENATE) antes del fin del año, con protocolos de cooperación que afiancen el uso de teleconsulta y telemedicina en PADOMI.	**Recursos tangibles** Centro de informática y dispositivos con acceso a internet para médicos. **Recursos intangibles** Internet y comunicaciones Capacitador sobre el uso de sistemas de telemedicina y teleconsulta
OCP 3.2	Implementar un sistema de teleconsulta funcional que permita la interacción inmediata entre médicos domiciliarios y especialistas en cardiología, neurología y psiquiatría en un plazo de 12 meses.	**Recursos tangibles** Recursos financieros 20 000 PEN para la creación e implementación del sistema de teleconsulta en PADOMI Maquinaria Dispositivos con acceso a internet **Recursos intangibles** Internet y comunicaciones Recursos humanos Médicos generales, médicos especialistas
OCP 3.3	Implementar un programa nacional de capacitación virtual continua para el personal de PADOMI, usando plataformas tecnológicas, con al menos una sesión mensual durante el primer año	**Recursos tangibles** Recursos financieros 5% del presupuesto destinado a la capacitación Maquinaria Acceso a internet en los centros de operaciones, disponibilidad de una PC por médico **Recursos intangibles** Internet y comunicaciones Recursos humanos Profesionales médicos docentes para las capacitaciones

Fuente: Elaboración propia

7.2.4. Recursos para OLP 4

Tabla 27

OLP4 con recursos

Objetivos a largo plazo		
OLP 4	Realizar estudios de costo-beneficio que sustenten la eficiencia del modelo PADOMI frente a la hospitalización, con resultados difundidos antes de 2030 como parte de la política de atención domiciliaria de EsSalud.	
Objetivos a corto plazo		**Recursos**
OCP 4.1	Actualizar el estudio de costo-beneficio de PADOMI en coordinación con IETSI, GOF y el equipo PADOMI en el primer semestre del año	**Recursos intangibles** Internet y comunicaciones Recursos humanos Médicos gestores y políticos del gobierno de turno

Fuente: Elaboración propia

7.2.5. Recursos para OLP 5

Tabla 28

OLP5 con resursos

Objetivos a largo plazo		
OLP 5	Incorporar un enfoque de atención intercultural en el 100% de los equipos PADOMI operativos al año 2029, con capacitación regular y contenidos adaptados por región.	
Objetivos a corto plazo		**Recursos**
OCP 5.1	Capacitar y certificar al 100% del personal médico y de salud de PADOMI en los protocolos del programa en un periodo de 12 meses.	**Recursos tangibles** Recursos financieros 15 000 PEN para cursos de capacitación Dispositivos con acceso a internet **Recursos intangibles** Internet y comunicaciones Recursos humanos y lingüistas
OCP 5.2	Desarrollar y poner en funcionamiento una plataforma asincrónica institucional para la documentación de procesos de atención PADOMI en un plazo máximo de 9 meses.	**Recursos intangibles** Internet y comunicaciones Recursos humanos Médicos gestores, epidemiólogos y líderes poblacionales
OCP 5.3	Crear e implementar un módulo virtual de capacitación con enfoque multicultural, con apoyo de agentes comunitarios, universidades y hospitales, antes de finalizar el primer año.	**Recursos tangibles** Recursos financieros 40 000 PEN **Recursos intangibles** Sociólogos y antropólogos

Fuente: Elaboración propia

7.3. Políticas de cada estrategia

Las políticas deben estar alineadas con los valores del sector establecidos en el Capítulo II del presente planeamiento. Las políticas están sometidas a los principios de ética, legalidad y responsabilidad social. Asimismo, constituyen los métodos, procedimientos, reglas y prácticas que dirigen PADOMI (D'Alessio, 2008).

Las principales políticas propuestas son:

1. Promover la transparencia y las buenas prácticas de gestión pública.
2. Asegurar la salud económica y financiera de PADOMI y optimizar las fuentes de financiamiento.
3. Promover la comunicación y colaboración entre los principales actores del sector salud.
4. Promover el trabajo en equipo.
5. Promover una atención que tenga en cuenta las características multiculturales del país.
6. Reclutar personal capacitado para las nuevas tecnologías del sector.
7. Fomentar la visión a largo plazo y evitar soluciones meramente de corto plazo.
8. Mantener abiertos los canales de comunicación con el gobierno.
9. Fomentar la descentralización de la infraestructura en múltiples regiones del país.
10. Capacitar constantemente al personal para lograr su desarrollo profesional.

Estas políticas se asocian con las estrategias planteadas de la siguiente manera:

- Incremento de la oferta por un equipo multidisciplinario para abordar toda la población demandante: políticas 5 y 9.
- Desarrollo de planes de salud adecuados a las necesidades de los segmentos a atender: políticas 3, 5 y 9.

- Diversificación concéntrica mediante el desarrollo de productos para diagnóstico y tratamiento a distancia, para que médicos prestigiosos peruanos usen la telemedicina desde dentro o fuera del país: políticas 1, 3 y 8.
- Adquisición o utilización de establecimientos existentes con zonificación apta para la expansión de PADOMI, con el fin de incrementar la penetración en el mercado: políticas 2, 5, 7 y 9.
- Desarrollo de planes de salud que incluyan servicios y medicamentos al alcance del público objetivo: políticas 4, 7, 9 y 10.
- Oferta de servicios con incremento de infraestructura descentralizada en el país, de acuerdo con las necesidades del ámbito geográfico a atender: políticas 2, 3 y 9.

7.4. Estructura de PADOMI

Según D'Alessio (2008), la estructura organizacional facilita la movilización de la organización hacia la implementación de las estrategias seleccionadas a través de las políticas elaboradas. Por ello, es relevante definir si la estructura actual de PADOMI es adecuada o si debe modificarse para lograr la implementación de las estrategias, dado que una etapa de implementación exitosa requiere una estructura organizacional alineada.

PADOMI es gestionada por la Gerencia de Oferta Flexible, a partir de la Subgerencia de Atención Domiciliaria. Mientras se mantenga la misma visión institucional y las políticas se apliquen de manera continua, esta estructura puede considerarse adecuada, siempre que se preserven las buenas prácticas en gestión pública.

7.5. Medioambiente, ecología y responsabilidad social

En cuanto a la responsabilidad social de las entidades de salud con el medioambiente, existen regulaciones y normativas que exigen un adecuado manejo y control de desechos médicos,

tanto biológicos como químicos y/o radioactivos. Esta exigencia se encuentra normada en resoluciones ministeriales que garantizan el manejo adecuado y la prevención de daños al medioambiente (Resolución Ministerial N.º 217-2004/MINSA, 2004).

