



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE MADRID

Evaluación de Inversión Inmobiliaria en el Sector Salud.

Caso: Centro Médico Especializado en Cirugía Ambulatoria

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN
GESTIÓN Y DIRECCIÓN DE EMPRESAS CONSTRUCTORAS E
INMOBILIARIAS

AUTOR

Rocío Lisbet Yáñez Guzmán

Williams Alejandro Aza Astucuri

ASESOR:

Tito Piqué Romero

Marzo, 2016

Agradecimientos

A nuestro asesor, Tito Piqué R, por su tremendo compromiso con este trabajo de tesis. Su consejo experto y su motivación permanente a través de videos y recursos de toda índole nos ayudaron a explorar nuevas estrategias y nuevos mercados. Gracias a su entusiasmo y experiencia pudimos tener una nueva visión sobre nuestro proyecto y a descubrir todo el valor de lo que teníamos entre manos.

Un agradecimiento hacia el cielo para mi padre por su ejemplo de constancia, esfuerzo y dedicación; a mi madre por su disciplina y profesionalismo. A Jorge Villa, por su soporte incondicional y motivación con las palabras precisa. A todos ellos: ¡infinitamente gracias!

Rocío Lisbet Yáñez Guzmán

A mi ejemplar mamá, Olinda Victoria Astucuri Paredes, a mi familia, amigos, así como a mis compañeros de estudio y trabajo, por su apoyo.

Williams Alejandro Aza Astucuri

Resumen Ejecutivo

El mercado de la salud privada de Lima ha crecido a un ritmo promedio de 10% anual en los últimos años, impulsado por el crecimiento de la economía peruana en general, así como por el consiguiente aumento del poder adquisitivo de la clase media y su constante preocupación por la salud, lo que ha despertado el interés inversor de grupos empresariales peruanos y foráneos.

Los principales actores que componen la oferta están mejorando su infraestructura, que, en muchos casos, vienen acompañados de planes de expansión geográfica, por lo que son necesarias nuevas locaciones y construcciones para este fin.

El presente trabajo consiste en un análisis financiero de un proyecto inmobiliario para el sector salud consistente en la construcción de un local diseñado especialmente para ser vendido o alquilado a operadores del sector salud. El proyecto ofrece un producto inmueble atractivo y novedoso para operadores, empresas o profesionales que brindan servicios de salud y requieren un ambiente con las condiciones adecuadas bajo estándares internacionales para ofrecer sus servicios al mercado local e internacional.

La presente investigación propone solucionar un problema crítico para entidades que brindan servicios de salud en una capa resolutive de baja complejidad, brindando el diseño, construcción, financiación y operación de una infraestructura de salud, que se ha denominado Centro Médico de Cirugía Ambulatoria. Este centro operará de forma autónoma, es decir, de manera independiente de cualquier otro centro de salud, y contará con (a) un Centro Médico de Cirugía Ambulatoria; (b) servicios externos: farmacia, laboratorio y banco de sangre; y (c) consultorios médicos para alquiler y/o venta. La relación de estas unidades dependerá de la organización que el operador establezca para sus sistemas de comunicación, abastecimiento y

traslado de insumos. Este vínculo entre las unidades deberá basarse en un traslado rápido, que permita resolver las demandas urgentes del Centro Médico de Cirugía Ambulatoria.

Uno de los fines del proyecto es incentivar la categoría de cirugía ambulatoria como un canal de atención importante para los pacientes. Se busca evitar las largas esperas para la programación de un tratamiento y/o cirugía y que, por el contrario, sean atendidas de manera oportuna y conveniente para el paciente y su familia. Estas largas esperas son a menudo un factor decisivo para quienes toman la decisión de buscar tratamiento en otro lugar.

Asimismo, se debe tomar en cuenta la creciente demanda proveniente del turismo médico, mediante la cual pacientes extranjeros llegan al Perú para sus tratamientos médicos, atraídos por el menor costo y facilidades en tiempo respecto a sus países de origen. Por ejemplo, el costo promedio de una rinoplastia en Estados Unidos es de US\$ 6,000, mientras que el mismo procedimiento en Perú cuesta la cuarta parte. La diferencia cubre largamente los gastos del viaje más los tours a los principales destinos turísticos del país. Además, en la mayoría de los países donde se desarrolla el turismo médico, los tiempos de espera son cortos o inexistentes.

En el Perú, hospitales nacionales del sector público, tales como el Hospital Almenara, el Hospital Loayza y el Hospital del Niño, cuentan actualmente con Centros de Cirugía Ambulatoria y/o Corta Estancia, con los que se han logrado excelentes resultados reduciendo en gran número las listas de espera de pacientes quirúrgicos y ahorrando costos considerables.

En el sector privado, existen dos Centros de Cirugía Ambulatoria y de Corta Estancia independientes, como MEDAVAN S. A. y la Clínica Avendaño. Estos innovadores centros constituyen una pieza fundamental dentro del modelo que se debe desarrollar en el país para mejorar el sistema de salud y lograr mayor calidad, seguridad, eficiencia y cobertura en la

atención de salud, conforme lo señala la norma técnica NTS N° 101-MINSA/DGSP-V.01., aprobada por el Ministerio de Salud.

El Centro Médico de Cirugía Ambulatoria se desarrollará en el distrito de Cercado de Lima, cerca de los hospitales públicos de mayor demanda, así como de clínicas privadas de la zona, tales como: (a) Clínica Internacional, y (b) Stella Maris, entre otras, donde los médicos de estas entidades podrían usar los servicios, y, de esta manera, el operador podrá ir obteniendo los resultados económicos positivos, con indicadores como Tasa Interna de Retorno (TIR) entre 16% y 23% en un escenario riguroso, lo cual resulta un modelo de negocio atractivo para un inversionista del sector salud.



Abstract

The market for private health Lima has grown at an average rate of 10% annually in recent years, driven by the growth of the Peruvian economy in general and the resulting increase in the purchasing power of the middle class and its constant health concern, which has attracted investor interest of Peruvian and foreign business groups.

The main actors that make up the offer are improving their infrastructure, which in many cases are accompanied by geographic expansion plans, so new locations and buildings for this purpose are necessary.

This thesis is a financial analysis of a real estate project of consistent health sector in building a local specially designed to be sold or leased to operators in the health sector. The project offers an attractive and innovative building products for operators, enterprises or professionals who provide health services and require an environment with appropriate international standards to offer their services to local and international market.

This research aims to address a critical issue for entities that provide health services in an operative layer of low complexity, providing design, construction, financing and operation of a health infrastructure has been called Medical Ambulatory Surgery Center. This center will operate autonomously, for example independently of any other health center, and will include (a) an ambulatory surgery center; (b) external services: pharmacy, laboratory and blood bank; and (c) medical offices for rent and/or sale. The relationship of these units will depend on the organization for the operator to establish their communication systems, supply and transfer of inputs. This link between the units should be based on a close relationship, which would help resolve the urgent demands of Ambulatory Surgery Center.

One of the aims of the project is to stimulate the category of outpatient surgery as an important channel of care for patients. It seeks to avoid long waits for scheduling a treatment and / or surgery and that, on the contrary, are addressed in a timely and convenient manner

for the patient and his family. These long waits are often decisive for those who take the decision to seek treatment elsewhere factor.

Also, it takes into account the growing demand from medical tourism by which foreign patients come to Peru for their medical treatments, attracted by the lower cost and facilities in time with respect to their countries of origin. For example, the average cost of rhinoplasty in the US is US \$ 6.000, while in Peru the same procedure costs a quarter. The difference largely covers travel expenses plus tours to major tourist destinations. Furthermore, in the most countries where medical tourism is developed, waiting times are short or nonexistent.

In Peru, national public sector hospitals, such as the Almenara Hospital, Loayza Hospital, and Peru Children's Hospital, now have Ambulatory Surgery Centers and/or Short Stay, with which they have achieved excellent results reducing in number waiting lists of surgical patients and saving considerable costs.

In the private sector, there are two Ambulatory Surgery Centers and Short Stay, such as MEDAVAN and Avendaño Clinic. These innovative centers are a fundamental part of the model to be developed in the country to improve the health system and achieve greater quality, safety, efficiency and coverage in health care, as noted by the technical standard NTS No. 101-MINSA/DGSP-V.01, approved by Ministry of Health.

The Ambulatory Surgery Center will take place in the district of Cercado (Downtown Lima), near highly demanded public hospitals and private clinics, such as International Clinic, and Stella Maris, among others, whose doctors could use the services, and, in this way, the operator can get rapid financial results, such as internal rate of return (IRR) between 16% and 23% in a worst-case scenario, which represents an attractive business opportunity for investors in the health sector.

Tabla de Contenidos

Lista de Tablas.....	xi
Lista de Figuras	xii
Introducción.....	xv
Capítulo I: Análisis de Situación y su Proyección Temporal	1
1.1 Macroentorno.....	1
1.1.1 Situación mundial y la crisis internacional	1
1.1.2 Situación actual del Perú respecto al mercado internacional.....	10
1.1.3 Entorno sectorial-sector salud	15
1.1.4 Conclusiones macroeconómicas.....	22
Capítulo II: Análisis del microentorno	23
2.1 Microentorno	23
2.1.1 El distrito de Cercado de Lima respecto al sector salud	23
2.1.2 La zonificación de Cercado de Lima y su importancia en el proyecto	26
2.1.3 Proyecto.....	28
Capítulo III: Estudio de Mercado	31
3.1 Investigación de Mercado.....	31
3.1.1 Metodología.....	31
3.2 Estudios de Investigación	31
3.2.1 Demanda de servicios de salud.....	31
3.2.2 Oferta de servicios de salud.....	32
3.2.3 Conclusiones	34
3.3 La Competencia.....	34
3.3.1 Competidores indirectos	34
3.3.2 Competidores directos	36

Capítulo IV: Objetivos del Plan Estratégico de Marketing del Proyecto	47
4.1 Objetivos Cuantificables	47
4.2 Requerimiento Temporal para Alcanzar los Objetivos.....	47
Capítulo V: Segmentación y Targeting.....	48
5.1 Segmentación.....	48
5.1.1 Tipos de segmentación adecuada para el proyecto.....	48
5.1.2 Variables relevantes para la segmentación del proyecto.....	49
5.2 Targeting.....	50
5.3 Factores Analizados Previamente que Influirán en la Elección del Target Primario y los Targets Secundarios	51
5.4 Target Primario	51
5.4.1 Perfil del Target Primario.....	51
Capítulo VI: Posicionamiento.....	56
6.1 Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, y Amenazas (FODA) del Proyecto.....	56
6.2 Proposición de Posicionamiento.....	56
Capítulo VII: Reason Why e Innovación.....	59
7.1 Concepto de Value para el Proyecto.....	59
7.1.1 Definición del concepto de value para el proyecto.....	59
7.1.2 Aplicación del concepto de value al proyecto	59
7.1.3 Maximización de los beneficios.....	60
7.2 Por Qué Nos Comprarían Antes que Elegir a la Competencia u Otras Opciones ...	60
7.3 Elementos Innovadores que se Ajustan al Target Propio	61
7.3.1 Elementos innovadores	61
7.3.2 El porqué de la innovación propia	61
Capítulo VIII: Marketing Mix.....	62

8.1 Marketing Mix-Producto	62
8.1.1 Concepto general del producto	62
8.1.2 Proyecto arquitectónico	62
8.1.3 Programa comercializable	69
8.2 Marketing Mix-Precio	70
8.3 Marketing Mix-Promoción	70
8.4 Marketing Mix-Plaza	71
Capítulo IX: Modelo de Negocio y Evaluación Económica	73
9.1 Modelo de Negocio	73
9.2 Planteamiento del Proyecto	73
9.2.1 Variables del proyecto	74
9.2.2 Equipamiento médico	75
9.3 Resultados Económico-Financieros.....	75
9.4 Flujos de Caja y Análisis Económico.....	77
9.5 Análisis de Sensibilidad.....	78
Capítulo X: Conclusiones Finales	81
Referencias	83
Apéndices	92
Apéndice A: Resolución 280-2013/MINSA	92
Apéndice B: Ordenanza 893 MML	95
Apéndice C: Planos Arquitectónicos del Proyecto.....	99
Apéndice D: Evaluación Económica y Financiera	112

Lista de Tablas

Tabla 1. Principales Inversiones de las Clínicas en Perú (US\$)	16
Tabla 2. Anuncios de Ejecución de Principales Proyectos de Inversión: 2014-2016	17
Tabla 3. Comparativo de Tipos de Cirugías.....	19
Tabla 4. Evolución de la Población	23
Tabla 5. Ingresos Familiares Promedio, 2011 por NSE (S/.)	39
Tabla 6. Principales Fortalezas del Proyecto.....	53
Tabla 7. Matriz de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, y Amenazas (FODA) del CCA.....	57
Tabla 8. Tenant Mix (M ²).....	61
Tabla 9. Programa Centro Médico de Cirugía Ambulatoria.....	69
Tabla 10. Precio de Alquiler	69
Tabla 11. Flujo-Resumen.....	73
Tabla 12. Cabida.....	74
Tabla 13. Equipamiento.....	75
Tabla 14. Área Rentable y Estructura de Inversiones.....	76
Tabla 15. Flujo-Resumen.....	77
Tabla 16. Flujo de Caja.....	78
Tabla 17. Análisis de Sensibilidad	79

Lista de Figuras

Figura 1. Crisis financiera mundial del 2008-2009	2
Figura 2. Proyecciones de crecimiento mundial del Fondo Monetario Internacional (FMI) 5	5
Figura 3. Crecimiento del PBI (%)	6
Figura 4. Diferencia porcentual en los precios de las materias primas con respecto a la edición de octubre de 2014 del informe de WEO (%)	7
Figura 5. Fuerte caída del precio del petróleo	7
Figura 6. Exportaciones netas de petróleo (% del PBI).....	8
Figura 7. Latinoamérica: importancia del petróleo e hidrocarburos en las principales economías	9
Figura 8. Actividad económica-PBI (variación porcentual anual)	10
Figura 9. Demanda interna-crecimiento del PBI proyección	11
Figura 10. Proyecciones de Consensus: PBI e inflación	11
Figura 11. Crecimiento del PIB 2015 en América Latina	12
Figura 12. Recuperación de la actividad 2015 basada en inversión y exportaciones.....	13
Figura 13. Recuperación en 2015 estaría basada principalmente en los sectores minería, manufactura y construcción.....	13
Figura 14. Distribución del presupuesto público 2014.....	16
Figura 15. Tipos de cirugía ambulatoria	18
Figura 16. Población en Lima Metropolitana-Centro	23
Figura 17. Con algún seguro de salud 2010-2013 (% respecto al total de la población)	24
Figura 18. Zonificación de Cercado de Lima.....	25
Figura 19. Usos del sector salud en Cercado de Lima.....	26
Figura 20. Usos del sector salud en Cercado de Lima.....	26
Figura 21. Normas de zonificación de los usos del suelo del Centro Histórico de Lima	27

Figura 22. Ubicación del proyecto-fotografía referencial	28
Figura 23. Ubicación del proyecto-plano de ubicación.....	28
Figura 24. Elevación en la avenida Garcilaso de la Vega y fotografía de la misma	28
Figura 25. Perspectiva fotográfica	29
Figura 26. Perú: Población con algún problema de salud, según lugar o establecimiento de consulta. Trimestre enero-marzo de 2011-2012	31
Figura 27. Oferta del sector salud.....	33
Figura 28. Encuesta anual de salud.....	33
Figura 29. Lima: submercados de oficinas	34
Figura 30. Precios de renta	34
Figura 31. Selección de outputs por tipo de servicios	37
Figura 32. Sector salud-empresas	38
Figura 33. Identificación del sector salud por la zona	38
Figura 34. Ubicación del terreno y el entorno del sector salud	39
Figura 35. Distribución de clínicas por tipos de servicios.....	40
Figura 36. Distribución de niveles por zona APEIM-Lima Metropolitana	41
Figura 37. Posicionamiento	41
Figura 38. Empresas relacionadas con el sector salud con mayor facturación promedio (miles de US\$).....	42
Figura 39. Estrategia de la Clínica Internacional	43
Figura 40. Matriz del perfil competitivo	44
Figura 41. Misión y visión de las principales clínicas de Lima.....	45
Figura 42. Segmentos-potenciales operadores.....	45
Figura 43. Distribución de clínicas por tipo de servicios	48
Figura 44. Operadores privados.....	48

Figura 45. Distribución de niveles por zona APEIM-Lima Metropolitana	49
Figura 46. Segmentos.....	50
Figura 47. Lugar de procedencia de los pacientes atendidos en 2014.....	53
Figura 48. Elementos decisorios y grado de preferencia.....	54
Figura 49. Planta arquitectónica: primer nivel-sótano	63
Figura 50. Planta arquitectónica: segundo nivel	64
Figura 51. Planta arquitectónica: tercer nivel.....	65
Figura 52. Planta arquitectónica: cuarto al octavo nivel	66
Figura 53. Corte longitudinal.....	67
Figura 54. Corte seccional 1.....	67
Figura 55. Corte seccional 2.....	68
Figura 56. 3D-montaje	68
Figura 57. Ubicación.....	71
Figura 58. Localización-vías importantes	71
Figura 59. Modelo de negocio.....	72

Introducción

La cirugía ambulatoria, conforme así lo señalan Victoria Ardizone y Susana Sosa (2008), “es un tipo de cirugía en la cual el paciente es operado y enviado el mismo día a su hogar, es decir, que requiere poco tiempo de estadía en el Establecimiento después de efectuado el procedimiento” (p. 5). Incluye tanto procedimientos “con anestesia local y alta inmediata del paciente” (p. 5) como también aquellos en los que se “incluye un periodo de observación y monitoreo del paciente antes de su alta” (p. 5).

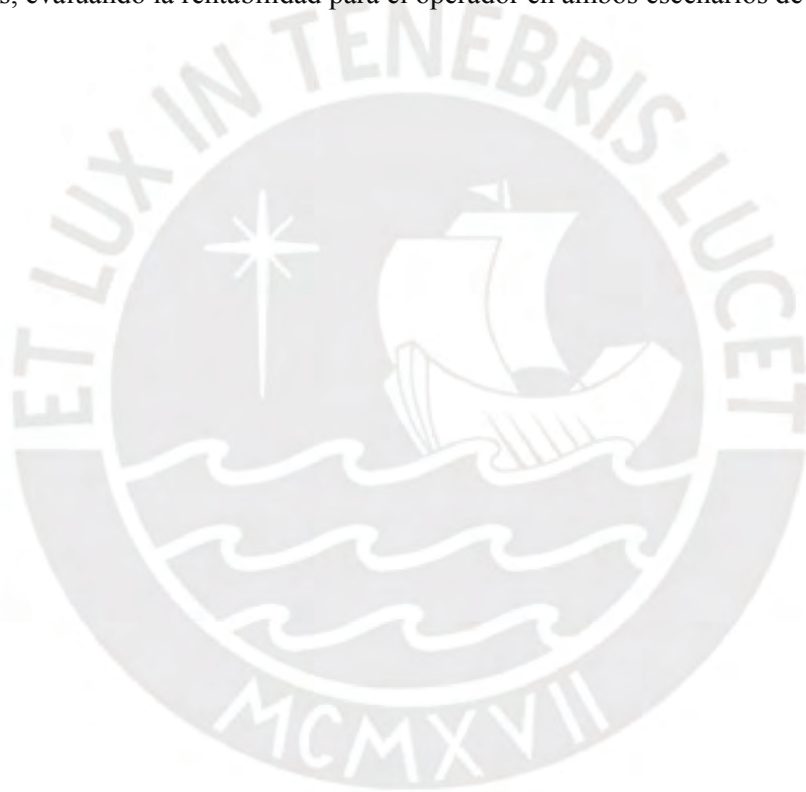
Esta modalidad ambulatoria es cada vez más común gracias al avance de la tecnología médica, que ofrece equipos que permiten procedimientos menos invasivos, así como drogas y anestésicos de menor impacto y corto tiempo de recuperación. Asimismo, el alto costo de hospitalización, la falta de camas y los insuficientes quirófanos para atender la creciente demanda fueron decisivos crear esta modalidad ambulatoria (Ardizone & Sosa, 2008).

En Estados Unidos, por ejemplo, se observa un rápido crecimiento de la cirugía ambulatoria como alternativa a las cirugías con internamiento tradicionales. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), en 1993 se reportaron 12.4 millones de cirugías ambulatorias, que representaban nada menos que el 52% de todas las cirugías realizadas ese año (Langberg, 2004). Aunque no siempre representan la mayoría absoluta de intervenciones, es innegable la fuerte tendencia hacia el crecimiento de este tipo de procedimiento al punto de que, en muchos países de Europa, alrededor del 70% de los procedimientos quirúrgicos no requieren pasar la noche en un hospital o clínica, y se envía al paciente a casa para su recuperación. Compañías de seguros y otras instituciones afines encontraron en las cirugías ambulatorias una manera de reducir sus costos de cobertura sin sacrificar la atención de los asegurados.

Esta evolución de la cirugía ambulatoria, por su parte, ha demandado la aparición de nuevas propuestas de inmuebles especializados en esta modalidad médica. Como respuesta a

esta búsqueda, conforme así lo señalan Ardizzone y Sosa (2013), “surgen los Centros de Cirugía Ambulatoria (CCA)” (p. 3), como una nueva categoría de edificios de salud, definida desde la relación entre arquitectura y la función médica para la que nace.

El objetivo de este trabajo es analizar esta nueva categoría de inmueble, explorar las posibles variantes de funcionamiento, evaluar su rentabilidad como posible proyecto de inversión, así las opciones para optimizar el retorno sobre la inversión (ROI, por sus siglas en inglés: Return On Investment) en este escenario, mediante un adecuado mix de servicios y usos sugeridos, evaluando la rentabilidad para el operador en ambos escenarios de alquiler o venta.



Capítulo I: Análisis de Situación y su Proyección Temporal

1.1 Macroentorno

En el presente capítulo, se revisarán los principales acontecimientos externos a nivel macroeconómico que han ocurrido en el transcurso del año 2015, así como proyecciones del año 2016. En tal sentido, se abordarán estos factores empezando desde las condicionantes mundiales y crisis internacionales, luego se verá la situación de la región latinoamericana y los cambios ocurridos en el 2015, y posteriormente se revisará la situación de la realidad peruana, para finalmente terminar en los temas referentes al sector salud.

1.1.1 Situación mundial y la crisis internacional

Al analizar la viabilidad de un proyecto, siempre es necesario ir al macro entorno para revisar de qué manera impactaría en la propuesta. Para ello, en este punto, se revisará la situación mundial, especialmente cómo afectó la última crisis financiera a varios de los países más desarrollados, lo cual viene mejorando levemente, aunque continúa en un nivel moderado.

A manera de resumen, esta crisis, llamada “la crisis de las hipotecas subprime”, ocurrió en las últimas décadas, iniciándose en el sistema financiero de Estados Unidos aproximadamente en octubre de 2007 debido al colapso de la “burbuja inmobiliaria” (¿Cómo se originó la peor crisis financiera de la historia?, 2013, párr. 6).

Esta crisis inició en el 2002 cuando el presidente de ese entonces, George W. Bush, solicitó apoyo al sector privado para que “se facilite el financiamiento hipotecario a personas de ingresos más bajos” (¿Cómo se originó la peor crisis financiera de la historia?, 2013, párr. 2), por lo que “la Reserva Federal [...] redujo las tasas de interés: de 6% a solo 1% en unos cuantos meses” (¿Cómo se originó la peor crisis financiera de la historia?, 2013, párr. 4), pero la expansión del crédito hipotecario no podía ser pagada y fue calificada como “hipotecas subprime”.

Esta disposición de obtener el crédito hipotecario tuvo dos efectos negativos: (a) la especulación sobre el precio de los inmuebles y que las tasas de las hipotecas generaran el desarrollo de una burbuja inmobiliaria, que influyó así en los precios; y (b) al aumentar los precios, el valor de las viviendas, al ser el respaldo de las hipotecas, aumentaba también el número de hipotecas (¿Cómo se originó la peor crisis financiera de la historia?, 2013).

Posteriormente a ello, subieron la tasa de interés; sin embargo, ya era demasiado tarde y la burbuja estalló. Los precios de los inmuebles bajaron, nadie pagaba sus deudas y optaron por devolver las viviendas al banco, lo que generó colapso en las carteras bancarias (¿Cómo se originó la peor crisis financiera de la historia?, 2013) y, así, en el año 2008, las repercusiones de la crisis estadounidense se extendieron al mercado internacional teniendo como consecuencia una “crisis de liquidez, e, indirectamente, otros fenómenos económicos” (Crisis financiera, 2015, párr. 1), como crisis alimentaria global, diferentes derrumbes bursátiles y, en global, una crisis económica a nivel internacional (ver Figura 1).

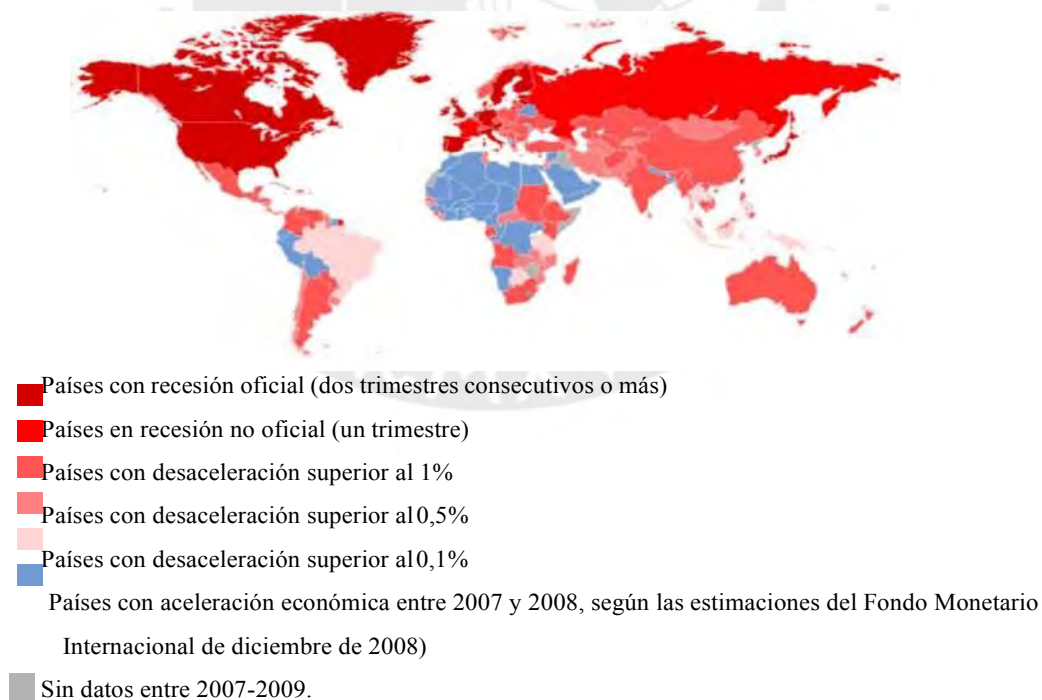


Figura 1. Crisis financiera mundial del 2008-2009.

Tomado de “Crisis económica de 2008-2015”, por Felipe Menegaz, 2009. Recuperado el 9 de abril de 2015 de https://es.wikipedia.org/wiki/Crisis_econ%C3%B3mica_de_2008-2015

Luego de esta crisis, en el año 2014, “la economía mundial creció de forma moderada y desigual” (ONU prevé leve mejora de economía mundial en 2015, 2014, párr. 3), sobrecargada aún “por las consecuencias de la crisis financiera, por nuevas crisis geopolíticas como la de Ucrania y problemas como el ébola, que constituyen, según la ONU, factores que siguen planeando sobre el futuro” (ONU prevé leve mejora de economía mundial en 2015, 2014, párr. 3).

Según un adelanto del informe anual de la ONU (2014) “sobre las perspectivas de la economía global”, esta “prevé que el Producto Interior Bruto (PIB) mundial avance un 3.1% en el año 2015 y un 3.3% en el año 2016, frente al 2.6% con el que espera que se cierre este año” (ONU prevé mejora de economía mundial en 2015, 2014, párr. 2).

Además, conviene considerar lo señalado, al respecto, por las Naciones Unidas ([NU], 2015), en su informe “Situación y perspectivas de la economía mundial 2015”:

Asimismo, la mayoría de las economías han evidenciado un cambio hacia menores tasas de crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) en comparación a los niveles previos a la crisis, incrementando las posibilidades de un crecimiento económico mediocre de más largo plazo. En las economías desarrolladas, aunque se estiman algunas mejoras para 2015 y 2016, persisten significativos riesgos, especialmente en la zona euro y en Japón. Por su parte, las tasas de crecimiento económico en los países en desarrollo y las economías de transición fueron más divergentes en 2014, con una fuerte desaceleración en varias de las mayores economías emergentes, particularmente en América Latina y en la Comunidad de Estados Independientes (CEI). Varias de estas economías han enfrentado diversos desafíos, entre los cuales se pueden mencionar desbalances estructurales y tensiones geopolíticas. En el periodo de proyección, la economía mundial se expandirá a una tasa levemente superior respecto a la de 2014 pero aún a un ritmo moderado, con una expansión del Producto Bruto

Mundial (PBM) de 3.1 y 3.3% en 2015 y 2016, respectivamente. (p. 1)

De la misma forma, el Fondo Monetario Internacional ([FMI], 2014) indica un ligero crecimiento en las últimas proyecciones de enero 2015. Así, la Comisión Nacional de Salarios Mínimos ([CONASAMI], 2015) señaló, al respecto, que:

El crecimiento mundial de 2015-16 está proyectado en 3.5 y 3.7%, lo cual representa revisiones a la baja de 0.3% en comparación con la edición de octubre de 2014 del informe Perspectivas de la economía mundial (informe WEO). Estas revisiones reflejan una reevaluación de las perspectivas de China, Rusia, la zona del euro y Japón, así como una retracción de la actividad en algunos grandes exportadores de petróleo debido al descenso drástico de los precios del petróleo. Estados Unidos de Norteamérica es la única economía importante cuyas proyecciones de crecimiento han mejorado. (pp. 1613-1614)

En las economías de mercados emergentes y en desarrollo, la CONASAMI proyectó que “el crecimiento se mantendrá más o menos estable en 4.3% en 2015 y aumentará a 4.7% en 2016, a un ritmo más débil de lo previsto en la edición de octubre de 2014 del informe” (p. 1619) del FMI (ver Figura 2).

Las expectativas de crecimiento en el caso de Chile y Perú son más favorables, pero también se han revisado a la baja desde octubre. Al respecto, Alejandro Werner (2015) señaló que “En Chile, la incertidumbre en torno al impacto de las reformas de política parece estar trabando la inversión” (párr. 12), mientras que, en 2014:

En el caso de Perú, la debilidad de las exportaciones y la inversión ha provocado una fuerte desaceleración de la actividad económica recientemente, pero se prevé que las medidas concertadas de política económica y el desarrollo de nuevos proyectos en el sector de la minería favorezcan un repunte significativo de la actividad este año.

(Werner, 2015, párr. 12) (ver Figura 3)

Últimas proyecciones del FMI
El crecimiento mundial ha sido revisado a la baja pese al retroceso de los precios del petróleo y la aceleración del crecimiento estadounidense.
(variación porcentual)

	2013	2014	Proyecciones		Diferencia con las proyecciones del Informe WEO de octubre de 2014	
			2015	2016	2015	2016
Producto mundial	3,3	3,3	3,5	3,7	-0,3	-0,3
Economías avanzadas	1,3	1,8	2,4	2,4	0,1	0,0
Estados Unidos	2,2	2,4	3,6	3,3	0,5	0,3
Zona del euro	0,5	0,8	1,2	1,4	-0,2	-0,3
Alemania	0,2	1,5	1,3	1,5	-0,2	-0,3
Francia	0,2	0,4	0,9	1,2	-0,1	-0,2
Italia	-1,9	-0,4	0,4	0,6	-0,5	-0,5
España	-1,2	1,4	2,0	1,8	0,3	0,0
Japón	1,6	0,1	0,6	0,6	-0,2	-0,1
Reino Unido	3,7	2,6	2,7	2,4	0,0	-0,1
Canadá	2,0	2,3	2,3	2,1	-0,1	-0,3
Otras economías avanzadas	2,2	2,8	3,0	3,2	-0,2	-0,1
Economías de mercados emergentes y en desarrollo	4,7	4,4	4,3	4,7	-0,6	-0,5
África subsahariana	5,2	4,8	4,9	5,2	-0,3	-0,8
Nigeria	5,4	6,1	4,8	5,2	-2,5	-2,0
Sudáfrica	2,2	1,4	2,1	2,6	-0,2	-0,3
América Latina y el Caribe	2,8	1,2	1,3	2,3	-0,9	-0,5
Brasil	2,5	0,1	0,3	1,5	-1,1	-0,7
México	1,4	2,1	3,2	3,5	-0,3	-0,3
Comunidad de Estados Independientes	2,2	0,0	-1,3	0,8	-2,6	-1,7
Rusia	1,3	0,6	-3,0	-1,0	3,5	-2,5
Excluido Rusia	4,3	1,5	2,4	4,4	1,0	-0,2
Economías emergentes y en desarrollo de Asia	6,8	6,5	6,4	6,2	0,2	0,3
China	7,8	7,4	6,8	6,3	0,3	0,5
India	5,0	5,8	6,3	6,5	-0,1	0,0
ASEAN-6 ¹	5,2	4,9	5,2	5,3	-0,2	-0,1
Economías emergentes y en desarrollo de Europa	2,8	2,7	2,9	3,1	0,1	-0,2
Oriente Medio, Norte de África, Afganistán y Pakistán	2,2	2,8	3,3	3,9	-0,0	-0,5
Arabia Saudita	2,7	3,0	2,8	2,7	-1,0	-1,7

Fuente: FMI, Perspectivas de la economía mundial (Informe WEO), enero de 2015.
¹ Filipinas, Indonesia, Malasia, Tailandia y Vietnam.

Figura 2. Proyecciones de crecimiento mundial del Fondo Monetario Internacional (FMI). Tomado de “Crecimiento mundial revisado a la baja, pese al abaratamiento del petróleo y la aceleración del crecimiento estadounidense”, por el FMI, 2015a. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://www.imf.org/external/spanish/pubs/ft/survey/so/2015/new012015as.htm>

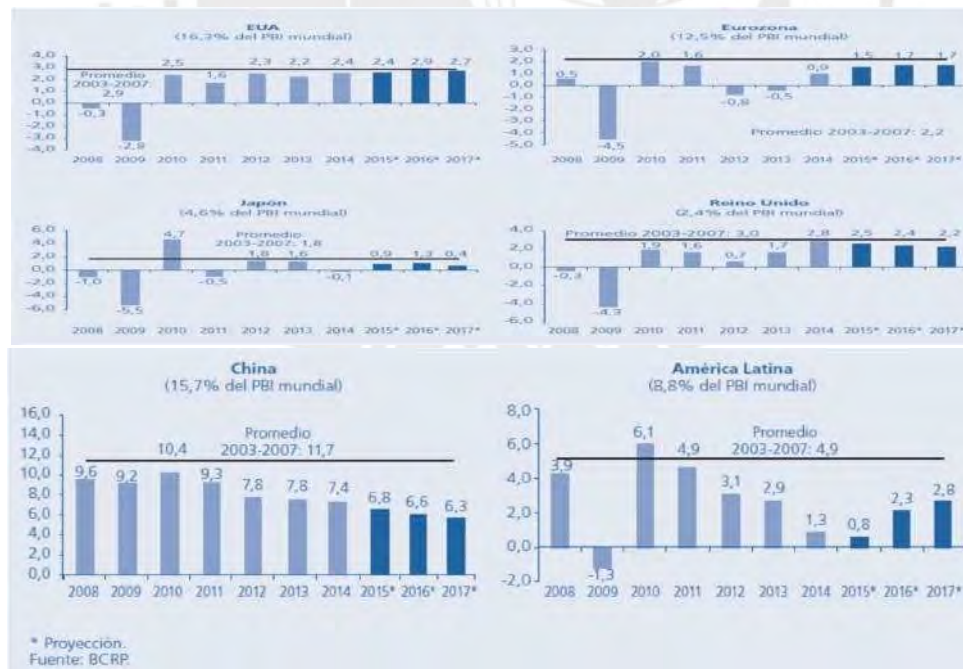


Figura 3. Crecimiento del PIB (%). Tomado de “Reporte de inflación. Mayo 2015. Panorama actual y proyecciones macroeconómicas 2015-2017”, por el Banco Central de Reserva del Perú (BCRP), 2015. Recuperado el 14 de agosto de 2015 de <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Reporte-Inflacion/2015/mayo/reporte-de-inflacion-mayo-2015.pdf>

Por su parte, Werner (2015) señaló que:

Los precios de las materias primas han seguido bajando debido al debilitamiento inesperado de la demanda en varias de las principales economías, entre ellas, China. El caso más notorio últimamente ha sido el del petróleo, en el cual el crecimiento de la oferta también ha desempeñado un papel importante en la disminución de los precios. (ver Figuras 4, 5 y 6)

En este contexto, se ha vuelto a revisar a la baja el pronóstico relativo al crecimiento mundial, que se ubica ahora en apenas el 3^{1/2}% para 2015. Las perspectivas de crecimiento en Estados Unidos han mejorado, pero la debilidad en la zona del euro, China y Japón está afectando la actividad mundial.

En términos generales, se prevé que la caída de los precios del petróleo sea neutral para América Latina y el Caribe en su conjunto, pero los efectos a nivel de países individuales son muy diferentes.

La economía de Venezuela, por ejemplo, será la más afectada, y la proyección actual es de una caída en el nivel de actividad de 7% en 2015. (párr. 2-6)

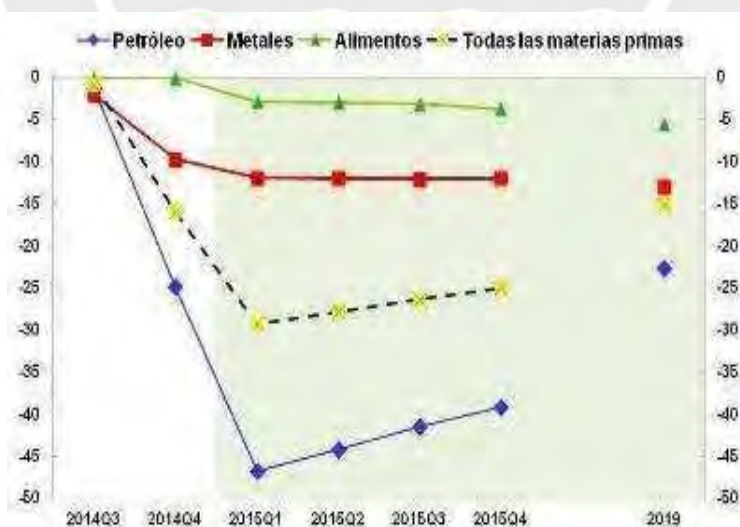


Figura 4. Diferencia porcentual en los precios de las materias primas con respecto a la edición de octubre de 2014 del informe de WEO (%).

Tomado de “FMI World Economic Outlook Global Assumptions 2015”, por el FMI, 2015d.

Recuperado el 9 de mayo de

<https://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2015/01/pdf/text.pdf>



Figura 5. Fuerte caída del precio del petróleo. Tomado de “Reporte de inflación. Mayo 2015. Panorama actual y proyecciones macroeconómicas 2015-2017”, por el BCRP, 2015. Recuperado el 14 de agosto de 2015 de <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Reporte-Inflacion/2015/mayo/report-de-inflacion-mayo-2015.pdf>

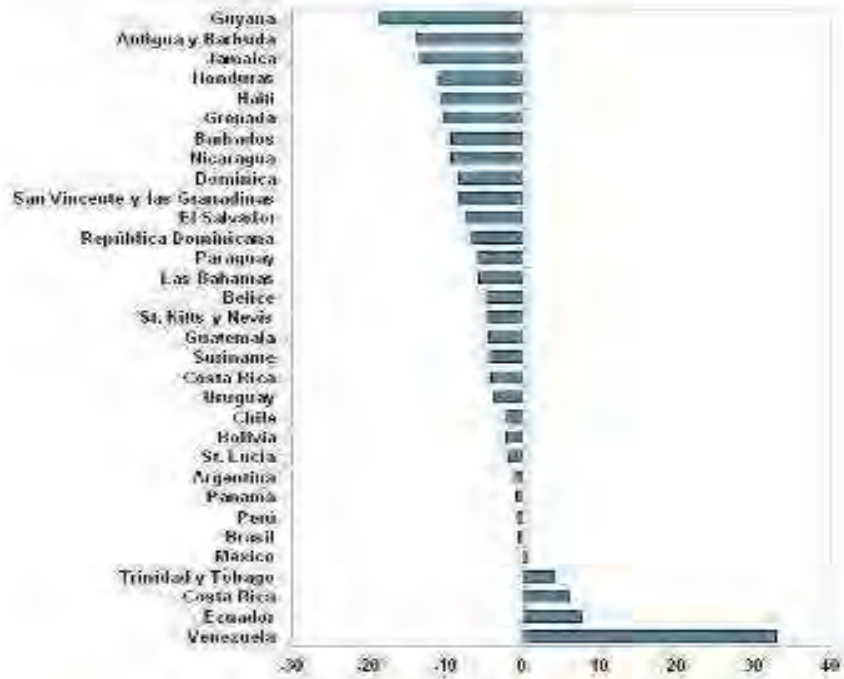


Figura 6. Exportaciones netas de petróleo (% del PBI). Tomado de “Perspectivas de la economía mundial (informe WEO) y cálculos de personal técnico del FMI”, por el FMI, 2015c. Recuperado el 9 de octubre de 2015 de <https://www.imf.org/external/spanish/pubs/ft/weo/2015/02/pdf/texts.pdf>

Asimismo, Werner (2015) agregó que “En términos generales, el resto de la región se debería beneficiar de la caída de los precios del petróleo. Los principales beneficiarios son los países con onerosas importaciones de petróleo, como en América Central y el Caribe” (párr. 7).