Si bien todo lo anterior es obligatorio por ley, algunos establecimientos pueden ir más allá de lo requerido, apostando por programas de acción social a favor de la población más vulnerable, es decir, aquellos que no tienen los recursos económicos necesarios para acceder a servicios privados de salud de alta calidad.

7.6. Recursos humanos

El recurso humano es el factor más importante en el proceso de implementación de un plan estratégico, pues será el encargado de ejecutar las estrategias, tomar decisiones, asegurar la continuidad de las operaciones y gestionar los cambios propuestos. Por ello, es fundamental el liderazgo comprometido de la alta dirección, que conduzca el cambio y la implementación de las estrategias y objetivos planteados.

La responsabilidad que recae sobre el personal médico es crítica, ya que del servicio que ofrece depende la vida de los pacientes. Asimismo, la satisfacción del usuario se basa principalmente en la atención o trato brindado y en la calidad del servicio, aspectos canalizados a través del personal. En PADOMI, los recursos humanos en Lima se dividen en: a) plana médica, b) auxiliares y c) personal administrativo.

El personal debe poseer las competencias y calificaciones profesionales necesarias, así como contar con remuneraciones justas y beneficios de ley. Debe recibir capacitación continua, especialmente en salud y tecnología, debido a los avances constantes en la ciencia médica, sin descuidar la formación en trato al usuario, ya que esta es la primera percepción que obtiene el asegurado y contribuye a la imagen y reputación del programa.

7.7. Gestión del cambio

La reducción al mínimo posible de la resistencia al cambio es un factor clave para que la implementación del plan estratégico sea exitosa. Es fundamental establecer una estrategia educativa que apoye el cambio y controle los sentimientos de ansiedad y temor del personal. Al mismo tiempo, se debe desarrollar una estrategia racional que motive el interés por nuevas experiencias laborales y profesionales (D'Alessio, 2008).

Es importante contar con liderazgo adecuado por parte de los dirigentes de PADOMI y de los entes públicos relacionados, quienes deben fomentar el cambio y apoyar las estrategias y planes de acción para gestionar su impacto. El proceso de implementación genera cambios estructurales y culturales que exigen un planteamiento cuidadoso, incluyendo las siguientes acciones:

7.7.1. Planear la estrategia del cambio

Es necesario desarrollar un plan de acción para que los objetivos de este documento se cumplan. Debido al dinamismo tecnológico del sector, se requiere actualización constante para mejorar la calidad y la promoción de los servicios. Para contrarrestar sentimientos de temor e incertidumbre, es fundamental una comunicación fluida con todos los participantes, liderada por la alta gerencia.

7.7.2. Establecer un sentido de urgencia

De acuerdo con D'Alessio (2008), una organización debe examinar el mercado y su competencia, identificar y evaluar crisis actuales y potenciales e identificar oportunidades.

El presente planeamiento estratégico ha identificado factores críticos de éxito para PADOMI, así como fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades que deben considerarse para alcanzar los objetivos a largo plazo y la visión deseada.

Otras acciones clave son:

- Conformar un grupo director facultado. PADOMI debe asumir un rol protagónico en la conducción del programa y en la coordinación con otros actores del sistema de salud.
- Crear una visión para el cambio. Es responsabilidad de la alta dirección de PADOMI y EsSalud generar y comunicar una visión clara y compartida.
- Comunicar la visión del cambio. Las estrategias y políticas deben difundirse por todos los medios posibles.
- Facultar a otros para lograr la visión. PADOMI debe coordinar con los directivos de EsSalud para integrar a todos en la visión del cambio, eliminando obstáculos y fomentando la innovación.
- Usar las tecnologías de la información y comunicación como facilitadores, mejorando la gestión de historias clínicas, diagnósticos y tratamientos.

7.8. Resumen

De los objetivos a corto plazo necesarios para alcanzar los objetivos a largo plazo, aquellos que requieren mayores recursos son los relacionados con la descentralización de infraestructura y equipamiento, en particular la creación de nuevos centros de operaciones de PADOMI.

Es fundamental el rol protagónico de la Gerencia de Oferta Flexible para implementar las políticas y estrategias que permitan cumplir los OCP y OLP. En ese contexto, la solidez institucional y las alianzas políticas serán claves en el próximo quinquenio.

Finalmente, la implementación de las estrategias exige minimizar la resistencia al cambio, monitorear el proceso e involucrar activamente al recurso humano. Para que el cambio se consolide, se requiere liderazgo comprometido de la alta dirección y una gestión excelente del personal, elementos vitales para el desarrollo y sostenibilidad de PADOMI.

Capítulo VIII: Evaluación Estratégica

El modelo de gerencia estratégica se compone de tres etapas: (a) formulación o planificación, (b) implementación y (c) evaluación y control. Este proceso se manifiesta de manera constante y, debido a la intensidad y frecuencia de los cambios en el entorno, la competencia y la demanda, se hace necesario un planeamiento estratégico dinámico (D'Alessio, 2008).

Con el objetivo de evaluar y monitorizar las estrategias y los objetivos a corto plazo del presente plan estratégico, se utilizará el tablero de control integrado, herramienta que permitirá a PADOMI mantener una visión amplia de su situación actual y controlar el desempeño de los objetivos a corto plazo propuestos.

8.1. Perspectivas de control

El tablero de control permite contar con una visión integral de la organización y facilita la evaluación de la estrategia por medio de la medición, la comparación y la corrección, de ser necesario, para una implementación exitosa de las estrategias.

Las perspectivas de control que se usarán para la evaluación estratégica de PADOMI serán: la perspectiva de aprendizaje interno, la perspectiva interna o de procesos, la perspectiva del cliente y la perspectiva financiera.

8.1.1. Aprendizaje interno

La perspectiva de aprendizaje interno se centra en la mejora y el crecimiento de la organización y su productividad. De acuerdo con Kaplan y Norton (2009), esta perspectiva analiza el recurso humano; algunos de los principales indicadores son: (a) satisfacción de la fuerza laboral, (b) retención de la fuerza laboral, (c) productividad de la fuerza laboral, (d) capacidades de los sistemas de información y (e) capacidad de los sistemas facilitadores.

La perspectiva de aprendizaje para PADOMI se muestra en la Tabla 29, donde se presenta un objetivo a corto plazo relacionado con la capacitación del personal médico y de salud, el fortalecimiento de competencias digitales y el impulso de una cultura de mejora continua.