Al respecto, Miguel Mamani, Edward Choque, Ronald Aquino, Rony Aguilar, Luis Larico, Ivica Quispe, Jaquelin Q. S. y Mirian Gonzalo (2015) señalaron lo siguiente:

Los países exportadores de petróleo, cuyo ingreso fiscal por lo general está alimentado sustancialmente por la actividad de este sector, están experimentando shocks más profundos en proporción a sus economías. Los que acumularon fondos sustanciales cuando los precios eran más altos pueden permitir que los déficits fiscales aumenten y aprovechar esos fondos para que el gasto público se ajuste más gradualmente a la caída de los precios. Otros pueden optar por permitir una depreciación sustancial del tipo de cambio para amortiguar el impacto del shock en sus economías.

El retroceso de los precios del petróleo también ofrece una oportunidad para reformar los impuestos y los subsidios energéticos tanto en los exportadores como en los importadores de petróleo [ver Figura 7]. Entre estos últimos, el ahorro generado por la eliminación de subsidios energéticos generales debería canalizarse hacia transferencias más focalizadas para proteger a los pobres, recortes del déficit presupuestario cuando así corresponda, y un aumento de la infraestructura pública si las condiciones son adecuadas. (pp. 30-31)

En relación con la política monetaria, Mamani, et al. (2015) señalaron que “La corrección a la baja del pronóstico de crecimiento mundial para 2015-16 pone de relieve la necesidad de incrementar el crecimiento efectivo y potencial en la mayoría de las economías” (p. 30) de acuerdo con la Actualización del informe del FMI (2015b), lo que, como señalaron

Mamani et al. (2015):

significa un firme empuje de las reformas estructurales en todos los países, más allá de que las prioridades de política macroeconómica no sean las mismas. En la mayoría de las economías avanzadas, el estímulo que imprime a la demanda la caída de los precios del petróleo es un factor positivo. Sin embargo, también hará bajar la inflación, y eso puede contribuir a reducir más las expectativas inflacionarias y atizar el riesgo de deflación.

Entonces, la política monetaria debe seguir siendo acomodaticia para evitar que suban las tasas de interés reales, recurriendo a otros medios en caso de que no haya más margen para recortar las tasas de política monetaria. En algunas economías, hay razones contundentes para expandir la inversión en infraestructura. (p. 30)

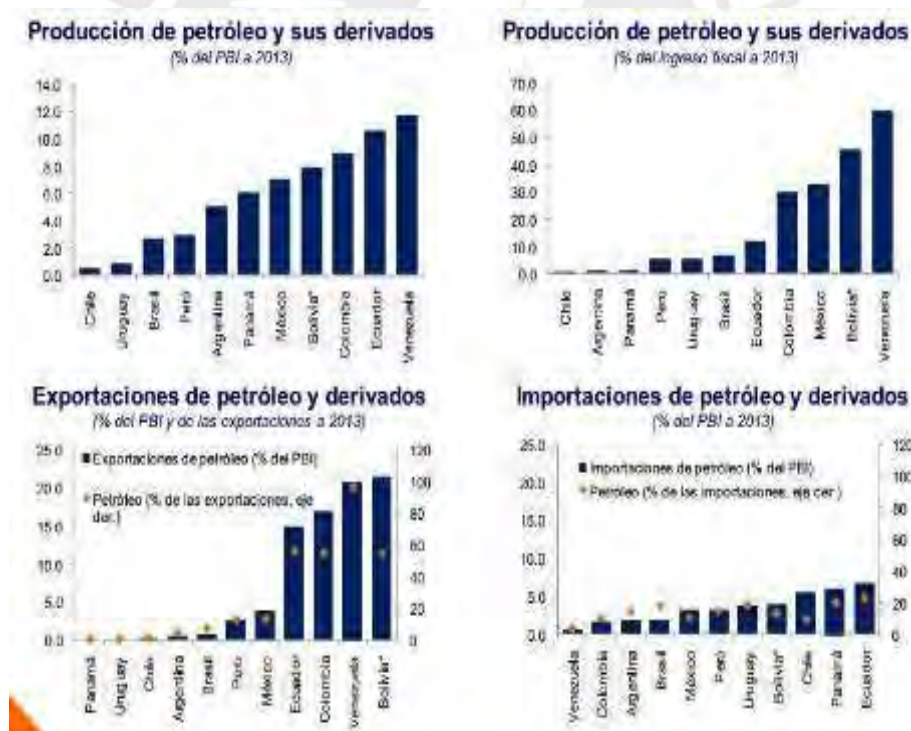


Figura 7. Latinoamérica: importancia del petróleo e hidrocarburos en las principales economías.

(*) En Bolivia, se toma en cuenta el rubro hidrocarburos.

Tomado de “Reporte de inflación. Mayo 2015. Panorama actual y proyecciones macroeconómicas 2015-2017”, por el BCRP, 2015. Recuperado el 14 de agosto de 2015 de <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Reporte-Inflacion/2015/mayo/report-de-inflacion-mayo-2015.pdf>

1.1.2 Situación actual del Perú respecto al mercado internacional

El año 2014 las estimaciones de crecimiento del PBI se redujeron de 4.3% a niveles de 2.9%, por debajo de la proyección hecha por el Banco Central de Reserva del Perú (BCRP). En la Figura 8, se muestra la evolución del crecimiento del PBI en porcentajes durante los últimos años, siendo el año 2014 el nivel más bajo de los últimos 10 años. De igual manera, es importante anotar que el Perú acumula un crecimiento sin interrupción por los últimos 15 años.

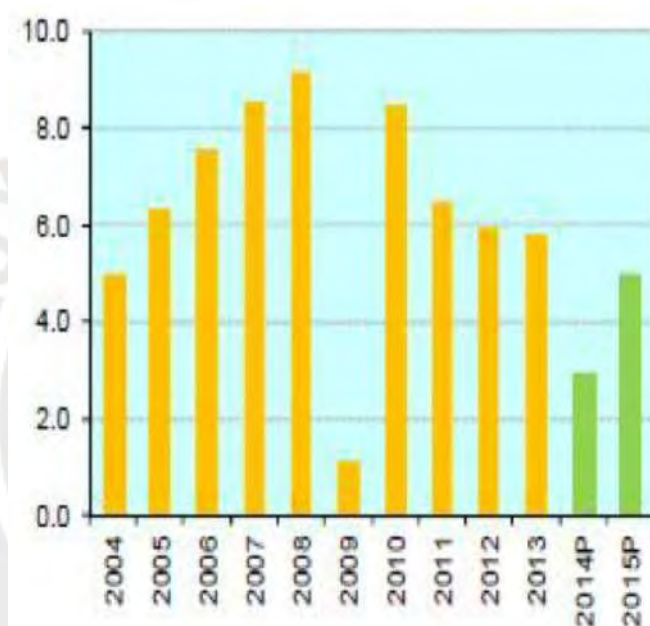


Figura 8. Actividad económica-PBI (variación porcentual anual).

Tomado de “Perú: Proyecciones macroeconómicas”, por Scotiabank-Departamento de Estudios Económicos, 2014b. Recuperado el 9 de abril de 2015 de http://cdn.agilitycms.com/scotiabank-peru/PDFs/Inversiones/Reporte_macroeconomico.pdf

De otro lado, el deterioro de las condiciones de intercambio es el factor estructural y probablemente el más importante que haya impactado en la desaceleración del crecimiento del PBI, y, asimismo, como el Departamento de Estudios Económicos de Scotiabank (2014a) señaló, “La caída significativa de los precios de los metales en el 2013 ha afectado la confianza empresarial tanto directamente como a través del mercado cambiario” (p. 3). Para el año 2015, se espera términos de intercambio más estables y levemente más bajos (ver Figura 9).

Crecimiento será mayor en 2014 y 2015

La demanda interna seguirá evolucionando favorablemente y a esto se sumará el auge de las exportaciones mineras

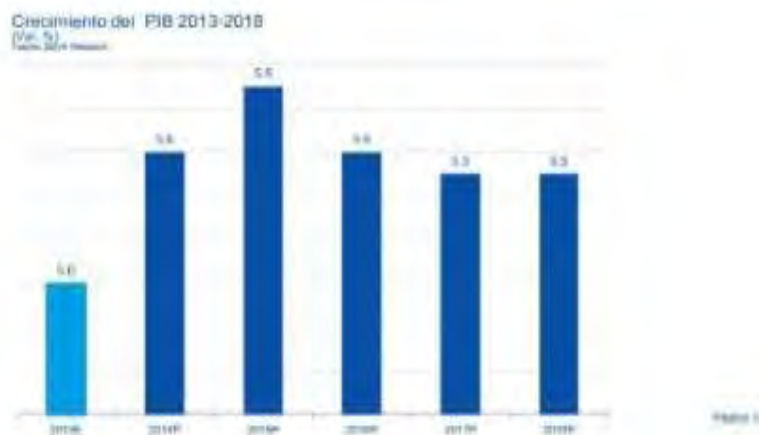


Figura 9. Demanda interna-crecimiento del PBI proyección.
Tomado de “Información financiera y no financiera. BBVA en 2015”, por el Banco Bilbao Vizcaya Argentaria (BBVA), 2015. Recuperado el 9 de agosto de 2015 de <http://accionistaseinversores.bbva.com/TLBB/micros/bbvain2015/files/bbva-in-2015-es.pdf>

Julio Velarde, presidente del BCRP, señaló en su informe anual que, según las proyecciones de Consensus Economics (2014), el Perú tendrá la menor inflación entre los países de América Latina con 2.6% y una proyección de crecimiento de 4.7% del PBI para el año 2015 (ver Figura 10).

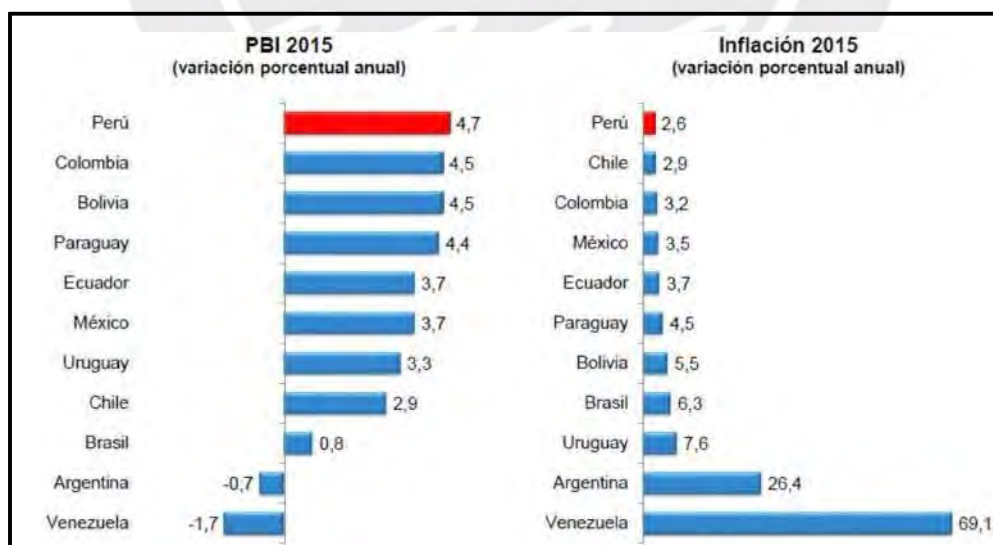


Figura 10. Proyecciones de Consensus: PBI e inflación.
Tomado de “Latin American Consensus Forecast”, por Consensus Economics, 2014.
Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://www.consensuseconomics.com/files/consensus/lacf.pdf>

Otras fuentes confirman que el Perú presenta una proyección ascendente entre los países de América Latina (ver Figura 11), conforme se lo señala en el informe del Ministerio de Economía y Finanzas ([MEF], 2014).

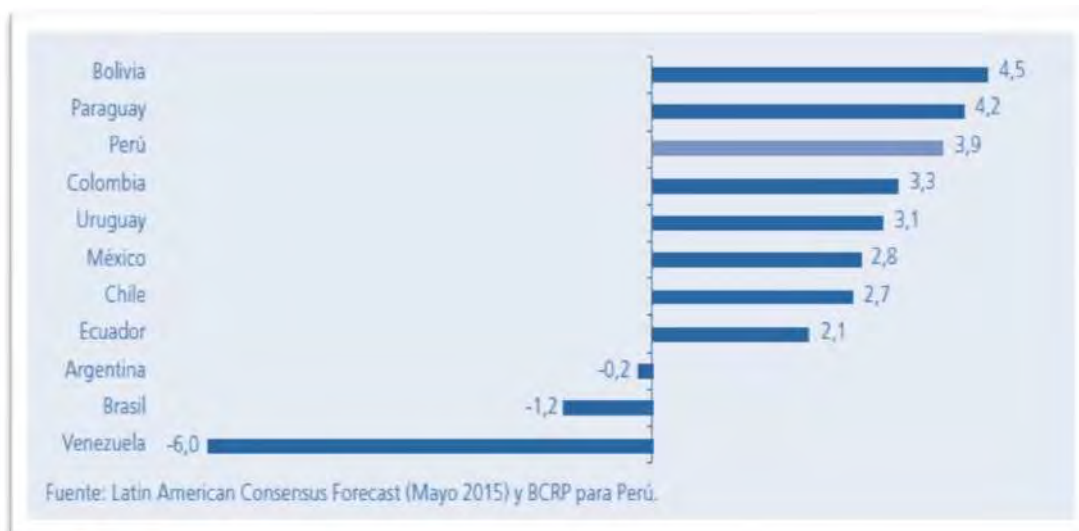


Figura 11. Crecimiento del PIB 2015 en América Latina.
Tomado de “Marco Macroeconómico Multianual 2015-2017”, por el MEF, 2014.
Recuperado el 27 de agosto de 2014 de
https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/marco_macro/MMM_2015_2017.pdf

La proyección previa del BCRP era de una expansión de entre un 5.2% y 5.5% para este año. Sin embargo, el BCRP, de acuerdo con su reporte trimestral, recortó su estimación de crecimiento económico para este año a un 4.8% y proyectó un mayor déficit fiscal, en medio de una caída de sus claves exportaciones mineras [...] La proyección previa del ente emisor para la economía del Perú, tercer productor mundial de cobre y el quinto de oro, era de una expansión de entre un 5.2% y 5.5% para 2015. [ver Figuras 12 y 13]

El BCRP agregó en su reporte que el país habría anotado en 2014 un crecimiento económico de un 2.4%, por debajo de proyecciones difundidas en diciembre de entre 2.6% y 3%.

La economía peruana ha sido golpeada principalmente por la caída de las exportaciones, principalmente mineras, menores precios de los metales, y una

ralentización de las inversiones. (BCR recortó a 4.8% estimado de crecimiento económico para 2015, 2015, párr. 1-4)

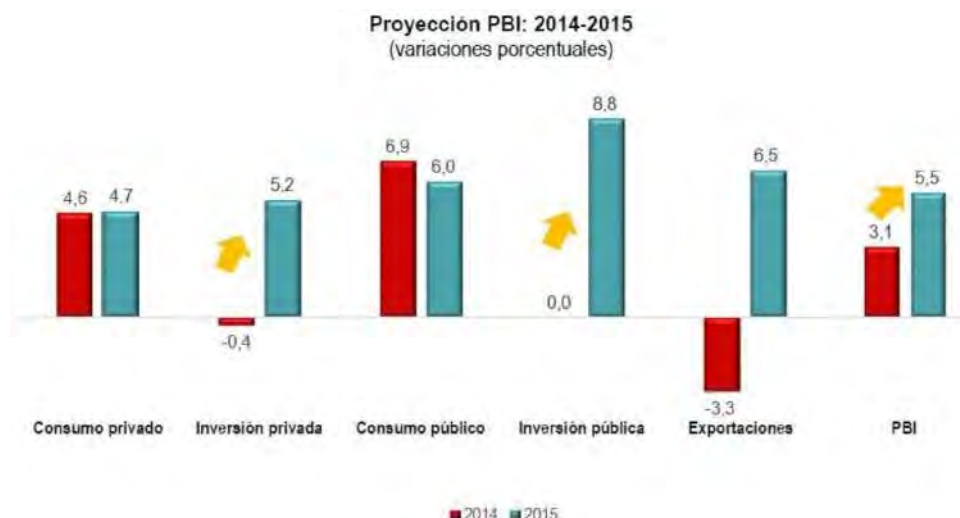


Figura 12. Recuperación de la actividad 2015 basada en inversión y exportaciones. Tomado de “Reporte de inflación. Mayo 2015. Panorama actual y proyecciones macroeconómicas 2015-2017”, por el BCRP, 2014. Recuperado el 14 de agosto de 2015 de <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Reporte-Inflacion/2015/mayo/report-de-inflacion-mayo-2015.pdf>

Recuperación en 2015 estaría basada principalmente en los sectores minería, manufactura y construcción.

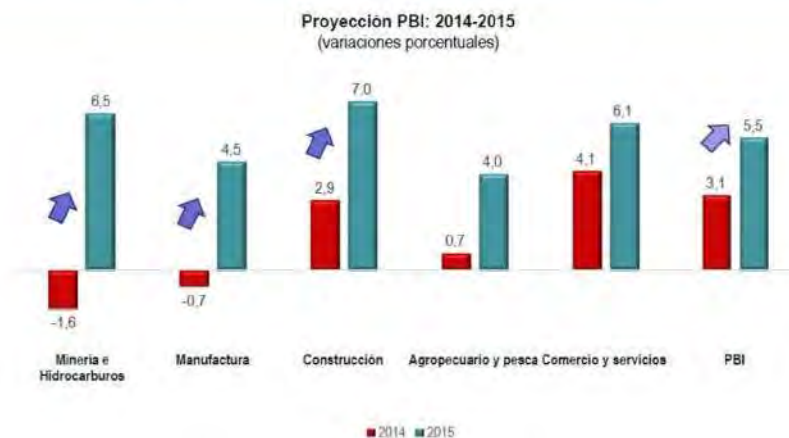


Figura 13. Recuperación en 2015 estaría basada principalmente en los sectores minería, manufactura y construcción. Tomado de “Reporte de inflación. Mayo 2015. Panorama actual y proyecciones macroeconómicas 2015-2017”, por el BCRP, 2014. Recuperado el 14 de agosto de 2015 de <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Reporte-Inflacion/2015/mayo/report-de-inflacion-mayo-2015.pdf>

Julio Velarde mencionó que se tomarán ciertas medidas en proyección, las cuales darían una mejora a la baja. Entre estas, se encuentran las siguientes:

Medidas de gasto público.

- Gastos para la prevención y mitigación de desastres (S/. 3,101 millones).
- Emisión de bonos para financiar proyectos de inversión (S/. 3,000 millones).
- Continuidad de inversiones (S/. 3, 300millones).
- Aguinaldos extraordinarios en julio y diciembre, pago de deudas laborales en educación y salud, aumentos salariales, subvenciones a Juntos y Pensión 65, bono familiar habitacional y bono del buen pagador, entre otros.

Medidas tributarias.

- Modificaciones en el impuesto a la renta de empresas y personas.
- Reducción del Impuesto Selectivo al Consumo (ISC).
- Modificaciones en los regímenes de deducciones y percepciones del Impuesto General a las Ventas (IGV).
- Depreciación acelerada en construcción.
- Reducción de aranceles y del drawback.

Medidas para facilitar la inversión, reducir costos y fomentar empleo.

- Procedimientos especiales para saneamiento físico legal de predios.
- Obtención de permisos ambientales, desaliento de invasiones, facilitación de expropiaciones, y seguimiento del Estado para eliminación de trabas.
- Reducción de multas de la Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral (SUNAFIL) y el Organismo de Evaluación y Fiscalización Ambiental (OEFA), así como reducción de exámenes médicos y sanciones penales.
- Régimen laboral para promover la contratación de jóvenes que ingresan por primera vez al mercado laboral.
- Flexibilización del despido colectivo, bonos de incentivo al desempeño, y criterio de cosa juzgada a las inspecciones laborales.

1.1.3 Entorno sectorial-sector salud

El ámbito de desarrollo del proyecto será en el sector inmobiliario y el de salud, y, además, sus clientes son empresas privadas y no contratan con el Estado. Asimismo, se hará una breve revisión de ambos sectores productivos por separado.

Marco general. Según la Organización Mundial de la Salud en las constituciones de la mayoría de países y tratados internacionales sobre derechos humanos, se menciona el derecho a la salud y se citan cuatro elementos para el acceso al derecho de la salud: (a) disponibilidad: contar con suficientes establecimientos, bienes, servicios, y programas de salud; (b) accesibilidad: que los establecimientos, bienes, servicios y programas de salud estén al alcance de todos en términos económicos, físicos, y de información; (c) aceptabilidad: que todos los establecimientos, bienes, servicios y programas de salud trabajen respetando la ética y la cultura local sin discriminación por género y/o edad; y (d) calidad: que los establecimientos, bienes, servicios y programas de salud tengan las condiciones adecuadas.

Construcción e inversión en el sector salud. Un problema tangible desde hace muchos años en el Perú es la denominada “autoconstrucción”, de acuerdo con la cual se construyen cerca de 60% de viviendas, que ponen en riesgo la vida de sus ocupantes, pues estas construcciones carecen de estudios y expedientes técnicos, supervisión profesional durante la construcción, y muchas veces no cuentan con personal calificado para la ejecución, es decir, se hace todo mal con la idea de “disminuir el costo”, pero no se dan cuenta y/o no le dan el valor ya que, a futuro, el costo de los barato les resultará caro, cuando haya un sismo y sufran daños materiales y se tenga víctimas inocentes por una inadecuada decisión, lo que constituye una realidad en el Perú. Por su parte, el gobierno viene trabajando en este problema ofreciendo programas sociales para que la construcción se formalice y tecnifique

contratando a los especialistas y así, reducir el impacto de eventos catastróficos sobre las edificaciones autoconstruidas.

Finalmente, según el “Presupuesto Multianual de Inversión Pública 2014-2016” que publica todos los años el MEF (2013), en el mes de septiembre, se ha planificado una inversión pública en infraestructura vial (carreteras) de 46% del presupuesto de la República, seguido de un 15% en el sector educación y un 10% en el sector salud (ver Figura 14 y Tabla 1):

[...] el 46% de los recursos del proyecto de presupuesto para el año fiscal 2014 se concentra en Transportes, seguido de Educación con el 15%, Salud con el 10%, Agropecuaria con el 6%, Saneamiento con el 4%, y Energía con el 2% (MEF, 2013, p. 9).



Figura 14. Distribución del presupuesto público 2014.
Tomado de “Marco Macroeconómico Multianual 2015-2017”, por el MEF, 2014.
Recuperado el 27 de agosto de 2015 de
https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/marco_macro/MMM_2015_2017.pdf

En el último estudio de la Cámara Peruana de la Construcción ([CAPECO], 2015), se indica, entre los proyectos de inversión, un pequeño porcentaje de la inversión privada para el sector salud, como en el caso de la construcción (ver Tabla 2):

- Complejo Hospitalario Clínica San Felipe (Holding Banmédica)
- Expansión de nuevas clínicas entre Lima y provincias (Grupo San Pablo)
- Ampliación Clínica y Strip Center (Grupo Brescia)

Tabla 1

Principales Inversiones de las Clínicas en Perú (US\$)

Empresa	Grupo	Proyecto	US\$	Años
Rímac Seguros	Brescia	Mejora de tecnología	50	2011-2015
Clínica Internacional	Brescia	Nuevo centro de diagnóstico por imágenes	6	2011
Clínica Prado	Javier Credicorp	Ampliación de infraestructura	6	2011-2013
Clínica Americana	Anglo -	Modernización de instalaciones	100	2011-2021
Complejo Hospitalario Pablo	San CHSP	Construcción de nuevas clínicas en El Rímac, Callao, Arequipa y Piura	250	2012-2014
Pacífico EPS	Romero	Compra de Clínica El Golf, Clínica Galeno, Clínica San Borja, Clínica Sánchez Ferrer	ND	2011
Clínica Centenario Peruano Japonesa	-	Construcción de cinco pisos adicionales en la sede de Pueblo Libre	ND	2011
Clínica San Felipe	Banmédica	Construcción de una nueva clínica en Santiago de Surco	ND	2012

Nota. Tomado de "Salud inc.", por L. Villahermosa, 2012.

Tabla 2

Anuncios de Ejecución de Principales Proyectos de Inversión: 2014-2016

Sector	Inversionistas	Proyecto
Otros sectores	Grupo Telefónica	Infraestructura e implementación del servicio 4G
	TV Azteca-Tedai	Red dorsal de fibra óptica
	Grupo Falabella	Expansión y nuevos centros comerciales
	Grupo Interbank	Expansión y nuevos centros comerciales: Real Plaza
	Inversiones Centenario S. A. A., Parque Arauco	Centro Comercial Camino Real
	Graña y Montero Vivienda	Proyectos de vivienda
	Holding Banmédica	Complejo hospitalario Clínica San Felipe
	Besalco S. A.	Inmuebles-complejos habitacionales
	Edifica	Proyectos residenciales: Piura, Arequipa y Lima
	Inmobiliaria S. A.	Residencias y oficinas corporativas
Ripley	Ampliación y nuevos locales	
Grupo San Pablo	Expansión en nuevas clínicas en Lima y provincias	
Grupo Brescia	Ampliación de clínica/Strip Center	

Asimismo, conviene tener presente que:

En el sector Salud, hay ocho proyectos por S/. 2,900 millones para la construcción, mantenimiento y operación de los servicios generales de los hospitales Cayetano Heredia, Huaycán, Hipólito Unanue y Sergio Bernales, así como para la gestión de residuos sólidos en establecimientos de salud en Lima Metropolitana, la construcción del Centro de Radioterapia, la prestación integral de servicios de patología clínica en Lima, y la construcción de la Escuela Nacional de Salud Pública. (El gobierno cofinanciará 22 proyectos de infraestructura, 2015, párr. 10)

Centro de cirugía ambulatoria (CCA). La cirugía ambulatoria, de acuerdo con el Centro de Cirugía Ambulatoria de Lima (s. a.), se define como:

[...] la realización de procedimientos quirúrgicos bajo anestesia regional o general en un medio seguro (sala de operaciones), donde el paciente sea recibido, intervenido, recuperado y regresado a su casa el mismo día de su cirugía y se supone una excelente alternativa al método clásico de intervención quirúrgica con hospitalización. (párr. 1)

(ver Figura 15)



Figura 15. Tipos de Cirugía Ambulatoria.

La cirugía ambulatoria, de acuerdo con el Centro de Cirugía Ambulatoria de Lima (s. a.),

[...] que no requiere hospitalización, ha experimentado un impresionante crecimiento y desarrollo a nivel mundial especialmente en Norteamérica, Europa y en menor proporción en algunos países Latinoamericanos. La Cirugía Mayor Ambulatoria emerge en sus inicios como una valiosa alternativa para controlar los costos en pacientes quirúrgicos, evitando específicamente los gastos de hospitalización cuando esto es posible.

A finales de los años sesenta, entre el 10 y el 12% de los procedimientos quirúrgicos se manejaban de manera ambulatoria y en la gran mayoría de casos eran cirugías de menor complejidad realizadas como procedimientos de consultorio.

En los inicios de los años ochenta, con la aparición de una nueva variedad de anestésicos, analgésicos y relajantes musculares que con gran seguridad permitían la realización de procedimientos cada vez menos invasivos como la cirugía laparoscópica, permitió que en los Estados Unidos y Canadá se iniciaran los primeros programas que contemplaban el concepto de “Cirugía Mayor Ambulatoria” y para finales de esta década, entre el 40% al 50% de las cirugías ya se realizaban de manera ambulatoria.

Hoy en día, cerca del 75% de todos los procedimientos quirúrgicos que se realizan en los Estados Unidos se practican de manera ambulatoria [...] y no se obtienen únicamente beneficios económicos, [sino que también] la experiencia obtenida permite afirmar que en instituciones especializadas en esta actividad, con el adecuado soporte profesional y logístico para manejar de manera apropiada los casos complejos, se logra mantener y en muchos casos mejorar la calidad del resultado médico, con reducción de costos, que oscilan entre el 20 al 46% cuando se compara con el sistema de hospitalización tradicional y sobre todo con un incremento importante de la satisfacción personal del paciente. (párr. 2-5)

Con base en los comentarios del médico Rodrigo Langberg (comunicación personal, 11 de noviembre de 2014), del centro médico ambulatorio MEDAVAN S. A., algunos beneficios de la cirugía ambulatoria, en cuanto a costos y optimización de recursos, podrían llegar a un 50%, tal como se mencionó para los otros países (ver Tabla 3).

Tabla 3

Comparativo de Tipos de Cirugías

Indicadores	Cirugía ambulatoria (%)	Cirugía hospitalaria (%)	Ahorro (%)
Días de estadía	0	-5	-5
Costo por día	0	50-300	150-300
Costo de hospitalización	0	300-1,500	300-1,500
Centro QX	350	450	100
Anestesia	150	200	50
Medicamentos	50	150	100
Gasto total	550	1,100	50%

Todo CCA, de acuerdo con el Centro de Cirugía Ambulatoria de Lima (s. a.), deberá realizar:

[...] los procesos de admisión, selección de pacientes, valoración preoperatoria, intervención quirúrgica, recuperación y seguimiento postoperatorio, propios de este tipo de cirugías. De esta forma, el paciente es intervenido en un medio seguro (sala de operaciones), recuperado y regresado a su casa el mismo día de su operación, sin necesidad de hospitalización y con una serie de ventajas médicas, sociales y financieras tanto para el paciente como para el sistema de salud. (párr. 3)

Estos centros pueden de tres tipos: (a) dentro de un hospital como parte de los servicios quirúrgicos, (b) dentro de un hospital en forma independiente, y (c) exclusivamente independiente.

En el Perú, existen de los tipos a y c, como son los casos de las clínicas San Pablo, y Clínica Avendaño (que comparten sus salas con el centro hospitalario MEDAVAN S. A. y el Centro de Cirugía Ambulatoria de Lima, de los cuales son exclusivamente independientes), dedicadas a la cirugía ambulatoria o sin ingreso, también conocida como “cirugía de día”.

Norma técnica: centros o clínicas especializadas en cirugía ambulatoria y de corta estancia. Es una norma técnica aprobada mediante Resolución Ministerial N° 280-2013/MINSA (2013), que aprueba la NTS N° 101-MINSA/DGSP-V. 01 (ver Apéndice A).

Los Centros Especializados en Cirugía Ambulatoria y de Corta Estancia son establecimientos de salud que se dedican a la atención de pacientes quirúrgicos, esto es, que necesitan de operaciones para solucionar sus problemas de salud.

Estos centros, que pueden ser de una o de varias especialidades quirúrgicas, se caracterizan por atender pacientes que requieren cirugías de baja o mediana complejidad, y en sus instalaciones solo se realizan cirugías electivas programadas y no se atienden cirugías de emergencia.

Los Centros Especializados en Cirugía Ambulatoria y de Corta Estancia pueden ser independientes (con localización propia) o estar ubicados dentro de instituciones de mayor complejidad, como un hospital o una clínica general. Los centros independientes también pueden ser parte o tener anexo, como un Centro Médico de Consultas, como en el presente proyecto.

En el Perú, hospitales nacionales del sector público, tales como: (a) el Hospital Almenara, (b) el Hospital Loayza, y (c) el Hospital del Niño, cuentan actualmente con Centros de Cirugía Ambulatoria y/o Corta Estancia con los que se han logrado excelentes resultados, reducido en gran número las listas de espera de pacientes quirúrgicos, y ahorrado costos considerables.

En el sector privado, están el Centro de la Clínica Stella Maris y también Centros de Cirugía Ambulatoria y de Corta Estancia independientes como MEDAVAN S. A. y la Clínica Avendaño.

Estos innovadores centros constituyen una pieza fundamental dentro del modelo que se debe desarrollar en el país para mejorar el sistema de salud y lograr: (a) mayor calidad, (b)

seguridad, (c) eficiencia, y (d) cobertura en la atención de salud, conforme se lo señala en la norma técnica aprobada mediante Resolución Ministerial N° 280-2013/MINSA (2013), que aprueba la NTS N° 101-MINSA/DGSP-V.01.

1.1.4 Conclusiones macroeconómicas

El desempeño de la economía peruana ha perdido velocidad por diversos factores negativos que impactaron en su crecimiento tendencial a largo plazo y otros que han tenido una implicancia en la evolución de su ciclo económico.

Sin embargo, los anuncios hechos por las autoridades fiscales, así como los lineamientos de política monetaria que ha desempeñado el Banco Central de Reserva del Perú, se alinean a revertir esta contracción económica.

Es fundamental desarrollar reformas estructurales que permitan mejorar la competitividad y el destabe de variables que influyen negativamente en la inversión son insumos fundamentales para incrementar el crecimiento a largo plazo.

Pese a la coyuntura económica se evidencia que Perú cuenta con indicadores económicos saludables que lo hacen menos vulnerable en contraste con otras economías de la región sudamericana.

Capítulo II: Análisis del Microentorno

2.1 Microentorno

Luego de realizar el análisis del macroentorno, para comprender el contexto internacional y cómo influye al Perú en su desarrollo, así como la situación actual del sector salud, se procede a realizar al análisis del microentorno, con especial atención en el análisis del distrito donde se desarrollará el proyecto.

2.1.1 El distrito de Cercado de Lima respecto al sector salud

El distrito de Lima o Cercado de la ciudad de Lima es el primero que se creó. Es uno de los 43 distritos que conforman la provincia de Lima, la capital de esta provincia y sede de la Municipalidad Metropolitana de Lima, El alcalde de Lima Metropolitana cumple las veces de alcalde de este distrito.

Por otra parte, el distrito de Lima limita por el Norte principalmente con los distritos de San Martín de Porres y el Rímac, por el norte el río Rímac hace de límite natural. Por el este, limita con el distrito de El Agustino. Por el Sur, nombrados de Este a Oeste, con los distritos de La Victoria, Lince, Jesús María, Breña, Pueblo Libre y San Miguel. Por el Oeste, con la Provincia Constitucional del Callao, y los distritos de Bellavista, Cercado del Callao y Carmen de La Legua-Reynoso.

Asimismo, como parte del área de estudio, se toma Lima Centro como referencia y, en la Figura 16, se presenta su población, mientras que, en la Tabla 4, se presenta la evolución de la población de Cercado de Lima.

En relación con las personas que tienen seguro de salud, estas son aquellas que cuentan con algún tipo de cobertura y se encuentran en algún sistema de prestaciones de salud y que en el caso de sufrir enfermedades o accidentes le brinde un nivel de protección. Como se muestra en la Figura 17, el 63% de los limeños tienen algún tipo de seguro de salud y, de estos, las mujeres tienen mayor acceso a un seguro de salud que los hombres.



Figura 16. Población en Lima Metropolitana-Centro.

Tomado de “Encuesta Nacional de Hogares Julio 2013: Resultados Generales”, del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), 2013, vol. 1(4). San José, Costa Rica: Autor.

Tabla 4

Evolución de la Población

Año	Población
2000	342,476
2001	339,050
2002	335,342
2003	331,360
2004	327,110
2005	322,597
2006	317,755
2007	312,618
2008	307,339
2009	302,056
2010	296,890
2011	291,849
2012	286,849
2013	281,861
2014	276,857
2015	271,814

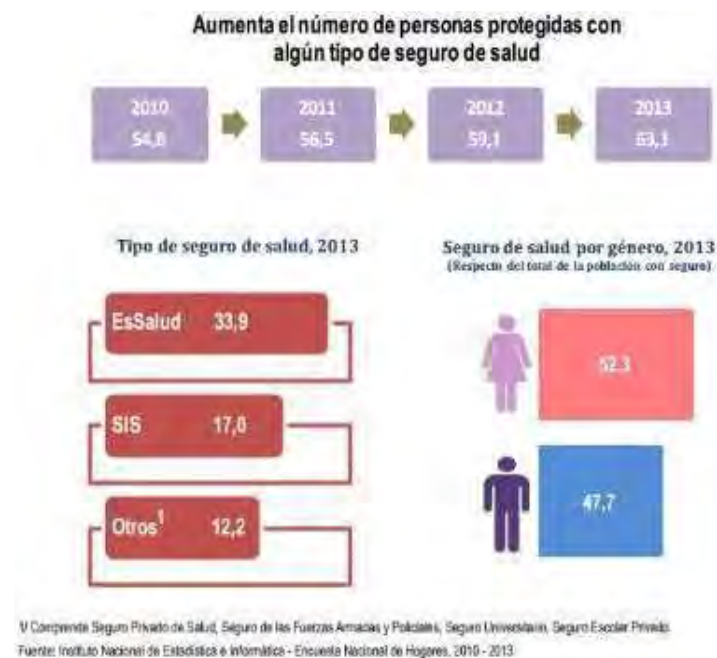


Figura 17. Personas con algún seguro de salud 2010-2013 (% respecto al total de la población).

Tomado de “Encuesta Nacional de Hogares Julio 2013: Resultados Generales”, del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), 2013, vol. 1(4). San José, Costa Rica: Autor.

Entre las principales actividades económicas, se tiene que la composición de establecimientos ubicados en el distrito del Cercado de Lima es predominantemente para actividades comerciales (68.40%), mientras que resultan menores la actividad industrial o manufactura (18.10 %), así como la de servicios de hoteles y restaurantes (13.5 %).

Hospitales, centros y postas de salud.

- Hospitales: (a) Dos de Mayo, (b) Emergencia Pediátrica, (c) Arzobispo Loayza, y (d) San Bartolomé.
- Institutos especializados: (a) en Enfermedades Oftalmológicas, (b) Ciencias Neurológicas, (c) Salud del Niño, y (d) Materno Perinatal.
- Centros de Salud: (a) Conde de la Vega, (b) Antirrábico, (c) Chacra Colorada, (d) Juan Pérez Carranza, (e) Mirones, (f) Mirones Bajo, (g) Raúl Patrucco Puig, (h) San Sebastián, (i) Unidad Vecinal 3, y (j) Villa María Perpetuo Socorro.
- Puesto de salud: (a) Palermo, (b) Rescate, (c) Santa María, y (d) Santa Rosa.

2.1.2 La zonificación de Cercado de Lima y su importancia en el proyecto

En cuanto a la zonificación urbana, el Cercado de Lima está constituido por zonas muy diferenciadas entre sí, tales como: (a) los tradicionales Barrios Altos; (b) la residencial Santa Beatriz; (c) el muy turístico Centro Histórico; (d) la “Zona Industrial de Lima”; y (e) las urbanizaciones Elio, Pando III Etapa, y Los Cipreses, entre otras (ver Figuras 18, 19, 20 y 21). También existe la presencia de algunas huacas, que representan huellas humanas de los antiguos pobladores, que, en otros tiempos, religiosamente gobernaron estas tierras, testimonios presentes y de la historia pre colonial.



Figura 18. Zonificación de Cercado de Lima.
Tomado de “Plano de Zonificación de Lima Metropolitana”, por la Municipalidad Metropolitana de Lima (MML), 2007. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://www.munlima.gob.pe/images/descargas/licencias-de-edificaciones/informacion-sobre-parametros-urbanisticos/PLANO-DE-ZONIFICACION-ORD1020.pdf>

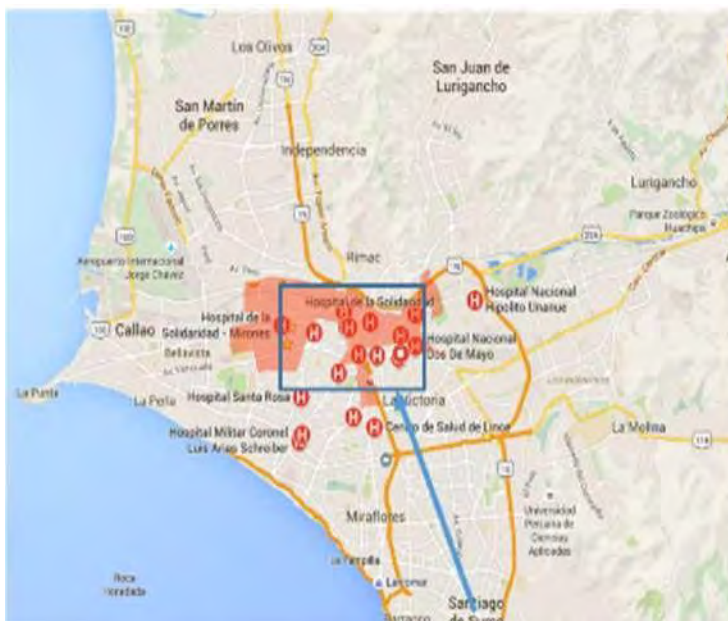


Figura 19. Usos del sector salud en Cercado de Lima.
Elaborado con base en los planos de Google Maps.

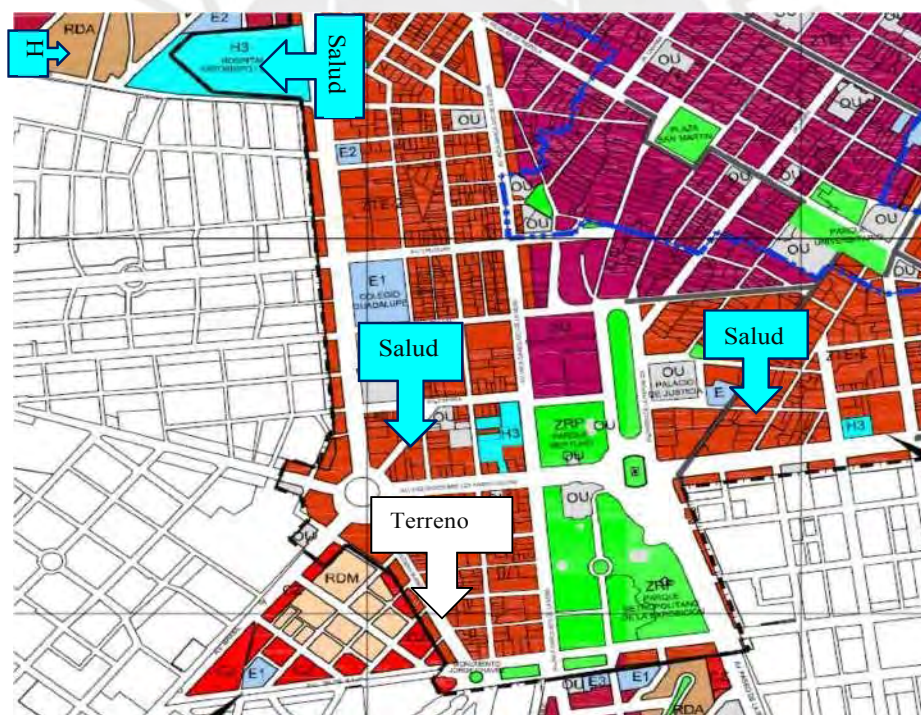


Figura 20. Usos del sector salud en Cercado de Lima.
Tomado de “Plano de Zonificación de Lima Metropolitana”, por la Municipalidad Metropolitana de Lima (MML), 2007. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://www.munlima.gob.pe/images/descargas/licencias-de-edificaciones/informacion-sobre-parametros-urbanisticos/PLANO-DE-ZONIFICACION-ORD1020.pdf>

Lima fue, durante el Virreinato, el centro y orgullo de España en América y por ello, se encargaron de su embellecimiento, catedrales, con grandes casonas y plazas. Además,

Lima también fue conocida como la Ciudad Jardín, debido a la gran cantidad de parques que poseía.

ANEXO N° 2
CUADRO N° 01:
NORMAS DE ZONIFICACIÓN DE LOS USOS DEL SUELO DEL CENTRO HISTÓRICO DE LIMA

ZONA	CARACTERÍSTICAS URBANAS	USOS GENERALES PERMITIDOS (2)	LOTE MÍNIMO	ALTURA DE EDIFICACIÓN (1)	ÁREA LIBRE	RETIRO	ESTACIONAMIENTO
ZTE-1 ZONA DE TRATAMIENTO ESPECIAL 1	Mayormento dentro del Área Patrimonial Cultural de la Humanidad. Concentra Ambientes Urbano Monumentales y Monumentos de Ter. Orden predomina arquitectura de carácter Religioso e Institucional.	Gubernamental, Administrativo, Financiero, Cultural, Turístico, Culto, Comercial y Vivienda	El existente (No se permitirá subdivisión de lotes)	a. Zona Patrimonio Cultural de la Humanidad: 5 mts. b. Resto del Centro Histórico: 11 mts.	a. En edificaciones existentes se mantendrán las áreas libres respectivas. b. En edificaciones nuevas exceptuando Comercio: 30%. En edificaciones comerciales: 20%	a. La línea de la edificación debe coincidir con la línea de propiedad, alineándose los frentes de la edificación en toda su longitud. b. Se permitirá retro en el fondo del lote.	a. Incremento de estacionamiento no exigible en remodelaciones de b. No exigible en lotes ubicados en vías peatonales c. Exigible en obra nueva que abarque la totalidad del lote con frente mayor a 10 metros: Un (01) estacionamiento cada 100 m ² de área de comercio y oficinas y uno (01) cada 4 viviendas
ZTE-2 ZONA DE TRATAMIENTO ESPECIAL 2	Mayormento fuera del Área Patrimonio Cultural de la Humanidad. Concentra Ambientes Urbano Monumentales del siglo XX y gran densidad de inmuebles de Valor Monumental.	Comercial, Servicios, Talleres y Vivienda.		c. Comedores Uso Especializado 22 mts. (8 pisos) d. En las laderas de los cerros San Cristóbal, Santa Rosa y El Alifan la altura máxima será de 3 pisos.	c. En otras edificaciones nuevas, lo necesario para iluminar y ventilar los ambientes según el RNC		d. El estacionamiento para usos especiales se regirá por lo señalado en el Cuadro de Normas de Zonificación Comercial del Área II del Cercado de Lima.
ZTE-3 ZONA DE TRATAMIENTO ESPECIAL 3	Dentro y fuera del Área Patrimonio Cultural de la Humanidad.	Vivienda, Comercial y Talleres Artesanales					

ESPECIFICACIONES NORMATIVAS

(1) Las Alturas de Edificación indicadas, corresponden a las aprobadas mediante la Ordenanza N° 062-MML, con excepción del numeral «d». Estas serán vigentes hasta que se aprueben las nuevas Alturas de Edificación que deberán ser elaboradas por la Comisión Especial a que se refiere la Segunda Disposición Transitoria de la presente Ordenanza.

(2) La Compatibilidad de los Usos del Suelo del Centro Histórico de Lima está establecida en el Índice de Usos para la Ubicación de Actividades Urbanas del Centro Histórico y Cercado de Lima, que se aprueben en el Artículo 3° de la presente Ordenanza.

Figura 21. Normas de zonificación de los usos del suelo del Centro Histórico de Lima. Tomado de “Ordenanza N° 893-Municipalidad Metropolitana de Lima”, por la MML, 2005. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://www.munlima.gob.pe/images/descargas/licencias-de-edificaciones/informacion-sobre-parametros-urbanisticos/ORD-N-893-REAJUSTE-INTEGRAL-DE-LA-ZONIFICACION-DE-LOS-USOS-DE-SUELO-DEL-CERCADO-DE-LIMA.pdf>

El centro Histórico de Lima conserva sus balcones, construcciones virreinales y de los primeros años de la República, por lo que fue declarado como Patrimonio de la Humanidad por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en el año 1988. El Centro Histórico contrasta con los abundantes pueblos jóvenes de la periferia y la moderna zona financiera al suroeste de la ciudad y

2.1.3 Proyecto

Ubicación del proyecto. El proyecto se ubica dentro del distrito de Cercado de Lima (Lima Centro) en la provincia de Lima (ver Figura 22), en la avenida Inca Garcilaso de la Vega N°s 1630-1640 (ver Figuras 23, 24 y 25) y un frente secundario hacia el jirón Tarma, en Lima-Cercado, provincia y departamento de Lima.



Figura 22. Ubicación del proyecto (fotografía referencial).

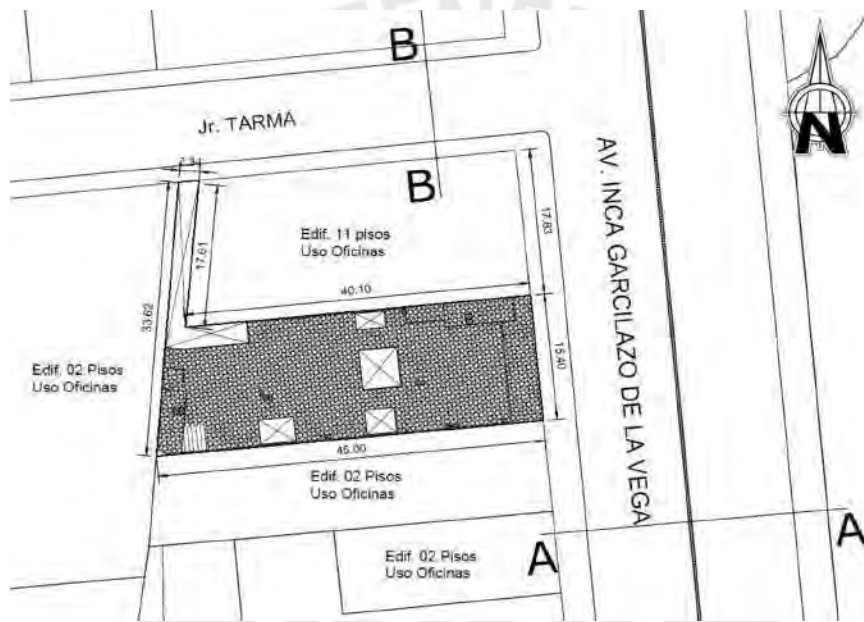


Figura 23. Ubicación del proyecto-plano de ubicación.



Figura 24. Elevación en la avenida Garcilazo de la Vega y fotografía de la misma (izquierda y derecha, respectivamente) (ver Apéndice C).



Figura 25. Perspectiva fotográfica.

Normativa aplicada al proyecto.

De la zonificación. Corresponde al predio motivo de la presente, ZTE-2, zona de tratamiento especial 2, Ordenanza N° 893-MML, del 27 de diciembre de 2005. Por ende, se está tratando como un uso Comercial-Salud, dado que las normas de salud no son tan específicas en muchos detalles.

Del alineamiento de fachada. Dice la normativa que, en la avenida Inca Garcilaso de la Vega y jirón Tarma, la línea de la edificación debe coincidir con el límite de propiedad, alineándose a los frentes en toda su longitud de la fachada.

La avenida Inca Garcilaso de la Vega está considerada como vía colectora, sección C-135, tramo: Nicolás de Piérola-28 de julio de 34.00 m (Ordenanza N° 341-MML, del 06 de diciembre de 2001).

De los usos permisibles y compatibles. Comercial, talleres, servicios y vivienda, así como los señalados en el índice de usos para la ubicación de actividades urbanas, aprobados por la Ordenanza N° 893-MML (ver Apéndice B), decretos de alcaldía N°s 076-06 (del 14 de diciembre de 2006) y 040 (del 11 de mayo de 2009).

El presente proyecto ha optado por el uso comercial y de servicios de salud.

Capítulo III: Estudio de Mercado

3.1 Investigación de Mercado

3.1.1 Metodología

Se analizará la oferta y demanda desde dos enfoques: (a) el primero centrado en instituciones públicas y privadas de salud como generadoras de edificaciones destinadas al servicio de salud, y (b) el segundo referido a los diversos servicios relacionados con la salud que se ofrecen al consumidor final.

Para analizar el mercado, se analizará la oferta y demanda del sector y, con base en ello, se definirá el público objetivo para el tipo de producto que se quiere ofrecer.

Fuentes secundarias. Entre las fuentes usadas, se tienen: (a) informes de empresas de estudios de mercado (como Apoyo), (b) tesis de investigación, y (c) reportes periodísticos con fuentes de expertos.

Fuentes primarias. Entre las fuentes primarias usadas, se tienen: entrevistas con profesionales del sector salud, así como con directivos de empresas privadas del rubro (Rodrigo Langberg, comunicación personal, 30 de mayo de 2015).

3.2 Estudios de Investigación

Es importante especificar que el presente estudio no está referido a servicios de salud, sino al análisis de la inversión de un proyecto inmobiliario para el sector salud, siendo de mayor interés conocer quiénes requieren infraestructura (edificaciones) para el desarrollo de sus actividades más que conocer en detalle las características de los servicios de salud. Sin embargo, se presentan como parte complementaria para ayudar a comprender el rubro al cual está ligado el producto y la demanda a la que está destinada a satisfacer mediante estas edificaciones.

3.2.1 Demanda de servicios de salud

Existe un porcentaje bajo de la población que se atiende en el sector privado (INEI,

2012). Según Alosilla-Velazco, Levaggi, Peña, y Rodríguez-Frías (2012), la tendencia de salud para este sector es de apertura de nuevas clínicas y consultorios particulares en las ciudades más grandes del país y con demanda insatisfecha más alta (ver Figura 26). Según G. de Losada (comunicación personal, 22 de junio de 2012), las ciudades con mayor potencial por demanda insatisfecha y tamaño de mercado son: (a) Lima, (b) Arequipa, (c) Trujillo, y (d) Piura.

Tipo de seguro de salud	Enero-Febrero-Marzo 2011 ^P	Ene-Feb-Mar 2012 ^P	Variación absoluta (puntos porcentuales)
Total – Buscan atención	49.2	49.5	0.3
MINSA ¹	17.1	15.9	-1.2
EsSalud ²	6.6	6.4	-0.2
MINSA y EsSalud	0.1	0.1	0.0
FFAA y/o Policía Nacional	0.3	0.6	0.3
Particular ³	7.6	8.8	1.2
Farmacia o botica	16.2	16.8	0.6
Domucilio	0.2	0.2	0.0
Otros ⁴	1.2	0.8	-0.4

Nota. ¹Incluye centro de salud MINSA, puesto de salud MINSA, centro o puesto de salud CLAS y hospital MINSA. ²Incluye posta, policlínico, hospital de EsSalud. ³Incluye clínica particular y consultorio médico particular. ⁴incluye curandero. ^PPreliminar. Tomado de "Condiciones de vida en el Perú", por Instituto Nacional de Estadística e Informática, junio de 2012a. Recuperado de <http://www1.inei.gob.pe/web/BoletinFlotante.asp?file=14486.pdf>

Figura 26. Perú: Población con algún problema de salud, según lugar o establecimiento de consulta. Trimestre enero-marzo de 2011-2012.

Tomado de "Planeamiento estratégico del sector salud privado en Lima", por Alosilla-Velazco, Levaggi, Peña, Rodríguez-Frías, 2012, p. 15. Recuperado el 9 de abril de 2015 de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4556/ALOSILLA_LEVAGI_PE%C3%91A_RODRIGUEZ_SALUD_PRIVADA.pdf?sequence=1

Alosilla-Velazco (2012) señalaron que, en el Perú, el gasto en salud per cápita (por ejemplo, US\$ 269 en el año 2010) y gasto en salud como porcentaje del PBI (por ejemplo, 5.08% del PBI en el año 2010) se ha incrementado en los últimos cinco años, mostrando un crecimiento mayor que el del promedio de América Latina, siendo aún uno de los niveles más bajos de la región.

3.2.2 Oferta de servicios de salud

La demanda por salud se satisface actualmente a través de la oferta que se presenta en la Figura 27 (Maximixe, 2012).



Figura 27. Oferta del sector salud. Tomado de “Planeamiento estratégico del sector salud privado en Lima”, por Alosilla et ál., 2012, p. 88. Recuperado el 9 de abril de 2015 de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4556/ALOSILLA_LEVAGI_PE%C3%91A_RODRIGUEZ_SALUD_PRIVADA.pdf?sequence=1

En cuanto a las condiciones de la oferta de servicios de salud, se aprecia que existe deficiencia en la calidad de atención en las entidades públicas, teniendo mejor percepción las entidades privadas ante el cuestionario hecho a los usuarios, tal como se muestra en la Figura 28.

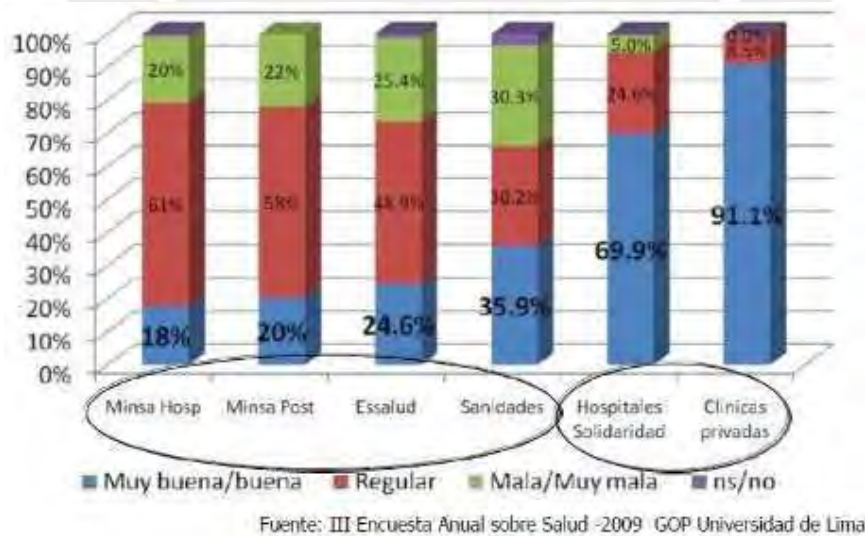


Figura 28. Encuesta anual de salud. Tomado de “III Encuesta Anual sobre situación de Salud en el Perú”, por el Grupo de Opinión Pública de la Universidad de Lima, 2009. Recuperado el 9 de abril de 2015 de [http://www3.ulima.edu.pe/webulima.nsf/default/F598031D89943F2F05256E630017BD4C/\\$file/barometro_social_abr_2009b.pdf](http://www3.ulima.edu.pe/webulima.nsf/default/F598031D89943F2F05256E630017BD4C/$file/barometro_social_abr_2009b.pdf)

3.2.3 Conclusiones

Existe un déficit cuantitativo y cualitativo en la infraestructura de salud en el país, lo cual implica un déficit en la oferta requerida.

El nivel socioeconómico de la población ha ido incrementándose en los últimos años, lo cual permite mayor gasto en salud. El déficit de infraestructura en salud es cubierto cada vez más por entidades privadas a pobladores que ya pueden pagar por una atención adecuada, lo que implica un mercado creciente para este servicio, y con ello se hacen necesarios proyectos destinados a servicios de salud.

3.3 La Competencia

El proyecto en análisis corresponde a la inversión en una edificación destinada a brindar a servicios de salud privada de cirugía ambulatoria, el cual tendrá un operador general; con esta consideración, los competidores para este modelo de negocio por proponer son de dos tipos: (a) competidores indirectos, y (b) competidores directos.

3.3.1 Competidores indirectos

Son aquellos proyectos o inmuebles ofertados que pueden ser sustitutos para el fin destinado a servicios de salud, de los cuales médicos privados los rentan o compran para realizar sus servicios ambulatorios. Estos serían los siguientes:

Oficinas en estreno (oficinas prime). En el distrito de Cercado de Lima, no se encuentran oficinas prime, las cuales serían el producto más cercano para destinarlo a consultorios. En Lima Metropolitana, las oficinas prime se concentran principalmente en el distrito de San Isidro, en las zonas denominadas “Sanhattan” y San Isidro Golf, para, luego, ir desarrollándose, en una segunda etapa, hacia Miraflores, San Borja y Chacarilla. Como se puede apreciar en la Figura 29, en la que se resalta con colores los distritos con presencia de proyectos destinados a oficinas, y no se encuentra oferta de oficinas prime ni B+ en el distrito de Cercado de Lima, ni en Lima Centro.



Figura 29. Lima: submercados de oficinas.
Tomado de “Reporte de Investigación y Pronóstico IT-2014”, por Colliers Internacional, 2014a. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://www.colliers.com/-/media/FB7000EE3B9B4AC7B6CF94A6BFA05383.ashx?la=es-PE>

En relación con precios por metro cuadrado, en la Figura 30, se muestra un reporte de evolución de la renta del mercado de oficinas prime, donde se puede apreciar que está entre 15 y US\$ 23 por metro cuadrado por mes.



Figura 30. Precios de renta.
Tomado de “Reporte de Investigación y Pronóstico 3T-2014”, por Colliers Internacional, 2014b. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://www.colliers.com/-/media/5DEABBC46C5A453EB56DEDCCE59A8297.ashx?la=es-PE>

Oficinas con más de un año de construidas. Al situarse en los alrededores del proyecto que se presenta, se encuentran oficinas en alquiler con un promedio de antigüedad de 30 a 40 años, las cuales tienen un costo por metro cuadrado de US\$ 11.00, con un área máxima de 130 m².

3.3.2 Competidores directos

Entre los competidores directos, empresas que ofrecen servicios de salud en edificaciones destinadas para este fin, se tienen los siguientes tipos: (a) compañías de seguros, (b) clínicas, (c) consultorios de profesionales, (d) establecimientos de salud privados en general, y (e) establecimientos de salud estatales en general.

“La estrategia del sector de salud privada en Lima contempla la adquisición de establecimientos existentes con zonificación apta para la expansión de establecimientos del sector salud con el fin de incrementar el posicionamiento en el mercado” (Alosilla-Velazco et al., 2012). A partir de esta estrategia, se puede inducir que el hecho de que empresas de salud están en búsqueda de espacios acordes para sus operaciones las convierte, a su vez, de competidoras a clientes.

Como parte del presente análisis, se tomarán a las compañías de seguro como competidores directos, y entre estas se encuentran: (a) Ace Seguros Cía. de Seguros y Reaseguros S. A., (b) Mapfre Perú Cía. de Seguros y Reaseguros, (c) Rímac Cía. de Seguros y Reaseguros, (d) Interseguro Cía. de Seguros, (e) La Positiva Cía. de Seguros y Reaseguros, (f) Cardif del Perú S. A. Cía. de Seguros y Reaseguros, (g) El Pacífico Peruano Suiza Cía. de Seguros y Reaseguros S. A., y (h) El Pacífico Vida Cía. de Seguros y Reaseguros.

La integración vertical entre las aseguradoras y las empresas prestadoras de salud se continúa dando, como, en el año 2014, cuando Pacífico Seguros se asoció con la chilena Banmédica para que juntos tengan el mayor grupo de salud privada del país. Rímac continuó con la expansión de su red de la Clínica Internacional y AUNA siguió creciendo como un

importante proveedor de salud para aseguradoras como Mapfre y La Positiva (Arce, & Baltazar, 2015).

Las expectativas de una mejor coyuntura económica del 2015 ayudarán a que el sector asegurador continúe creciendo a tasas de dos dígitos, pero los retos están claros. Las aseguradoras deben mejorar su penetración, generar eficiencias operativas y reducir su dependencia financiera.

Producto de la competencia directa. Al año 2012, solo tres clínicas limeñas se encontraban en el ranking de los mejores 40 establecimientos de salud de Latinoamérica, donde las principales oportunidades de mejora para asegurar que más clínicas de Lima califiquen en el ranking están relacionadas con (a) la seguridad, (b) la capacidad de investigación, y (c) el prestigio regionalmente (Alosilla-Velazco et ál., 2012).

Según América Economía (2014), solo hay tres clínicas peruanas entre las mejores de Sudamérica: (a) Clínica Internacional, con 26,104 m² construidos; (b) Clínica Ricardo Palma, con 9,448 m² construidos; y (c) Clínica Angloamericana, cuya área construida no está especificada.

Estas clínicas están en proceso de crecimiento, con lo que los servicios que ofrecen abarcaran mayor público. En la Figura 31, se presentan servicios ofrecidos por los establecimientos en el Cercado de Lima, Breña y Lince.

Precio de la competencia directa. Para la determinación del precio de la competencia, se considera el valor por metro cuadrado ofertado de oficinas o espacios con vocación para uso de salud. El presente estudio no abarca el análisis de precios directos al consumidor, como serían: (a) el precio de consultas, (b) medicamentos, y (c) operaciones, entre otros, pero sí se toma en cuenta el precio de alquiler por metro cuadrado.

Luego del estudio en campo y con la información disponible en anuncios de alquiler locales, se ha definido el valor promedio de alquiler de oficinas en la zona entre S/. 26 x m² y

S/. 35 x m².

Servicio	Outputs
Consulta externa	Consultas externas en Medicina Consultas externas en Cirugía Consultas externas en Pediatría Consultas externas en Ginecología Consultas externas en Obstetricia Consultas externas en Clínica Consultas externas en Odontología
Hospitalización y Egresos	Hospitalización en medicina Egresos en medicina Hospitalización en Cirugía Egresos en Cirugía Hospitalización en Pediatría Egresos en Pediatría Hospitalización en Ginecología Egresos en Ginecología Hospitalización en obstetricia Egresos en Obstetricia Hospitalización en Clínica Egresos en Clínica Hospitalización defunción en Emergencia Egresos defunción en Emergencia
Intervenciones quirúrgicas	Intervenciones quirúrgicas Cirugía Menor Otras Intervenciones quirúrgicas
Servicios Intermedios	Servicio Laboratorio Hospitalización Servicio Laboratorio Consultas Externas Servicio Radiología Hospitalización Servicio Radiología Consultas Externas

Fuente: III censo de infraestructura sanitaria y de recursos de salud 1999

Figura 31. Selección de outputs por tipo de servicios.

Tomado de “III Censo de Infraestructura Sanitaria y de Recursos de Salud”, por el Ministerio de Salud (MINSA), 1999. Recuperado el 9 de abril de 2015 de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1173/cap06/cap06.pdf

Promoción de la competencia directa. La presencia de los sustitutos en la zona se da principalmente por medios digitales como páginas web: (a) Urbana, (b) AdondeVivir, y (c) OLX, entre otras, y por medios impresos como anuncios de alquiler en diarios nacionales.

La principal promoción que tiene la competencia directa es a través de la marca que posee entre ellas (ver Figura 32).

Plaza de la competencia directa. En la Figura 33, se presenta un plano donde se ubica a las edificaciones destinadas a servicios de salud cercanas al proyecto.



Figura 32. Sector salud-empresas.

Tomado de “La situación y las perspectivas del sector salud en el país, según Apoyo Consultoría”, Gestión, 2014. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://gestion.pe/economia/peru-situacion-y-perspectivas-sector-salud-2106233/1#foto-gal>

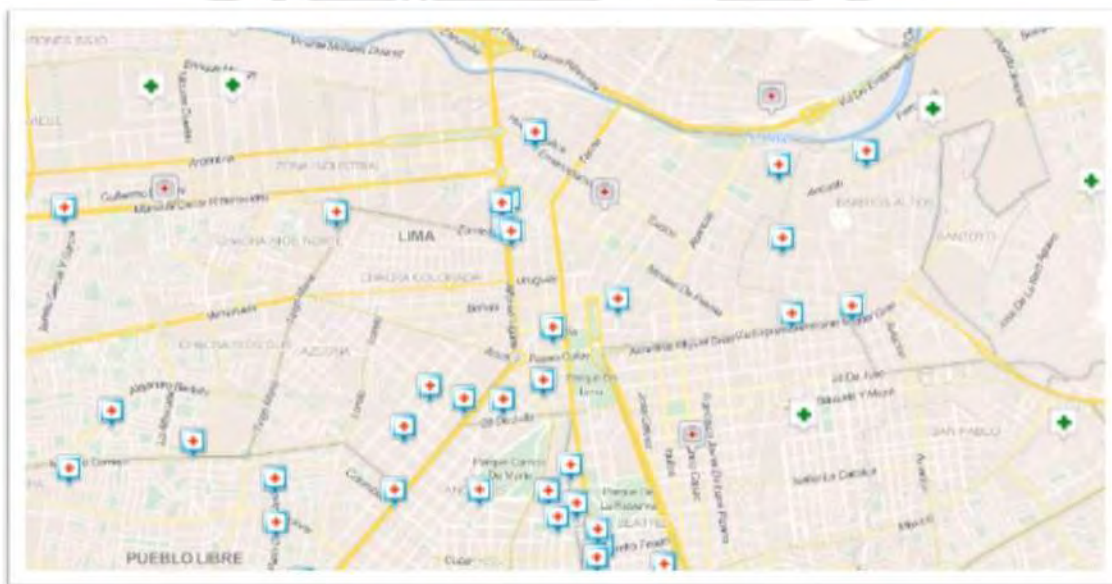


Figura 33. Identificación del sector salud por la zona.

Tomado de Mapcity.com, s. a. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://mapcity.com/#t=1>

En un entorno más cercano del distrito, se encuentran: (a) la Clínica Internacional, (b) la Clínica Maison, (c) Servicios Médicos Asociados Osteo Perú S. A. C., (c) el Policlínico San Francisco de ASIS E. I. R. L., (d) el Hospital del Niño, y (e) el Hospital Arzobispo Loayza (ver Figura 34).



Figura 34. Ubicación del terreno y el entorno del sector salud.

Tomado de Mapcity.com, s. a. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://mapcity.com/#t=1>

Marketing mix. Comprende: (a) segmentación, y (b) targeting de la competencia.

Segmentación de la competencia. Como se observa en la Figura 34, los principales operadores están enfocados en los segmentos de niveles socioeconómicos (NSE) medio y alto.

Por otro lado, como se muestra en la Tabla 5, el ingreso económico disponible de las personas de NSE A, B, y C es suficiente para pagar un seguro de salud, sea contratando a una empresa aseguradora o a contratando los planes de salud de las clínicas. Sin embargo, por el momento en el Perú la cultura de prevención es aún baja.

Tabla 5

Ingresos Familiares Promedio, 2011 por NSE (S/.)

	A1	A2	B1	B2	C1	C2
Ingreso promedio familiar	17,000.0	9,400.0	3,800.0	2,630.0	1,600.0	1,440.0
Ingreso disponible	9,180.0	5,076.0	836.0	578.6	96.0	86.4

Nota. Tomado de "Niveles socioeconómicos Perú 2011", por Ipsos Apoyo, 2012. Recuperado el 9 de abril de 2015 de http://www.ipsos.pe/sites/default/files/marketing_data/MKT_Data_NSE_Peru_2011_0.pdf

Targeting de la competencia. En la Figura 35, se puede observar el posible lugar de procedencia de cada segmento, lo que implica que los usuarios potenciales de salud para una

clínica o un centro de salud privado están presentes en todo Lima, aunque en algunos distritos en mayor proporción que en otros, y, de acuerdo con lo mencionado, una localización céntrica cubriría a toda esta demanda potencial, equivalente al 22.6% de la población de NSE alto y medio alto y al 37.1% del NSE medio. Tal como se observa en la Figura 36, en las zonas 4, 5, 6 y 7, se concentra la mayor cantidad de este segmento, siendo el 89.7% y el 57.2% de la población de NSE alto y medio alto, respectivamente, y el 40.7% del NSE medio.



Figura 35. Distribución de clínicas por tipos de servicios. Tomado de “La situación y las perspectivas del sector salud en el país, según Apoyo Consultoría”, Gestión, 2014. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://gestion.pe/economia/peru-situacion-y-perspectivas-sector-salud-2106233/1#foto-gal>

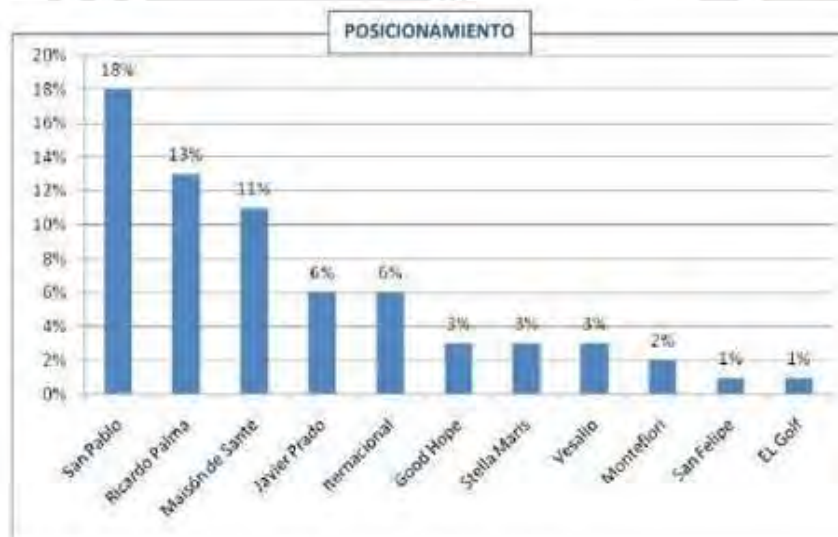
Posicionamiento de la competencia. Según estudios de Total Market Solutions ([TMS], 2014), el posicionamiento de las clínicas en el año 2010, en el que se observa que la Clínica San Pablo dispone de un 18% y la Clínica Internacional, como parte de la competencia más cercana, ocupa el cuarto lugar con un 6% (ver Figura 37).

En la Figura 38, se detalla cuáles son las empresas relacionadas con el sector salud de mayor facturación, que son las que tienen una mayor cuota del mercado de salud privado, de las cuales Pacífico y Rímac EPS son las que tienen mayor facturación, y en cuarto lugar la Clínica Internacional, cercana a la ubicación de proyecto.

(%) HORIZONTALES

Zona	TOTAL	Niveles Socioeconómicos				
		NSE "A"	NSE "B"	NSE "C"	NSE "D"	NSE "E"
Total (%)	100	5.1	17.5	37.1	30.9	9.4
Zona 1 (Puente Piedra, Comas, Carabaylo)	100	0.5	11.8	39.2	40.4	8.2
Zona 2 (Independencia, Los Olivos, San Martín de Porres)	100	1.3	22.0	45.6	28.8	5.3
Zona 3 (San Juan de Lurigancho)	100	0.8	10.7	37.8	40.9	9.8
Zona 4 (Cercado, Rimac, Breña, La Victoria)	100	2.0	12.2	49.4	29.3	7.1
Zona 5 (Ate, Chaclacayo, Lurigancho, Santa Anita, San Luis, El Agustino)	100	2.1	14.2	35.1	35.7	12.9
Zona 6 (Jesús María, Lince, Pueblo Libre, Magdalena, San Miguel)	100	16.9	35.9	32.4	13.8	1.1
Zona 7 (Miraflores, San Isidro, San Borja, Surco, La Molina)	100	31.1	41.1	19.3	5.1	3.3
Zona 8 (Surquillo, Barranco, Chorrillos, San Juan de Miraflores)	100	4.6	17.9	33.0	34.8	9.7
Zona 9 (Villa El Salvador, Villa María del Triunfo, Lurin, Pachacamac)	100	0.7	6.9	29.7	43.7	19.1
Zona 10 (Callao, Bellavista, La Perla, La Punta, Carmen de la Legua, Ventanilla)	100	1.0	13.5	41.4	30.8	13.3
Otros	100	5.8	5.8	52.2	23.1	13.1

Figura 36. Distribución de niveles por zona APEIM-Lima Metropolitana. Tomado de “Encuesta Nacional de Hogares (ENAH)” por la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (APEIM), 2013. Recuperado el 9 de abril de 2015 de www.inec.go.cr/anda4/index.php/catalog/137/download/850



Fuente: TMS CONSULTORÍA EN MARKETING (TOP OF MIND DE CLÍNICAS)

Figura 37. Posicionamiento. Tomado de “Top of Mind de Clínicas”, por Total Market Solutions (TMS), 2014. Recuperado el 9 de abril de 2015. Recuperado de http://www.tms.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=10&Itemid=42&lang=es

*Empresas Relacionadas al Sector Salud con Mayor Facturación Promedio (Miles
US\$)*

Ranking 2010 Salud	Razón Social de la Empresa	2009	2010	Región
1	Pacífico EPS	138.631	163.711	Lima
2	Rumic EPS	111.569	139.110	Lima
3	Administradora Clínica Ricardo Palma	61.263	80.174	Lima
4	Clinica Internacional	42.835	80.174	Lima
5	Clinica San Pablo	42.835	40.547	Lima
6	Oncosalud	25.319	40.547	Lima
7	British American Hospital	32.541	38.512	Lima
8	Sociedad Francesa de Beneficencia	36.360	38.512	Lima
9	Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	2.905	55.928	Lima
10	Clinica San Felipe	22.579	24.335	Lima
11	Hospital Nacional Cayetano Heredia	3.785	24.335	Lima
12	Asociación Hijas de San Camilo	14.959	19.451	Lima
13	Asociación Pastoral de Servicio Médico Asistenciado Good Hope	14.959	19.451	Lima
14	Clinica Jesus del Norte	18.362	19.451	Lima
15	Clinica San Gabriel	14.959	19.451	Lima
16	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas	18.362	19.451	Lima
17	Clinica San Borja	14.959	19.451	Lima
18	Sistemas de Administración Hospitalaria	18.362	19.451	Lima
19	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	3.785	16.132	Lima
20	Clinica Stella Maria	14.959	16.132	Lima
21	Laboratorios Roe	12.535	13.849	Lima
22	Mapfre Perú EPS	7.604	13.849	Lima
23	Clinica Javier Prado	10.377	11.770	Lima
24	Colegio Médico del Perú	8.816	11.770	Lima
25	Clinica Vesalio	12.535	11.770	Lima
26	Cardio Perfusion	8.816	10.230	Lima
27	Nipro Medical Corporación del Perú	7.604	10.230	Lima
28	Administradora Clínica San Miguel	14.959	9.115	Lima
29	Instituto Especializado de Salud del Niño	8.816	9.115	Lima
30	Clinica Arequipa	7.604	8.248	Arequipa

Nota *El ranking está en función de los rangos de facturación aproximada al cierre 2010. Tomado de *Informe Especial Servicio de Salud*, por Maximaze, febrero de 2012. Lima, Perú. Autor.

Figura 38. Empresas relacionadas con el sector salud con mayor facturación promedio (miles de US\$).

Tomado de “Planeamiento estratégico del sector salud privado en Lima”, por Alosilla-Velazco et ál., 2012, p. 95. Recuperado el 9 de abril de 2015 de

http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4556/ALOSILLA_LEVAGI_PE%C3%91A_RODRIGUEZ_SALUD_PRIVADA.pdf?sequence=1

Posicionamiento por marca.

- Pacífico Seguros: El nuevo posicionamiento de Vive Pacífico (Mayorga, 2013) consiste en (a) capitalizar el “comprometidos de verdad”, promesa de marca que tiene desde antes de la reestructuración de la empresa; (b) incorporar el nombre de la empresa con la promesa de marca y crear valor añadido; y (c) evidenciar la

tranquilidad que quiere Pacífico para sus clientes, la nueva forma de pensar y actuar de la empresa, así como el compromiso para velar siempre por el bienestar de las personas.

- Clínica Internacional: De acuerdo con el ranking de las mejores clínicas y hospitales de América Latina en 2013, elaborado por la revista América Economía (2014), la Clínica Internacional es considerada, como la mejor clínica del Perú. Este es el resultado de la evaluación de seis criterios que buscan medir la calidad hospitalaria: (a) seguridad y dignidad del paciente, (b) capital humano, (c) capacidad instalada, (d) gestión del conocimiento, (e) eficiencia, y (f) prestigio (ver Figura 39).

Con base en esos criterios, en 2013, la Clínica Internacional ha alcanzado un índice de 67.01% en calidad hospitalaria, que la ha llevado a ocupar el puesto 15 a nivel de la región, una mejora de dos puestos respecto al año anterior y la repetición del primer lugar en el país.



Figura 39. Estrategia de la Clínica Internacional. Tomado de “Informe de sostenibilidad”, por la Clínica Internacional, 2014. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://static.globalreporting.org/report-pdfs/2015/aa0df2a313f2db6c3b34b1bd895cfd5.pdf>

Reason Why e innovación de la competencia. En la Figura 40, se presentan los factores claves para el éxito de servicios de salud comparados por los tipos de facilitadores

definidos, en los que se puede evidenciar que, entre las más valoradas, se encuentra el prestigio, seguido de la calidez, la ubicación, y la cantidad de establecimientos; mientras que, en la Figura 41, se presenta la misión y visión de las principales clínicas de Lima.

	Factores claves para el éxito	Peso (%)	Sector privado salud Lima		MINSA		Hospitales FF.AA. y PNP		EsSalud		Hospitales de la Solidaridad		Clínicas extranjeras (EE.UU.)	
			Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.
1	Prestigio y reputación de la pluma médica y del establecimiento	20	4	0.80	1	0.20	2	0.40	3	0.60	3	0.60	4	0.80
2	Calidad y calidez en el servicio	15	4	0.60	1	0.15	2	0.30	2	0.30	2	0.30	3	0.45
3	Ecuación de valor	15	3	0.45	1	0.15	1	0.15	1	0.15	2	0.30	4	0.60
4	Ubicación estratégica	15	1	0.15	3	0.45	1	0.15	2	0.30	3	0.45	2	0.30
5	Cantidad de establecimientos / camas	10	1	0.10	2	0.20	1	0.10	1	0.10	2	0.20	4	0.40
6	Accesibilidad (Atención a toda la población)	5	1	0.05	2	0.10	1	0.05	2	0.10	3	0.15	1	0.05
7	Uso de tecnología de última generación	5	3	0.15	1	0.05	1	0.05	3	0.15	2	0.10	4	0.20
8	Infraestructura cómoda y moderna	5	4	0.20	1	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05	4	0.20
9	Atención de diversas especialidades	5	3	0.15	3	0.15	3	0.15	4	0.20	2	0.10	4	0.20
10	Fortaleza financiera	5	4	0.20	1	0.05	1	0.05	2	0.10	1	0.05	4	0.20
Totales		100	2.85		1.55		1.45		2.05		2.30		3.40	

Nota: 4. Fortaleza mayor, 3. Fortaleza menor, 2. Debilidad menor, 1. Debilidad mayor

Figura 40. Matriz del perfil competitivo.

Tomado de “Planeamiento estratégico del sector salud privado en Lima”, por Alosilla-Velazco et ál., 2012, p. 105. Recuperado el 9 de abril de 2015 de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4556/ALOSILLA_LEVAGI_PE%C3%91A_RODRIGUEZ_SALUD_PRIVADA.pdf?sequence=1

Como se observa en la Figura 42, los competidores relacionados con el proyecto analizado son aquellos que se enfocan en el NSE B, entre ellos: (a) AUNA, (b) Clínica Internacional, (c) Maison de Sante, (d) MEDAVAN S. A., y (e) Stela Maris.

Conclusiones respecto a la competencia directa. De las clínicas consideradas competencia directa, la ubicación de las clínicas Internacional y Maison de Sante se encuentra cerca del proyecto; sin embargo, AUNA y MEDAVAN S. A. presentan planes de crecimiento, por lo que podrían buscar localizaciones cercanas al distrito de Cercado de Lima o, en su defecto, estar interesados en el proyecto, lo cual los convierte también en potenciales clientes.