Tabla 29

Perspectiva de Aprendizaje Interno

OCP	Objetivos a corto plazo	Acciones	Indicadores
OCP 5.1	Capacitar y certificar al 100% del personal médico y de salud de PADOMI en los protocolos del programa en un periodo de 12 meses.	- Capacitar al 100% del personal de PADOMI en procesos técnicos y humanizados - Capacitar con enfoque multicultural e intercultural - Fortalecer competencias digitales y de telemedicina del personal	Número de capacitación anuales por médico

	- Institucionalizar una cultura de innovación y mejora continua	

Fuente: Elaboración propia

8.1.2. Procesos

La perspectiva interna se orienta a analizar los procesos necesarios para satisfacer a los usuarios, centrándose en indicadores relacionados con: (a) innovación, (b) servicio posventa, (c) eficiencia operativa, (d) calidad y tiempos de producción y (e) duración de los ciclos de atención.

Tabla 30

Análisis de los procesos de satisfacción en base a indicadores

OCP	Objetivos a corto plazo	Acciones	Indicadores
OCP 1.1	Lograr que el 100% de los pacientes atendidos por PADOMI en el primer año cumplan con los criterios de inclusión establecidos por el programa.	A través del sistema de valoración y las visitas programadas poder validar que pacientes cumplen con los criterios de inclusión.	Paciente PADOMI identificado
OCP 1.2	Reubicar al 100% de los pacientes no elegibles de PADOMI a las IPRESS que les correspondan en un plazo máximo de 12 meses, garantizando continuidad de atención	Realizar coordinaciones a través del sistema para facilitar la reubicación en la IPRES que les corresponde.	Pacientes PADOMI reubicados
OCP 2.1	Implementar un Centro de Operaciones de PADOMI en Lima Norte que esté completamente funcional y operativo en un plazo máximo de 12 meses, para mejorar la cobertura	Realizar coordinaciones para implementar centro de operaciones en una zona con alta cobertura de atención.	Proporción de centros de operaciones implementados.

	y descentralizar la atención domiciliaria.		
OCP 2.2	Institucionalizar el modelo de atención PADOMI en los servicios de atención domiciliaria existentes en Arequipa y Trujillo en un periodo de 12 meses, integrándolo en los procesos asistenciales de esas redes.	Realizar coordinaciones para implementar servicios de atención domiciliaria.	Proporción de sistemas de atención implementados a nivel nacional
OCP 3.1	Establecer una alianza formal con el Centro Nacional de Telemedicina (CENATE) antes del fin del año, con protocolos de cooperación que afiancen el uso de teleconsulta y telemedicina en PADOMI	Coordinar con Centro Nacional de Telemedicina para que se efectué las firmas correspondientes para establecer la alianza.	Tiempo utilizado para establecer la alianza
OCP 3.2	Implementar un sistema de teleconsulta funcional que permita la interacción inmediata entre médicos domiciliarios y especialistas en cardiología, neurología y psiquiatría en un plazo de 12 meses.	Coordinación para establecer los procesos PADOMI y así realizar la teleconculta.	Tiempo utilizado para establecer la interacción con los médicos especialista
OCP 3.3	Implementar un programa nacional de capacitación virtual continua para el personal de PADOMI, usando plataformas tecnológicas, con al menos una sesión mensual durante el primer año.	A través de la capacitación continua poder realizar la capacitación nacional.	Tiempo que tome incorporar los sistemas de tecnología para las capacitaciones

OCP 4.1	Actualizar el estudio de costo-beneficio de PADOMI en coordinación con IETSI, GOF y el equipo PADOMI en el primer semestre del año.		Tiempo que tome actualizar el estudio
OCP 5.2	Desarrollar y poner en funcionamiento una plataforma asincrónica institucional para la documentación de procesos de atención PADOMI en un plazo máximo de 9 meses.	Establecer el cronograma de capacitaciones a través de la plataforma	Numero de personal capacitado.

Fuente: Elaboración propia

8.1.3. Clientes

La tercera perspectiva, la del cliente, evalúa aspectos como: (a) participación en el mercado, (b) retención de usuarios, (c) captación de nuevos usuarios y (d) rentabilidad por usuario.

En la perspectiva del cliente para PADOMI se han considerado objetivos a corto plazo relacionados con la expansión de cobertura, la descentralización de servicios, la calidad de la atención domiciliaria y la incorporación de un enfoque multicultural.

Tabla 31

Proyección de cumplimiento de objetivos según acciones e indicadores

OCP	Objetivos a corto plazo	Acciones	Indicadores
OCP 5.3	Crear e implementar un módulo virtual de capacitación con enfoque multicultural, con apoyo de agentes comunitarios, universidades y hospitales, antes de finalizar el primer año.	Ampliar cobertura efectiva de atención domiciliaria a más adultos mayores Descentralizar PADOMI a nivel regional (Lima Norte, Arequipa, Trujillo) Garantizar atención domiciliaria oportuna y con calidad	Número de clientes atendidos bajo el enfoque multicultural.

	Incluir enfoque multicultural en la atención	

Fuente: Elaboración propia

8.1.4. Perspectiva financiera

De acuerdo con Kaplan y Norton (2009), la perspectiva financiera analiza el rendimiento sobre la inversión y el valor añadido a la organización. En el caso de PADOMI, esta perspectiva considera la necesidad de mantener la estabilidad y el financiamiento del servicio público, así como su continuidad frente a conflictos sociales y políticos.

En la evaluación estratégica se deberá monitorear los resultados de las estrategias implementadas, considerando el logro de los objetivos a corto plazo, que finalmente permitirá evaluar los objetivos a largo plazo y la visión planteada para PADOMI. Entre los lineamientos clave se encuentran:

- Demostrar la sostenibilidad financiera del modelo PADOMI frente a la hospitalización.
- Optimizar recursos mediante la adecuada focalización de pacientes.
- Asegurar financiamiento progresivo para la ampliación nacional de PADOMI.