Clinica	Misión
Internacional	Hacer sentir a nuestros pacientes que su salud está en las mejores manos. Elevando permanentemente la calidad y eficiencia de nuestro servicio. Combinando nuestra calidez en la atención, nuestra pasión por la medicina y la innovación en los procedimientos médicos.
Ricardo Palma	Brindar servicios de salud confiables y seguros a nuestra comunidad orientándonos permanentemente hacia la excelencia.
San Pablo	Lograr la satisfacción y confianza de nuestros pacientes y colaboradores". "Incentivar la docencia y la investigación en el campo de la salud
Sociedad Francesa de Beneficencia (Maison de Sante)	Valorar la vida humana en todas sus etapas, brindando servicios de salud accesibles, con tecnología de avanzada y calidad de excelencia.
British American Hospital (Clinica Americana)	Somos una organización confiable que brinda servicios de salud con profesionales altamente calificados, comprometidos en servir con calidad, calidez, responsabilidad social y ambiental
San Felipe	Somos una clínica privada que ofrece la mejor atención de salud de alta complejidad de nuestros pacientes. Estamos comprometidos con la calidad, seguridad, humanidad y exigencia organizacional. Hacemos énfasis en el mejoramiento continuo a través de la educación, la docencia, la investigación.
San Borja	Cuidar de la salud de las personas con dedicación, cariño, eficiencia y pasión, creando una conciencia preventiva, brindando a nuestros pacientes el tratamiento idóneo para restaurar su salud, y acompañándolos durante el proceso de rehabilitación, logrando de esta manera, mejorar la calidad de vida de la población.
Asociación Hijas San Camilo	ND
Asociación Pastoral de Servicio Médico Asistenciado Good Hope	Somos una Institución médico-misionera que procuramos el bienestar físico, mental y espiritual de la persona, utilizando métodos preventivos y curativos que restituyan su estado normal de salud. Brindamos un servicio de calidad en todas nuestras áreas de atención, demostrando interés y solvencia profesional en un contexto de amabilidad y cortesía cristiana; con calidad y costos competitivos. Propendemos que mediante el servicio de salud, los pacientes conozcan al médico de los médicos; Jesucristo
San Gabriel	Lograr la satisfacción y confianza de nuestros pacientes y colaboradores". "Incentivar la docencia y la investigación en el campo de la salud

Figura 41. Misión y visión de las principales clínicas de Lima. Tomado de "Planeamiento estratégico del sector salud privado en Lima", por Alosilla-Velazco et ál., 2012, p. 106. Recuperado el 9 de abril de 2015 de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4556/ALOSILLA_LEVAGI_PE%C3%91A_RODRIGUEZ_SALUD_PRIVADA.pdf?sequence=1

PROYECCION DE CRECIMIENTO	ALTO	AUNA	AUNA	SANNA	
		C. INTERNACIONAL	C. INTERNACIONAL	C. INTERNACIONAL SAN PABLO	
	MEDIO	MEDAVAN S.A.	MEDAVAN S.A.	MAISON DE SANTE	
	BAJO	BANMEDICA	STELLA MARIS		
		CLINICA ANGLOAMERICANA			
		GOOD HOPE			
	POTENCIALES OPERADORES	A (Extranjeros)	B	C	
		SEGMENTO CUBIERTO			

Figura 42. Segmentos-potenciales operadores.

Capítulo IV: Objetivos del Plan Estratégico de Marketing.

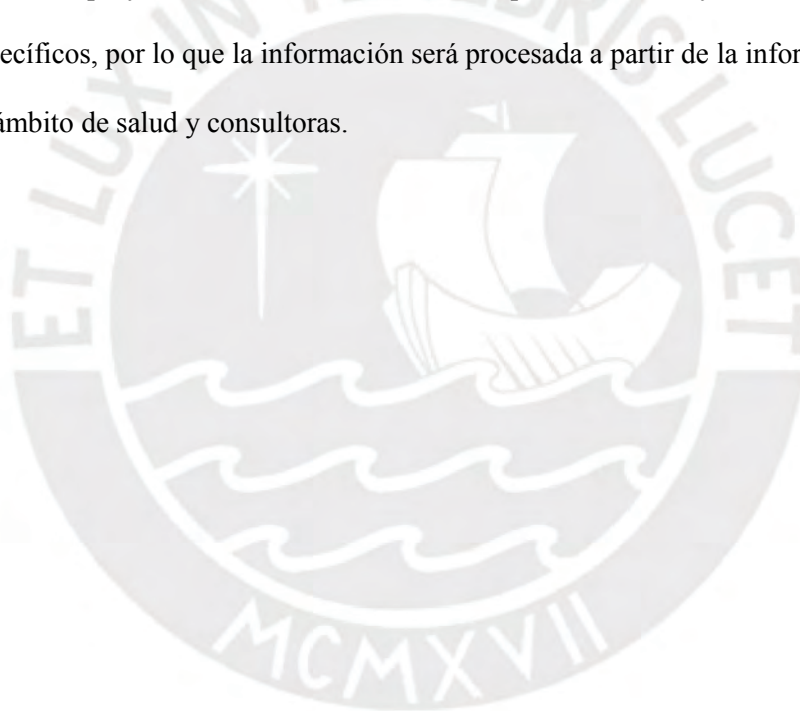
4.1 Objetivos Cuantificables

Definir el segmento del mercado, cuyo indicador estará determinado por el NSE atendido por los productos ofrecidos por este tipo de servicio.

Identificar el target, el cual se definirá entre los operadores que brindan el servicio de salud, es decir, entre las empresas que requieren inmuebles para sus operaciones de salud.

4.2 Requerimiento Temporal para Alcanzar los Objetivos

Para alcanzar los objetivos, se requiere información sobre el mercado de salud. Se ha buscado referente de proyectos de inversión inmobiliaria para este sector y no se encuentran referentes específicos, por lo que la información será procesada a partir de la información existente del ámbito de salud y consultoras.



Capítulo V: Segmentación y Targeting

5.1 Segmentación

Siendo el proyecto un CCA y regido por normas y lineamientos del MINSA, tales como la norma técnica aprobada mediante Resolución Ministerial. N° 280-2013/MINSA (2013), que aprueba la NTS N° 101-MINSA/DGSP-V. 01 (ver Apéndice A), y según la “Guías Técnicas para Proyectos de Arquitectura y Equipamiento de las Unidades de Centro Quirúrgico y Cirugía Ambulatoria” del MINSA (2001) se desarrollarán en tres áreas formadas por (a) consultorios de 16 m² aproximadamente; (b) un centro cirugía ambulatoria: salas de operaciones, salas de corta estancia (pre y posrecuperación), oficinas administrativas, donde no se contemplan emergencias ni hospitalización, y la recuperación se da en el domicilio personal, por ser una “clínica de día”; y (c) servicios externos complementarios de salud (laboratorios, farmacias, etc.).

Estos servicios estarán enfocados a NSE medios y alto medio, así como a extranjeros en la modalidad de turistas de salud, y, con base en este segmento, se busca captar a los operadores que ofrecen servicios a este público objetivo, que son los siguientes: (a) Clínica Angloamericana, (b) Banmédica, (c) AUNA, (d) Clínica Ricardo Palma, (e) Cruz Blanca, (f) San Pablo, (g) Sanna, (h) Clínica Internacional, (i) Maison de Sante, (j) Clínica Good Hope, (k) Clínica Lozza, (l) Clínica Stela Maris, (m) MEDAVAN S. A.-cirugía ambulatoria, y (n) Centro de Cirugía Ambulatoria de Lima, y cuya distribución por tipo de servicios que brindan se presenta en la Figura 43.

5.1.1 Tipos de segmentación relacionada al proyecto

Tomando como base las empresas de salud segmentadas, existe un grupo que contempla el incremento de sus actividades a lo largo del periodo 2010-2013 (ver Figura 44).

Por otra parte, los operadores dentro de la segmentación más adecuada para el proyecto serían: (a) Sanna, (b) Clínica Internacional, (c) AUNA, (d) San Pablo, (e) Mapfre, y

(f) MEDAVAN S. A.-cirugía ambulatoria.



Figura 43. Distribución de clínicas por tipo de servicios. Tomado de “La situación y las perspectivas del sector salud en el país, según Apoyo Consultoría”, Gestión, 2014. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://gestion.pe/economia/peru-situacion-y-perspectivas-sector-salud-2106233/1#foto-gal>



Figura 44. Operadores privados. Tomado de “La situación y las perspectivas del sector salud en el país, según Apoyo Consultoría”, Gestión, 2014. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://gestion.pe/economia/peru-situacion-y-perspectivas-sector-salud-2106233/1#foto-gal>

5.1.2 Variables relevantes para la segmentación del proyecto

La segmentación del proyecto está relacionada con la población que atienden los operadores de salud, que sería la misma analizada para la competencia y por el nivel de

proyección de crecimiento que tiene cada operador, de tal manera que se puede definir cuál es el segmento más afín al proyecto. En la Figura 45, se observa la distribución de NSE por zonas-districtos dentro del radio de influencia del proyecto.

(%) HORIZONTALES

Zona	TOTAL	Niveles Socioeconómicos				
		NSE "A"	NSE "B"	NSE "C"	NSE "D"	NSE "E"
Total (%)	100	5.1	17.5	37.1	30.9	9.4
Zona 1 (Puente Piedra, Comas, Carabaylo)	100	0.5	11.8	39.2	40.4	8.2
Zona 2 (Independencia, Los Olivos, San Martín de Porras)	100	1.3	22.0	45.0	25.3	5.3
Zona 3 (San Juan de Lurigancho)	100	0.8	10.7	37.8	40.9	9.8
Zona 4 (Cercado, Rimac, Breña, La Victoria)	100	2.0	12.2	49.4	29.3	7.1
Zona 5 (Ate, Chaclacayo, Lurigancho, Santa Anita, San Luis, El Agustino)	100	2.1	14.2	35.1	35.7	12.9
Zona 6 (Jesús María, Lince, Pueblo Libre, Magdalena, San Miguel)	100	16.9	35.9	32.4	13.8	1.1
Zona 7 (Miraflores, San Isidro, San Borja, Surco, La Molina)	100	31.1	41.1	19.3	5.1	3.3
Zona 8 (Surquillo, Barranco, Chomilco, San Juan de Miraflores)	100	4.6	17.9	33.0	34.9	9.7
Zona 9 (Villa El Salvador, Villa María del Triunfo, Lurin, Pachacamac)	100	0.7	6.9	29.7	43.7	19.1
Zona 10 (Callao, Bellavista, La Perla, La Punta, Carmen de la Legua, Ventanilla)	100	1.0	13.5	41.4	30.8	13.3
Otros	100	5.8	5.8	52.2	23.1	13.1

Figura 45. Distribución de niveles por zona APEIM-Lima Metropolitana. Tomado de “Encuesta Nacional de Hogares (ENAH0)”, por la APEIM, 2013. Recuperado el 9 de abril de 2015 de www.inec.go.cr/anda4/index.php/catalog/137/download/850

Se puede observar, en la Figura 46, el posible lugar de procedencia de cada segmento, lo que implica que los usuarios potenciales de salud para una clínica o para un centro de salud privado están presentes en todo Lima, aunque en algunos distritos en mayor proporción que en otros.

5.2 Targeting

Se realizará analizando a los operadores, clínicas en crecimiento y otros prestadores del servicio de salud como potenciales clientes, debido a que están interesados en disponer de infraestructura para ofrecer el servicio de salud que satisfaga la demanda de un segmento de la población. Por otra parte, si bien la segmentación está definida según el público por atender, el target no es el mismo que la segmentación.

Proyeccion de crecimiento	Alto	AUNA C. Internacional	AUNA C. Internacional	AUNA C. Internacional	SANNA C.Internacional San Pablo
	Medio	Medavan	Medavan	Medavan Maison de Sante	
	Bajo	Banmedica Clinica Angloamericana Good Hope	Banmedica Clinica Angloamericana Good Hope	Stela Maris	
		Extranjeros	A	B	C
Segmento Cubierto					

Figura 46. Segmentos.

5.3 Factores que influirán en la Elección del Target Primario y los Targets Secundarios

El target principal está definido por operadores con planes de crecimiento cuyo público objetivo esta segmentado por los NSE A, B y C; mientras que el target secundario serían todos aquellos profesionales que requieran espacios para ejercer la atención al público.

5.4 Target Primario

5.4.1 Perfil del target primario

Beneficios que espera obtener-priorizados según preferencia del target. Los intereses identificados del sector privado de salud son los siguientes:

- Generar crecimientos sostenibles, economías de escalas, y servicios de excelencia a través de la incorporación de profesionales competentes, tecnología adecuada y moderna acorde a las necesidades de la ciudad y la actualización de tratamientos, y centros de especialización.
- Incrementar y descentralizar la infraestructura con enfoque en centros de unidades de atención primaria.
- Incrementar los pacientes extranjeros de turismo de salud bajo estrategias de

marketing, promoción, y desarrollo de alianzas estratégicas con el sector turismo para promover y publicitar este tipo de servicio.

- Crear planes de salud propios de acuerdo con las capacidades de cada institución privada apuntando a la atención primaria y a captar a usuarios de los NSE medios bajos, dispuestos a desembolsar cierta cantidad de dinero por una atención de calidad e inmediata.
- Mantener flujos adecuados de inversión que permitan el crecimiento requerido en el sector en infraestructura y tecnología, e investigación y desarrollo.

Ubicación.

Para el estudio de este proyecto, se evaluó la ubicación del target en relación con el origen de sus clientes. En este caso, se partió de los datos proporcionados por MEDAVAN S. A. (2015), que se presentan en la Figura 47, en la que se muestra el lugar de procedencia de los 935 pacientes atendidos durante el año 2014.

De esta manera, la mayor cantidad de pacientes en el año 2014 provienen de provincias, seguido de los siguientes distritos de Lima: (a) Surco, (b) La Molina, (c) Miraflores, (d) San Miguel, (e) San Borja, (f) San Isidro, (g) Cercado de Lima, (h) San Juan de Lurigancho, (i) Callao, (j) Jesús María, (k) Pueblo Libre, y (l) Los Olivos.

El target de la investigación son los principales operadores, que buscan localizaciones que abastezcan la población objetivo, por lo que esos distritos serían atractivos para la inversión.

Elementos decisorios y grado de preferencia. Las clínicas y operadores tienen objetivos a largo plazo, los cuales se han desarrollado según los criterios evaluados en el ranking de América Economía (2014):

- “Seguridad y dignidad del paciente (25%): relacionadas con (a) procesos, y (b) resultados que permitan minimizar riesgos hospitalarios y transparencia.

- Capital humano (25%): considera el análisis de (a) plantel médico, (b) enfermeras, y (c) administración hospitalaria.
- Capacidad de gestión (20%): indicadores de (a) cantidad de egresos (pacientes hospitalizados), (b) camas, (c) especialidades, (d) subespecialidades médicas, (e) exámenes de laboratorio, (f) cirugías, y (h) inversiones de la entidad.
- Gestión de conocimiento (10%): indicadores que permiten medir la capacidad de (a) generar, (b) obtener, y (c) difundir investigaciones realizadas por los médicos.
- Eficiencia (10%): considerando variables como: (a) tasas de ocupación de camas, (b) quirófanos, (c) eficiencia financiera (balances y estados de resultados), y (d) mecanismos de gestión de calidad.
- Prestigio (10%): considera la opinión (encuestas) de los médicos de los hospitales participantes y de los lectores (Almeida, 2012).”

Por otra parte, las variables C y E contemplan capacidad instalada como factor determinante, y, por ello, es importante incrementar los metros construidos para mejorar su competitividad.

Entre los elementos que se tomarían en cuenta para elegir dónde construir un proyecto, se consideran: (a) localización accesible al público objetivo, (b) zonificación para salud, (c) accesibilidad y estacionamientos, (d) visibilidad, (e) cercanía a infraestructura y servicios importantes, y (f) metros cuadrados construibles.

A partir de estos elementos, se elaboró el análisis para el proyecto, comparado con el grado de preferencia, para saber cuáles son las fortalezas del proyecto, que serían ventajas competitivas para ofrecer a los operadores.

En la Tabla 6 se observa, las principales fortalezas del proyecto son: (a) la zonificación disponible, (b) los metros cuadrados edificables, y (c) la localización. En la Figura 48, se presentan: (a) los elementos decisorios, y (b) el grado de preferencia.

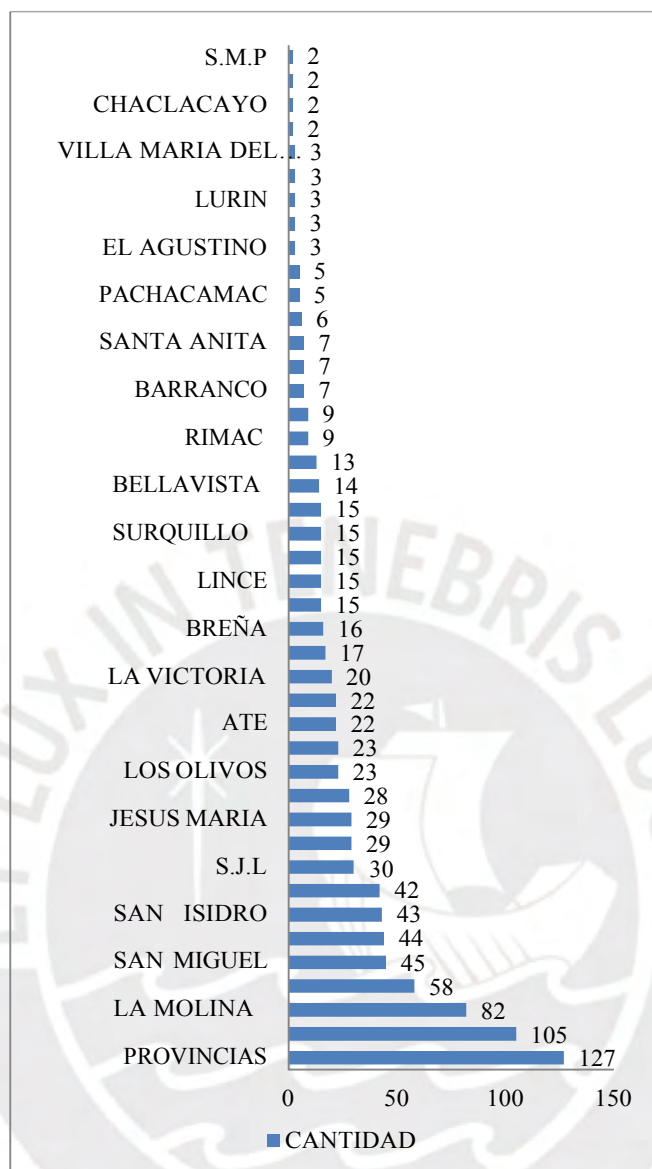


Figura 47. Lugar de procedencia de los pacientes atendidos en 2014.
Elaborado con base en MEDAVAN S. A., 2015.

Tabla 6

Principales Fortalezas del Proyecto

Elementos decisorios	Valoración	Grado de preferencia	Fortaleza
Localización cerca del segmento	7	0.71	5.0
Zonificación para salud	10	1.00	10.0
Accesibilidad y estacionamientos	8	0.29	2.3
Visibilidad	8	0.57	4.6
Infraestructura y equipamiento	8	0.43	3.4
Entorno seguro	7	0.14	1.0
Metros cuadrados edificables	8	0.86	6.9
Promedio de proyecto	8.0	-	4.7

Nota. * Grado preferencia: 0 = menor; 1 = mayor.

* Fortaleza (valoración por preferencia): 10 = mayor; 1 = menor.

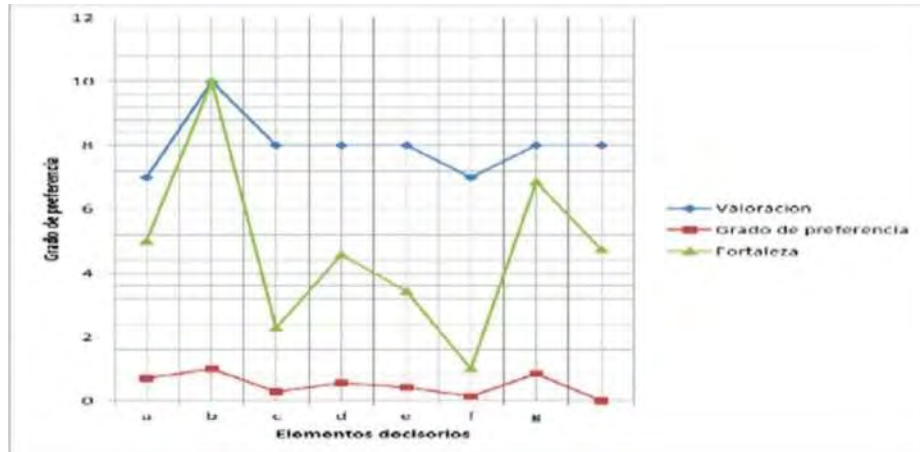


Figura 48. Elementos decisivos y grado de preferencia.



Capítulo VI: Posicionamiento

El posicionamiento es la imagen que los consumidores perciben de un producto; el cual se genera en el cerebro de los clientes potenciales (el target); es decir, a cómo se ubica el producto (en este caso, para un CCA) en la mente de estos. En el posicionamiento, lo importante no es lo que uno es, sino lo que los pacientes (clientes, consumidores) creen que se es, y esta visión desde la óptica del cliente.

Por tanto, se puede decir que “posicionar el CCA” es introducir el micromensaje representado por una imagen dentro de la mente del paciente.

6.1 Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, y Amenazas (FODA) del Proyecto

Se presenta, en la Tabla 7, la matriz de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, y Amenazas (FODA) del CCA.

6.2 Proposición de Posicionamiento

En la mente del paciente. Quienes identificarán al CCA como un centro especializado, con atención exclusiva, segura y en corto tiempo, sumado a que los costos serán menores.

Este posicionamiento va a partir de seis razones por las que el paciente prefiere el CCA: (a) flexibilidad en la atención con la posibilidad de modificaciones según las necesidades del cuerpo médico, circunstancias socioeconómicas, discapacidades varias, edades de los pacientes, tipos de procedimientos por efectuar, volumen de pacientes y necesidades posoperatorias; (b) participación y confianza, comunicación continua con los médicos y pacientes, personal administrativo, equipo de seguimiento posoperatorio; (c) competencia entre CCA mediante la incorporación de tecnología, estudios, y constante investigación; (d) satisfacción del paciente; estructura de organización; y (e) políticas y procedimientos con un manual de procedimientos, planilla de horarios, etc.

En buscadores web. Las palabras o frases que usan los internautas al hacer una búsqueda en Google o en cualquier otro buscador se conocen como “palabras clave” o keyword. Ejemplos de keywords pueden ser: “clínicas en Cercado de Lima”, “cirugía ambulatoria”, “alquiler de consultorios” o “clínica de día”.

Los motores de búsqueda, con Google a la cabeza, se han convertido en la nueva puerta de entrada de los pacientes de una clínica. Un porcentaje cada vez mayor de personas utilizan Google cuando tienen que buscar una clínica (cirugía, psicología, fisioterapia, entre otras), por lo que no resulta extraño que el posicionamiento en buscadores para clínicas se haya convertido en una necesidad para los profesionales de la salud y en uno de los medios publicitarios en los que más están invirtiendo. Asimismo, las facilidades de una operación en el día y rápida deben conservar el mismo concepto al separar una cita usando Internet como medio.

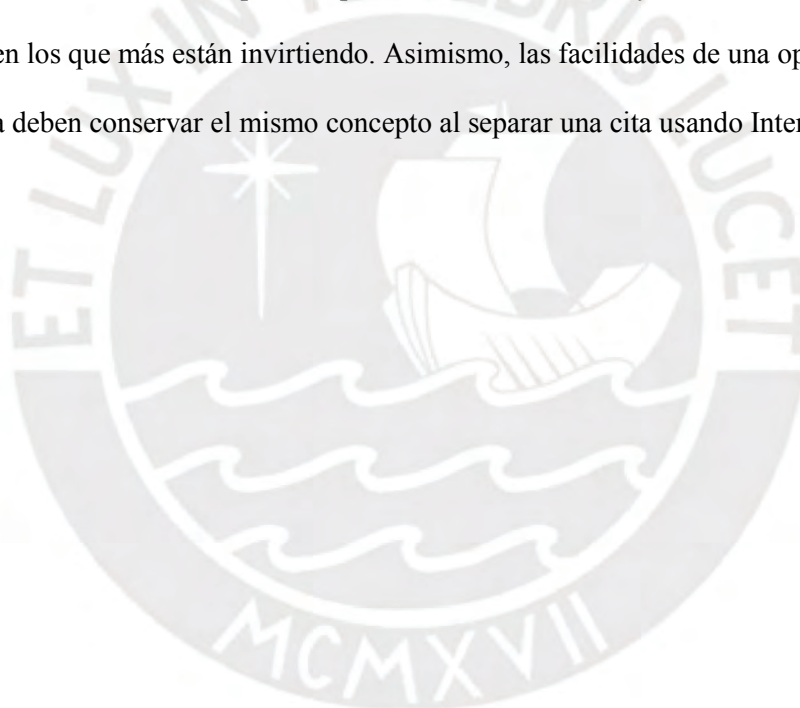


Tabla 7

Matriz de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, y Amenazas (FODA) del CCA

<h1>FODA</h1>		Fortalezas: F		Debilidades: D	
		1	Aumento de la calidad de atención y servicio	1	Temor o desconfianza del paciente para una operación tan pronta.
		2	Significativa disminución de costos	2	Cambio de condiciones laborales (turnos, actividad)
		3	Atención domiciliar rápida, eficiente, personalizada y con seguridad técnica	3	No cuenta con servicio nocturno para atender complicaciones mayores.
		4	Aumento del acceso a los servicios quirúrgicos de los pacientes seleccionados	4	Los costos de construcción pueden ser más altos que los de un hospital
		5	Disminuir la estadía media preoperatoria	5	Falta plan estratégico a nivel nacional para este nuevo sistema
		6	Existencia de Resolución Ministerial que aprueba Guías Técnicas para Proyectos de Arquitectura y Equipamiento de las Unidades de Centro Quirúrgico y Cirugía Ambulatoria	6	Falta de infraestructura descentralizada y autónoma de los hospitales y clínicas
		7	Fortaleza financiera por estar a cargo de un operador rentable	7	Bajo nivel de investigaciones y publicaciones médicas
		8	Uso de tecnología de última generación e infraestructura cómoda y moderna	8	Bajo poder de negociación con respecto a las EPS
Oportunidades: O		Estrategias: FO		Estrategias: DO	
1	Reducción de índices de complicaciones e infecciones intrahospitalarias	1	Mantener a las personas en su medio natural, especialmente niños y ancianos. (F3, F5, O1, O11)	1	Integración vertical hacia atrás bajo la modalidad de alianza estratégica con consultores externos para el desarrollo de un plan estratégico para cada una de las clínicas. (D5, O2, O6, O9 y O10)
2	crecimiento del mercado especializado del sector salud en cirugía ambulatoria	2	Disminuir el riesgo de infecciones nosocomiales (F3, F5, O1, O11)	2	Aventura conjunta entre diversos actores relacionados al sector para desarrollar infraestructura descentralizada en los tres conos de Lima (D6, O3, O7, y O4)
3	Inversión privada y crecimiento económico	3	Penetración en el mercado con incremento de infraestructura especializada, de acuerdo a las necesidades del ámbito geográfico a atender (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, O2, O5, O4, O7)	3	Diversificación concéntrica bajo la modalidad de alianza estratégica con universidades y centros de investigación nacionales e internacionales para fomentar investigación (D5, D2, D7 y O6)
4	Identificación de demanda insatisfecha creciente nacional y extranjera.	4	Desarrollo de planes de salud adecuados a las necesidades de los segmentos a atender (F8, F9, F5, O2, y O7)	4	Desarrollo de seguros de salud propios para reducir la dependencia de las EPS (D4 y O2)
5	Desarrollo del mercado de turismo en salud bajo la modalidad de alianza estratégica entre el CCA entre otros; capaces de atender a extranjeros, con entes gubernamentales para posicionar al país en el mercado internacional, como una atractiva plaza para el turismo en salud.	5	Integración horizontal bajo la modalidad de alianza estratégica público privada (F3, F4, F6, F7, F9, O3, y O4)		
6	Especialización del cuerpo médico, al estar acotados a ciertas prácticas.	6	Integración horizontal bajo la modalidad de alianza estratégica con las EPS para formar un frente común buscando incrementar el porcentaje de aporte de la remuneración destinado a la EPS (F6 y O5)		
7	Incremento del ingreso promedio de la población en Lima, originando mayor demanda de servicios de salud privada	7	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 (F6, F8, F9, F11, y O6)		
8	Oportunidad de desarrollar asociaciones público-privadas con el Estado peruano para la prestación de servicios cirugía ambulatoria, aprovechando la mala imagen de la atención en el sector público.	8	Desarrollo del mercado de turismo de salud bajo la modalidad de alianza estratégica entre las clínicas más importantes capaces de atender a extranjeros, con entes gubernamentales para posicionar al país en el mercado internacional como una buena plaza para el turismo en salud. (F1, F2, F3, F5, F7, O4 y O7)		
9	Leyes que respalden al médico a atender pacientes extranjeros y en consultorios privados				
10	Corrección de las disposiciones legales respecto a la transferencia del porcentaje de aporte de la remuneración del trabajador hacia EsSalud, cuando este elige atenderse en un centro de Cirugía Ambulatoria				
11	Desarrollo de telemedicina a pacientes en recuperación en sus domicilios.				
Amenazas: A		Estrategias: FA		Estrategias: DA	
1	Integración vertical de grandes operadores nacionales e internacionales (i.e., EPS-Rímac, Pacífico, y Oncosalud) que buscan economías de escala, con bajos costos, y tecnología avanzada.	1	Desarrollo de seguros de salud a ser administrados por las propias clínicas (F1, F2, F6, y A1)	1	Integración horizontal bajo alianzas estratégicas entre clínicas para que como gremio puedan negociar y fortalecer su posición frente a las EPS (D8 y A1)
2	Escasez de terrenos aptos para el sector salud	2	Adquisición de establecimientos existentes con zonificación apta para la expansión de establecimientos del sector salud con el fin de incrementar la penetración en el mercado (F6 y A2, A3)	2	Penetración en el mercado con incremento de infraestructura descentralizada en los tres conos de Lima, de acuerdo a las necesidades del ámbito geográfico a atender (D6, A4, A6, y A7)
3	Marco regulatorio cambiante, zonificación y normas legales	3	Integración vertical e integración horizontal bajo la modalidad de Alianza estratégica entre los actores del sector para lograr el fortalecimiento y cumplimiento del marco regulatorio (F7, A3, A4, A6)	3	Riesgo de falta de equipos en caso de una complicación. Éste preconcepto aún es un factor de miedo en algunos pacientes A7, D1, D6, D3
4	Automedicación por parte del paciente	4	Desarrollo de planes de salud que incluyan servicios y medicamentos al alcance del público objetivo (F1, F2, F3, F4, F5, F6, A4, A5, A6,)	4	
5	Tendencia en el uso de medicina alternativa: medicina basada en evidencias, quiropraxia, homeopatía, etc.				
6	Mejoras en el servicio de salud pública donde la atención se vuelve más rápida y efectiva				
7	Riesgo de mayores complicaciones en operaciones				

Capítulo VII: Reason Why e Innovación

7.1 Concepto de Value para el Proyecto

7.1.1 Definición del concepto de value para el proyecto

Philip Kotler (2008) definió value como “la diferencia entre lo que el cliente obtiene al poseer y usar un producto y los costos de obtener dicho producto” (p. 8). Kotler (2008) incluyó en los beneficios todos aquellos relacionados o asociados con el producto o servicio, y en los costos considera no solo el precio, sino también el tiempo o esfuerzo asociado con la adquisición.

$$\text{Value} = \frac{\text{Beneficios}}{\text{Precio}}$$

Que también podría expresarse así:

$$\text{Value} = \frac{\text{Calidad recibida}}{\text{Expectativas}}$$

El concepto de valor fue desarrollado por un consultor de McKinsey & Co., dos años después de la publicación del libro Posicionamiento, de Jack (1981).

La propuesta de valor es la suma de la experiencia total que el producto promete entregar al comprarlo y utilizarlo; esto va más allá del posicionamiento de una marca. La definición formal de propuesta de valor es: “una decisión y un compromiso de proveer una combinación específica de experiencias, incluyendo el precio, a un grupo de consumidores objetivo, de forma rentable y superior a la competencia” (Lanning, 2000, p. 31).

7.1.2 Aplicación del concepto de value al proyecto

El value es la percepción de satisfacción que tiene un consumidor al comparar el beneficio de un producto con su precio.

El Reason Why del mercado meta, es decir: “lo que busca”, se encuentra plasmado en el value mismo del producto propio y está determinado por cuatro atributos principales: (a)

exclusividad: el target propio obtendrá un centro médico de cirugía ambulatoria destinado específicamente a eso, y no se interrelacionará con otras especialidades, y la atención será de manera rápida, sin esperas largas para obtener una cirugía; (b) ubicación: se tiene una ubicación estratégica, con fáciles vías de acceso y vista privilegiada, cercana a otros centros médicos privados o públicos; (c) menor costo: al no compartir mayores servicios como una clínica de medicina general, se reducen los servicios y el costo fijo será menor; y (d) flexibilidad: como parte de los beneficios que tiene el alquiler de los consultorios, se encuentra el uso de las áreas comunes, como las salas de operaciones y pre y pos, y servicios generales, entre otras.

7.1.3 Maximización de los beneficios

Al ser un negocio de uso mixto, se dará la flexibilidad de uso. Asimismo, como parte de la renta fija, se alquilarán los locales comerciales para (a) laboratorios, y (b) farmacias, entre otros.

Estará a cargo de un operador, el cual dará las pautas y definirá las especialidades que serán parte de este mix, con el fin de compartir las áreas comunes.

Se considerarán ambientes cómodos y privados para el paciente, dando confort como si se estuviera en casa, para que la recuperación sea inmediata.

7.2 Por Qué Nos Comprarían Antes que Elegir a la Competencia u Otras Opciones

Para este plan de negocio, no hay una competencia directa, sino que hay clínicas que ofrecen el servicio de cirugía ambulatoria, pero como parte de su programa, y, al dar esta exclusividad, el negocio se manejará en función de ella, y, por ende los costos, la especialización y la dirección del mismo serán específicas, para así brindar mayor atención y confort al servicio.

Asimismo, al ser un negocio centralizado, se tienen mayores opciones de conseguir una programación para una cirugía más rápida.

7.3 Elementos Innovadores que se Ajustan al Target Propio

7.3.1 Elementos innovadores

Se consideran los siguientes elementos:

- Ser el primer centro médico de cirugía ambulatoria de uso mixto, brindando servicios de alquiler de consultorios y salas de operaciones.
- Dar facilidades a los cirujanos de poder alquilar consultorios, salas de operaciones para sus pacientes de otras clínicas y/o extranjeros, dándoles: (a) exclusividad, y (b) atención personalizada y rápida
- Contarán con un área comercial, que le brindará servicios para el proceso de la cirugía, tales como: (a) laboratorio, (b) rayos X, y (c) farmacias, entre otros. La definición de los tipos de locales comerciales la dará el operador al definir las ramas de las especialidades por considerar.

7.3.2 El porqué de la innovación propia

Se considera lo siguiente:

- Al ser un tipo de cirugía rápida y con menores riesgos, no requiere tener hospitalización, y, ante la falta de atención rápida en las clínicas para estas cirugías, se plantea el negocio de uso mixto.
- Falta de consultorios para médicos donde puedan atender a sus pacientes particulares (nacionales y extranjeros). Posibilidad de trabajo independiente.
- Ser los primeros en manejar un negocio mix donde sea atractivo con un ingreso mensual de renta al CCA, además cuente con servicios comunes para todos.

Capítulo VIII: Marketing Mix

8.1 Marketing Mix-Producto

8.1.1 Concepto general del producto

Este Centro Medico de Cirugía Ambulatoria y/o de Corta Estancia está basado en el uso mixto de la siguiente programación: (a) consultorios, (b) CCA (sala de operaciones, sala de recuperación pre y pos), y (c) servicios externos (locales comerciales), y estos ambientes tendrán equipos de última tecnología.

Somos el primer edificio que brinda el mix de los servicios de manera exclusiva y moderna. La distribución de los ambientes dará exclusividad y privacidad para que sea una atención rápida y personalizada. Asimismo, se considerarán espacios amplios de relajación y confort.

Considerando los metros estimados para cada tipo de servicio, el resumen general del Tenant Mix se presenta en la Tabla 8.

Tabla 8

Tenant Mix (M²)

Tenant mix (m ²)		
	Mix %	(m ²)
Farmacia	1%	10
Sala Operaciones	6%	60
Consultorio	93%	930
		-
Total	100%	1.000
N° de estacionamientos (sótanos)	80	Unid.

8.1.2 Proyecto arquitectónico

Se detalla, a continuación, cuál es el funcionamiento de la clínica propuesta en el presente proyecto.

Los Centros Especializados en Cirugía Ambulatoria y de Corta Estancia, según la norma técnica aprobada mediante Resolución Ministerial N° 280-2013/MINSA (2013), que aprueba la NTS N° 101-MINSA/DGSP-V.01, son establecimientos de salud que se dedican a

la atención de pacientes quirúrgicos, pacientes que necesitan ser operados para solucionar sus problemas de salud.

Estos centros, que pueden contar con una o varias especialidades quirúrgicas, se caracterizan por atender pacientes que requieren cirugías de baja o mediana complejidad, y, en sus instalaciones, solo se realizan cirugías electivas programadas, y no se atienden cirugías de emergencia.

Generalmente, los pacientes que se operan en estos centros son dados de alta el mismo día o al día siguiente de su cirugía; sin embargo, en algunos casos, los tiempos de internamiento pueden extenderse hasta las 72 horas.

Los Centros Especializados en Cirugía Ambulatoria y de Corta Estancia pueden ser independientes (con localización propia) o estar ubicados dentro de instituciones de mayor complejidad, como un hospital o una clínica general. Los centros independientes también pueden ser: (a) parte, o (b) tener anexo.

El proyecto está compuesto por los siguientes ambientes y áreas de servicios:

Primer piso: Contará con lo siguiente:

o Estacionamientos: Cuentan con 80 estacionamientos, de los cuales 79 se plantean bajo la modalidad de “estacionamientos inteligentes”, automatizados.

Motiva el empleo de este sistema el hecho de que el frente del lote es de 15.00 m, y dicho ancho no permite desarrollar una rampa doble con giro y radios normativos, conforme a las especificaciones técnicas adjuntas del sistema por emplear. Cabe mencionar, a la vez, que el sistema de estacionamientos propuesto se administra a través de Valet Parking, considerando dentro de la propiedad un área de desembarque, y, por ende, el estacionamiento toma carácter de uso privado, y permite dejar como patio de maniobra una distancia de 6.00 m.

Se ha proyectado también destinar un estacionamiento de uso exclusivo para una

ambulancia.

o Áreas de maestranza, servicios, y equipos.

Los ambientes considerados son los siguientes: (a) inicio de escalera de ingreso de público, (b) inicio de elevador para discapacitados, (c) ingreso de trabajadores por el jirón Tarma, (d) ascensor camillero y de servicio, (e) escalera de evacuación N° 2, (f) área para grupo electrógeno, (g) cuarto de bombas para agua potable y agua contra incendios, (h) vestidores y servicios higiénicos para damas y caballeros, (i) ambiente para almacenamiento de basura, (j) acceso vehicular por el frente de la avenida Inca Garcilaso de la Vega, (k) área de desembarco para entrega del vehículo al Valet Parking, y (l) sobrerrecorrido de ascensores de público (ver Figura 49).

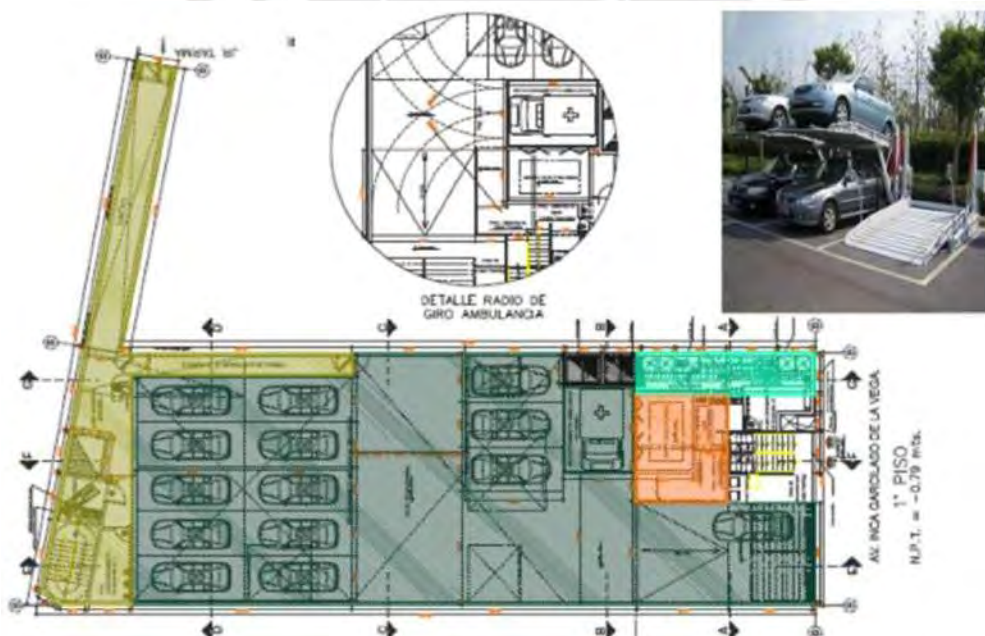


Figura 49. Planta arquitectónica: primer nivel-sótano. Tomado de “Anteproyecto”, por Inmobiliaria y Constructora Manco Cápac S. A. (INCOMAC), 2014.

- Segundo piso: Contará con lo siguiente:
 - o Llegada de escalera de acceso de público.
 - o Llegada de elevador para discapacitados.
 - o Ambiente para vigilantes.

- o Sala de espera.
- o Recepción.
- o Servicios higiénicos (incluye para discapacitados).
- o Escaleras de evacuación N^{os} 1 y 2.
- o Área de espera de ascensores para público.
- o Pozos de dos ascensores para el público.
- o Ducto de ascensor camillero y de servicio (ver Figura 50).



Figura 50. Planta arquitectónica: segundo nivel.
Tomado de “Anteproyecto”, por Inmobiliaria y Constructora Manco Cápac S. A. (INCOMAC), 2014.

- Tercer piso: Es un nivel destinado para funcionamiento del área administrativa del Centro Médico, y la zona frontal será utilizada para proyectar el área de Farmacia. Este piso cuenta con los siguientes ambientes: (a) área de espera de ascensores para el público; (b) pozos de dos ascensores para el público; (c) área de espera de ascensor camillero y de servicio; (d) pozo de ascensor camillero y de servicio; (e) área administrativa del Centro Médico; (f) recepción; (g) pasadizo y siete cubículos de oficinas; (h) área de historias clínicas; (i) servicios higiénicos para damas y caballeros; (j) depósito general con área de almacén; (k) comedor de personal; (l) sala de máquinas; (m) depósito de biocontaminantes con acceso restringido, que provienen de

la sala de operaciones; (n) farmacia; (ñ) área de atención al público (que incluye un módulo para atención de discapacitados); (o) servicios higiénicos; (p) área de almacén de medicinas; y (q) área administrativa (ver Figura 51).



Figura 51. Planta arquitectónica: tercer nivel.

Tomado de “Anteproyecto”, por Inmobiliaria y Constructora Manco Cápac S. A. (INCOMAC), 2014.

- Cuarto piso: En este piso, se proyectan los espacios para cirugía ambulatoria y de corta estancia, y está conformado por los siguientes ambientes: (a) área de espera de ascensores para el público; (b) pozos de dos ascensores para el público; (c) área de espera de ascensor camillero y de servicio; (d) pozo de ascensor camillero y de servicio; (e) sala de espera; (f) recepción; (g) módulo de servicios higiénicos para damas y caballeros; (h) dos servicios higiénicos para discapacitados ubicados equidistantemente; (i) consultorio de entrevista previo a intervención médica; (j) circuito (Race Track) que define la secuencia y el buen funcionamiento del Centro Médico; (k) módulo de enfermeras y personal médico; (l) tres cuartos de preoperatorio; (m) dos módulos de lavatorios individuales; (n) almacén; (ñ) vestidores para mujeres y para hombres con servicios higiénicos incorporados en ambos casos; (o) salas de operaciones N^{os} 1 y 2, con área de esterilización anexa; (p) módulo de

lavatorios múltiples (anexa al área de cirugía); (q) almacén de instrumental esterilizado; (r) tres cuartos de recuperación fase 1; (s) cuarto de limpieza; (t) cuatro cuartos de recuperación fase 2 con Overnight; (u) tres cuartos suite para recuperación fase 2, con servicios higiénicos y closet incorporado; (v) un cuarto de recuperación fase 3 (con sillones clínicos).

- Quinto, sexto, séptimo y octavo pisos (planta típica): Estos pisos serán destinados para consultorios médicos, y tendrán las siguientes características: (a) 12 consultorios médicos; (b) escaleras de evacuación N^{os} 1 y 2; (c) área de espera de ascensores para el público; (d) pozos de dos ascensores para el público; (e) área de espera de ascensor camillero y de servicio; (f) pozo de ascensor camillero y de servicio; (g) módulo de atención; (h) área de atención al público (con módulo para discapacitados); (i) almacén; (j) sala de médicos; (k) cuarto de basura; (l) dos módulos de servicios higiénicos; y (m) servicios higiénicos para discapacitados. Además, el quinto piso cuenta con terraza y jardín (ver Figura 52).

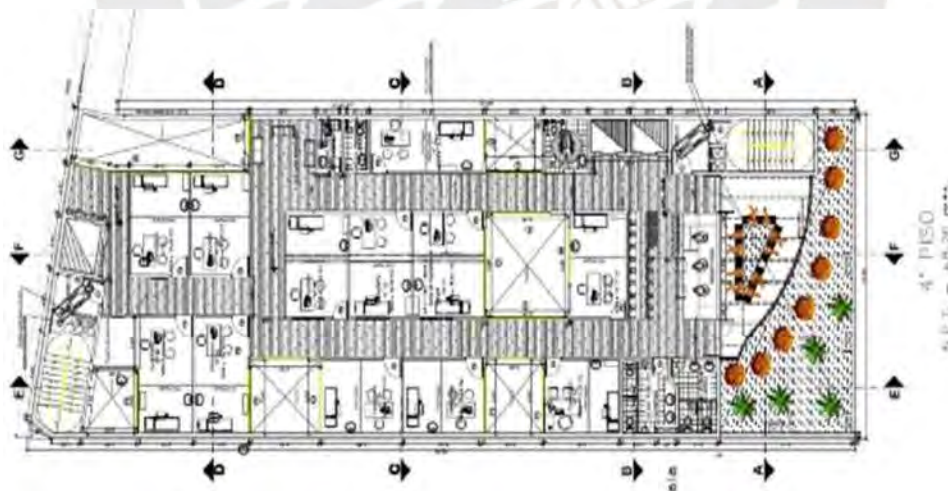


Figura 52. Planta arquitectónica: cuarto al octavo nivel.
Tomado de “Anteproyecto”, por Inmobiliaria y Constructora Manco Cápac S. A. (INCOMAC), 2014.

Por otra parte, corresponden a cada piso las siguientes especialidades: (a) quinto piso: Medicina General, y Pediatría-Infectología; (b) sexto piso: Medicina Familiar y Nutrición,

Traumatología y Medicina del Deporte, y Odontología; (c) séptimo piso: Geriatría, Urología y Nefrología, y Neumología; y (d) octavo piso: Neurología, Endocrinología, Cardiología, Hematología y Hemoterapia.

En las Figuras 53, 54, 55 y 56, se muestran el corte longitudinal, los cortes seccionales 1 y 2, así como el montaje en 3D, respectivamente.



Figura 53. Corte longitudinal.
Tomado de “Anteproyecto”, por Inmobiliaria y Constructora Manco Cápac S. A. (INCOMAC), 2014.



Figura 54. Corte seccional 1.
Tomado de “Anteproyecto”, por Inmobiliaria y Constructora Manco Cápac S. A. (INCOMAC), 2014.



Figura 55. Corte seccional 2.
Tomado de “Anteproyecto”, por Inmobiliaria y Constructora Manco Cápac S. A. (INCOMAC), 2014.



Figura 56. 3D-montaje.

8.1.3 Programa comercializable

Se detallan, a continuación, las áreas comercializables del proyecto, de las cuales se usaron para el análisis económico del proyecto las siguientes: (a) consultorios, (b) salas de

operaciones, (c) laboratorio y/o farmacia, y (d) estacionamientos (ver Tabla 9).

8.2 Marketing Mix-Precio

Según el estudio de mercado elaborado en la presente investigación, se tomó como referencia el precio por metro cuadrado de alquiler de oficinas prime, debido a la similitud en área y acabados. Asimismo, para determinar el precio al cual se ofertará el producto, se consideró información de fuente primaria, como profesionales del sector salud, así como valores promedios del mercado.

Tabla 9

Programa Centro Médico de Cirugía Ambulatoria

Programa Centro Médico			
Ítem	Cantidad	Área unit.	Total
Primer piso			
Estacionamientos	80	16.7 m ²	1,336
Segundo piso			
Oficinas administrativas	1	240 m ²	240
Farmacia	2	5 m ²	10
Tercer piso			
Salas de recuperación, fase 1	6	14.8 m ²	88.8
Sala de corta estancia	3	8 m ²	24
Sala de recuperación fase 2, overnight	4	8 m ²	32
Sala de recuperación, fase 3	1	5 m ²	5
Sala de operaciones	2	29.9 m ²	59.8
Cuarto piso			
Consultorios	12	15.5 m ²	186
Quinto, sexto, séptimo y octavo pisos			
Consultorios	48	15.5 m ²	744

Tabla 10

Precio de Alquiler

Precio de alquiler (renta) no incluido el IGV	
	US\$ x m ²
Farmacia	50.00
Sala de operaciones (2 unidades)	1,700.00
Consultorio	20.00
Estacionamientos	100 x unid.

8.3 Marketing Mix-Promoción

La promoción dirigida para el operador será mediante ventas directas, ofreciendo el plan de negocio, sustentado en la evaluación económica.

Se seleccionarán a los clientes directos y se harán presentaciones del proyecto, en las que se mostrará el flujograma de (a) los alquileres proyectados, (b) los ingresos/egresos, (c) la rentabilidad por ganar, y (d) toda la evaluación económica y financiera. La promoción se concentrará principalmente en los meses iniciales, al lanzar el proyecto, e irá disminuyendo a medida que se vaya visualizando el avance de la obra.

La promoción dentro del plan del operador será mediante: (a) ventas directas, (b) relaciones públicas, (c) marketing directo, y (d) publicidad.

Ventas directas. El vendedor manejará una cartera de médicos con los posibles arrendatarios, concretará reuniones, y expondrá los beneficios de este servicio. El vendedor previamente evaluará la situación actual del médico y le mostrará escenarios donde podrá comparar que le será más conveniente alquilar un consultorio en un edificio especializado y centralizado.

Relaciones públicas. Se realizarán presentaciones del proyecto en un evento donde se reunirá a varios especialistas del sector.

Marketing directo. Al tener una cartera de posibles arrendatarios, se realizarán reuniones y visitas a sus consultorios para presentarles la propuesta.

Publicidad. Se publicará en el portal del operador el nuevo lanzamiento del Centro Médico de Cirugía Ambulatoria, con servicios mix (alquileres).

Los que alquilen los consultorios formarán parte del staff de médicos y serán promocionados en el portal del centro médico.

8.4 Marketing Mix-Plaza

Se dará en el distrito de Cercado de Lima en la misma ubicación del proyecto (ver Figuras 57 y 58). Asimismo, se ubicará también en las sedes físicas y portales web del operador, ya que será la conexión directa del nuevo centro especializado.

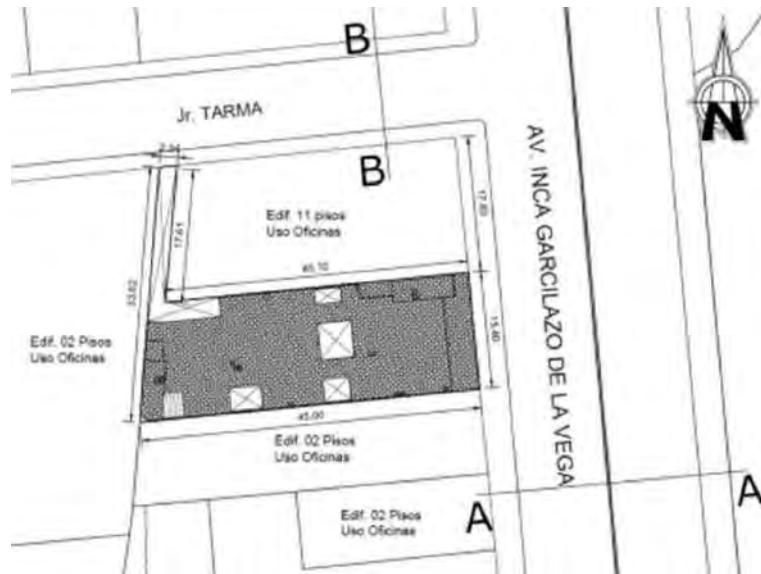


Figura 57. Ubicación.
Tomado de “Anteproyecto”, por Inmobiliaria y Constructora Manco Cápac S. A. (INCOMAC), 2014.



Figura 58. Localización-vías importantes.
Elaborado con base en los planos de Google Maps.

Capítulo IX: Modelo de Negocio y Evaluación Económica

9.1 Modelo de Negocio

Se ha incidido en definir claramente el planteamiento del producto inmobiliario, que corresponde a un proyecto inmobiliario para el segmento de atención en salud, ofreciendo el alquiler de espacios (en metros cuadrados) adecuados para la atención de salud con equipamiento para (a) intervenciones de baja complejidad, (b) operaciones, y (c) mantenimiento de dicha infraestructura, a nivel de lo que se denomina “bata gris” (ver Figura 59).

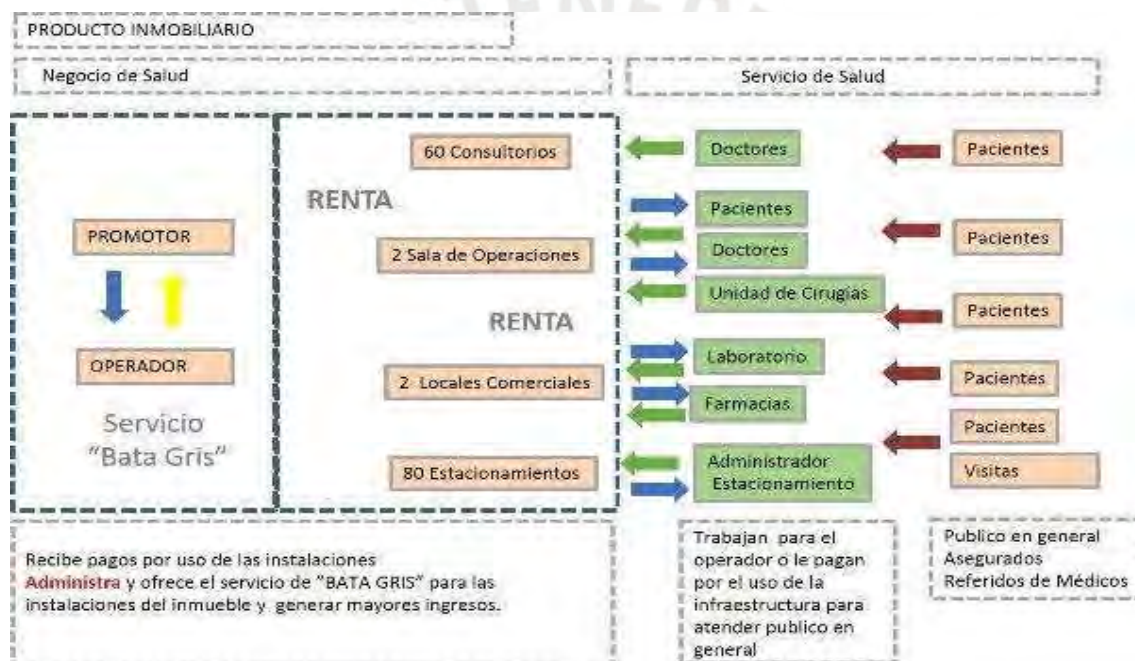


Figura 59. Modelo de negocio.

9.2 Planteamiento del Proyecto

La inversión planteada consiste en construir e implementar un edificio destinado a la atención médica ambulatoria, que incluye: (a) consultas médicas, y (b) salas de operaciones ambulatorias que no requieren un tiempo prolongado pre y posoperatorio mayor a un día.

El proyecto ofrece los siguientes servicios: (a) consultorios, los cuales se alquilarán a profesionales de la salud o se usarán directamente por médicos empleados del operador; (b) salas de operaciones, que se destinarán a realizar operaciones ambulatorias especializadas o

de corta estancia, que se realizarán por personal del operador o se destinarán al alquiler de profesionales externos; y (c) locales comerciales, que se destinarán a brindar servicios complementarios de farmacia, laboratorios y otros servicios complementarios a los consultorios y salas de operaciones.

9.2.1 Variables del proyecto

Las variables generales determinadas para el proyecto son presentadas en las tablas de flujo-resumen (ver Tabla 11) y de cabida (ver Tabla 12).

Tabla 11

Flujo-Resumen

Variables generales			
Información general			
Periodo de evaluación	20	Años	
Área de terreno	711	m ²	
Área construcción	4,252	m ²	
Niveles	8	Pisos	
Área por piso	584 / 476	m ²	
Áreas comunes y de equipamiento	330	m ²	
Áreas arrendable	1,000	Área neta	
Área de estacionamiento	1,336	m ²	
Niveles de estacionamientos en sótanos	2		
Inversiones		Total	
Costo de terreno	\$1,700	Sin IGV	\$1,209,040
Costo de construcción (incluye equipamiento) (\$ x m ²)	\$832.22	Sin IGV	\$2,426,920
Costo de construcción estacionamiento (\$ x m ²)	\$500	Sin IGV	\$668,000
Tiempo de obra	10	Meses	\$752.8
Depreciación de las edificaciones (construcción)	20	Años	Costo de constr. promedio
Amortización, preoperativos y gastos, gestión y estruct.	2	Años	
Costos de operación y mantenimiento			
Costos de operación y mantenimiento	\$8.0	US\$/m ² x mes	Del total de área ocupada
Mantenimiento mayor cada 5 años	30.0%	En renovac. de equipo	
Gastos administrativos	30%		
Gastos de promoción y marketing:	4.0%		
Tasa de impuesto a la renta:	28.0%		
Demanda			
% de área por alquilar en el 1 ^{er} año de operación	70%	700	m ² arrendable
Tasa de crecimiento anual	5.0%		
% de área máxima por alquilar	95%	950	m ² arrendable
Incremento de la renta anual (alquiler)	3%	Anual	

Tabla 12

Cabida

Tenant-mix (m ²)				
	Mix %	(m ²)	Unidades	
Farmacia	1%	10	2	
Sala de operaciones	6%	60	2	
Consultorio	93%	930	60	
		-		
Total	100%	1,000		
N° de estacionamientos (sótanos)			80	
IGV venta	18%			
IGV costos	18%			
Precio de alquiler (renta) no inc. IGV				
	US\$ x m ²	Ingr. x mes	Ingr. x mes x U	Precio x op. 2 h
Farmacia (1 unidad)	\$50	\$500	\$250.00	
Sala de operaciones (2 unidades)	\$1,700	\$102,000	\$51,000.00	\$637.50
Consultorio (60 unidades)	\$20	\$18,600	\$310.00	
Estacionamientos	\$100	\$8,000		
Total de ingresos x mes		\$129,100		
Derecho de llave	1	Meses-alquiler		
Fondo de garantía	0	Meses-alquiler		
Mantenimiento	\$8	\$/m ² -mes	Sobre área ocupada	
Renta promedio (\$ x m ²)		121.10	Sin estacionamientos	
Otros costos				
Valor residual luego de 20 años	60.0%	De edificación	\$1,856,952	
	4.0%	Del terreno	\$2,649,156	
Costos de estudios, licencias y legales	5.0%	Terreno + const.	\$154,831.00	
Etapa preoperativa				
Costos de gestión y estruct.	1.5%	Terreno + const.	\$46,449.30	
Seguros	0.5%	Construcción	\$15,475	
		(inversión)		
Impuestos municipales/predial y arbitrios	0.2%	Construcción	\$4,642	
		(inversión)		
Incremento de costos	3.0%			

9.2.2 Equipamiento médico

En la Tabla 13, se detalla la relación del equipo médico contemplado para la operación en el centro médico.

9.3 Resultados Económico-Financieros

Para la evaluación económica, a fin de determinar si el proyecto es rentable, se efectuaron una serie de consideraciones, y se concluye que, para evaluar el proyecto, se debe efectuar desde la perspectiva del cliente final, es decir, desde la posición de una Clínica de Cirugía Ambulatoria, para lo cual se han estimado: (a) las inversiones por realizar, (b) áreas arrendables, (c) nivel de ocupabilidad, y (d) número de intervenciones (ver Tabla 14), entre

otros; y, en función de ello, se han determinado los ingresos.

Tabla 13

Equipamiento

I. Equipamiento para 2 salas de operaciones				
		Ítem		
Mesa de operaciones	2	170,000.00	340,000.00	88,507.94
Máquina de anestesia	2	315,000.00	630,000.00	164,000.00
Torre de laparoscopia	1	174,000.00	174,000.00	45,295.24
Electrocauterio	2	45,000.00	90,000.00	23,428.57
Sistema de lámpara cialítica	2	120,000.00	240,000.00	62,476.19
Monitor multiparámetros	2	29,000.00	58,000.00	15,098.41
Arco en C	1	189,000.00	189,000.00	49,200.00
Esterilizador pequeño	1	60,000.00	60,000.00	15,619.05
Desfibrilador	1	35,000.00	35,000.00	9,111.11
Mobiliario médico			30,000.00	7,809.52
Instrumental médico para 2 salas			180,000.00	46,857.14
			2,026,000.00	527,403.17
II. Equipamiento por cama de recuperación de 1ª fase				
Ítem	Cantidad	Precio unitario inc. IGV en S/.	Total inc. IGV en S/.	Total sin IGV en \$
Camilla para paciente	1	12,000.00	12,000.00	3,123.81
Monitor multiparámetros	1	25,000.00	25,000.00	6,507.94
Mobiliario médico			900.00	234.29
			37,000.00	9,631.75
III. Equipamiento por cada cama de recuperación de 2ª fase				
Ítem	Cantidad	Precio unitario inc. IGV en S/.	Total inc. IGV en S/.	Total sin IGV \$
Camilla para paciente	1	12,000.00	12,000.00	3,123.81
Mobiliario médico			900.00	234.29
			12,900.00	3,358.10
IV. Equipamiento por cada cama de hospitalización				
Ítem	Cantidad	Precio unitario inc. IGV en S/.	Total inc. IGV en S/.	Total sin IGV en \$
Camilla para paciente	1	12,000.00	12,000.00	3,123.81
Mobiliario médico			3,000.00	780.95
			15,000.00	3,904.76
V. Equipamiento de áreas comunes y administrativas				
Ítem	Cantidad	Precio unitario inc. IGV en S/.	Total inc. IGV en S/.	Total sin IGV en \$
Muebles y equip.	1	85,040.00	85,040.00	22,137.40
			85,040.00	22,137.40
Total de inversión: Equipamiento de 2 salas				566,435.17 \$
				133.22 \$/m ²

En cuanto a los egresos, se han considerado los costos de operación y mantenimiento, así como los gastos del servicio médico y administrativos, y, con ello, se ha determinado la rentabilidad del proyecto, y, según la evaluación realizada, resulta que la inversión sería rentable (ver Tabla 15). Esta confirmación de la rentabilidad posibilitará en el futuro el “lanzamiento” del producto al mercado, con una propuesta de valor “ajustada” a las

necesidades del cliente y a un precio competitivo.

Tabla 14

Área Rentable y Estructura de Inversiones

1. Área arrendable			
		Años	
	Total	0	Periodo: 20 años
Ingresos			
Tasa de ocupabilidad			
m ² alquilable			
Nº de estacionamientos	80.00		
Renta promedio de área arrendable (\$/m ²)			
Ingresos por alquiler por promedio m ² (US\$)			35,635,706
			0
Alquiler mensual-consultorios	\$18,600		499,789
Alquiler mensual-sala de operaciones	\$102,000		2,740,778
Alquiler mensual-farmacia/laboratorio	\$500		13,435
Alquiler mensual-estacionamientos (\$/estac.)	\$8,000		2,219
			0
Total de alquiler-consultorios	5,473,362		5,473,362
Total de alquiler-sala de operaciones	30,015,211		30,015,211
Total de alquiler-farmacia/laboratorio	161,222		161,222
			0
Ingresos por alquiler por tipo uso	35,649,795		35,649,795
Ingresos por alquiler por m ² (US\$)			35,635,706
Ingresos de alquiler por estacionam. (US\$)	1,927,722		1,927,722
Ingresos anuales por alquileres (US\$)	37,577,517		37,577,517
IGV	6,763,953		6,763,953
Total de ingresos (US\$)	44,341,470		44,341,470
2. Estructura de inversiones			
		Años	
Egresos	Total de USD	0	Periodo: 20 años
Terreno	\$1,209,040	1,209,040	\$ 1,209,040.00
Preoperativos	\$154,831	154,831	\$ 154,831.00
Gestión y estruct. de proyecto	\$46,449	46,449	\$ 46,449.30
Valor de obra	\$3,094,920	3,094,920	\$ 3,094,919.96
Mantenimiento mayor	\$3,713,904		\$ 3,713,903.96
Aporte de capital de trabajo	\$0		
Total de inversión	8,219,144	4,505,240	\$ 8,219,144.22
IGV de inversiones	1,261,819	593,316	
Total de inversión inicial 0	(US\$)	5,098,556	

Con el modelo planteado y las variables contempladas en escenarios rigurosos, los resultados económicos se mantienen positivos y se obtiene una TIR económico de 16.3% y un Valor Actual Neto (VAN) de \$ 5'289,798, lo cual lo mantiene como un proyecto atractivo para invertir, con un retorno a partir del octavo año del inicio de operaciones.

9.4 Flujos de Caja y Análisis Económico

En la Tabla 16, se detalla el flujo de caja del proyecto, elaborado para el periodo de 20 años, y, asimismo, se detallan las variables y su relación con el VAN F.

Tabla 15

Flujo-Resumen

<u>7. Costo de capital</u>		
	70.0%	Deuda
Inversión		
	30.0%	Capital
Kd (deuda)	8%	Anual
Ke (costo oportunidad)	15%	Anual
CPPC o WACC	8.5%	
CPCC 5 años	51%	
<u>8. Indicadores</u>		
VAN económico (del proyecto)	5,289,798	
TIR económico (del proyecto)	16.3%	
VAN financiero (accionistas)	1,724,723	
TIR financiero (accionistas)	23.3%	
<u>9. Financiamiento</u>		
Estructura financiera	Monto	% de inversión
Deuda (US\$)	3,568,989	70%
Capital (US\$)	1,529,567	30%
Total (US\$)	5,098,556	100%
Periodo de gracia	0	Años
Plazo de amortización	10	Años
TEA (Kd)	8%	
Cuota anual	531,885	

9.5 Análisis de Sensibilidad

Luego de evaluar las distintas variables que influyen en los flujos económicos, se determinó cuáles son las que más afectan el VAN y la TIR del proyecto, siendo los principales el aumento o disminución del área y renta de alquiler, así como el porcentaje de la deuda financiada y ocupación, y se define que, a mayor área de la sala de operaciones, el proyecto será más rentable; mientras que, para el caso del porcentaje de área máxima por alquilar, mientras mayor sea este, mejorará el VAN (ver Tabla 17).

Asimismo, en tanto la inversión del proyecto se dé en mayor medida con financiamiento de una entidad bancaria, el VAN del proyecto aumentará.

Tabla 16

Flujo de Caja

1. Área arrendable			
INGRESOS	Total	Años	Periodo: 20 años
Tasa de ocupabilidad		0	
m ² alquilable			
Nº de estaciona	80		
Renta promedio de área arrendable (\$/m ²)			
Ingresos por alquiler por promedio m ² (US\$)			35,635,706
			0
Alquiler mensua	\$18,600		499,789
Alquiler mensua	\$102,000		2,740,778
Alquiler mensua	\$500		13,435
Alquiler mensua	\$8,000		2,219
			0
Total por alquiler	5,473,362		5,473,362
Total por alquiler	30,015,211		30,015,211
Total por alquiler	161,222		161,222
			0
Ingresos por alq	35,649,795		35,649,795
Ingresos por alquiler por m ² (US\$)			35,635,706
Ingresos por alq	1,927,722		1,927,722
Ingresos anuales	37,577,517		37,577,517
IGV	6,763,953		6,763,953
Total de ingreso	44,341,470		44,341,470
2. Estructura de inversiones			
Egresos	Total USD	Años	Periodo: 20 años
Terreno	\$1,209,040	1,209,040	\$ 1,209,040.00
Preoperativos	\$154,831	154,831	\$ 154,831.00
Gestión y estruc	\$46,449	46,449	\$ 46,449.30
Valor de obra	\$3,094,920	3,094,920	\$ 3,094,919.96
Mantenimiento	\$3,713,904		\$ 3,713,903.96
Aporte de capita	\$0		
Total de inversi	8,219,144	4,505,240	\$ 8,219,144.22
IGV de inversion	1,261,819	593,316	
Total de inversi	(US\$)	5,098,556	
3. Estado de ganancias y pérdidas			
Ingresos		Años	Periodo: 20 años
Alquiler por m ²		0	\$ 35,649,795.11
Alquiler por estacionamientos		0	\$ 1,927,721.57
Derecho de llave (no reembolsable)		0	\$ 115,045.00
Fondo de garantía		0	\$ -
Mantenimiento			\$ 1,732,742.97
			\$ -
Total de ingresos		0	\$ 39,425,304.65
Costos y gastos		0	
Gastos de promo	415,232		\$ 415,232.11
Gasto de admini	11,827,591		\$ 11,827,591.40
Gastos de mant	1,920,000		\$ 1,920,000.00
Amortizac., gest	46,449		\$ 46,449.30
Depreciación de	3,094,920		\$ 3,094,919.96
Amortización de	154,831		\$ 154,831.00
Seguros	309,492		\$ 309,492.00
Impuestos muni	92,848		\$ 92,847.60
Total decostos y	17,861,363		\$ 17,861,363.36
Utilidad antes de	21,563,941		\$ 21,563,941.29
Impuesto a la re	6,037,904		\$ 6,037,903.56
Utilidad neta	15,526,038		\$ 15,526,037.73
4. Análisis de IGV			
		0	Periodo: 20 años
IGV venta		0	\$ 6,763,953.00
IGV inversiones		593,316	\$ 1,261,818.76
IGV costos y gastos			\$ 476,050.34
Diferencia		-593,316	\$ 5,026,083.91
Crédito fiscal acumulado		593,316	
IGV por pagar al Estado			\$ 5,026,083.91
5. Flujo de caja operativo			
Ingresos			Periodo: 20 años
Alquiler por m ²		0	\$ 35,649,795.11
Alquiler estacionamientos		0	\$ 1,927,721.57
Derecho llave (no reembolsable)		0	\$ 115,045.00
Valor residual			\$ -
Fondo de garantía (reembols. condic		0	\$ -
Mantenimiento		0	\$ 1,732,742.97
IGV venta		0	\$ 6,763,953.00
Total de ingresos		0	\$ 46,189,257.66
Egresos		0	
Construcción			
Terreno			
Preoperativos			
Gastos administrativos			\$ 11,827,591.40
Gastos de mantenimiento			\$ 1,920,000.00
Gastos de promoción de MKT			\$ 415,232.11
Seguros			\$ 309,492.00
Impuestos municipales			\$ 92,847.60
Impuesto a la renta			\$ 6,037,903.56
IGV costos y gastos		0	\$ 476,050.34
IGV por pagar		0	\$ 5,026,083.91
Total de egresos		0	\$ 26,105,200.90
Flujo de caja operativo		0	\$ 20,084,056.75
6. Flujo de caja económico			
Detalle		0	
Flujo de caja operativo		0	\$ 20,084,056.75
			\$ -
Inversión			\$ -
Inversión		-4,505,240	\$ -8,219,144.22
IGV de inversión		-593,316	\$ -1,261,819
			\$ -
Flujo de caja de la inversion		-5,098,556	\$ -9,480,962.98
			\$ -
Ajustes			\$ -
Escudo fiscal del mantenimiento mayor			\$ 1,039,893.11
Perpetuidad de los ingresos			\$ 16,934,948.59
Perpetuidad del escudo fiscal			\$ 513,907.76
Perpetuidad del mantenimiento mayor			\$ -1,835,384.84
Valor residual de las construcciones			\$ -
Valor residual del terreno			\$ -
Total de ajustes			\$ 16,653,364.62
			\$ -
Flujo de caja económico		-5,098,556	\$ 27,256,458.39
Flujo de caja económico acum.		-5,098,556	\$ 69,057,723.75

Tabla 17

Análisis de Sensibilidad

	TIR f		Porcentaje de ocupación			
	23.3%	60%	75%	85%	95%	100%
Renta (alquiler de sala de op.) \$ x m ²	850.00	5.9%	9.3%	11.0%	12.1%	12.6%
	1,275.00	10.7%	14.6%	16.5%	17.6%	18.1%
	1,700.00	15.3%	20.1%	22.2%	23.3%	23.7%
	1,870.00	17.2%	22.5%	24.7%	25.7%	26.2%
	2,125.00	20.3%	26.2%	28.5%	29.5%	29.9%
	2,550.00	25.9%	33.2%	35.6%	36.4%	36.7%
	VAN f		Porcentaje de financiamiento			
	1,724,723	50%	60%	70%	80%	90%
Renta (alquiler) \$ prom. x m ²	84.77	1,205,274	1,450,463	1,711,989	1,995,804	2,311,151
	96.88	1,199,331	1,444,521	1,706,047	1,989,862	2,305,209
	108.99	1,196,955	1,442,144	1,703,671	1,987,485	2,302,832
	121.10	1,196,955	1,442,144	1,703,671	1,987,485	2,302,832
	133.21	1,199,094	1,444,283	1,705,810	1,989,625	2,304,971
	145.32	1,203,800	1,448,989	1,710,516	1,994,331	2,309,677
		VAN f		% de ocupación		
1,724,723		60%	75%	85%	95%	100%
Renta (alquiler) \$ prom. x m ²	84.77	43,531	934,477	1,388,824	1,711,989	1,856,534
	96.88	38,976	929,301	1,383,192	1,706,047	1,850,466
	108.99	37,154	927,231	1,380,940	1,703,671	1,848,038
	121.10	37,154	927,231	1,380,940	1,703,671	1,848,038
	133.21	38,794	929,094	1,382,967	1,705,810	1,850,223
	145.32	42,402	933,193	1,387,427	1,710,516	1,855,029

Capítulo X: Conclusiones Finales

- El contexto de crecimiento económico en el Perú ofrece las condiciones para que el sector salud mejore su oferta actual de servicios. Hasta hace unos años, las instituciones de salud pública y privada no mejoraban su infraestructura por limitaciones principalmente económicas. Sin embargo, en los últimos años, con el aumento de la demanda, los continuos reclamos de los usuarios y la aparición de las empresas prestadoras de salud y compañías de seguros, se aprecian esfuerzos importantes de crecimiento del sector público, a través de las denominadas “Asociaciones Público Privadas” (APP), y del sector privado, y respaldos, principalmente por las compañías de seguros, que actúan como inversionistas para el desarrollo y la mejora de las nuevas infraestructuras de salud.
- Existe un nicho de mercado para las empresas de salud que no cuentan con el respaldo financiero de inversionistas, por disponer de infraestructura de salud a un nivel resolutivo de intervenciones quirúrgicas de menor complejidad y que, pagando un “alquiler por periodo”, puedan cumplir con su rol y que, a través de este esquema, puedan crecer más rápidamente concentrándose en su core, y no dedicar esfuerzos en construir infraestructuras y financiarlas.
- La tesis propone un modelo de negocio que brinda una solución a un problema crítico para este nicho en el sector salud; es decir, a las entidades que no cuentan con el capital suficiente para invertir en nueva infraestructura y que brindan un servicio de salud en una capa resolutiva de baja complejidad. Para el desarrollo del producto inmobiliario, se realizará: (a) el diseño, (b) construcción, (c) financiación, y (d) operación de una infraestructura de salud, que se ha denominado “Centro Médico de Cirugía Ambulatoria”.
- El planteamiento del producto inmobiliario corresponde a un proyecto inmobiliario

para el segmento de atención en salud, ofreciendo el alquiler de espacios (en metros cuadrados) adecuados para la atención de salud con equipamiento para (a) intervenciones de baja complejidad, (b) operaciones, y (c) mantenimiento de dicha infraestructura, a nivel de lo que se denomina “bata gris”.

- Para la evaluación económica, a fin de determinar si el proyecto es rentable, se efectuaron una serie de consideraciones, y se concluye que, para evaluar el proyecto, se debe efectuar desde la perspectiva del cliente final, es decir, desde la posición de una Clínica de Cirugía Ambulatoria, para lo cual se han estimado: (a) las inversiones por realizar, (b) áreas arrendables, (c) nivel de ocupabilidad, y (d) número de intervenciones, entre otros; y, en función de ello, se han determinado los ingresos. En cuanto a los egresos, se han considerado tanto los costos de operación y mantenimiento, así como los gastos del servicio médico y administrativos, y, con ello, se ha determinado la rentabilidad del proyecto, y que, según la evaluación realizada, resulta que la inversión sería rentable; confirmación de la rentabilidad que posibilitará en el futuro el “lanzamiento” del producto al mercado, con una propuesta de valor “ajustada” a las necesidades del cliente y a un precio competitivo.

Referencias

- Alosilla-Velazco, Ralph, Levaggi, Pier, Peña, Adriana, & Rodríguez-Frías, Jaime. (2012). Planeamiento estratégico del sector salud privado en Lima (Tesis de maestría, CENTRUM, Lima, Perú). Recuperado el 9 de abril de 2015 de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4556/ALOSILLA_LEVAGGI_PE%C3%91A_RODRIGUEZ_SALUD_PRIVADA.pdf?sequence=1
- América Economía. (2014). Hospitales & Clínicas: Ranking. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://rankings.americaeconomia.com/mejores-clinicas-hospitales-2014/ranking/>
- Arce, Rodrigo, & Baltazar, Jonathan. (2015, 23 de enero). Compañías de seguros peruanas: ¿Cómo les irá en el 2015? *Semanaeconómica.com*. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://semanaeconomica.com/article/mercados-y-finanzas/seguros/152434-companias-de-seguros-peruanas-como-les-ira-en-el-2015/>
- Ardizone, Victoria, & Sosa, Susana. (2013, marzo). Centros de Cirugía Ambulatoria. Modelo “a la medida” de su tiempo. Recuperado el 30 de mayo de 2017 de <http://aadaih.org.ar/////get/monografias/Monografia-Centro-de-Cirugia-Ambulatoria.pdf>
- Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados [APEIM]. (2013). Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO). Recuperado el 9 de abril de 2015 de www.inec.go.cr/anda4/index.php/catalog/137/download/850
- Banco Bilbao Vizcaya Argentaria [BBVA]. (2015). Información financiera y no financiera. BBVA en 2015. Recuperado el 9 de agosto de 2015 de <http://accionistaseinversores.bbva.com/TLBB/micros/bbvain2015/files/bbva-in-2015-es.pdf>

Banco Central de Reserva del Perú [BCRP]. (2015). Reporte de inflación. Mayo 2015.

Panorama actual y proyecciones macroeconómicas 2015-2017. Recuperado el 14 de agosto de 2015 de

<http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Reporte-Inflacion/2015/mayo/reporte-de-inflacion-mayo-2015.pdf>

BCR recortó a 4.8% estimado de crecimiento económico para 2015. (2015, 23 de enero).

Diario Perú21. Recuperado el 9 de abril de 2015 de

<http://peru21.pe/economia/bcr-recorto-48-estimado-crecimiento-economico-2015-2210080>

Cámara Peruana de la Construcción [CAPECO]. (2015, 30 de noviembre). 20º Estudio "El Mercado de Edificaciones Urbanas en Lima Metropolitana y el Callao. Lima, Perú:

Autor.

Centro de Cirugía Ambulatoria de Lima. (s. a.). Centro de Cirugía Ambulatoria de Lima.

Recuperado el 30 de mayo de 2017 de <http://www.cirurgiaendoscopica.net/centro-de-cirurgia-ambulatoria-de-lima.html>

Centro de Cirugía Ambulatoria de Lima. (s. a.). Cirugía Mayor Ambulatoria. Recuperado el 30 de mayo de 2017 de <http://www.cirurgiaendoscopica.net/cirurgia-mayor-ambulatoria.html>

Clínica Internacional. (2014). Informe de sostenibilidad. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://static.globalreporting.org/report-pdfs/2015/aa0df2a313f2db6c3b34b1bd895cfd5.pdf>

Colliers Internacional. (2014a). Reporte de Investigación y Pronóstico 1T-2014. Recuperado el 9 de abril de 2015 de [http://www.colliers.com/-](http://www.colliers.com/-/media/FB7000EE3B9B4AC7B6CF94A6BFA05383.ashx?la=es-PE)

[/media/FB7000EE3B9B4AC7B6CF94A6BFA05383.ashx?la=es-PE](http://www.colliers.com/-/media/FB7000EE3B9B4AC7B6CF94A6BFA05383.ashx?la=es-PE)

- Colliers Internacional. (2014b). Reporte de Investigación y Pronóstico 3T-2014. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://www.colliers.com/-/media/5DEABBC46C5A453EB56DEDCCE59A8297.ashx?la=es-PE>
- Comisión Nacional de Salarios Mínimos [CONASAMI]. (2015, 8 de enero). Perspectivas para 2015-2016. Recuperado el 30 de mayo de 2017 de www.conasami.gob.mx/pdf/dt/INFORMES.../2015/.../9_PerspectivasEne2015.doc...
- Consensus Economics. (2014, noviembre). Latin American Consensus Forecast. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://www.consensuseconomics.com/files/consensus/lacf.pdf>
- Crisis financiera. (2015). Oro y Finanzas.com Diario digital del dinero. Recuperado el el 30 de mayo de 2017 de <https://www.oroymasfinanzas.com/tag/crisis-financiera/>
- El gobierno cofinanciará 22 proyectos de infraestructura. (2015, 14 de enero). Diario La República. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://www.larepublica.pe/14-01-2015/el-gobierno-cofinanciara-22-proyectos-de-infraestructura>
- Fondo Monetario Internacional [FMI]. (2014, 7 de octubre). Crecimiento mundial decepcionante, ritmo de recuperación desigual y diferente en cada país. Boletín del FMI. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://www.imf.org/external/Spanish/pubs/ft/survey/so/2014/NEW100714AS.htm>
- Fondo Monetario Internacional [FMI]. (2015a, 20 de enero). Crecimiento mundial revisado a la baja, pese al abaratamiento del petróleo y la aceleración del crecimiento estadounidense. Boletín del FMI. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://www.imf.org/external/spanish/pubs/ft/survey/so/2015/new012015as.htm>

- Fondo Monetario Internacional [FMI]. (2015b, 20 de enero). Contracorriente. Perspectivas de la Economía Mundial. Recuperado el 5 de abril de 2015 de <http://www.imf.org/external/spanish/pubs/ft/weo/2015/update/01/pdf/0115s.pdf>
- Fondo Monetario Internacional [FMI]. (2015c, abril). FMI World Economic Outlook Global Assumptions 2015. Recuperado el 9 de mayo de 2015 de <https://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2015/01/pdf/text.pdf>
- Fondo Monetario Internacional [FMI]. (2015d, octubre). Perspectivas de la economía mundial (informe WEO). Recuperado el 9 de noviembre de 2015 de <https://www.imf.org/external/spanish/pubs/ft/weo/2015/02/pdf/texts.pdf>
- Fondo Monetario Internacional [FMI]. (2016, 19 de enero). Actualización del informe WEO. Recuperado el 10 de febrero de 2016 de <https://www.imf.org/external/spanish/pubs/ft/WEO/2016/update/01/pdf/0116s.pdf>
- Grupo de Opinión Pública de la Universidad de Lima. (2009). III Encuesta Anual sobre situación de Salud en el Perú. Recuperado el 9 de abril de 2015 de [http://www3.ulima.edu.pe/webulima.nsf/default/F598031D89943F2F05256E630017BD4C/\\$file/barometro_social_abr_2009b.pdf](http://www3.ulima.edu.pe/webulima.nsf/default/F598031D89943F2F05256E630017BD4C/$file/barometro_social_abr_2009b.pdf)
- Inmobiliaria y Constructora Manco Cápac S. A. [INCOMAC]. (2014, diciembre). Anteproyecto. Lima: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2013, junio). Condiciones de vida en el Perú Enero-Febrero-Marzo 2013. Recuperado el 30 de mayo de 2017 de https://www.inei.gob.pe/descargar/encuestas/documentos/enaho_informe_tecnico.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. (2013). Encuesta Nacional de Hogares Julio 2013: Resultados Generales. Vol. 1(4). San José, Costa Rica: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2012). 11 de julio. Día Mundial de la Población. Recuperado el 9 de abril de 2015 de

https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1032/1ibro.pdf

Ipsos Apoyo. (2012, febrero). Niveles socioeconómicos Perú 2011. Recuperado el 9 de abril de 2015 de

http://www.ipsos.pe/sites/default/files/marketing_data/MKT_Data_NSE_Peru_2011_0.pdf

Kotler, Philip, & Armstrong, Gary. (2008). Fundamentos de marketing (8ª ed.). Madrid, España: Pearson Educación.