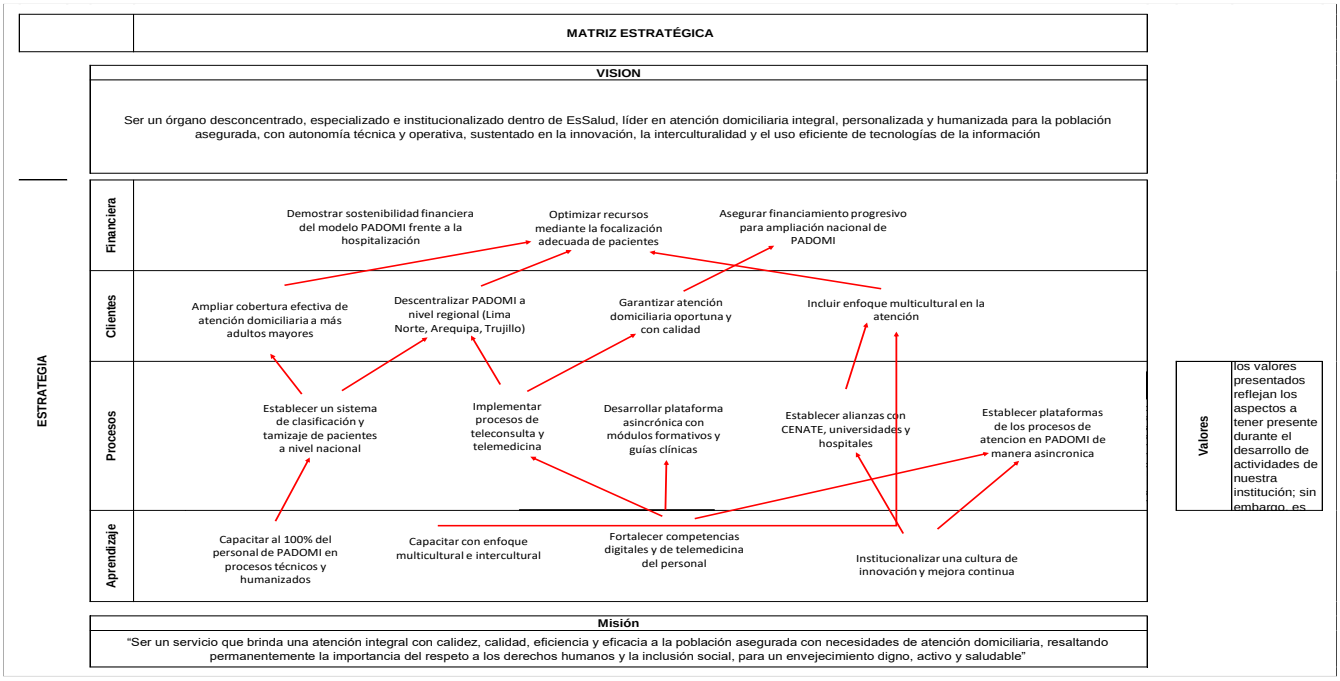
8.2. Tablero de control integrado

El alineamiento estratégico permite lograr cuatro resultados sustentados en cuatro enfoques: (a) cliente, (b) procesos internos, (c) aprendizaje y crecimiento, y (d) financiero. Los objetivos a corto plazo se agrupan en cada uno de estos enfoques y se alinean con la visión, misión, valores, código de ética, intereses del sector, principios cardinales, estrategias y políticas para alcanzar los objetivos a largo plazo de PADOMI (D'Alessio, 2008).

El tablero de control integrado se obtiene a partir de la unión de las tablas presentadas en esta sección y funcionará como una herramienta de monitoreo periódico para la gestión del programa.

Ilustración 11

Matriz Estratégica



Fuente: Elaboración propia (de acuerdo a Robert Kaplan)

8.3. Resumen

El tablero de control balanceado es una herramienta que facilita el control y el cumplimiento de los objetivos a corto plazo. La medición y el seguimiento del desempeño de estos objetivos es trascendente, por lo que se asignan indicadores específicos a cada uno, permitiendo verificar de manera oportuna la eficacia de las estrategias y corregir desviaciones que puedan impedir el logro de los objetivos a largo plazo y de la visión formulada para PADOMI.

El proceso se iniciará con el monitoreo de la perspectiva de aprendizaje, supervisando los objetivos relacionados con la productividad y las condiciones que facilitan el crecimiento

sostenible del programa. En la perspectiva interna se definirán y supervisarán los procesos necesarios para atender adecuadamente a los usuarios actuales y potenciales, incluyendo sistemas de información y capacidad instalada acorde con la demanda creciente.

En la perspectiva del cliente, el enfoque se centrará en la ampliación de la infraestructura y la descentralización de los servicios, con especial atención a la calidad y pertinencia cultural de la atención domiciliaria. Finalmente, se monitoreará la perspectiva financiera, considerando la necesidad de acuerdos con el gobierno central que garanticen la continuidad del financiamiento y la sostenibilidad del modelo PADOMI en el tiempo.

Capítulo IX: Competitividad del Sector

9.1. Análisis competitivo de PADOMI

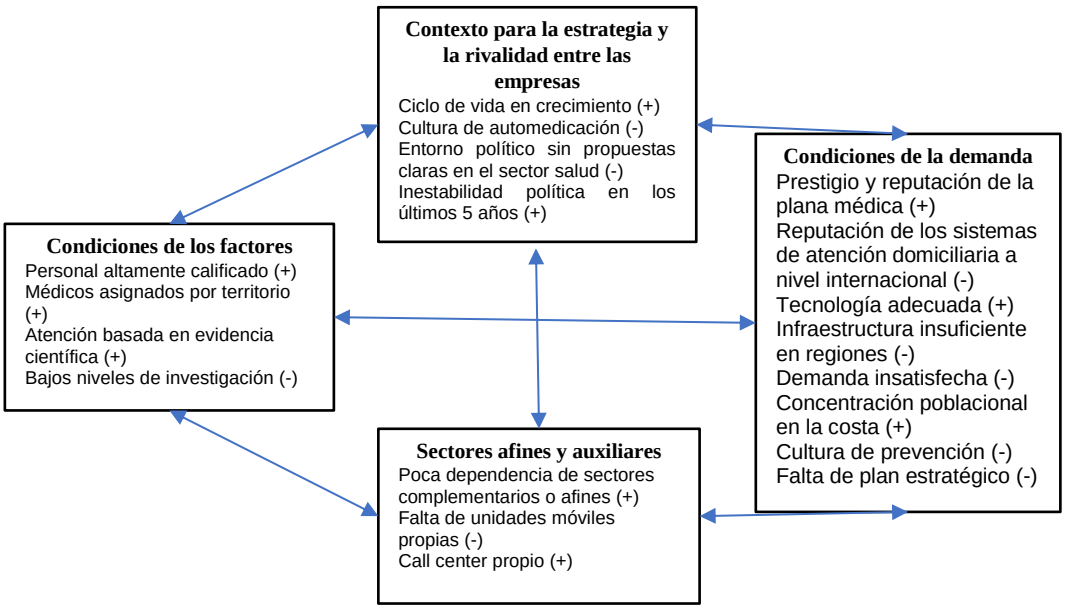
PADOMI será analizado mediante el modelo del diamante de Porter, a través del análisis de factores críticos en sus cuatro dimensiones: (a) condiciones de los factores, (b) condiciones de la demanda, (c) condiciones de sectores afines y de apoyo y (d) contexto para la estrategia y la rivalidad entre las organizaciones del sector.