Langberg, Blaine. (2004, 23 y 24 de junio). MR7 1 Servicios Dr. Langberg MEDAVAN. III Encuentro Nacional de Hospitales y II Foro Internacional de Gestión Hospitalaria.

Recuperado el 9 de abril de 2015 de

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/otraspublicaciones/46/telegestion2.htm>

Lanning, Michael. (2000). Delivering Profitable Value: A Revolutionary Framework to Accelerate Growth, Generate Wealth, and Rediscover the Heart of Business. Lewiston, NY: Basic Books.

La situación y las perspectivas del sector salud en el país, según Apoyo Consultoría. (2014, 21 de agosto). Gestión. Recuperado el 9 de abril de 2015 de

<http://gestion.pe/economia/peru-situacion-y-perspectivas-sector-salud-2106233/1#foto-gal>

Mamani, Miguel, Choque, Edward, Aquino, Ronald, Aguilar, Rony, Larico, Luis, Quispe, Ivica, Q. S., Jaquelin, & Gonzalo, Mirian. (2015). Estructura económica del Perú y del mundo. Recuperado el 30 de mayo de 2017 de

https://es.slideshare.net/edu13144/globalizacion-48732393?from_action=save

Mapcity.com. (s. a.). Cercado de Lima, Lima, Perú: salud. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://mapcity.com/#t=1>

Mayorga, David. (2013). Marca de éxito 5: Pacífico Seguros. Marketing Estratégico.

Recuperado el 9 de abril de 2015 de

<http://marketingestrategico.pe/marca-de-exito-5-pacifico-seguros/>

Maximixe. (2012, febrero). Informe especial servicios de salud. Lima, Perú: Autor.

MEDAVAN S. A. (2015). Manual de Información. Recuperado el 9 de abril de 2015 de

<http://medavan.com.pe/wp-content/uploads/2015/10/Manual-de-Informacion-MEDAVAN.pdf>

Menegaz, Felipe. (2009). Crisis económica de 2008-2015. Recuperado el 9 de abril de

2015 de https://es.wikipedia.org/wiki/Crisis_econ%C3%B3mica_de_2008-2015

Ministerio de Economía y Finanzas [MEF]-Dirección General de Presupuesto Público. (2013, 27 de septiembre). Presupuesto Multianual de Inversión Pública 2014-2016.

Recuperado el 9 de abril de 2015 de

https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/pres_multi/Ppto_Multianual_Inversion_Publica_2014_2016.pdf

Ministerio de Economía y Finanzas [MEF]. (2014, 23 de abril). Marco Macroeconómico Multianual 2015-2017. Recuperado el 27 de agosto de 2014 de

https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/marco_macro/MMM_2015_2017.pdf

Ministerio de Salud [MINSA]. (1999). III Censo de Infraestructura Sanitaria y de Recursos de Salud. Recuperado el 9 de abril de 2015 de

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1173/cap06/cap06.pdf Compendio Estadístico Perú 2014: Salud

Ministerio de Salud del Perú [MINSA]-Dirección General de Salud de las Personas-Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud (2001). Guías Técnicas para Proyectos de Arquitectura y Equipamiento de las Unidades de Centro Quirúrgico y Cirugía Ambulatoria.

Recuperado el 30 de mayo de 2017 de

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/11Proyectos/marco/EquipInfraest/ProyArquitecturaEquipCENTROQUIRURGICO.pdf>

Municipalidad Metropolitana de Lima [MML]. (2001, 6 de diciembre). Ordenanza N° 341-

Municipalidad Metropolitana de Lima. Recuperado el 9 de abril de 2015 de www.munlima.gob.pe/...y.../16.-%20Ordenanza%20341.doc

Municipalidad Metropolitana de Lima [MML]. (2005, 27 de diciembre). Ordenanza N° 893-

Municipalidad Metropolitana de Lima. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://www.munlima.gob.pe/images/descargas/licencias-de-edificaciones/informacion-sobre-parametros-urbanisticos/ORD-N-893-REAJUSTE-INTEGRAL-DE-LA-ZONIFICACION-DE-LOS-USOS-DE-SUELO-DEL-CERCADO-DE-LIMA.pdf>

Municipalidad Metropolitana de Lima [MML]. (2007, junio). Plano de Zonificación de Lima

Metropolitana. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://www.munlima.gob.pe/images/descargas/licencias-de-edificaciones/informacion-sobre-parametros-urbanisticos/PLANO-DE-ZONIFICACION-ORD1020.pdf>

ONU prevé mejora de economía mundial en 2015. (2014, 11 de diciembre). Portafolio.

Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://www.portafolio.co/internacional/onu-preve-leve-mejora-economia-mundial-2015-52484>

Organización de Naciones Unidas [ONU]. (2014, 24 de julio). Informe sobre Desarrollo

Humano 2014. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/hdr/2014-human-development-report/>

Naciones Unidas [NU]. (2015). Situación y perspectivas de la economía mundial 2015.

Recuperado el 30 de mayo de 2017 de

www.un.org/en/development/desa/policy/wesp/wesp_archive/2015wesp-es-es.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2007). ONU prevé leve mejora de economía

mundial en 2015. Recuperado el 9 de abril de 2015 de

<http://www.portafolio.co/internacional/onu-preve-leve-mejora-economia-mundial-2015-52484>

Resolución Ministerial N° 280-2013/MINSA. (2013, 16 de mayo). Aprueba la Norma

Técnica de Salud de los Establecimientos de Salud que realizan Cirugía Ambulatoria y/o Cirugía de Corta Estancia (NTS N° 101-MINSA/DGSP-V.01). Recuperado el 9 de mayo de 2015 de

<http://elperuanolegal.blogspot.pe/2013/05/resolucion-ministerial-280-2013minsa.html?showComment=1400541711001>

Scotiabank-Departamento de Estudios Económicos. (2014a, octubre). Perú: crecimiento en el

2015. Lo bueno y lo malo. Recuperado el 9 de abril de 2015 de

http://cdn.agilitycms.com/scotiabank-peru/PDFs/reportes/macroeconomico/20141015_mac_es.pdf

Scotiabank-Departamento de Estudios Económicos. (2014b). Perú: proyecciones

macroeconómicas. Recuperado el 9 de abril de 2015 de

http://cdn.agilitycms.com/scotiabank-peru/PDFs/Inversiones/Reporte_macroeconomico.pdf

Situación y perspectivas de la economía mundial 2015. (2015, 11 de diciembre). Portafolio.

Recuperado el 9 de noviembre de 2015 de

http://www.un.org/en/development/desa/policy/wesp/wesp_archive/2015wesp-es-es.pdf

Total Market Solutions [TMS]. (2014). Top of Mind de Clínicas. Recuperado el 9 de abril de 2015 de http://www.tms.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=10&Itemid=42&lang=es

Turismo médico en Perú... y unas placenteras vacaciones (2009, 16 de marzo). Peruanos en USA.net. Recuperado el 30 de mayo de 2017 de <http://peruanosenusa.net/2009/03/16/turismo-medico-en-peru-y-unas-placenteras-vacaciones/>

Villahermosa, L. (2012). Salud inc. América Economía, nº 53: 38-42.

Werner, Alejandro. (2015, 21 de enero). Un año (más) de crecimiento mediocre: América Latina y el Caribe en 2015. Diálogo a Fondo. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://blog-dialogoafondo.org/?p=4848>

¿Cómo se originó la peor crisis financiera de la historia? (2013, 15 de septiembre). Diario Gestión. Recuperado el 9 de abril de 2015 de <http://gestion.pe/economia/como-se-origino-peor-crisis-financiera-historia-2076165>

Apéndices

Apéndice A: Resolución 280-2013/MINSA

FUNDADO EL 22 DE OCTUBRE DE 1825 POR EL LIBERTARIO SIMÓN BOLÍVAR	
El Peruano DIARIO OFICIAL	
MEDIOS MINISTROS MAGALDI ESPARCELLO HURTADO Y LA SECCIONALES ALVARO HURTADO	
Lunes 20 de mayo de 2013	
NORMAS LEGALES	
Año XXX - Nº 12460	495103
Sumario	
PODER EJECUTIVO	ORGANISMOS TECNICOS ESPECIALIZADOS
JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS	SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE ADUANAS Y DE ADMINISTRACION TRIBUTARIA
R.M. Nº 0124-2013-JUS.- Designan Director del Programa Sectorial IV - Director General de Justicia y Cultos 496104	Res. Nº 071-024-0001790.- Dejan sin efecto designación de Auxiliar Coactivo de la Sección Cobranza Coactiva de la Intendencia Regional Lambayeque 496118
SALUD	ORGANOS AUTONOMOS
R.M. Nº 278-2013/MINSA.- Designan Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Administración de la Dirección de Salud II Lima Sur 496104	INSTITUCIONES EDUCATIVAS
R.M. Nº 277-2013/MINSA.- Encargan funciones de Jefe de Oficina de la Oficina de Economía de la Oficina Ejecutiva de Administración de la Dirección de Salud IV Lima Este 496104	Res. Nº 1478-CU-2013.- Otorgan duplicado de diploma de Título Profesional de Ingeniero Zootecnista de la Universidad Nacional del Centro del Perú 496116
R.M. Nº 278-2013/MINSA.- Designan Jefe de Oficina de la Oficina de Economía de la Oficina Ejecutiva de Administración del Instituto Nacional de Oftalmología 496108	REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACION Y ESTADO CIVIL
R.M. Nº 278-2013/MINSA.- Designan Jefes de Equipo de las Direcciones de Ecología y Protección del Ambiente y de Higiene Alimentaria y Zoonosis de la Dirección General de Salud Ambiental 496108	RR.JJ. N°s. 168, 169, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 188 y 187-2013/JNADIRENIEC.- Autorizan delegación de funciones registrales a Oficinas de Registros del Estado Civil de municipalidades de centros poblados ubicados en diversos departamentos 496117
R.M. Nº 280-2013/MINSA.- Aprueban "Norma Técnica de Salud de los Establecimientos de Salud que realizan Cirugía Ambulatoria y/o Cirugía de Corta Estancia" 496107	GOBIERNOS LOCALES
TRANSPORTES Y COMUNICACIONES	MUNICIPALIDAD METROPOLITANA DE LIMA
RR.MM. N°s. 267, 261 y 262-2013-MTC/02.- Autorizan viajes de inspectores de la Dirección General de Aeronáutica Civil a EE.UU., El Salvador y Colombia, en comisión de servicios 496108	Ordenanza Nº 1762.- Promueven vigencia del Plan de Desarrollo Metropolitano Lima - Callao 1990 -2010 496123
R.M. Nº 263-2013-MTC/01.- Conforman la Comisión de Programación y Formulación Presupuestaria del Pilego Ministerio de Transportes y Comunicaciones para el Año Fiscal 2014 496111	Ordenanza Nº 1703.- Modifican la Ordenanza Nº 1094-MML que regula la ubicación de anuncios y avisos publicitarios en la Provincia de Lima 496123
R.D. Nº 1812-2013-MTC/16.- Aprueban Directiva "Procedimiento para la Inscripción de Actos en el Registro Nacional de Transporte Terrestre de Mercancías" 496112	Res. Nº 049-2013-MML/MP/LJGG.- Designan responsables titular y suplente de brindar información solicitada de acceso público según lo dispuesto en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública 496124
	MUNICIPALIDAD DE BREÑA
	Ordenanza Nº 388-2013/MDB-ODB.- Ordenanza que aprueba beneficio tributario en la jurisdicción distrital 496124

del Ministerio de Salud, solicita dar por concluida la designación del Químico Farmacéutico José Alberto Cortez Salazar en el cargo de Jefe de Equipo de la Dirección de Ecología y Protección del Ambiente, así como el encargo de funciones efectuado a la señora Mirna Haydee Sachún Segura de Azamora, en el cargo de Jefe de Equipo de la Dirección de Higiene Alimentaria y Zoonosis de la Dirección General de Salud Ambiental, en sus reemplazos a los profesionales propuestos.

Que, a través del Informe N° 276-2013-EIE-DARHU-OBGRH/MINSA, de fecha 15 de mayo de 2013, el Director General de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud emitió opinión favorable respecto a las propuestas formuladas por la Dirección General de la Dirección General de Salud Ambiental, señalando que proceden las designaciones de los profesionales propuestos por tratarse de cargos que se encuentran calificados como Directivos Superiores de Libre Designación;

Que, con la finalidad de garantizar el normal funcionamiento de la Dirección General de Salud Ambiental del Ministerio de Salud, resulta conveniente adoptar las acciones de personal que resulten pertinentes;

Con el visado del Director General de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos, de la Dirección General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y del Viceministro de Salud; y,

De conformidad con lo previsto en la Ley N° 27594, Ley que regula la participación del Poder Ejecutivo en el nombramiento y designación de funcionarios públicos en la Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público, aprobada por el Decreto Legislativo N° 276; en el Reglamento de la Carrera Administrativa, aprobado por Decreto Supremo N° 005-90-PCM y en el ítem i) de artículo 8° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Dar por concluida la designación del Químico Farmacéutico José Alberto Cortez Salazar, en el cargo de Jefe de Equipo, Nivel F-3, de la Dirección de Ecología y Protección del Ambiente de la Dirección General de Salud Ambiental del Ministerio de Salud, dándosele las gracias por los servicios prestados.

Artículo 2°.- Dar por concluido el encargo de funciones del cargo de Jefe de Equipo, Nivel F-3, de la Dirección de Higiene Alimentaria y Zoonosis de la Dirección General de Salud Ambiental del Ministerio de Salud, efectuado a la señora Mirna Haydee Sachún Segura de Azamora, dándosele las gracias por los servicios prestados.

Artículo 3°.- Designar a la Bióloga Elena del Rosario Gil Merino, en el cargo de Jefe de Equipo, Nivel F-3, de la Dirección de Ecología y Protección del Ambiente de la Dirección General de Salud Ambiental del Ministerio de Salud.

Artículo 4°.- Designar al Químico Farmacéutico José Alberto Cortez Salazar, en el cargo de Jefe de Equipo, Nivel F-3, de la Dirección de Higiene Alimentaria y Zoonosis de la Dirección General de Salud Ambiental del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

MIDDY DE HABIÓN RODRIGUÍ
Ministro de Salud

838881-6

Aprueban "Norma Técnica de Salud de los Establecimientos de Salud que realizan Cirugía Ambulatoria y/o Cirugía de Corta Estancia"

RESOLUCIÓN MINISTERIAL
N° 280-2013/MINSA

Lima, 16 de mayo del 2013

visó el Expediente N° 13-034310-001, que contiene la Nota Informativa N° 375-2013-DGGP/MINSA y el Informe N° 054-2013-DGGP-DGGP/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano, y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 2° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud establece que el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA se aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, que tiene como objeto establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, la Novena Disposición Complementaria del Reglamento antes mencionado dispone que por Resolución del Ministerio de Salud, se expedirán las normas sanitarias aplicables a cada uno de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo mencionados en dicho Reglamento, respectivamente, y las que sean necesarias para su aplicación;

Que, conforme a lo previsto en el numeral b) del artículo 41° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2006-0A y sus modificatorias, la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud es el órgano técnico normativo en los procesos relacionados a la atención integral, servicios de salud, calidad, gestión sanitaria y actividades de salud mental, estando a cargo de establecer las normas, supervisión y evaluación de la atención de la salud de las personas en las diferentes etapas de vida, así como la categorización, acreditación y funcionamiento de los servicios de salud y la gestión sanitaria en el Sector Salud;

Que, en ese sentido, la Dirección General de Salud de las Personas ha elaborado la Norma Técnica de Salud de los Establecimientos de Salud que realizan Cirugía Ambulatoria y/o Cirugía de Corta Estancia, que tiene como finalidad contribuir a mejorar la calidad de atención que brindan los establecimientos de salud públicos y privados del Sector Salud, que realizan cirugía ambulatoria y/o cirugía de corta estancia;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas;

Con el visado de la Dirección General de la Dirección General de Salud de las Personas, de la Dirección General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y del Viceministro de Salud; y,

De conformidad con lo establecido en el ítem i) de artículo 8° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la NTS N° 1014-MINSA/DGGP-V/D "Norma Técnica de Salud de los Establecimientos de Salud que realizan Cirugía Ambulatoria y/o Cirugía de Corta Estancia", que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 21.- Encargar a la Dirección General de Salud de las Personas, la difusión y evaluación de lo dispuesto en la citada Norma Técnica de Salud.

Artículo 22.- Las Direcciones de Salud, las Direcciones Regionales de Salud, las Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces a nivel regional son responsables de la implementación, monitoreo y supervisión de la Norma Técnica de Salud aprobada, dentro del ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

Artículo 43.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, en la dirección: http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp

Regístrese, comuníquese y publíquese.

MIDORI DE HABICH RODRIGUEZ
Ministra de Salud

888891-8



Autorizan viajes de Inspectores de la Dirección General de Aeronáutica Civil a EE.UU., El Salvador y Colombia, en comisión de servicios

**RESOLUCIÓN MINISTERIAL
N° 267-2013-MTC/02**

Lima, 16 de mayo de 2013.

VISTOS:

Los Informes Nº 145-2013-MTC/12.04, emitido por la Dirección General de Aeronáutica Civil y Nº 142-2013-MTC/12.04, emitido por la Dirección de Seguridad Aeronáutica de la Dirección General de Aeronáutica Civil, y

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 27619, en concordancia con su norma reglamentaria aprobada por Decreto Supremo Nº 047-2002-PCM, regula la autorización de viajes al exterior de servidores, funcionarios públicos o representantes del Estado;

Que, el artículo 1 del Decreto Supremo Nº 047-2002-PCM, señala que la autorización de viajes al exterior de las personas que viajen en representación del Poder Ejecutivo incurrando gasto al Tesoro Público, se otorgará mediante Resolución Ministerial del Sector correspondiente, siempre que se sustenten en el interés nacional o en el interés específico de la institución conforme a la Ley Nº 27619;

Que, el numeral 10.1 del artículo 10 de la Ley Nº 29951, Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2013, establece que quedan prohibidos los viajes al exterior de servidores o funcionarios públicos y representantes del Estado con cargo a recursos públicos, salvo entre otros casos, los viajes que realicen los inspectores de la Dirección General de Aeronáutica Civil del Ministerio de Transportes y Comunicaciones para las acciones de inspección y vigilancia de actividades de aeronáutica civil, los cuales se autorizan mediante resolución del titular de la entidad;

Que, la Ley Nº 27361, Ley de Aeronáutica Civil del Perú, establece que la Autoridad Aeronáutica Civil es ejercida por la Dirección General de Aeronáutica Civil, como dependencia especializada del Ministerio de Transportes y Comunicaciones;

Que, en virtud a dicha competencia, la Dirección General de Aeronáutica Civil es responsable de la vigilancia de la seguridad de las operaciones aéreas, seguridad que comprende la actividad de chequear las

solicitudes del personal aeronáutico de los explotadores aéreos así como el material aeronáutico que emplean;

Que, las empresas Aero Transporte S.A., LC Buzre S.A.C. y Trans American Air Lines S.A., han presentado ante la autoridad aeronáutica civil sus solicitudes para evaluación de su personal aeronáutico, a ser atendidas durante los meses de mayo y junio de 2013, acompañando los requisitos establecidos en el marco del Procedimiento Nº 05, correspondiente a la Dirección General de Aeronáutica Civil, previsto en el Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) del Ministerio de Transportes y Comunicaciones;

Que, asimismo, las empresas Aero Transporte S.A., LC Buzre S.A.C. y Trans American Air Lines S.A., han cumplido con el pago del derecho de tramitación correspondiente al Procedimiento a que se refiere el considerando anterior ante la Oficina de Finanzas de la Oficina General de Administración del Ministerio de Transportes y Comunicaciones; en tal sentido, los costos de los viajes de inspección, están íntegramente cubiertos por las empresas solicitantes del servicio, incluyendo el pago de los viáticos;

Que, dichas solicitudes han sido calificadas y aprobadas por la Dirección de Seguridad Aeronáutica de la Dirección General de Aeronáutica Civil del Ministerio de Transportes y Comunicaciones, conforme a lo señalado por el Texto Único de Procedimientos Administrativos del citado Ministerio, según se desprende de las respectivas Ordenes de Inspección y referidas en los informes Nº 145-2013-MTC/12.04 de la Dirección General de Aeronáutica Civil, y Nº 142-2013-MTC/12.04 de la Dirección de Seguridad Aeronáutica, de la citada Dirección General;

De conformidad con lo dispuesto por la Ley Nº 27361, Ley Nº 27619, Ley Nº 29951, Decreto Supremo Nº 047-2002-PCM y estando a lo informado por la Dirección General de Aeronáutica Civil;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Autorizar los viajes de los señores Víctor Augusto Fajardo Cáceres, Javier José Félix Alemán Urteaga y José Roger Pinedo Basto, inspectores de la Dirección General de Aeronáutica Civil del Ministerio de Transportes y Comunicaciones, que se efectuarán del 21 al 25 de mayo de 2013 a la ciudad de La Guardia, New York, Estados Unidos de América, del 22 al 26 de mayo de 2013 a la ciudad de Seattle, Estados Unidos de América y del 31 de mayo al 4 de junio de 2013 a la ciudad de San Salvador, República de El Salvador, respectivamente, de acuerdo con el detalle consignado en el anexo que forma parte integrante de la presente resolución, sustentado en los Informes Nº 145-2013-MTC/12.04 de la Dirección General de Aeronáutica Civil, y Nº 142-2013-MTC/12.04 de la Dirección de Seguridad Aeronáutica.

Artículo 2.- Los gastos que demanden los viajes autorizados precedentemente, han sido íntegramente cubiertos por las empresas Aero Transporte S.A., LC Buzre S.A.C. y Trans American Air Lines S.A., a través de los Recibos de Acolación que se detallan en el anexo que forma parte integrante de la presente resolución, abonados a la Oficina de Finanzas de la Oficina General de Administración del Ministerio de Transportes y Comunicaciones, incluyendo la asignación por concepto de viáticos.

Artículo 3.- Conforme a lo dispuesto por el artículo 10 del Decreto Supremo Nº 047-2002-PCM, los inspectores mencionados en la presente Resolución Ministerial, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de efectuados los viajes, deberán presentar un Informe al Despacho Ministerial, con copia a la Oficina General de Administración del Ministerio de Transportes y Comunicaciones, describiendo las acciones realizadas y los resultados obtenidos durante los viajes autorizados.

Artículo 4.- La presente Resolución Ministerial no dará derecho a exoneración o liberación de impuestos o derechos aduaneros, cualquiera fuera su clase o denominación.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

CARLOS PAREDES RODRIGUEZ
Ministro de Transportes y Comunicaciones

Apéndice B: Ordenanza N° 893 MML

<p>Pág. 307296 El Peruano NORMAS LEGALES</p>	<p>Lima, martes 27 de diciembre de 2007</p>
<p>de la Superintendencia de Bienes Nacionales señala que la desafectación administrativa de los bienes de propiedad estatal, deberá realizarse a la Jefatura de Adjudicaciones;</p>	<p>De conformidad con lo establecido por la Constitución Política del Perú y la Ley Orgánica de Municipalidades - Ley N° 27972;</p>
<p>Que, de acuerdo a lo señalado en el Informe Técnico Legal N° 0166-2005/SBN-GO-JAD, de fecha 16 de diciembre de 2005, resulta necesario proceder a la desafectación administrativa del predio sub materia, de conformidad con el artículo 15° del Reglamento General de Procedimientos Administrativos de los Bienes de Propiedad Estatal, aprobado por el Decreto Supremo N° 154-2001-EF, a fin de que sea adjudicado en venta conforme a ley;</p>	<p>Aprobó la siguiente:</p> <p style="text-align: center;">ORDENANZA</p> <p style="text-align: center;">QUE APRUEBA EL REAJUSTE INTEGRAL DE LA ZONIFICACIÓN DE LOS USOS DEL SUELO DEL CERCADO DE LIMA</p>
<p>Que, de acuerdo a lo señalado en el literal l) del artículo 41° del Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia de Bienes Nacionales, aprobado mediante Resolución N° 315-2001/SBN, de fecha 3 de setiembre de 2001, corresponde a la Jefatura de Adjudicaciones, emitir como primera instancia, las Resoluciones de su competencia, de conformidad con la normatividad vigente y la política institucional;</p>	<p>Artículo 1°.- Plano de Zonificación de los Usos del Suelo del Cercado de Lima:</p> <p>Aprobar el Plano de Zonificación de los Usos del Suelo del Cercado de Lima (Plano N° 01), dentro del cual se inscribe el Centro Histórico de Lima y un sector del distrito del Rimac, el mismo que forma parte de la presente Ordenanza, como Anexo N° 1.</p>
<p>De conformidad con lo establecido por la Ley N° 27395, Decreto Supremo N° 154-2001-EF y Resolución N° 315-2001/SBN.</p>	<p>Artículo 2°.- Normas de Zonificación del Cercado de Lima:</p>
<p>SE RESUELVE:</p>	<p>Aprobar las Normas de Zonificación de los Usos del Suelo del Centro Histórico de Lima (Cuadro N° 01) y del Cercado de Lima (Cuadros N° 02, N° 03 y N° 04), las mismas que forman parte de la presente Ordenanza como Anexo N° 2.</p>
<p>Artículo 1°.- Declárese la desafectación administrativa del terreno constituido por la acumulación de los Lotes 8 al 14 de la Manzana A, Prolongación Los Ajenjos de la Urbanización Salamanca, en el distrito de Ate, provincia y departamento de Lima, el cual cuenta con un área de 858,81 m², inscrito en la Ficha N° 146689 continuada en la Partida N° 49059065 del Registro de Predios de la Zona Registral N° IX, Sede Lima y registrado en el Asiento N° 1635 del Sistema de Información Nacional de los Bienes de Propiedad Estatal - SINABIP, correspondiente al departamento de Lima.</p>	<p>Artículo 3°.- Índice de Usos para la Ubicación de Actividades Urbanas del Cercado de Lima:</p> <p>Aprobar los índices de Usos para la Ubicación de Actividades Urbanas del Centro Histórico y del Cercado de Lima, los mismos que forman parte de la presente Ordenanza como Anexo N° 3.</p>
<p>Artículo 2°.- Por el mérito de la presente Resolución, la Zona Registral IX - Sede Lima de la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos procederá a inscribir la desafectación administrativa dispuesta en el artículo precedente.</p>	<p>Artículo 4°.- Zona de Recreación Pública - Área del río Rimac del Centro Histórico de Lima:</p>
<p>Regístrese, comuníquese y publíquese.</p>	<p>Disponer que las áreas calificadas como Zonas de Recreación Pública (ZRP), ubicadas en ambas márgenes del río Rimac, dentro del Centro Histórico de Lima, conforman una unidad urbano-paisajista y constituyen patrimonio recreativo, cultural y ambiental a ordenarse y acondicionarse mediante proyectos específicos, que consideren la consolidación de malecones, campos deportivos e infraestructura turística y cultural.</p>
<p>FLOR DE MARÍA PÉREZ BRAV Jefe de Adjudicaciones</p>	<p>Artículo 5°.- Área preferencial para la inversión en Vivienda</p>
<p>21692</p>	<p>Declarar el Cercado de Lima y en especial, el Centro Histórico de Lima, como área preferencial para la inversión pública y privada en materia de vivienda, para lo cual, en un plazo de 60 días, la Gerencia Municipal formulará y presentará al Concejo Metropolitano, una propuesta de incentivos especiales y facilidades administrativas para lograr dicho objetivo.</p>
<p style="text-align: center;">GOBIERNOS LOCALES</p>	<p>Artículo 6°.- Opinión del Instituto Nacional de Cultura</p>
<p style="text-align: center;">MUNICIPALIDAD METROPOLITANA DE LIMA</p>	<p>Establecer que toda gestión que se realice ante la Municipalidad Metropolitana de Lima, en materia de obra pública o privada de edificación o demolición, que recaiga sobre bienes inmuebles localizados en el territorio del Cercado de Lima, que hayan sido expresamente declarados Monumentos Históricos y/o tengan valor monumental y que constituyen Patrimonio Cultural de la Nación, se solicite previamente la opinión técnica del Instituto Nacional de Cultura.</p>
<p>Aprueban Reajuste Integral de la Zonificación de los Usos del Suelo del Cercado de Lima</p>	<p style="text-align: center;">DISPOSICIONES TRANSITORIAS</p>
<p style="text-align: center;">ORDENANZA N° 893</p>	<p>Primera.-</p>
<p>EL TENIENTE ALCALDE METROPOLITANO DE LIMA</p>	<p>Manténgase en vigencia el Capítulo IV de la Ordenanza N° 062-MLM, en lo que corresponde a Alturas de Edificaciones, hasta la aprobación del nuevo Plano</p>
<p>ENCARGADO DE LA ALCALDÍA</p>	
<p>POR CUANTO:</p>	
<p>EL CONCEJO METROPOLITANO DE LIMA</p>	
<p>En Sesión Ordinaria de fecha 20 de diciembre del año en curso el Dictamen N° 138 de la Comisión Metropolitana de Desarrollo Urbano, Vivienda y Nomenclatura; y</p>	

de Alturas de Edificaciones del Centro Histórico de Lima, el cual será elaborado por una Comisión Especial de la Municipalidad Metropolitana de Lima y elevado al Concejo Metropolitano, por manzanas o ejes viales, para su aprobación por Ordenanza, en un plazo de 90 días hábiles a partir de la puesta en vigencia de la presente Ordenanza.

Segunda.-

Conformarse la Comisión Especial citada en la disposición anterior, responsable de formular el Plano de Alturas de Edificaciones del Centro Histórico de Lima, la cual estará integrada por cinco (5) Funcionarios Especialistas en el tema: dos (2) Representantes de la Gerencia de Desarrollo Urbano, uno de los cuales la presidirá; un (1) Representante del Instituto Metropolitano de Planificación, un (1) Representante de PROLIMA y un (1) Representante del Instituto Nacional de Cultura. El Instituto Catastral de Lima, dispondrá de la Base Cartográfica necesaria para el cumplimiento del referido encargo.

Tercera.-

Dispóngase que la Gerencia de Desarrollo Urbano y la Gerencia de Desarrollo Empresarial de la Municipalidad Metropolitana de Lima, en un plazo no mayor de 60 días, formulen las normas sobre Niveles y Estándares Operacionales que deberán aplicarse en el Cercado de Lima y en especial en su Centro Histórico, tomando en cuenta las diferentes Zonas e Índices para las Actividades Urbanas que se aprueban.

Cuarta.-

Dispóngase que todos los Organos ejecutivos de la Municipalidad Metropolitana de Lima y de la Municipalidad Distrital del Rimac, en su jurisdicción, ejerzan un estricto control sobre las actividades constructivas y de funcionamiento en los inmuebles que se edifiquen y se regularicen a partir de la vigencia de la presente Zonificación, garantizando en especial la seguridad pública, el mejoramiento del entorno ambiental y el irrestricto uso público de los espacios y vías de la ciudad.

Quinta.-

Dispóngase que las actividades urbanas ubicadas en el Centro Histórico de Lima, que no cumplan con los requisitos y condiciones para su funcionamiento, procedan a su adecuación a partir de la puesta en vigencia de la presente Ordenanza, para lo cual, la Municipalidad Metropolitana de Lima, a través de sus órganos competentes, realizará la evaluación que corresponda y determinará en cada caso los plazos de adecuación o de clausura de los establecimientos No-Conforme, precisando los procedimientos administrativos que convengan, los mismos que serán aprobados por Decreto de Alcaldía.

DISPOSICIONES FINALES**Primera.-**

Deróguense los Artículos 8º, 14º, 15º, 16º, 30º, 32º, 33º, 35º, 40º, 43º, 44º, 61º y la Novena Disposición Transitoria, y el Anexo N° 2 referido al Índice de Usos para la Ubicación de Actividades Urbanas de la Ordenanza N° 201; los Artículos 15º, 16º, 83º, 84º, 85º y 86º de la Ordenanza N° 062; los Artículos 76º numeral 2 y 77º, y la Primera Disposición Transitoria de la Ordenanza N° 99-MLM, el Artículo 9º de la Ordenanza N° 620 modificada por el Artículo Primero de la Ordenanza N° 719, todas emitidas por la Municipalidad Metropolitana de Lima, en cuanto a los plazos establecidos se refieren, así como la Ordenanza N° 226; y toda otra norma y disposición que se oponga a la presente Ordenanza.

Segunda.-

Garantíese la plena vigencia de la Zonificación que se aprueba mediante la presente Ordenanza, disponiéndose que la misma, sólo podrá ser modificada a través de Cambios Específicos de Zonificación que promueva la inversión pública o privada, debidamente sustentados y declarados de interés local por la Municipalidad Distrital del Rimac en su jurisdicción o por la Municipalidad Metropolitana de Lima, los que se aprobarán siguiendo el procedimiento establecido en la Ordenanza N° 620-MML del 4 de abril de 2004.

Tercera.-

Facítese al Alcalde Metropolitano, para que a través de Decreto de Alcaldía, a solicitud de la Gerencia de Desarrollo Empresarial y con la opinión favorable de la Gerencia de Desarrollo Urbano, pueda modificarse el Índice de Usos para la Ubicación de Actividades Urbanas aprobado como Anexo N° 3 de la presente Ordenanza.

POR TANTO:

Mando se registre, publique y cumpla.

En Lima, a los veinte días del mes de diciembre del año dos mil cinco.

MARCO ANTONIO PARRA SÁNCHEZ
Teniente Alcalde de la
Municipalidad Metropolitana de Lima
Encargado de la Alcaldía

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS
DE LA ORDENANZA N° 893 de fecha 20 de
diciembre de 2005**

El artículo 194º de la Constitución Política del Estado, modificada por la Ley de Reforma Constitucional N° 27680, establece que las Municipalidades Provinciales y Distritales son órganos de gobierno local con autonomía política, económica y administrativa en los asuntos de su competencia.

Que, de acuerdo al artículo 79º numeral 1.1) y 1.2) de la Ley Orgánica de Municipalidades, Ley N° 27972, del 26 de mayo de 2003, son funciones exclusivas de las Municipalidades Provinciales en materia de organización del espacio físico y uso del suelo: Aprobar el Plan de Acondicionamiento Territorial de nivel provincial, que identifique las áreas urbanas y de expansión urbana, así como las áreas de protección o de seguridad por riesgos naturales; las áreas agrícolas y las áreas de conservación ambiental; y Aprobar el Plan de Desarrollo Urbano, el Plan de Desarrollo Rural, el Esquema de Zonificación de áreas urbanas, el Plan de Desarrollo de Asentamientos Humanos y demás planes específicos de acuerdo con el Plan de Acondicionamiento Territorial.

De conformidad con el artículo 161º incisos 1, 2, 6 y 7 de la Ley Orgánica de Municipalidades, compete a la Municipalidad Metropolitana de Lima las funciones especiales de: mantener y ampliar la infraestructura metropolitana, controlar el uso del suelo y determinar las zonas de expansión, constituir el sistema metropolitano de parques, planificar y definir la red vial metropolitana, promover la ejecución de programas de vivienda para familias de bajos recursos, diseñar y ejecutar programas de renovación urbana, promover servicios en casos de desastres, fomentar la inversión privada en proyectos de infraestructura metropolitana, coordinar el saneamiento ambiental de la Metrópoli, entre otras.

Que, mediante Ordenanza N° 620-MML, publicada en el Diario Oficial El Peruano el 4 de abril de 2004, se aprobó la Norma Reglamentaria del Proceso de Aprobación del Plan Metropolitano de Acondicionamiento Territorial y Desarrollo Urbano de Lima, de los Planes Urbanos Distritales y de la Actualización de la Zonificación de los Usos del Suelo, entendiéndose esta última, como el conjunto de normas urbanísticas que regulan el uso del suelo en función de las demandas físicas,

económicas y sociales de la población, permitiendo la focalización compatible, equilibrada y armónica de actividades con fines de vivienda, producción, comercio, equipamiento, servicios, recreación, turismo, cultura, protección ambiental y de defensa civil, posibilitando la ejecución de programas y proyectos de inversión en habilitaciones, rehabilitaciones, reurbanizaciones, remodelaciones, renovaciones, restauraciones, edificaciones nuevas, o de saneamiento en áreas no desarrolladas, incipientes, informales o degradadas, garantizando el uso más apropiado, conveniente y oportuno del suelo urbano.

La citada Ordenanza, establece como objetivos de la Zonificación de Lima Metropolitana: Fortalecer el mercado de suelos y alentar la inversión inmobiliaria, con normas claras y confiables; Densificar e intensificar el uso del suelo urbano; Integrar con eficiencia las actividades urbanas compatibles y promover la más alta calidad del medio ambiente, entre otros.

El Instituto Metropolitano de Planificación, en cumplimiento de lo dispuesto por la Ordenanza N° 620-MML, elaboró las Orientaciones Generales y la Propuesta de Áreas de Tratamiento Normativo para el Cercado de Lima, las que se sustentan en los lineamientos generales de la Ordenanza N° 062-MLM del 15 de julio de 1994, que aprobó el Reglamento de Administración del Centro Histórico de Lima, que estableció tres (3) Zonas y Dose (12) Microzonas de Tratamiento Especial, y de la Ordenanza N° 201-MML, publicada el 12 de abril de 1999, que aprobó el Plan Maestro del Centro de Lima al año 2010, que estableció 22 Zonas de Tratamiento, nueve (9) Corredores de Uso Especializado y nueve (9) Corredores Turístico Monumentales. Dichas normas tienen por objetivos: Recuperar la calidad de los espacios públicos y la habitabilidad de sus edificaciones; Racionalizar las actividades económicas; Revitalizar los usos del suelo en las áreas degradadas; Consolidar los usos que marcan el carácter urbano del Centro Histórico; Revertir su proceso de desocupación; Alentar proyectos de destigmatización; Mantener una volumetría compatible con los Monumentos Arquitectónicos; Incorporar obra nueva armónica en el tejido urbano; Rehabilitar la trama urbana; Alentar las economías locales; Promover proyectos estratégicos en el suelo subutilizado; entre otros.

Sin embargo, el Cercado de Lima, aún con los importantes proyectos y obras que se han desarrollado en él, sobre todo en su Zona del Centro Histórico, como son la iluminación de sus Plazas, los nuevos programas de vivienda, la eliminación del mercadeo ambulante, la incorporación de nuevas áreas verdes y parques, la supresión de marchas políticas, la simplificación de procedimientos administrativos, entre otras, se evidencia que los objetivos anteriormente citados no se lograron, ya que el Centro de Lima todavía presenta situaciones difíciles que amenazan su patrimonio monumental, como por ejemplo, la crítica condición constructiva de algunas zonas densamente pobladas en los Barrios Altos, Monserrate, Márgenes del río Rimac con numerosas casonas antiguas, abandonadas o precarias que colapsan, la excesiva inversión privada que acude a la zona, las tendencias negativas de la población residente, la informalidad para operar y edificar, etc., todas las cuales revelan una pérdida continua del valor inmobiliario en el Cercado y limitan su reactivación urbana, economía y social.

En los últimos años, se ha verificado que la aplicación de las normas de Zonificación en el Cercado de Lima, incluyendo las especiales que en gran número se formularon para el Centro Histórico, no han sido suficientes para orientar la construcción ordenada de locales comerciales, de servicios o residenciales, así como para alentar el funcionamiento apropiado de actividades económicas, sociales e institucionales, ya que se comprueba que aún prevalecen usos no conformes y actividades sin licencia y en general, existe un preocupante desacuerdo entre lo establecido oficialmente y la realidad, resultando por tanto indispensable cambiar los citados instrumentos normativos.