9.2. Identificación de ventajas competitivas del sector

La Figura 20 muestra el análisis realizado sobre las ventajas competitivas de PADOMI en cada uno de los cuatro factores del diamante de Porter. En los párrafos siguientes se analizan las ventajas y desventajas del sector en cada uno de estos factores.

Ilustración 12

Diamante de Porter para PADOMI



Fuente: Elaboración propia (de acuerdo a Robert Kaplan)

9.2.1. Condiciones de los factores.

En el caso de PADOMI, el capital humano es altamente calificado y con experiencia adquirida en la práctica profesional; sin embargo, aún existe poca producción de investigación en el contexto de la institución. De acuerdo con Porter (2012), las naciones logran éxito en sectores en los que son especialmente competentes en la creación de nuevas tecnologías, intervenciones o modelos, y donde la ventaja competitiva resulta de la presencia de instituciones que realizan dichas innovaciones y trabajan de manera continua para mejorarlas.

Otra ventaja competitiva se centra en contar con médicos asignados por territorio, lo que facilita la cobertura de la atención domiciliaria. La atención médica impartida en PADOMI se basa en evidencia científica, y se han desarrollado documentos técnicos que estandarizan el proceder de los profesionales de la salud.

9.2.2. Condiciones de la demanda.

Según Porter (2012), las naciones logran ventaja competitiva en los sectores donde la demanda interna ofrece a sus organizaciones una imagen más clara o temprana de las nuevas necesidades de los usuarios y donde estos presionan para que se innove con mayor rapidez y se alcancen ventajas competitivas más valiosas.

Las ventajas competitivas de PADOMI en comparación con sus competidores y sustitutos incluyen:

- Prestigio y reputación de la plana médica.
- Reputación de los sistemas de atención domiciliaria a nivel internacional; en varios países, la atención domiciliaria se viene desarrollando y mejorando progresivamente, siendo protagonista dentro de los sistemas de salud, con atención primaria en el domicilio y programas de hospitalización en casa.
- Tecnología adecuada; los sistemas de telemedicina se han desarrollado e implementado progresivamente en PADOMI, que actualmente cuenta con tecnología apropiada en laboratorios y diagnóstico por imágenes, de acuerdo con sus competencias.
- Infraestructura insuficiente en regiones; PADOMI aún se encuentra centralizado en Lima, por lo que su infraestructura no alcanza a grupos poblacionales que demandan estos servicios. Esto genera demanda insatisfecha y concentra la población usuaria principalmente en la costa.

- Una desventaja importante es la cultura de prevención en salud, que es escasa o nula, lo cual dificulta el abordaje oportuno de los problemas de salud de la población.

9.2.3. Contexto para la estrategia y la rivalidad entre las empresas.

El ciclo de vida del servicio de atención domiciliaria en PADOMI se encuentra en fase de crecimiento, lo que constituye una ventaja competitiva estratégica para el posicionamiento del programa frente a otros servicios de atención médica domiciliaria. Sin embargo, el contexto de cultura de automedicación, sumado a un entorno político sin propuestas claras en salud, condiciona un ambiente incierto para el crecimiento y la permanencia de estos servicios. La inestabilidad política de los últimos años es un factor clave que limita el desarrollo, por lo que será fundamental formular estrategias que permitan controlar y mitigar estos riesgos.

Sectores afines y auxiliares. En cuanto a los sectores afines y auxiliares, PADOMI cuenta con un presupuesto propio asignado desde la Gerencia de Oferta Flexible, además de un equipo médico propio, un call center exclusivo, un sistema de farmacia y un laboratorio para el diagnóstico de patologías frecuentes. En este contexto existe poca dependencia de sectores complementarios o afines. A pesar de ello, se identifican desventajas como la falta de unidades móviles propias tanto para el traslado del personal como para el traslado de pacientes, lo que limita la capacidad operativa y la respuesta oportuna.

9.3. Identificación y análisis de los principales clústeres del sector

De acuerdo con la teoría de Porter (2012), un clúster es una concentración de organizaciones interconectadas, apoyadas por proveedores especializados de productos y servicios, empresas de sectores afines e instituciones conexas que brindan soporte y cooperan entre sí. Un clúster puede definirse como un sistema de organizaciones e instituciones interconectadas

cuyo valor total es mayor que la suma de sus partes, donde el elemento central es la innovación como fuente de evolución del clúster.

PADOMI está compuesto por prestadores de servicios de salud, proveedores de servicios complementarios y proveedores de medicamentos y laboratorios médicos. En la medida en que exista coordinación entre estos actores, puede configurarse una lógica de clúster.

En cuanto a los proveedores de equipos y servicios complementarios, existen empresas especializadas en el sector; sin embargo, la mayoría de insumos y equipos especializados son importados. En este sentido, el sector salud peruano carece aún de clústeres plenamente desarrollados, aunque existe potencial para una visión de clúster en torno al turismo de salud y la investigación médica.

Respecto de los clústeres de investigación clínica, hacia 2021 el Perú dispone de potencial para desarrollar un clúster de innovación en el que distintos grupos de interés compartan información de manera transparente, mediante tecnología avanzada y un sistema regulado que, al mismo tiempo, impulse esta actividad. Entre dichos grupos se incluirían:

1. Centros de investigación basados en procesos y con cultura de mejoramiento continuo, compartiendo mejores prácticas, articulados como sector e interlocutor válido con auspiciadores e instancias regulatorias.
2. Organizaciones ejecutoras de estudios clínicos y auspiciadores, agremiados y compartiendo buenas prácticas, que propicien el entrenamiento de personal especializado en monitoreo clínico e investigadores profesionales.
3. Oficinas regulatorias y comités de ética alineados con procesos de mejora continua, reducción y predictibilidad de tiempos de aprobación, con alta calidad y cuidado de los pacientes según los mejores estándares.

4. Pacientes que consientan su participación de manera informada, voluntaria y consciente del alcance de su participación en estudios clínicos, tanto en términos de beneficios potenciales como de riesgos.