Que, por ello, es necesario racionalizar y simplificar esas normas, incorporando la dinámica, tendencias y

características especiales que hoy en día registra el Centro Histórico, al contexto urbanístico, constructivo y funcional del Cercado de Lima, con sus edificios institucionales de nivel nacional, monumentos, palacios, iglesias, conventos; así como sus muy diversos usos que registran, como hoteles, supermercados, mercados tradicionales, galerías comerciales, centros comerciales como Las Malvinas, Mesa Redonda, Barrio Chino, el área Industrial Lima-Callao, cementerios, antiguos y nuevos conjuntos vecinales, asentamientos informales, solares, envejecidas y recientes edificaciones, plazas, parques, paseos, jirones, rfo, puentes, estaciones de tren, ferrovías, vías expresas y nacionales, entre otras importantes infraestructuras.

El Reajuste Integral de Zonificación del Cercado de Lima, en la Zona del Centro Histórico de Lima establece sólo tres (3) grandes Zonas Especiales de Usos del Suelo, en las cuales se reconstruyen perfiles urbanos y viales formados a través del tiempo, así como vocaciones de uso diferenciadas según su potencialidad funcional, espacial y compromiso monumental y, en donde, las actuaciones deben orientarse fundamentalmente a la plena recuperación de sus condiciones urbanas, constructivas y operativas.

La nueva Zonificación del Cercado de Lima presentado por el Instituto Metropolitano de Planificación, ha sido coordinada con el Programa de Recuperación del Centro Histórico de Lima, la Gerencia de Desarrollo Urbano y la Gerencia de Desarrollo Empresarial de la Municipalidad Metropolitana de Lima y, en cumplimiento de los plazos establecidos por la Ordenanza N° 719-MML, ha sido exhibida en la página web de la Municipalidad Metropolitana de Lima, así como en sus locales institucionales, facilitando el acceso de los propietarios y agentes sociales y económicos, públicos o privados, y de los vecinos en general de la jurisdicción del Cercado de Lima y del distrito del Rimac, recogiendo sus observaciones y recomendaciones a través de la Oficina General de Participación Vecinal y de las Casas Vecinales.

De acuerdo a lo establecido en la Ley N° 28296 - Ley General del Patrimonio Cultural de la Nación, se hizo de conocimiento al Instituto Nacional de Cultura la presente Ordenanza, a efectos que dicha Institución emita su opinión técnica, la cual, entre otros, a través del Oficio N° 1615-INC-2005/DH del 19 de diciembre de 2005, nos hace conocer su preocupación respecto a que no se están tomando en consideración los fundamentos, condicionantes, restricciones y el plan de manejo del Centro Histórico de Lima, así como, no se contemplan las medidas de control y de protección del Centro Histórico, que sirvieron de base para su declaración como Patrimonio Cultural de la Humanidad por la UNESCO.

Es necesario precisar, que esta Ordenanza considerando la actual situación del Cercado y del Centro Histórico de Lima en especial, solo se orienta a recalificar la Zonificación de los usos del suelo en la jurisdicción, actualizando algunas normas reglamentarias y sincerando el Índice de Usos para la Ubicación de Actividades Urbanas, sin modificar ni derogar los lineamientos, las acciones de control y de protección que sirvieron de base para aprobar el Plan Maestro del Centro Histórico de Lima y la declaración de una parte de él como Patrimonio Cultural de la Humanidad por la UNESCO; y por ello, entre otras, es necesario regular el funcionamiento de los centros y galerías comerciales, las playas de estacionamiento y centros de educación existentes y nuevos, ampliar las áreas y zonas eco-paisajistas, en especial del río Rimac, ratificándose la prohibición de instalar terminales terrestres para pasajeros y de carga, así como la instalación de fábricas de funcionamiento peligroso para el entorno urbano.

La Municipalidad Metropolitana de Lima y la Municipalidad Distrital del Rimac, en tal objetivo, se deben comprometer a reforzar sus acciones de control urbano, constructivo y funcional en toda la zona del Centro Histórico, de tal manera, de lograr un respeto irrestricto a la nueva calificación de los usos del suelo, en sus diferentes niveles y estándares operacionales, privilegiando el uso social en condiciones eficientes y de máxima valoración de los espacios públicos.

ANEXO Nº 2

**CUADRO Nº 01:
NORMAS DE ZONIFICACIÓN DE LOS USOS DEL SUELO DEL CENTRO HISTÓRICO DE LIMA**

ZONA	CARACTERÍSTICAS URBANAS	USOS GENERALES PERMITIDOS (2)	LOTE MÍNIMO	ALTURA DE EDIFICACIÓN (1)	ÁREA LIBRE	RETNO	ESTACIONAMIENTO
ZTS-1 ZONA DE TRATAMIENTO ESPECIAL 1	Mayormente dentro del Área Patrimonial Cultural de la Huancabamba. Concentra Actividades Urbanas Monumentales y Sitios de Interés Cultural, arquitectónico, arqueológico, de carácter Religioso e Institucional.	Gubernamental, Administrativo, Financiero, Cultural, Turístico, Cultural, Comercial y Vivienda.	El lote existente (Módulo) o parcelas subdivididas (de lote).	a. Zona Patrimonial Cultural de la Huancabamba: 8 mts. b. Frente al Centro Histórico: 11 mts.	a. En edificaciones existentes se respetarán las líneas libres respectivas. b. En edificaciones nuevas se respetarán: Condiciones de Especialidad (2) mts. (3 pisos). c. En el terreno de la planta San Cristóbal, Santa Rosa y El Alamo se aplicará el artículo 10 de la Ley de Zonificación Urbana.	a. La línea de la edificación debe coincidir con la línea de propiedad, independientemente de la edificación anterior a su implantación. b. Se permite retroceder el fondo del lote.	a. Tratamiento de estacionamiento: se exige en remodelaciones de b. Se exige en los lotes situados en vías peatonales.
ZTS-2 ZONA DE TRATAMIENTO ESPECIAL 2	Mayormente fuera del Área Patrimonial Cultural de la Huancabamba. Concentra Actividades Urbanas Monumentales del siglo XX y gran diversidad de usos de Vivienda Monumental.	Comercial, Servicios, Salones y Vivienda.		a. Condiciones de Especialidad (2) mts. (3 pisos). b. En el terreno de la planta San Cristóbal, Santa Rosa y El Alamo se aplicará el artículo 10 de la Ley de Zonificación Urbana.	Condiciones de Especialidad (2) mts. (3 pisos). c. En otros edificios nuevos, se respetarán las líneas libres y se deberá cumplir con las normas según el RETNO.		c. Se exigirá en los nuevos que se opere la totalidad de los 100 metros cuadrados. Un (01) estacionamiento cada 100 m ² de área de comercio y oficinas y uno (02) cada 5 viviendas.
ZTS-3 ZONA DE TRATAMIENTO ESPECIAL 3	Dentro y fuera del Área Patrimonial Cultural de la Huancabamba.	Vivienda, Comercial y Salones Artesanales.					d. El estacionamiento podrá ser compartido de acuerdo con lo establecido en el Código de Zonificación Urbana del Área del Cercado de Lima.

ESPECIFICACIONES NORMATIVAS

- (1) Las Alturas de Edificación Indicadas, corresponden a las aprobadas mediante la Ordenanza Nº 02-0001, con excepción del numeral c/d. Estas serán vigentes hasta que se aprueben las nuevas Alturas de Edificación que deberán ser substituidas con la Comisión Especial a que se refiere la Segunda Disposición Transitoria de la presente Ordenanza.
- (2) La Compatibilidad de los Usos del Suelo del Centro Histórico de Lima está establecida en el Índice de Usos para la Ubicación de Actividades Urbanas del Centro Histórico y Cercado de Lima, que se aprueban en el Artículo 2º de la presente Ordenanza.

**CUADRO Nº 02:
NORMAS DE ZONIFICACION RESIDENCIAL DEL CERCAJO DE LIMA**

ZONA	USOS GENERALES PERMITIDOS	LOTE MÍNIMO (m ²)	FRENTE MÍNIMO (m)	ALTURA DE EDIFICACION MÁXIMA (pisos)	ÁREA LIBRE MÍNIMA	ESTACIONAMIENTO
Residencial de Densidad Media (DM y RD)	Vivienda Unifamiliar	120	8	3	50%	1 cada viv
	Vivienda Multifamiliar	180	8	4	40%	1 cada 2 viv
		180	8	5 (a)	40%	1 cada 2 viv
		210 220	10 10	5 6 (a)	40% 40%	1 cada 2 viv 1 cada 2 viv
	Vivienda-Taller	150	8	3 (a)	35%	1 cada viv
Conjunto Residencial	1800		7	50%	1 cada viv	
Residencial de Densidad Alta (RD y RDA)	Vivienda Multifamiliar	300	10	7	40%	1 cada viv
		300	10	1.8 (m) (a)	50%	1 cada viv
	Conjunto Residencial	2500		1.8 (m) (a)	50%	1 cada viv

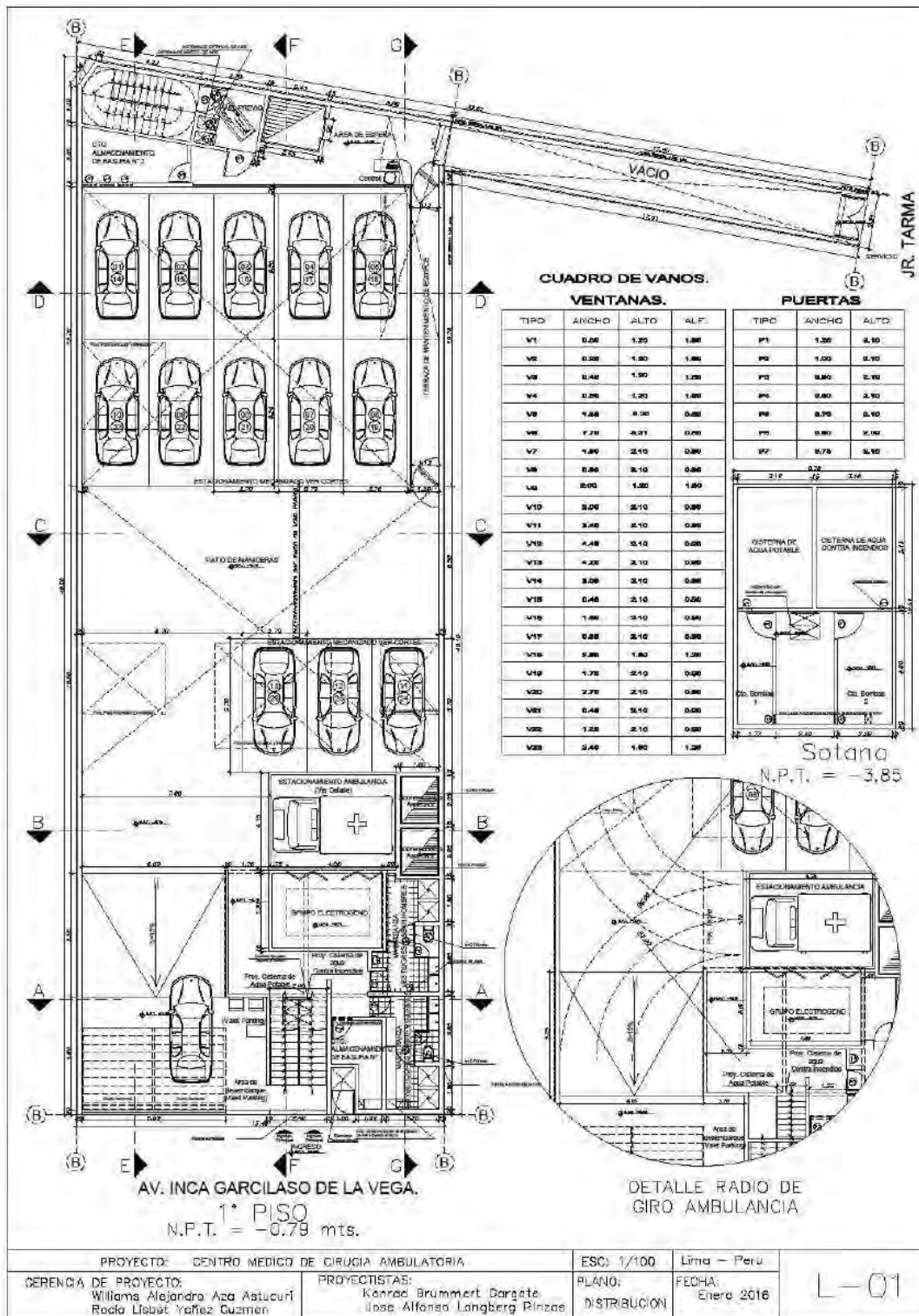
ESPECIFICACIONES NORMATIVAS

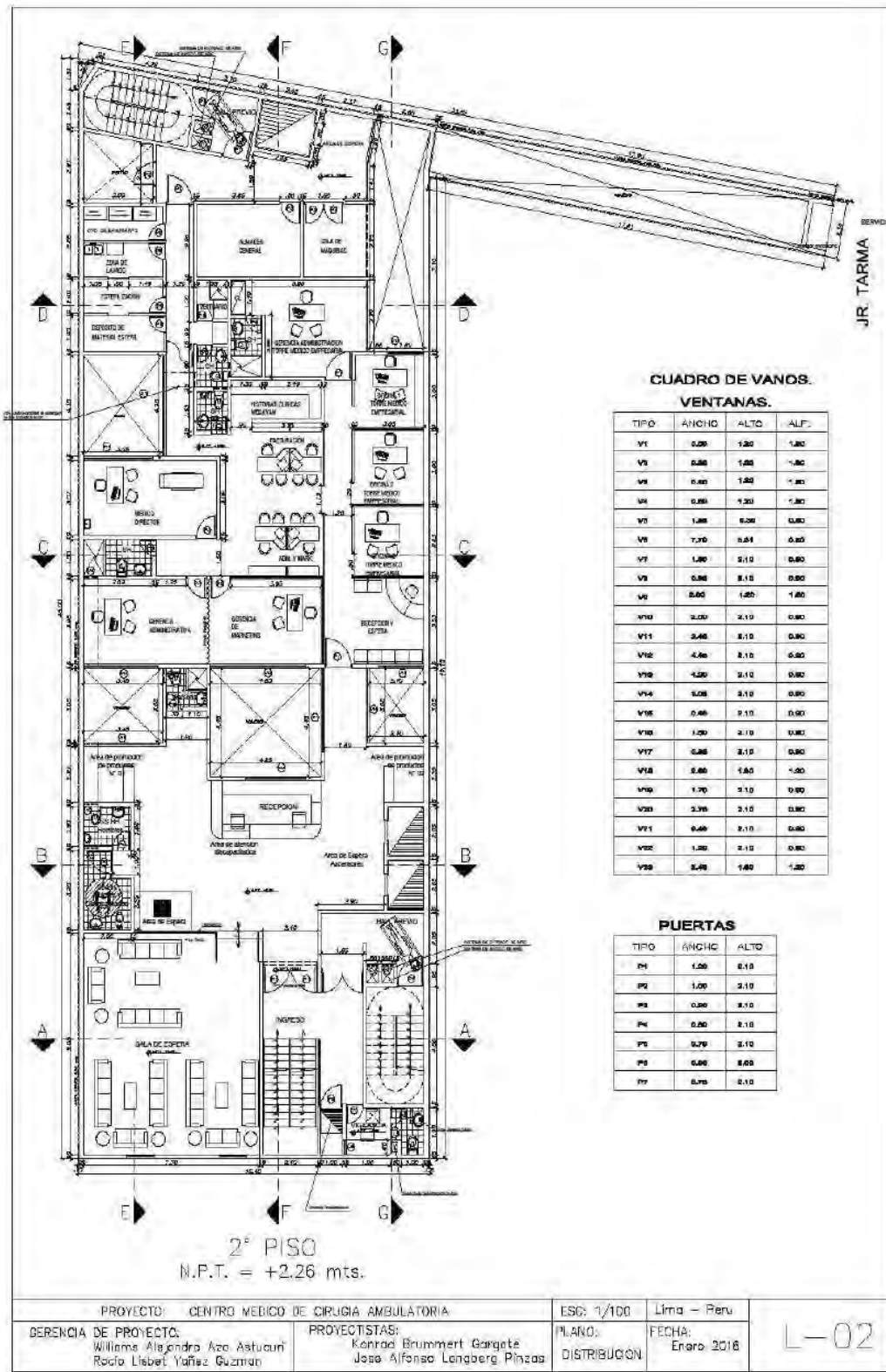
1.- Alturas de Edificación

- (a) Frente a Pasajes y Avenidas con ancho mayor de 20 mts.
- (b) Podrá construir hasta una altura de 4 pisos si se desliza toda la edificación a una residencial.
- (c) Frente a Avenidas con ancho mayor de 25 mts.
- (d) En el sector comprendido entre las Avenidas Alameda Ugarte, Maestre Duenas y el frente con el Callejón, se permitirá una altura máxima de 5 pisos.

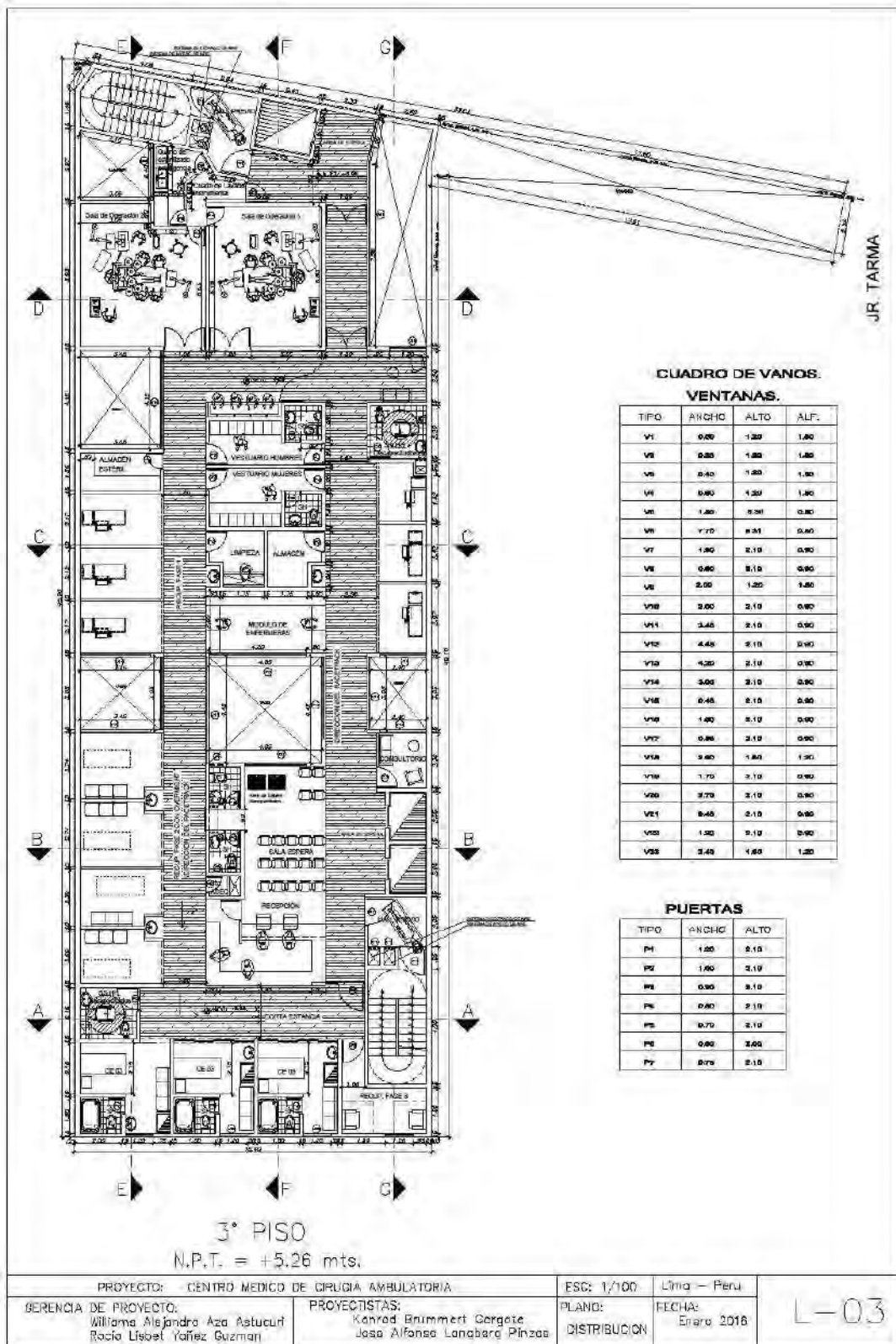
2.- Otras Especificaciones

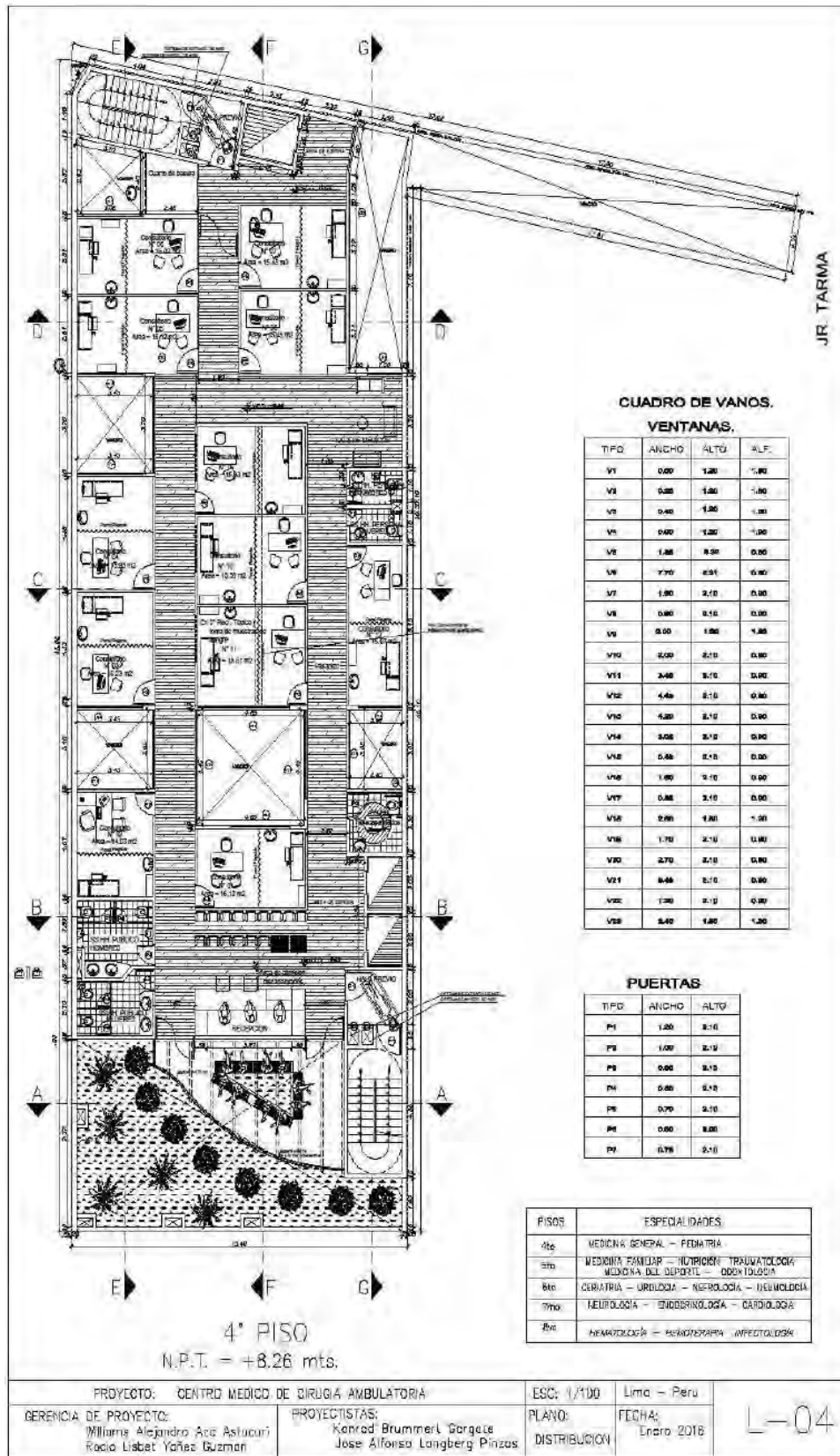
- 2.1. Se considerará un área mínima de 75 m² para departamentos de 3 dormitorios. Se podrán incluir departamentos de 2 y 1 dormitorio con áreas y en porcentajes a definir por la Gerencia de Desarrollo Urbano. Se podrá como alternativa incluir edificios mayor densidad en parcelas dichas con.
- 2.2. En las zonas DM se podrá construir vivienda unifamiliar en cualquier lote superior a 300 m².
- 2.3. La zonificación Vivienda Taller (VT) se aplicará a aquellas áreas urbanamente calificadas como (1-5). Esta zonificación permite el uso de Vivienda y Talleres como actividad complementaria a la vivienda, según el Índice de Usos y los Niveles Operacionales.
En esta zona se permitirá la permanencia de aquellos establecimientos exclusivamente industriales que actualmente existen, los cuales deberán adecuarse a las condiciones de funcionamiento y plazos que se definen para tal efecto. No se permitirán nuevos establecimientos industriales en las Zonas de Vivienda Taller (VT).
- 2.4. En las Zonas DM y RDA se permitirá el funcionamiento de oficinas administrativas y comerciales a prueba controlada en viviendas unifamiliares existentes.
- 2.5. Se permitirán actividades comerciales menores en lotes en esquina hasta un máximo de 50 m².
- 2.6. La compatibilidad de Usos del Suelo residencial con otras zonas, está establecida en el Índice de Usos para la Ubicación de Actividades Urbanas correspondientes al Centro Histórico y Cercado de Lima.

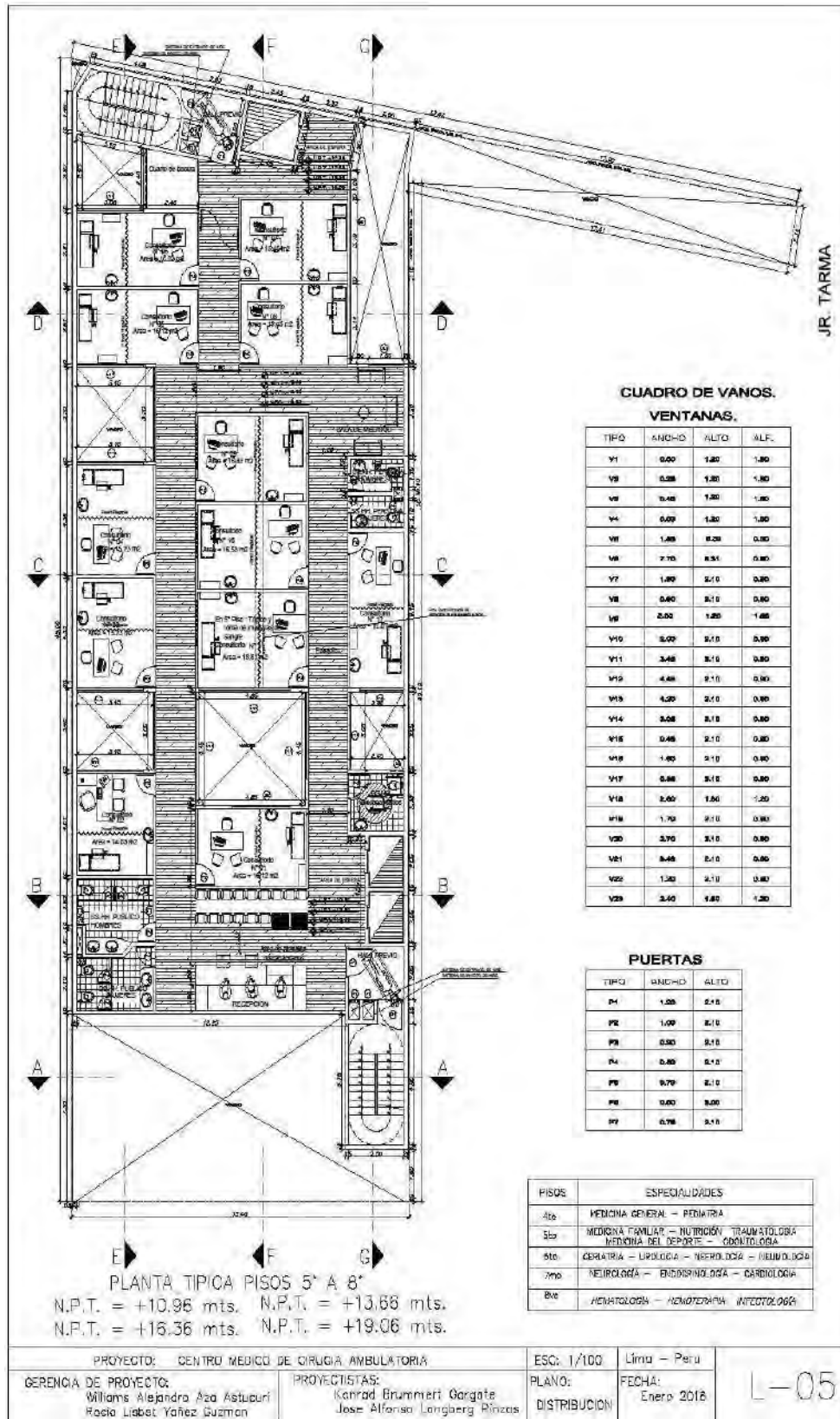




PROYECTO: CENTRO MEDICO DE CIRUGIA AMBULATORIA GERENCIA DE PROYECTO: Williams Alexandra Azo Astucani Rocío Lisbet Yañez Guzmán	PROYECTISTAS: Konrad Brummert Gargate José Alfonso Langberg Pinzas	ESC: 1/100 PLANO: DISTRIBUCION	Lima - Peru FECHA: Enero 2018	L-02
---	--	--------------------------------------	-------------------------------------	------







**CUADRO DE VANOS.
VENTANAS.**

TIPO	ANCHO	ALTO	ÁLF.
V1	0.00	1.80	1.80
V2	0.28	1.80	1.80
V3	0.48	1.80	1.80
V4	0.09	1.80	1.80
V5	1.88	0.28	0.80
V6	2.70	0.34	0.80
V7	1.80	0.10	0.80
V8	0.80	0.10	0.80
V9	2.00	1.80	1.48
V10	0.00	0.10	0.80
V11	3.48	0.10	0.80
V12	4.48	0.10	0.80
V13	4.20	0.10	0.80
V14	3.08	0.10	0.80
V15	0.48	0.10	0.80
V16	1.80	0.10	0.80
V17	0.88	0.10	0.80
V18	0.00	1.80	1.80
V19	1.70	0.10	0.80
V20	0.70	0.10	0.80
V21	0.48	0.10	0.80
V22	1.30	0.10	0.80
V23	0.40	1.80	1.80

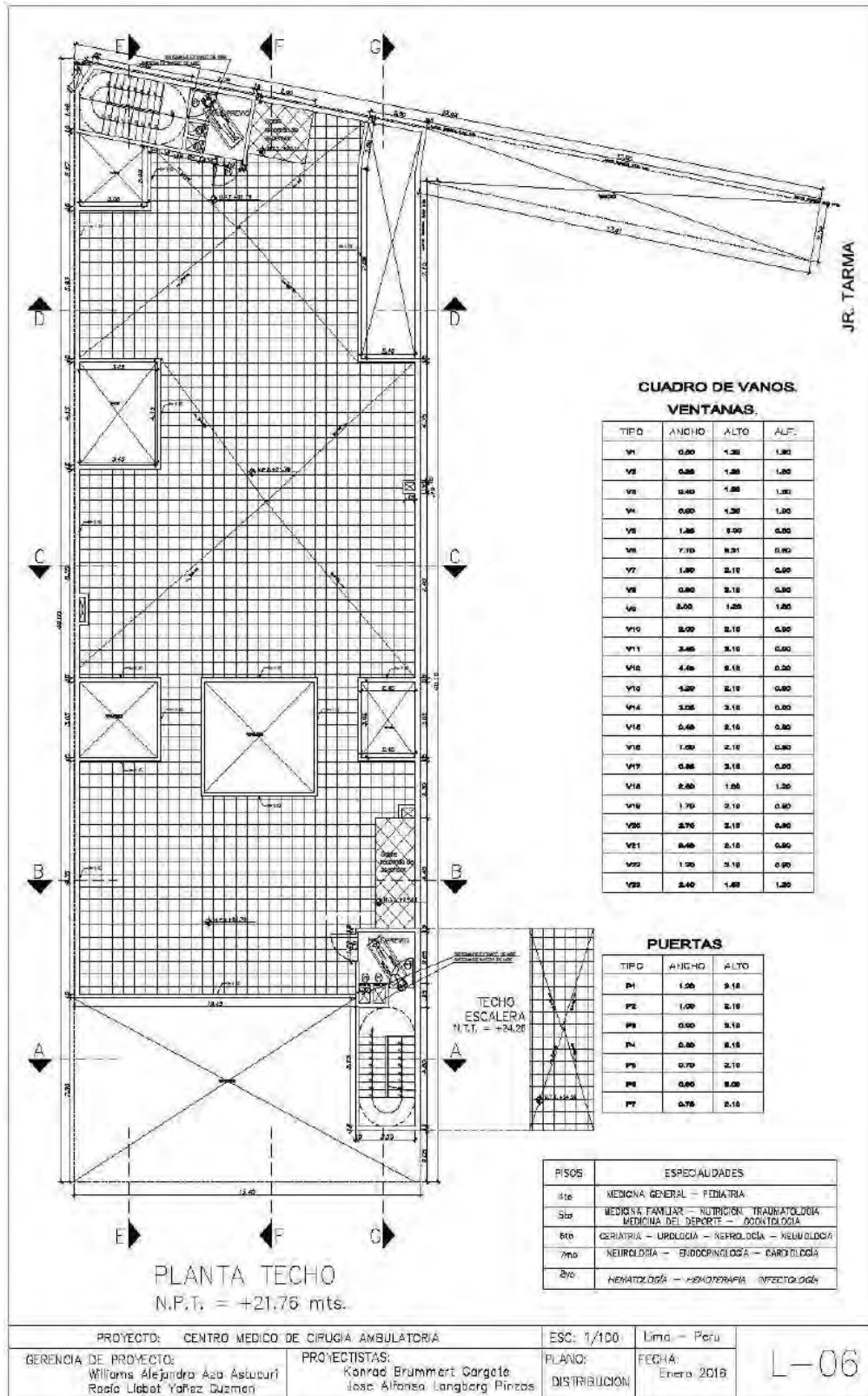
PUERTAS

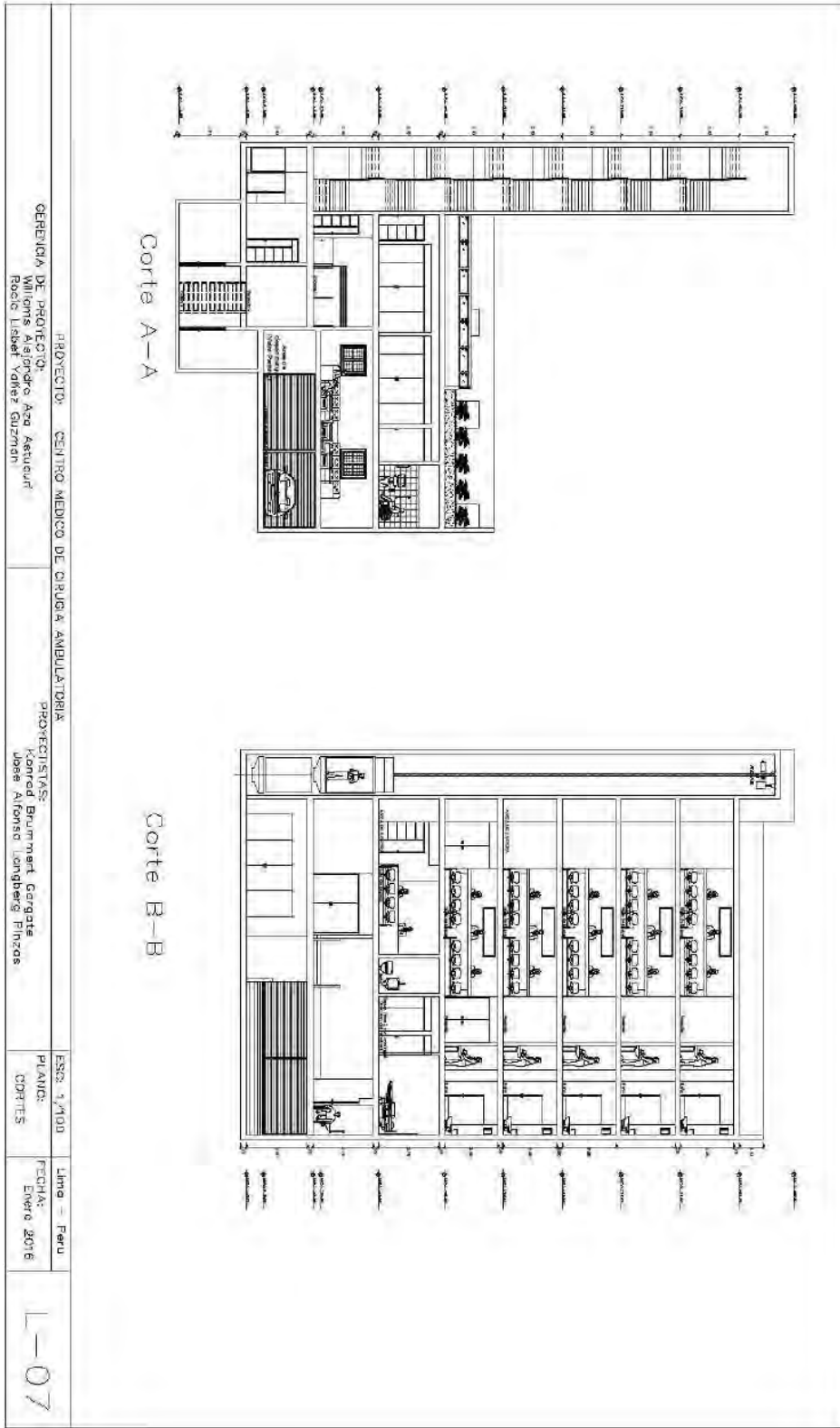
TIPO	ANCHO	ALTO
P1	1.20	0.10
P2	1.00	0.10
P3	0.80	0.10
P4	0.80	0.10
P5	0.70	0.10
P6	0.80	0.00
P7	0.78	0.10

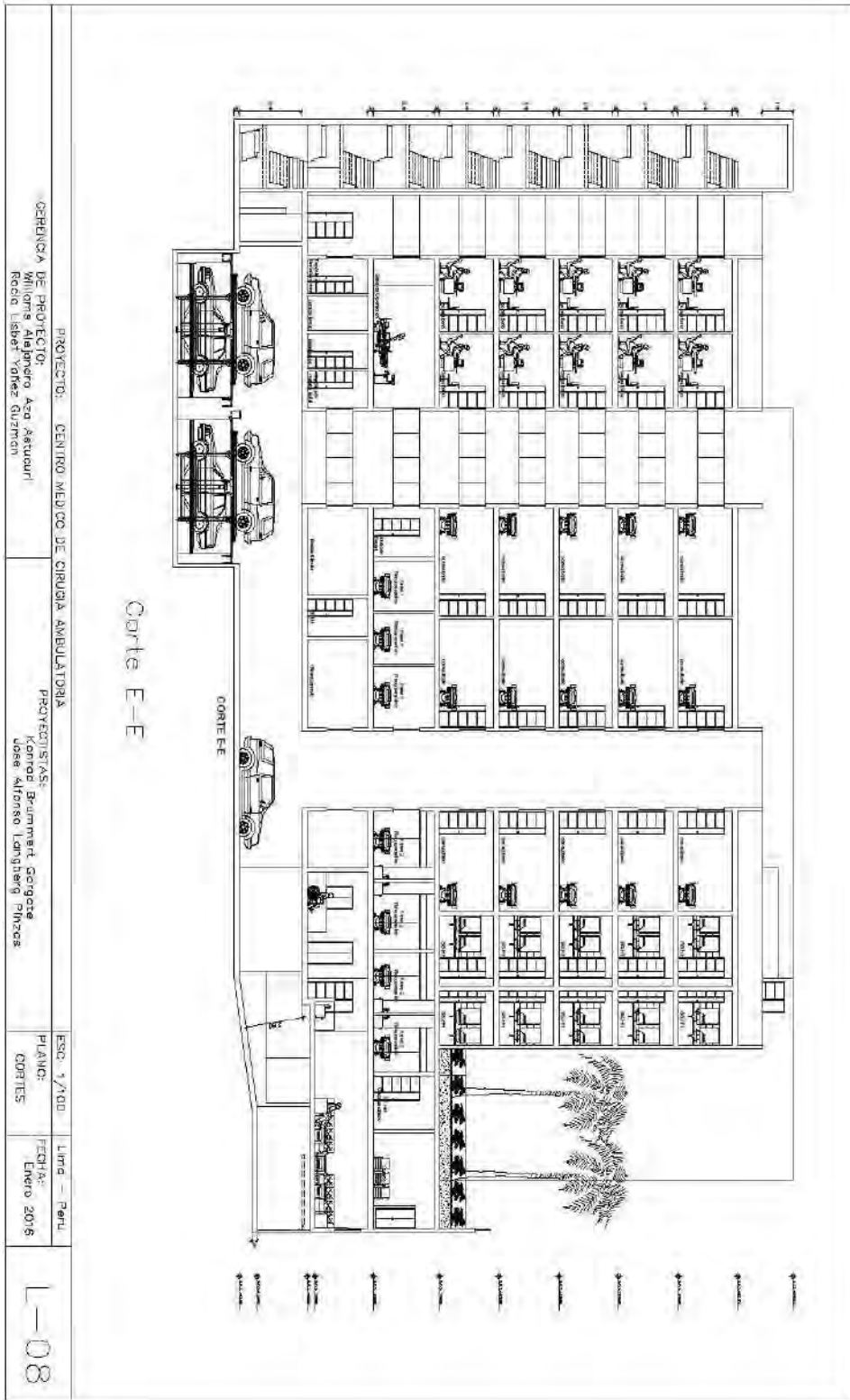
PISOS	ESPECIALIDADES
5to	MEDICINA GENERAL - PEDIATRIA
6to	MEDICINA FAMILIAR - NUTRICIÓN - TRAUMATOLOGÍA MEDICINA DEL DEPORTE - ODONTOLOGÍA
7mo	GINECOLOGÍA - UROLOGÍA - NEFROLOGÍA - NEUMOLOGÍA
8to	NEUROLOGÍA - ENDOCRINOLOGÍA - CARDIOLOGÍA
	HEMATOLOGÍA - NEUMOTERAPIA - INFECTOLOGÍA

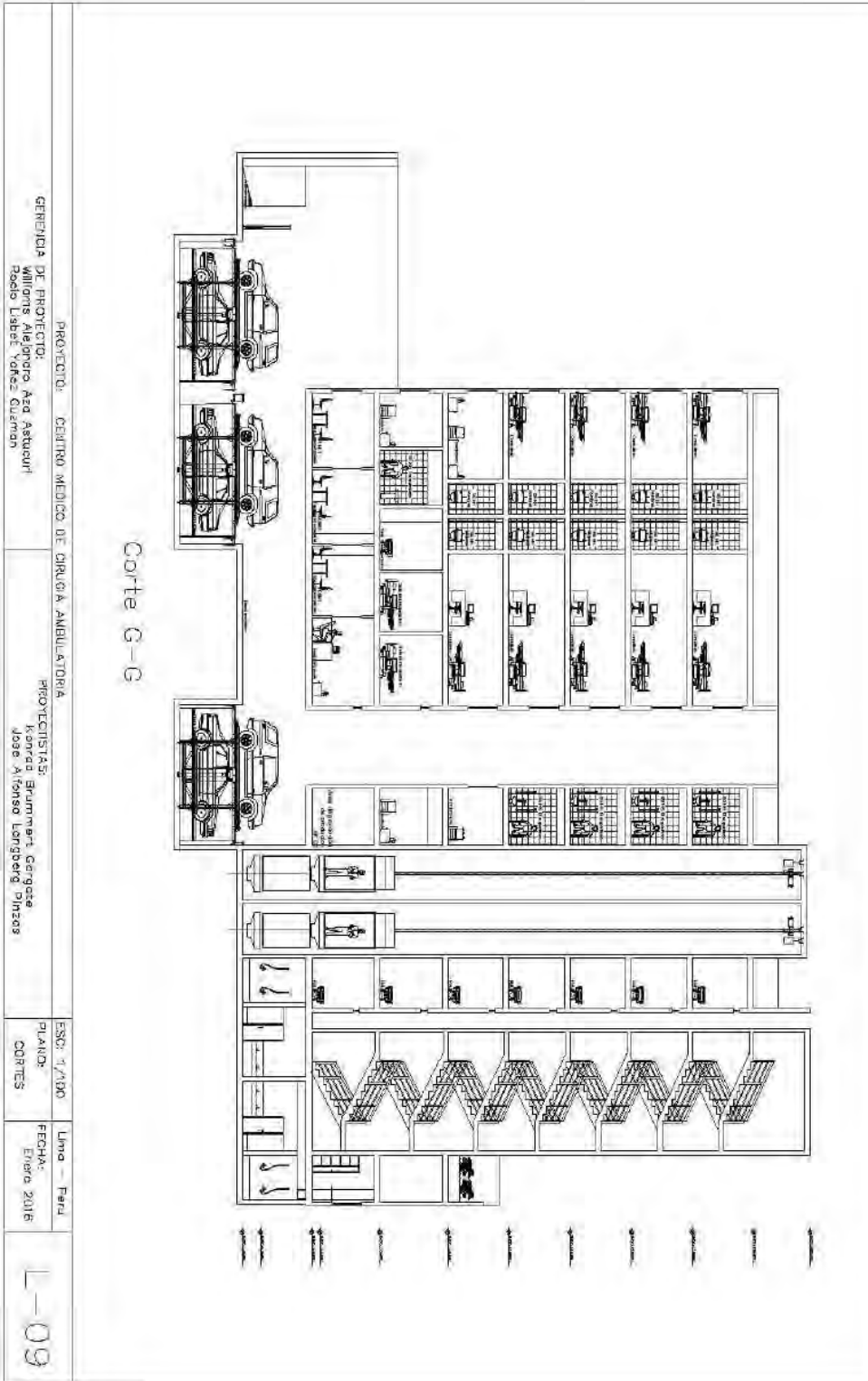
PLANTA TÍPICA PISOS 5° A 8°
 N.P.T. = +10.96 mts. N.P.T. = +13.68 mts.
 N.P.T. = +16.36 mts. N.P.T. = +19.06 mts.