Cuando estos grupos de interés logren una sintonía plena y comprendan el valor de una situación ganar–ganar, el Perú podrá consolidarse como un polo de atracción de inversión en investigación clínica, acompañado de una política de Estado que fomente este desarrollo.

9.4. Resumen

Entre las principales ventajas competitivas de PADOMI se encuentra que el capital humano es altamente calificado y con amplia experiencia en la práctica clínica, además de contar con médicos asignados por territorio que basan su práctica en evidencia científica. El prestigio y la reputación de la plana médica refuerzan la posición competitiva frente a la demanda. La integración de PADOMI a sistemas de telemedicina y a la historia clínica electrónica le otorga una base tecnológica adecuada para el contexto actual, en el que la medicina a distancia ha cobrado protagonismo.

Sin embargo, la infraestructura sigue siendo insuficiente en regiones y se requiere la implementación de centros de operaciones fuera de Lima. En el contexto de estrategia y rivalidad, la principal ventaja competitiva es que el servicio se encuentra en una fase de crecimiento del ciclo de vida, mientras que respecto de sectores afines y auxiliares existe poca dependencia de actores complementarios, aunque persisten debilidades como la falta de unidades móviles propias y la limitada cultura de prevención y autocuidado en la población. Estos elementos señalan la necesidad de estrategias que fortalezcan la descentralización, la innovación y la construcción de clústeres de salud e investigación que permitan consolidar la competitividad de PADOMI en el largo plazo.

Capítulo X: Conclusiones y Recomendaciones

10.1. Conclusiones

1. El envejecimiento poblacional constituye un desafío estructural para el sistema de salud y justifica el modelo PADOMI.

   Los cambios demográficos en el Perú evidencian una transición hacia una población con mayor proporción de personas adultas mayores y un incremento sostenido de la esperanza de vida, lo que incrementa la prevalencia de enfermedades crónicas y situaciones de dependencia. En este escenario, se confirma que el sistema de salud, y en particular PADOMI, debe consolidar un modelo de atención domiciliaria

preventiva, continua e integral, capaz de responder a las necesidades de una población que requiere cuidados prolongados en el domicilio.

2. El incremento de la demanda de atención domiciliaria exige una expansión planificada y sostenible de PADOMI.
   La creciente demanda de atención domiciliaria por parte de adultos mayores con patologías crónicas, dependencia funcional y necesidad de cuidados complejos demuestra que el modelo actual es insuficiente para garantizar cobertura oportuna y equitativa. Los análisis EFE y MEFI muestran un entorno externo favorable pero con debilidades internas en infraestructura, personal y sistemas de información; por ello, resulta imprescindible fortalecer la capacidad operativa del programa, con recursos humanos especializados, equipamiento suficiente y una expansión territorial descentralizada.
3. La atención domiciliaria debe consolidarse como un modelo integral, humanizado e intercultural de cuidado.
   Los hallazgos del estudio evidencian que la atención centrada solo en lo curativo resulta insuficiente frente a la complejidad de las necesidades de la población atendida. Se concluye que PADOMI debe sostener un enfoque que integre prevención, rehabilitación, soporte psicosocial y cuidados paliativos, incorporando además un enfoque intercultural que reconozca la diversidad cultural del país, de modo que se mejore la calidad de vida de los asegurados, se preserve su autonomía y se reduzca la exposición innecesaria a ambientes hospitalarios.
4. Las oportunidades del entorno nacional e internacional favorecen el fortalecimiento de la atención domiciliaria, pero requieren voluntad política y capacidad de gestión.

La existencia de políticas orientadas a la cobertura universal, la telemedicina y la atención a personas adultas mayores, así como las experiencias exitosas de programas de atención domiciliaria en otros países, configuran un contexto propicio para el desarrollo de PADOMI. No obstante, la inestabilidad política, las brechas en cultura de prevención y la limitada inversión en investigación y desarrollo representan riesgos que solo podrán ser superados mediante una gestión estratégica que articule normativas, financiamiento estable y alianzas interinstitucionales.

5. Las fortalezas institucionales de PADOMI constituyen una base sólida para su consolidación como modelo de atención domiciliaria en el Perú.
   El enfoque multidisciplinario, la existencia de una base de datos integrada de pacientes, la oferta de servicios auxiliares (laboratorio, farmacia, hospitalización en casa) y la incorporación progresiva de telemedicina colocan a PADOMI en una posición competitiva favorable frente a otros actores. Las matrices estratégicas (FODA, BCG, IE y Gran Estrategia) señalan que el programa se encuentra en una fase de crecimiento con potencial para expandirse y diferenciarse; sin embargo, esta consolidación dependerá de la ejecución efectiva de las estrategias priorizadas de depuración del padrón, descentralización, fortalecimiento de la telemedicina y capacitación con enfoque intercultural.

10.2. Recomendaciones

1. Depurar y ordenar el padrón de PADOMI como condición inicial para la sostenibilidad. Implementar, en un plazo no mayor de 12 meses, un sistema institucional de evaluación, validación y depuración anual del padrón que garantice que solo permanezcan afiliados quienes cumplen los criterios técnicos de inclusión y exclusión,

articulando este proceso con IETSI, la Gerencia de Oferta Flexible y las redes asistenciales. Esto permitirá focalizar recursos en los pacientes que realmente requieren atención domiciliaria, reducir la sobrecarga del programa y mejorar la eficiencia en el uso de recursos.

2. Descentralizar progresivamente PADOMI mediante centros de operaciones regionales. Priorizar la implementación de centros de operaciones en Lima Norte, Arequipa y Trujillo como primera fase de expansión, utilizando infraestructura existente con zonificación adecuada e integrando equipos multidisciplinarios locales. Una vez consolidados estos centros, escalar gradualmente el modelo hacia otras redes asistenciales, definiendo metas de cobertura y estándares mínimos de equipamiento y recursos humanos para asegurar una atención equitativa en todo el país.
3. Consolidar una plataforma nacional de telemedicina integrada con CENATE. Formalizar convenios y protocolos de interoperabilidad con el Centro Nacional de Telemedicina, fortaleciendo la infraestructura digital de PADOMI para que las teleconsultas, el telemonitoreo y las interconsultas con especialistas sean componentes estructurales del modelo. Se recomienda destinar recursos específicos para la capacitación del personal, la interoperabilidad de sistemas y el soporte técnico, priorizando el manejo de enfermedades crónicas y cuidados paliativos en regiones con menor oferta especializada.
4. Generar evidencia económica y clínica que sustente la continuidad y expansión del modelo PADOMI.

   Encargar a IETSI y al equipo gestor de PADOMI la elaboración periódica de estudios de costo-beneficio y costo-efectividad que comparen la atención domiciliaria con la

hospitalización convencional, complementados con investigaciones sobre calidad de vida y satisfacción de los usuarios y sus familias. Estos resultados deben ser difundidos en los espacios de decisión de EsSalud y en foros de política pública, de modo que respalden la asignación de recursos y la inclusión del modelo domiciliario en las estrategias nacionales de atención a personas adultas mayores.

5. Institucionalizar un programa permanente de capacitación con enfoque intercultural y humanizado.

   Diseñar e implementar un programa nacional de formación continua para todo el personal de PADOMI (médico, de enfermería y administrativo) que incluya competencias en atención domiciliaria, telemedicina, comunicación con pacientes y familias y enfoque intercultural. Este programa debe incorporar contenidos adaptados por región y la participación de agentes comunitarios, universidades y hospitales, a fin de asegurar que la expansión del programa mantenga la calidad técnica, la pertinencia cultural y el trato humanizado como rasgos distintivos del modelo

Referencias

Almeida, A. (2019, 27 de junio). Investigación y desarrollo (I+D) en el Perú: ¿Invertimos lo suficiente? *RPP Noticias*. https://rpp.pe/columnistas/alexandrealmeida/investigacion-y-desarrollo-id-en-el-peru-invertimos-lo-suficiente-noticia-1204891

Ávila, H. S., González, R. A., & Limo Huamán, E. A. (2016). *Diseño de procesos para el programa de atención domiciliaria de EsSalud* (Tesis de maestría, Universidad del Pacífico). Repositorio de la Universidad del Pacífico.

Baanante, M. J., & Ñopo, H. (2020). El impacto del Covid-19 sobre la economía peruana. *Economía UNAM*, *17*(51), 136–146.

Beca I, J. P., Gómez B, M. I., Browne L, F., & Browne S, J. (2011). Los estudiantes de medicina como parte del equipo de salud. *Revista Médica de Chile*, *139*(4), 462–466. https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000400007

Cárdenas, C. G., Pesantes, M. A., & Rodríguez, A. (2017). Interculturalidad en salud: Reflexiones a partir de una experiencia indígena en la Amazonía peruana. *Anthropologica*, *35*(39), 151–169. https://doi.org/10.18800/anthropologica.201702.007

Castilla, L. (2020). *Revisión de los modelos de atención domiciliaria para paciente adulto mayor con enfermedades crónicas y terminales desde la adherencia al tratamiento y calidad de vida* (Trabajo de investigación). Universidad EAN. https://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/10322/CastillaLuz2020.pdf

Contraloría General de la República. (2019). *Código de ética de la función pública*. https://doc.contraloria.gob.pe/PACK_anticorrupcion/documentos/5_CODIGO_DE_ETICA_2019.pdf

D'Alessio Ipinza, F. A. (2008). *El proceso estratégico: Un enfoque de gerencia*. Pearson Educación.

David, F. R., & David, F. R. (2017). *Conceptos de administración estratégica* (15.ª ed.). Pearson.

Desarrollo de la ciencia y tecnología en el Perú. (2019, 26 de junio). *Revista Digital de la Facultad de Ciencias Administrativas y RR. HH.* Universidad de San Martín de Porres. https://www.administracion.usmp.edu.pe/revista-digital/numero-2/desarrollo-de-la-ciencia-y-tecnologia-en-el-peru/

EsSalud. (2019). *Código de ética del Seguro Social de EsSalud*. Seguro Social de Salud.

EsSalud. (2020). *Plan estratégico institucional 2020–2024*. Seguro Social de Salud.

EsSalud. (2020). *Telemedicina en pacientes con enfermedad crónica o continuadores en EsSalud* (Directiva de Gerencia General N.º 12-GCPS-ESSALUD-2020). Seguro Social de Salud.

EsSalud. (2021). *Normas para las prestaciones de salud de atención domiciliaria en EsSalud* (Directiva N.º 15-GCPS-ESSALUD-2021). Seguro Social de Salud.

EsSalud. (2022, 1 de enero). *Población asegurada según edades y sexo: 2006–2022* [Informe]. Seguro Social de Salud. https://www.gob.pe/institucion/essalud/informes-publicaciones/5992459-poblacion-asegurada-segun-edades-y-sexo-2006-2022

EsSalud. (2023). *Plan estratégico institucional 2023–2027*. Seguro Social de Salud.

EsSalud. (s. f.). *Atención domiciliaria PADOMI* [Página web]. Seguro Social de Salud. https://apps.essalud.gob.pe/portal-padomi

Flores Silva, J. (2016). *Desarrollo de posverdad a través de Twitter: Fujimorismo y antifujimorismo durante las elecciones presidenciales del Perú en el 2016* (Tesis de licenciatura). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. https://doi.org/10.19083/tesis/625061

Glasinovic, A., Canessa, J., & Sotomayor, F. (2021). Buenas prácticas en la visita domiciliaria integral en atención primaria chilena. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *32*(4), 414–419. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.01.011

Huaripuma Tejada, C. K. (2019). *Evaluación de la eficacia del programa de atención domiciliaria (PADOMI) servicio de EsSalud, en Lima – 2019* (Tesis de maestría). [Registro en Alicia/Concytec].

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2020). *Indicadores demográficos y sociales del Perú* [Informe]. INEI.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2020). *Comportamiento de la economía peruana en el cuarto trimestre de 2020*. INEI.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (s. f.). *Perú: Perfil sociodemográfico. Censos Nacionales 2017* [Informe]. INEI.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2004). *Strategy maps: Converting intangible assets into tangible outcomes*. Harvard Business School Press.

La crisis del sistema de salud de Venezuela. (2015, 29 de abril). *Human Rights Watch*. https://www.hrw.org/es/news/2015/04/29/la-crisis-del-sistema-de-salud-de-venezuela

Lizarbe Castro, M. V., Gamarra Samaniego, P., & Parodi García, J. F. (2015). Factores de riesgo asociados a complicaciones intrahospitalarias en adultos mayores del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, 2010. *Horizonte Médico, 15*(1), 38–48.