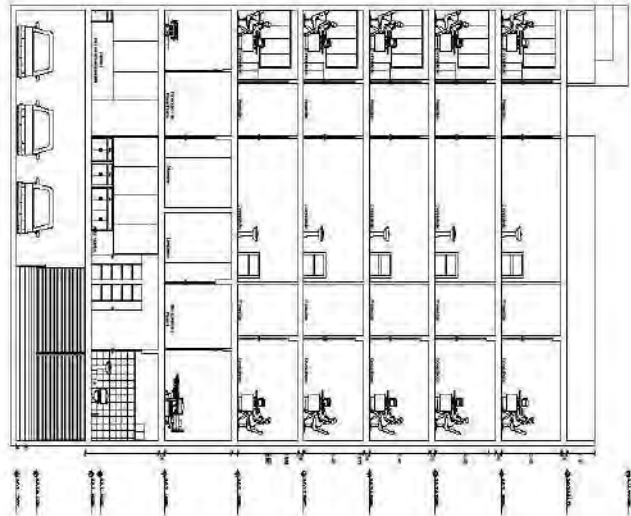
PROYECTO: CENTRO MEDICO DE CIRUGIA AMBULATORIA	ESC: 1/100	Lima - Peru	L-05	
GERENCIA DE PROYECTO: Williams Alejandra Aza Astuburi Rosita Libbet Yañez Guzman	PROYECTISTAS: Konrad Brummer Gorgate Jose Alfonso Langberg Rincon	PLANO: DISTRIBUCION		FECHA: Enero 2018



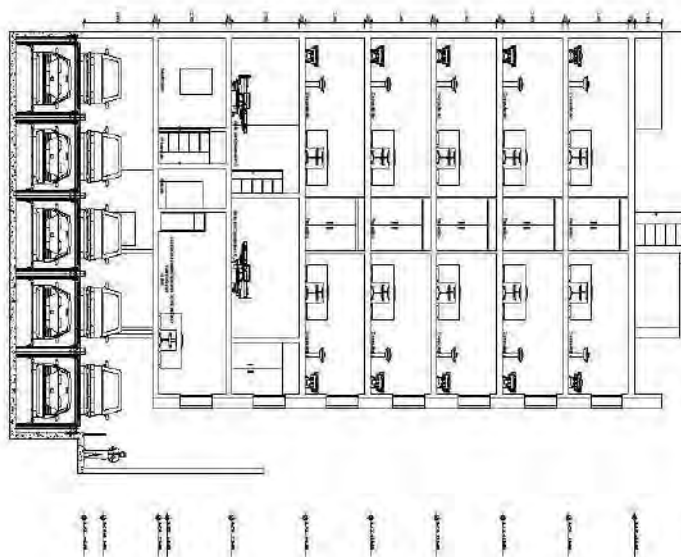








Corte C-C



Corte D-D

PROYECTO: CENTRO MEDICO DE CIRUGIA AMBULATORIA
DEMANDA DE PROYECTO:
Williams Alejandro Azu Astuqui
Facio Isabel Yohaz Guzman

PROYECTISTAS:
Konrad Brummert Bergale
Jose Alfonso Langsherg Pinzas

Escala: 1/700
PLANO: CORTES
Lima - Peru
Fecha: Enero, 2016

L-10

ELEVACION FRONTAL
(AV. INCA GARCILOAZO DE LA VEGA)

JR. TARMA

PROYECTO: CENTRO MEDICO DE CIRUGIA AMBULATORIA
 GERENCIA DE PROYECTO: Wilfrido Alejandro Azu Aslauri
 Rocio Isabel Yáñez Guzmán

PROYECTISTAS: Konrad Burmhart, Gerardo José Alfonso Lempereg Pinzas

ESCALA: 1/100
 PLANO: FACHADA
 FECHA: Enero 2016
 Lima - Perú

L-12

EVALUACION DE INVERSION DE UN PROYECTO DE RENTA DE CENTRO MEDICO

VARIABLES GENERALES

Información General:		
Periodo Evaluacion:	20	años
Are de Terreno:	711	m2
Area construccion:	4,252	m2
Niveles:	8	pisos
Area por piso	584 / 476	m2
Areas comunes y de equipamiento	330	m2
Areas arrendable	1,000	area neta
Area estacionamiento	1,336	m2
Niveles de estacionamientos en sotanos	2	

Inversiones:			Total
Costo terreno:	\$1,700	sin IGv	\$1,209,040
Costo construccion (incluye equipamiento) (\$ xm2):	\$832.22	sin IGv	\$2,426,920
Costo construccion estacionamiento (\$xm2)	\$500	sin IGv	\$668,000
Tiempo de obra:	10	meses	\$752.8 (cost. constr. promedio)
Depreciacion de las edificaciones (construccion):	20	años	
Amortizacion Preoperativos y Gastos Gestion y Estruct.	2	años	

Costos de Operacion y Mantenimiento:		
Costos de Operacion y Mantenimiento:	\$8.0	US\$/m2 x mes (de total de área ocupada)
Mantenimiento mayor cada 5 años:	30.0%	en Renov. Equip.
Gastos Administrativos:	30%	
Gastos de Promocion y marketing:	4.0%	
Tasa impuesto a la renta:	28.0%	

Demanda:			
% de area alquilar 1er. año de operación:	70%	700	m2 arrendable
Tasa de crecimiento anual:	5.0%		
% de area maxima a alquilar:	95%	950	m2 arrendable
Incremento de la renta Anual(alquiler)	3%	Anual	

Tenant - Mix (m 2)			
	M x %	(m 2)	Unidades
Farmacia	1%	10	2
Sala Operaciones	6%	60	2
Consultorio	93%	930	60
Total	100%	1,000	
Nº estacionamientos (sotanos)			80

IGV venta	18%
IGV costos	18%

Precio de Alquiler (renta) no inc. IGv				
	US\$ x m 2	Ingr. x m es	Ingr.xm esxU	Precio x op. 2h
Farmacia (1und)	\$50	\$500	\$250.00	
Sala Operaciones (2unid)	\$1,700	\$102,000	\$51,000.00	\$637.50
Consultorio (60unid)	\$20	\$18,600	\$310.00	
Estacionamientos	\$100	\$8,000		
Total ingresos x m es		\$129,100		
Derecho de llave	1	meses alquiler		
Fondo de garantia:	0	meses alquiler		
Mantenimiento	\$8	\$/m2 - mes		
RENTA PROMEDIO (\$ x m 2)			121.10	sobre área ocupada sin estacionamientos

Otros costos			
Valor residual luego 20 años:	60.0%	de edificacion	\$1,856,952
	4.0%	del terreno	\$2,649,156
Costos de Estudios, licencias y legales	5.0%	terreno+const	\$154,831.00
Costos Gestión y Estruct.	1.5%	terreno+const	\$46,449.30
Seguros	0.5%	construccion (inversion)	\$15,475
Impuestos municipales/ predial y arbitrios	0.2%	construccion (inversion)	\$4,642
Incremento de costos	3.0%		

1. AREA ARRENDABLE

INGRESOS	TOTAL	AÑOS										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tasa ocupabilidad			70.0%	73.5%	77.2%	81.0%	85.1%	89.3%	93.8%	95.0%	95.0%	95.0%
m2 alquilable			700	735	772	810	851	893	938	950	950	950
N° estacionamientos	80.00		56	59	62	65	68	71	75	76	76	76
renta promedio area arrendable (\$/m2)			121	125	128	132	136	140	145	149	153	158
Ingresos Alquiler por promedio m2 (US\$)			1,017,240	1,100,145	1,189,807	1,286,776	1,391,648	1,505,068	1,627,731	1,697,890	1,748,827	1,801,292
alquiler mens consultorios	\$18,600		18,600	19,158	19,733	20,325	20,934	21,562	22,209	22,876	23,562	24,269
alquiler mens sala de operaciones	\$102,000		102,000	105,060	108,212	111,458	114,802	118,246	121,793	125,447	129,211	133,087
alquiler mens farmacia/ laboratorio	\$500		500	515	530	546	563	580	597	615	633	652
alquiler mens estacionamientos (\$/estac.)	\$8,000		100	103	106	109	113	113	113	113	113	113
total alquiler consultorios	5,473,362		156,240	168,974	182,745	197,639	213,746	231,166	250,007	260,782	268,606	276,664
total alquiler sala de operaciones	30,015,211		856,800	926,629	1,002,149	1,083,825	1,172,156	1,267,687	1,371,004	1,430,097	1,473,000	1,517,190
total alquiler farmacia/ laboratorio	161,222		6,000	6,180	6,365	6,556	6,753	6,956	7,164	7,379	7,601	7,829
Ingresos Alquiler por tipo uso	35,649,795		1,019,040	1,101,783	1,191,260	1,288,020	1,392,656	1,505,809	1,628,174	1,698,259	1,749,207	1,801,683
Ingresos Alquiler por m2 (US\$)			1,017,240	1,100,145	1,189,807	1,286,776	1,391,648	1,505,068	1,627,731	1,697,890	1,748,827	1,801,292
Ingresos Alquiler por estacionam. (US\$)	1,927,722		67,200	72,924	78,931	85,233	91,842	95,893	101,296	102,646	102,646	102,646
Ingresos Anual por Alquileres (US\$)	37,577,517		1,086,240	1,174,707	1,270,191	1,373,252	1,484,497	1,601,703	1,729,470	1,800,905	1,851,853	1,904,329
IGV	6,763,953		195,523	211,447	228,634	247,185	267,209	288,306	311,305	324,163	333,334	342,779
Total ingresos (US\$)	44,341,470		1,281,763	1,386,154	1,498,825	1,620,438	1,751,707	1,890,009	2,040,775	2,125,068	2,185,187	2,247,109

1. AREA ARRENDABLE

INGRESOS	TOTAL	AÑOS										Periodo 20 años	
		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
Tasa ocupabilidad		95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	
m2 alquilable		950	950	950	950	950	950	950	950	950	950	950	
Nº estacionamientos	80.00	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	
renta promedio area arrendable (\$/m2)		163	168	173	178	183	189	194	200	206	212		
Ingresos Alquiler por promedio m2 (US\$)		1,855,330	1,910,990	1,968,320	2,027,370	2,088,191	2,150,836	2,215,361	2,281,822	2,350,277	2,420,785		35,635,706
													0
alquiler mens consultorios	\$18,600	24,997	25,747	26,519	27,315	28,134	28,978	29,848	30,743	31,665	32,615		499,789
alquiler mens sala de operaciones	\$102,000	137,079	141,192	145,428	149,790	154,284	158,913	163,680	168,590	173,648	178,858		2,740,778
alquiler mens farmacia/ laboratorio	\$500	672	692	713	734	756	779	802	826	851	877		13,435
alquiler mens estacionamientos (\$/estac.)	\$8,000	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113		2,219
													0
total alquiler consultorios	5,473,362	284,964	293,513	302,318	311,388	320,730	330,351	340,262	350,470	360,984	371,813		5,473,362
total alquiler sala de operaciones	30,015,211	1,562,706	1,609,587	1,657,875	1,707,611	1,758,839	1,811,605	1,865,953	1,921,931	1,979,589	2,038,977		30,015,211
total alquiler farmacia/ laboratorio	161,222	8,063	8,305	8,555	8,811	9,076	9,348	9,628	9,917	10,215	10,521		161,222
													0
Ingresos Alquiler por tipo uso	35,649,795	1,855,733	1,911,405	1,968,748	2,027,810	2,088,644	2,151,304	2,215,843	2,282,318	2,350,788	2,421,311		35,649,795
Ingresos Alquiler por m2 (US\$)		1,855,330	1,910,990	1,968,320	2,027,370	2,088,191	2,150,836	2,215,361	2,281,822	2,350,277	2,420,785		35,635,706
Ingresos Alquiler por estacionam. (US\$)	1,927,722	102,646	102,646	102,646	102,646	102,646	102,646	102,646	102,646	102,646	102,646		1,927,722
Ingresos Anual por Alquileres (US\$)	37,577,517	1,958,380	2,014,052	2,071,394	2,130,456	2,191,291	2,253,950	2,318,489	2,384,965	2,453,434	2,523,958		37,577,517
IGV	6,763,953	352,508	362,529	372,851	383,482	394,432	405,711	417,328	429,294	441,618	454,312		6,763,953
Total ingresos (US\$)	44,341,470	2,310,888	2,376,581	2,444,245	2,513,939	2,585,723	2,659,661	2,735,817	2,814,258	2,895,052	2,978,270		44,341,470

2. ESTRUCTURA DE INVERSIONES		AÑOS										
EGRESOS	TOTAL USD	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TERRENO	\$1,209,040	1,209,040										
PREOPERATIVOS	\$154,831	154,831										
GESTION Y ESTRUCT. PROYECTO	\$46,449	46,449										
VALOR DE OBRA	\$3,094,920	3,094,920										
MANTENIMIENTO MAYOR	\$3,713,904						928,476					928,476
APORTE DE CAPITAL DE TRABAJO	\$0											
TOTAL INVERSION	8,219,144	4,505,240	0	0	0	0	928,476	0	0	0	0	928,476
IGV Inversiones	1,261,819	593,316	-	-	-	-	167,126	-	-	-	-	167,126
TOTAL INVERSION INIC AL 0		5,098,556	(US\$)									

2. ESTRUCTURA DE INVERSIONES		AÑOS										periodo 20 años
EGRESOS	TOTAL USD	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
TERRENO	\$1,209,040											\$ 1,209,040.00
PREOPERATIVOS	\$154,831											\$ 154,831.00
GESTION Y ESTRUCT. PROYECTO	\$46,449											\$ 46,449.30
VALOR DE OBRA	\$3,094,920											\$ 3,094,919.96
MANTENIMIENTO MAYOR	\$3,713,904					928,476					928,476	\$ 3,713,903.96
APORTE DE CAPITAL DE TRABAJO	\$0											
TOTAL INVERSION	8,219,144	0	0	0	0	928,476	0	0	0	0	928,476	\$ 8,219,144.22
IGV Inversiones	1,261,819	-	-	-	-	167,126	-	-	-	-	167,126	
TOTAL INVERSION INICIAL 0												

3. ESTADO DE GANANCIAS Y PERDIDAS		AÑOS										
Ingresos		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alquiler por m2	0	1,019,040	1,101,783	1,191,260	1,288,020	1,392,656	1,505,809	1,628,174	1,698,259	1,749,207	1,801,683	
Alquiler estacionamientos	0	67,200	72,924	78,931	85,233	91,842	95,893	101,296	102,646	102,646	102,646	
Derecho de llave (no reembolsable)	0	84,770	4,239	4,450	4,673	4,907	5,152	5,410	1,445	0	0	
Fondo de Garantía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Mantenimiento	0	67,200	70,560	74,088	77,792	81,682	85,766	90,054	91,200	91,200	91,200	
TOTAL INGRESOS	0	1,238,210	1,249,505	1,348,729	1,455,718	1,571,086	1,692,621	1,824,934	1,893,551	1,943,053	1,995,529	
Costos y Gastos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Gastos de Promoción y Marketing	415,232	49,528	49,980	53,949	58,229	62,843	67,705	72,997	0	0	0	
Gasto Administrac.	11,827,591	371,463	374,852	404,619	436,715	471,326	507,786	547,480	568,065	582,916	598,659	
Gastos de mantenimiento	1,920,000	96,000	96,000	96,000	96,000	96,000	96,000	96,000	96,000	96,000	96,000	
Amortizac. Gestión y Estructur. de Proyecto	46,449	23,225	23,225									
Depreciación de las Edificaciones	3,094,920	154,746	154,746	154,746	154,746	154,746	154,746	154,746	154,746	154,746	154,746	
Amortización Preoperativos	154,831	77,415	77,415									
Seguros	309,492	15,475	15,475	15,475	15,475	15,475	15,475	15,475	15,475	15,475	15,475	
Impuestos municipales	92,848	4,642	4,642	4,642	4,642	4,642	4,642	4,642	4,642	4,642	4,642	
TOTAL COSTOS Y GASTOS	17,861,363	792,495	796,335	729,431	765,807	805,032	846,354	891,341	838,928	853,779	869,522	
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS	21,563,941	445,715	453,170	619,298	689,911	766,054	846,267	933,594	1,054,622	1,089,274	1,126,008	
Impuesto a la Renta	6,037,904	124,800	126,888	173,404	193,175	214,495	236,955	261,406	295,294	304,997	315,282	
UTILIDAD NETA	15,526,038	320,915	326,283	445,895	496,736	551,559	609,312	672,187	759,328	784,277	810,725	

Continuación		AÑOS										periodo 20 años
Ingresos		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Alquiler por m2	1,855,733	1,911,405	1,968,748	2,027,810	2,088,644	2,151,304	2,215,843	2,282,318	2,350,788	2,421,311		\$ 35,649,795.11
Alquiler estacionamientos	102,646	102,646	102,646	102,646	102,646	102,646	102,646	102,646	102,646	102,646		\$ 1,927,721.57
Derecho de llave (no reembolsable)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		\$ 115,045.00
Fondo de Garantía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		\$ -
Mantenimiento	91,200	91,200	91,200	91,200	91,200	91,200	91,200	91,200	91,200	91,200		\$ 1,732,742.97
TOTAL INGRESOS	2,049,580	2,105,252	2,162,594	2,221,656	2,282,491	2,345,150	2,409,689	2,476,165	2,544,634	2,615,158		\$ 39,425,304.65
Costos y Gastos	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
Gastos de Promoción y Marketing	415,232	0	0	0	0	0	0	0	0	0		\$ 415,232.11
Gasto Administrac.	11,827,591	614,874	631,576	648,778	666,497	684,747	703,545	722,907	742,849	763,390	784,547	\$ 11,827,591.40
Gastos de mantenimiento	1,920,000	96,000	96,000	96,000	96,000	96,000	96,000	96,000	96,000	96,000		\$ 1,920,000.00
Amortizac. Gestión y Estructur. de Proyecto	46,449											\$ 46,449.30
Depreciación de las Edificaciones	3,094,920	154,746	154,746	154,746	154,746	154,746	154,746	154,746	154,746	154,746		\$ 3,094,919.96
Amortización Preoperativos	154,831											\$ 154,831.00
Seguros	309,492	15,475	15,475	15,475	15,475	15,475	15,475	15,475	15,475	15,475		\$ 309,492.00
Impuestos municipales	92,848	4,642	4,642	4,642	4,642	4,642	4,642	4,642	4,642	4,642		\$ 92,847.60
TOTAL COSTOS Y GASTOS	17,861,363	885,737	902,439	919,641	937,360	955,610	974,408	993,770	1,013,712	1,034,253	1,055,410	\$ 17,861,363.36
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS	21,563,941	1,163,843	1,202,813	1,242,953	1,284,297	1,326,881	1,370,742	1,415,919	1,462,452	1,510,381	1,559,747	\$ 21,563,941.29
Impuesto a la Renta	6,037,904	325,876	336,788	348,027	359,603	371,527	383,808	396,457	409,487	422,907	436,729	\$ 6,037,903.56
UTILIDAD NETA	15,526,038	837,967	866,026	894,926	924,694	955,354	986,934	1,019,462	1,052,966	1,087,474	1,123,018	\$ 15,526,037.73

4. ANALISIS DE IGV											
	0	1er año									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
IGV venta	0	195,523	211,447	228,634	247,185	267,209	288,306	311,305	324,163	333,334	342,779
IGV inversiones	593,316	0	0	0	0	167,126	0	0	0	0	167,126
IGV costos y gastos		28,981	29,062	29,776	30,547	31,377	32,252	33,205	20,065	20,065	20,065
Diferencia	-593,316	166,543	182,385	198,858	216,639	68,707	256,054	278,100	304,098	313,268	155,588
Credito fiscal acumulado	593,316	426,773	244,388	45,530	0	0	0	0	0	0	0
IGV a pagar al Estado		0	0	0	171,109	68,707	256,054	278,100	304,098	313,268	155,588

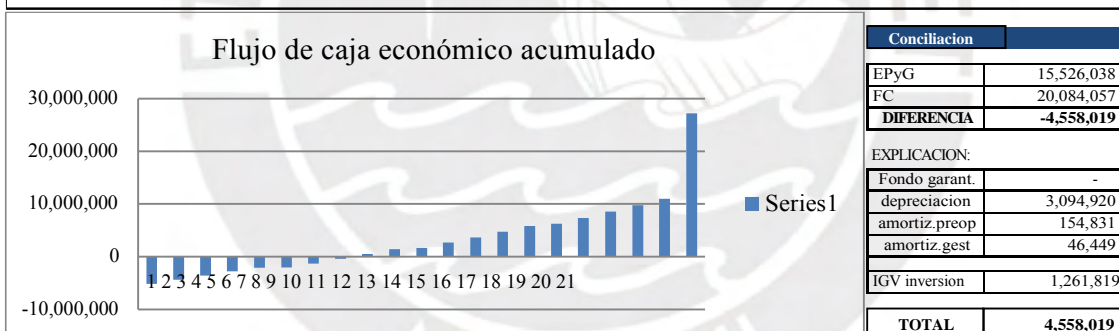
...Continuación											
4. ANALISIS DE IGV											
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	per iodo 20 años
IGV venta	352,508	362,529	372,851	383,482	394,432	405,711	417,328	429,294	441,618	454,312	\$ 6,763,953
IGV inversiones	0	0	0	0	167,126	0	0	0	0	167,126	\$ 1,261,819
IGV costos y gastos	20,065	20,065	20,065	20,065	20,065	20,065	20,065	20,065	20,065	20,065	\$ 476,050
Diferencia	332,443	342,464	352,786	363,417	207,241	385,646	397,263	409,228	421,553	267,121	\$ 5,026,084
Credito fiscal acumulado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
IGV a pagar al Estado	332,443	342,464	352,786	363,417	207,241	385,646	397,263	409,228	421,553	267,121	\$ 5,026,084

Alquiler por m 2	0	1,019,040	1,101,783	1,191,260	1,288,020	1,392,656	1,503,809	1,628,174	1,698,259	1,749,207	1,801,683	
Alquiler estacionamientos	0	67,200	72,924	78,931	85,233	91,842	95,893	101,296	102,646	102,646	102,646	
Derecho Llave (no reembolsable)	0	84,770	4,239	4,450	4,673	4,907	5,152	5,410	1,445	0	0	
Valor residual												
Fondo de Garantia (reembols.condicionado)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Mantenimiento	0	67,200	70,560	74,088	77,792	81,682	85,766	90,054	91,200	91,200	91,200	
IGV venta	0	195,523	211,447	228,634	247,185	267,209	288,306	311,305	324,163	333,334	342,779	
Gastos administrativos			371,463	374,852	404,619	436,715	471,326	507,784	547,480	588,065	582,116	598,659
Gastos de mantenimiento			96,000	96,000	96,000	96,000	96,000	96,000	96,000	96,000	96,000	96,000
Gastos de promocion de MKT			49,528	49,980	53,949	58,229	62,843	67,705	72,997	0	0	0
Seguros			15,475	15,475	15,475	15,475	15,475	15,475	15,475	15,475	15,475	15,475
Impuestos municipales			4,642	4,642	4,642	4,642	4,642	4,642	4,642	4,642	4,642	4,642
Impuesto a la renta			124,800	126,888	173,404	193,175	214,495	236,953	261,406	294,304	315,282	
IGV costos y gastos	0	28,981	29,062	29,776	30,547	31,377	32,252	33,205	20,065	20,065	20,065	
IGV por pagar	0	0	0	0	0	171,109	68,707	256,054	278,100	304,098	313,268	155,588
TOTAL EGRESOS	0	690,889	696,898	777,865	1,005,891	964,865	1,214,869	1,309,405	1,303,639	1,337,364	1,205,712	

...Continuación											
5. FLUJO DE CAJA OPERAT VO											
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	periodo 20 años
Ingresos											
Alquiler por m 2	1,855,733	1,911,405	1,968,748	2,027,810	2,088,644	2,151,304	2,215,843	2,282,318	2,350,788	2,421,311	\$ 35,649,795.11
Alquiler estacionamientos	102,646	102,646	102,646	102,646	102,646	102,646	102,646	102,646	102,646	102,646	\$ 1,927,721.57
Derecho Llave (no reembolsable)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	\$ 115,045.00
Valor residual											\$ -
Fondo de Garantia (reembols.condicionado)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	\$ -
Mantenimiento	91,200	91,200	91,200	91,200	91,200	91,200	91,200	91,200	91,200	91,200	\$ 1,732,742.97
IGV venta	352,508	362,529	372,851	383,482	394,432	405,711	417,328	429,294	441,618	454,312	\$ 6,763,953.00
TOTAL INGRESOS	2,402,088	2,467,781	2,535,445	2,605,139	2,676,923	2,750,861	2,827,017	2,905,458	2,986,252	3,069,470	\$ 46,189,257.66
Egresos											
Gastos administrativos	614,874	631,576	648,778	666,497	684,747	703,545	722,907	742,849	763,390	784,547	\$ 11,827,591.40
Gastos de mantenimiento	96,000	96,000	96,000	96,000	96,000	96,000	96,000	96,000	96,000	96,000	\$ 1,920,000.00
Gastos de promocion de MKT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	\$ 415,232.11
Seguros	15,475	15,475	15,475	15,475	15,475	15,475	15,475	15,475	15,475	15,475	\$ 309,492.00
Impuestos municipales	4,642	4,642	4,642	4,642	4,642	4,642	4,642	4,642	4,642	4,642	\$ 92,847.60
Impuesto a la renta	325,876	336,788	348,027	359,603	371,527	383,808	396,457	409,487	422,907	436,729	\$ 6,037,903.56
IGV costos y gastos	20,065	20,065	20,065	20,065	20,065	20,065	20,065	20,065	20,065	20,065	\$ 476,050.34
IGV por pagar	332,443	342,464	352,786	363,417	207,241	385,646	397,263	409,228	421,553	267,121	\$ 5,026,083.91
TOTAL EGRESOS	1,409,375	1,447,010	1,485,773	1,525,699	1,399,697	1,609,181	1,652,809	1,697,747	1,744,032	1,624,580	\$ 26,105,200.90
FLUJO DE CAJA OPERAT VO	992,713	1,020,772	1,049,672	1,079,440	1,277,226	1,141,680	1,174,208	1,207,712	1,242,220	1,444,890	\$ 20,084,056.75

6. FLUJO DE CAJA ECONOMICO											
Detalle	1er año										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
FLUJO DE CAJA OPERATIVO	0	742,844	764,054	799,499	697,012	873,430	764,058	826,933	914,074	939,023	1,132,597
INVERSION											
Inversión	-4,505,240	0	0	0	0	-928,476	0	0	0	0	-928,476
IGV Inversión	-593,316	0	0	0	0	-167,126	0	0	0	0	-167,126
FLUJO DE CAJA DE LA INVERSION	-5,098,556	0	0	0	0	-1,095,602	0	0	0	0	-1,095,602
Ajustes:											
Escudo Fiscal del mantenimiento mayor		0	0	0	0	259,973	0	0	0	0	259,973
Perpetuidad de los ingresos											
Perpetuidad del escudo fiscal											
Perpetuidad del mantenimiento mayor											
Valor residual de las construcciones											
Valor residual del terreno											
Total ajustes		0	0	0	0	259,973	0	0	0	0	259,973
FLUJO CAJA ECONOMICO	-5,098,556	742,844	764,054	799,499	697,012	37,802	764,058	826,933	914,074	939,023	296,969
FLUJO CAJA ECONOMICO ACUM.	-5,098,556	-4,355,712	-3,591,658	-2,792,159	-2,095,148	-2,057,346	-1,293,288	-466,354	447,720	1,386,743	1,683,712
MAXIMO REQUERIMIENTO FONDOS	5,098,556										
INVERSION INICIAL	5,098,556										
		CHECK	OK								

Continuación												
6. FLUJO DE CAJA ECONOMICO												
Detalle	1er año											
	0	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
FLUJO DE CAJA OPERATIVO	0	992,713	1,020,772	1,049,672	1,079,440	1,277,226	1,141,680	1,174,208	1,207,712	1,242,220	1,444,890	\$20,084,057
INVERSION												\$ -
Inversión	-4,505,240	0	0	0	0	-928,476	0	0	0	0	-928,476	\$ -8,219,144
IGV Inversión	-593,316	0	0	0	0	-167,126	0	0	0	0	-167,126	\$ -1,261,819
FLUJO DE CAJA DE LA INVERSION	-5,098,556	0	0	0	0	-1,095,602	0	0	0	0	-1,095,602	\$ -9,480,963
Ajustes:												\$ -
Escudo Fiscal del mantenimiento mayor		0	0	0	0	259,973	0	0	0	0	259,973	\$ 1,039,893
Perpetuidad de los ingresos											16,934,949	\$ 16,934,949
Perpetuidad del escudo fiscal											513,908	\$ 513,908
Perpetuidad del mantenimiento mayor											-1,835,385	\$ -1,835,385
Valor residual de las construcciones											0	\$ -
Valor residual del terreno											0	\$ -
Total ajustes		0	0	0	0	259,973	0	0	0	0	15,873,445	\$ 16,653,365
FLUJO CAJA ECONOMICO	-5,098,556	992,713	1,020,772	1,049,672	1,079,440	441,597	1,141,680	1,174,208	1,207,712	1,242,220	16,222,733	\$ 27,256,458
FLUJO CAJA ECONOMICO ACUM.	-5,098,556	2,676,425	3,697,196	4,746,868	5,826,308	6,267,905	7,409,586	8,583,794	9,791,505	11,033,725	27,256,458	\$ 69,057,724
MAXIMO REQUERIMIENTO FONDOS	5,098,556											
INVERSION INICIAL	5,098,556											



7. COSTO DE CAPITAL		
Inversión:	70.0%	deuda
Kd(deuda):	30.0%	capita
Ke(Costo Oportunidad):	8%	anual
	15%	anual
CPPC o WACC	8.5%	
CPCC 5 años	51%	
8. INDICADORES		
VAN Económico (del provecho)	5,289,798	
TREconómico (del provecho)	16.3%	
VAN Financiero (accionistas)	1,724,723	
TIR Financiero (accionistas)	23.3%	

9 FINANCIAMIENTO		
Estructura Financiera:	Monto	% inversion
Deuda (US\$)	3,568,989	70%
Capital (US\$)	1,529,567	30%
Tota (US\$)	5,098,556	100%
Periodo de gracia	0 años	
Plazo de amortizacion	10 años	
TEA (Kd)	8%	
Cuota anual	531,885	

Detalle	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
SERVICIO A LA DEUDA																						
Saldo inicial	0	3,568,989	3,322,624	3,056,549	2,769,188	2,458,839	2,123,661	1,761,669	1,370,718	948,491	492,486											
Prestamos	3,568,989																					
Amortizacion	0	246,366	266,075	287,361	310,350	335,178	361,992	390,951	422,227	456,005	492,486											
Interes	0	285,519	265,810	244,524	221,535	196,707	169,893	140,934	109,657	75,879	39,399											
Total cuota	0	531,885	531,885	531,885	531,885	531,885	531,885	531,885	531,885	531,885	531,885											
Saldo final	3,568,989	3,322,624	3,056,549	2,769,188	2,458,839	2,123,661	1,761,669	1,370,718	948,491	492,486	0											
FLUJO CAJA DEUDA (FINANCIAM.)	3,568,989	-531,885	-531,885	-531,885	-531,885	-531,885	-531,885	-531,885	-531,885	-531,885	-531,885											

10. FLUJO DE CAJA FINANCIERO											
Detalle	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
FLUJO DE CAJA ECONOMICO	-5,098,556	742,844	764,054	799,499	697,012	37,802	764,058	826,933	914,074	939,023	296,969
FLUJO DE CAJA DEUDA (FINANCIAM.) cuota	3,568,989	-531,885	-531,885	-531,885	-531,885	-531,885	-531,885	-531,885	-531,885	-531,885	-531,885
ESCUDO FISCAL INTERES	0	79,945	74,427	68,467	62,030	55,078	47,570	39,461	30,704	21,246	11,032
FLUJO DE CAJA FINANCIERO	-1,529,567	290,905	306,596	336,081	227,157	-439,005	279,743	334,510	412,894	428,385	-223,884
FLUJO DE CAJA FINANCIERO ACUM.	-1,529,567	-1,238,662	-932,066	-595,985	-368,828	-807,833	-528,090	-193,580	219,314	647,699	423,815
MAXIMO APORTE DE CAPITAL	1,529,567										
CAPITAL APORTADO	1,529,567										

Continuación

10. FLUJO DE CAJA FINANCIERO											
Detalle	0	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
FLUJO DE CAJA ECONOMICO	-5,098,556	992,713	1,020,772	1,049,672	1,079,440	441,597	1,141,680	1,174,208	1,207,712	1,242,220	16,222,733
FLUJO DE CAJA DEUDA (FINANCIAM.) cuota	3,568,989	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ESCUDO FISCAL INTERES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FLUJO DE CAJA FINANCIERO	-1,529,567	992,713	1,020,772	1,049,672	1,079,440	441,597	1,141,680	1,174,208	1,207,712	1,242,220	16,222,733
FLUJO DE CAJA FINANCIERO ACUM.	-1,529,567	1,416,528	2,437,299	3,486,971	4,566,411	5,008,008	6,149,688	7,323,896	8,531,608	9,773,828	25,996,561
MAXIMO APORTE DE CAPITAL	1,529,567										
CAPITAL APORTADO	1,529,567										



11. VARIABLES CRITICAS

Variables	Valor inicial variable	% variac.	Nuevo valor variable	Valor inicial VAN Financ.	Nuevo Valor VAN Financ.	% variac. VAN Financ.
Renta de alquiler (\$ x m2)	121.10	-10%	108.99	1,724,723	1,724,723	0.0%
Costo de construcción (\$ x m2)	\$832	10%	915.4	1,724,723	1,724,723	0.0%
% de ocupación 1er año operación	70%	-10%	63%	1,724,723	1,724,723	0.0%
% de area máxima a alquilar	95%	-10%	86%	1,724,723	1,724,723	0.0%
% Deuda	70%	-10%	63%	1,724,723	1,724,723	0.0%
Plazo Amotizacion de deuda	10	-10%	9	1,724,723	1,724,723	0.0%

11. PUNTO DE EQUILIBRIO (VAN FINANCIERO =0)

Variables	Valor inicial	Valor en el punto equil.	% variac.
Renta de alquiler (\$ x m2)	121.10		-100%
Costo de construcción (\$ x m2)	530		-100%
% de ocupación 1er año operación	80%		-100%
% de area máxima a alquilar	95%		-100%
% Deuda	70%		-100%
Ke	18%		-100%

12. ANALISIS DE SENSIBILIDAD

	VAN f		PORCENTAJE DE FINANCIAMIENTO						TIR f		PORCENTAJE DE OCUPACIÓN				
	1,724,723		50%	60%	70%	80%	90%		23.3%		60%	75%	85%	95%	100%
RENTA (ALQUILER) \$ PROM x m2	84.77	1,205,274	1,450,463	1,711,989	1,995,804	2,311,151		850.00	5.9%	9.3%	11.0%	12.1%	12.6%		
	96.88	1,199,331	1,444,521	1,706,047	1,989,862	2,305,209		1,275.00	10.7%	14.6%	16.5%	17.6%	18.1%		
	108.99	1,196,955	1,442,144	1,703,671	1,987,485	2,302,832		1,700.00	15.3%	20.1%	22.2%	23.3%	23.7%		
	121.10	1,196,955	1,442,144	1,703,671	1,987,485	2,302,832		1,870.00	17.2%	22.5%	24.7%	25.7%	26.2%		
	133.21	1,199,094	1,444,283	1,705,810	1,989,625	2,304,971		2,125.00	20.3%	26.2%	28.5%	29.5%	29.9%		
	145.32	1,203,800	1,448,989	1,710,516	1,994,331	2,309,677		2,550.00	25.9%	33.2%	35.6%	36.4%	36.7%		

	VAN f		% OCUPACIÓN						TIR f		PORCENTAJE DE OCUPACIÓN				
	1,724,723		60%	75%	85%	95%	100%		23.3%		60%	75%	85%	95%	100%
RENTA (ALQUILER) \$ PROM x m2	84.77	43,531	934,477	1,388,824	1,711,989	1,856,534		-	11.9%	16.1%	18.0%	19.1%	19.6%		
	96.88	38,976	929,301	1,383,192	1,706,047	1,850,466		-	11.9%	16.1%	18.0%	19.1%	19.6%		
	108.99	37,154	927,231	1,380,940	1,703,671	1,848,038		-	11.9%	16.1%	18.0%	19.1%	19.6%		
	121.10	37,154	927,231	1,380,940	1,703,671	1,848,038		-	11.9%	16.1%	18.0%	19.1%	19.6%		
	133.21	38,794	929,094	1,382,967	1,705,810	1,850,223		-	11.9%	16.1%	18.0%	19.1%	19.6%		
	145.32	42,402	933,193	1,387,427	1,710,516	1,855,029		-	11.9%	16.1%	18.0%	19.1%	19.6%		