Machaca Cruz, B., & Mamani Quispe, L. A. (2019). *Exportación de cobre y su impacto en el crecimiento económico del Perú en el periodo 2010–2018* (Tesis). Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/UNSAAC/5113

Mezones-Holguín, E., Amaya, E., Bellido-Boza, L., Mougenot, B., Murillo, J. P., Villegas-Ortega, J., & Del-Carmen, J. (2019). Cobertura de aseguramiento en salud: El caso peruano desde la Ley de Aseguramiento Universal. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 36*(2), 196–206. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.3998

Ministerio de Economía y Finanzas. (2021). *Plan Estratégico de Desarrollo Nacional actualizado: Perú hacia el 2021* [Documento de política]. MEF. https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Plan%20Peru%20PEDN-2021-15-07-2016-RM-138-2016-PCM2.pdf

Ministerio de Salud del Perú. (2021). *Lineamientos de telemedicina y atención domiciliaria en el Sistema Nacional de Salud*. MINSA.

Minsalud Colombia. (2020). Minsalud adoptará modelo de atención domiciliaria para pacientes con COVID-19. *Ministerio de Salud y Protección Social*.

https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-disena-modelo-de-atencion-domiciliaria-para-pacientes-con-COVID-19-.aspx

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Marco de la OMS sobre servicios de salud integrados y centrados en las personas*. OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *La telemedicina en la Región de las Américas: Panorama y recomendaciones*. OPS. https://doi.org/10.37774/9789275323005

Orb, A., & Santiagos, A. (2005). Breve reseña de la enfermería domiciliaria: Una perspectiva de la atención privada. *Ciencia y Enfermería, 11*(1), 9–15. https://doi.org/10.4067/S0717-95532005000100002

Paredes, M., Encinas, D., & Paredes, M. (2020). Perú 2019: Crisis política y salida institucional. *Revista de Ciencia Política (Santiago), 40*(2), 483–510. https://doi.org/10.4067/S0718-090X2020005000116

Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. (1993). *The virtues in medical practice*. Oxford University Press.

Ponzo, J. (2020). La medicina familiar y comunitaria en Uruguay de 1997 a 2019: ¿Cuántos kilómetros faltarán para llegar al pueblo aquel? *Ciência & Saúde Coletiva, 25*, 1205–1214. https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.29332019

Porter, M. E. (2012). *Ventaja competitiva de las naciones* (ed. actualizada). Alianza Editorial.

Prado Prado, C. (2014). *Protección social y crecimiento inclusivo en el Perú*. Banco Mundial.

Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 27*(1), 80–84. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2010.271.1448

Sánchez-Cárdenas, M. A., Cárdenas Zárate, E. L., & Rodríguez Millán, M. M. (2016). Determinantes del cuidado domiciliario ideal: Experiencia de cuidadores familiares de

pacientes con secuelas de enfermedad cerebrovascular. *Revista Colombiana de Enfermería, 12*, 25–32. https://doi.org/10.18270/rce.v11i12.1683

Seminario, R. (2021). La pandemia de la COVID-19 y su impacto económico, social y en salud. *Revista Científica Ágora, 8*(1), 1–2. https://doi.org/10.21679/arc.v8i1.199

Valdivia, J., & Huarcaya, M. (2019). Cuidadores informales en Perú: Necesidades no cubiertas y carga emocional. *Revista Peruana de Medicina, 28*(4), 341–349.

Velásquez, A., Suárez, D., & Nepo-Linares, E. (2016a). Reforma del sector salud en el Perú: Derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 33*(3), 546–555. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2338

Velásquez, A., Suárez, D., & Nepo-Linares, E. (2016b). Reforma del sector salud en el Perú: Derecho, gobernanza y cobertura universal. *Revista de Derecho Administrativo Económico, 28*(1), 45–72.

Welle, D. (2020, 17 de noviembre). Crisis política en Perú: Tensión e incertidumbre. *DW*. https://www.dw.com/es/crisis-pol%C3%ADtica-en-per%C3%BA-tensi%C3%B3n-e-incertidumbre/a-55627085

Zolezzi, A. F. (2017). Salud y medio ambiente en el Perú actual. *Acta Médica Peruana, 34*(2), 79–81.

Zolezzi, F. (2017). Impacto de los riesgos ambientales en la salud de la población peruana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 34*(3), 487–493.

Anexo N° 1:

Criterios de Inclusión:

- Paciente geriátrico (mayores de 70 años): Adultos mayores que, debido a su edad avanzada, requieren atención domiciliaria para mantener su bienestar físico, mental y funcional.
- Paciente con incapacidad severa o absoluta de locomoción: Aquellos pacientes que, por discapacidad física o mental, tienen limitaciones significativas que les impiden desplazarse a un centro de salud.
- Pacientes con enfermedades crónicas incapacitantes: Adultos mayores con enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca, entre otras, que afectan su funcionalidad y requieren atención continua.
- Paciente en estado terminal: Personas que se encuentran en fase terminal de una enfermedad y para quienes se puede ofrecer manejo paliativo en el hogar.
- Pacientes que requieren atención médica post-hospitalización: Aquellos que, tras ser dados de alta de un hospital, necesitan continuar recibiendo atención médica especializada en casa, como seguimiento de cirugías o manejo de complicaciones.
- Paciente adulto mayor frágil: Aquellos que, aunque no presentan una enfermedad específica incapacitante, tienen un alto riesgo de deterioro funcional y de salud debido a su fragilidad.

- Pacientes que requieren atención domiciliaria especializada: Personas que necesitan servicios de atención especializada en casa, como cardiología, geriatría, psiquiatría, entre otros.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que pueden movilizarse a centros de atención: Personas que, a pesar de sus condiciones de salud, tienen la capacidad física y funcional para acudir a los centros de salud para recibir atención.
- Pacientes sin un diagnóstico claro de incapacidad o enfermedad crónica: Aquellos que no presentan evidencia médica suficiente de una enfermedad crónica o incapacidad que justifique la necesidad de atención domiciliaria.
- Pacientes con enfermedades agudas que requieren manejo hospitalario inmediato: Personas cuya condición de salud requiere intervención médica inmediata en un entorno hospitalario y no puede ser manejada en el hogar.
- Pacientes con enfermedades infecciosas transmisibles: Aquellos cuya condición médica podría representar un riesgo para el personal de salud o para otros en un entorno domiciliario debido a la naturaleza contagiosa de su enfermedad.
- Pacientes que no cumplen con los requisitos de seguro de EsSalud: Aquellos que no están afiliados a EsSalud o que no cumplen con los criterios administrativos para recibir servicios a través del programa PADOMI.
- Pacientes con condiciones de salud mental que requieren hospitalización psiquiátrica: Casos en los que el paciente necesita un entorno controlado y seguro que solo puede ser proporcionado en un hospital especializado en salud mental.