



Universidad de San Andrés

Escuela de Negocios

Maestría en Administración de Negocios – MBA

Trabajo Final de Graduación

Camino

Transitando la pérdida

Autora: Jorgelina Paula Giacoia Ferriol

DNI: 32.237.890

Mentor: Ernesto San Gil

Buenos Aires, 14 de noviembre de 2020.



Universidad de San Andrés
Escuela de Negocios
Magister en Administración de Negocios



Camino

Transitando la pérdida

Jorgelina Paula Giacoia Ferriol

DNI: 32.237.890

Mentor: Ernesto San Gil

Buenos Aires, 14 de noviembre de 2020.

Resumen ejecutivo

1 de cada 10 embarazos se pierde. En Argentina alrededor de 80.000 mujeres por año sufren un aborto espontáneo.

En la clínica psicoanalítica observamos como las consecuencias de un aborto espontáneo se prolongan en el tiempo, evidenciando angustia sostenida, duelos sin tramitar y miedos que se trasladan a nuevos embarazos.

La principal raíz de esta sintomatología psíquica es la experiencia traumática que acontece en el momento del aborto. Cuando las pacientes se hacen presente en las clínicas para recibir atención médica se encuentran con un sistema de salud que se enfoca únicamente en aspectos biológicos, dejando de lado la salud mental. No se ofrece contención emocional de ningún tipo y se expone a las pacientes a un tratamiento que carece en primer lugar de empatía, y, en segundo lugar, de preparación profesional para lidiar con la pérdida.

Para revertir esta situación el proyecto propone incluir psicólogos en las guardias obstétricas, transformando la atención médica en integral.

Existe un problema real, los servicios de salud no están preparados para enfrentarse con la pérdida de un embarazo. Nosotros ofrecemos una solución concreta, poner a disposición un equipo de psicólogas especializadas en duelo perinatal que trabajen con los médicos como parte de un equipo interdisciplinario.

No es un beneficio únicamente para las pacientes, quienes recibirían una atención integral, sino también para las prepagas, a quienes se ofrecerá el servicio. El hecho de que la paciente esté acompañada y sobretodo informada una vez que aconteció la interrupción del embarazo ayuda evitar futuros gastos adicionales que podrían evitarse, como ser: consultas médicas adicionales porque las pacientes desconocen el procedimiento médico que deben seguir, nuevas interrupciones de embarazos por el estrés que genera la amenaza de aborto y menores tiempos de recuperación e internación.

Adicionalmente es un beneficio para médicos obstetras, quienes carecen de formación en salud mental y no desconocen como contener apropiadamente a las pacientes. Ellos, como parte de un equipo multidisciplinario, serían nuestros principales aliados e influenciadores.

La forma de llevar a cabo el proyecto es a través de un modelo de negocio B2B, donde se ofrece el servicio de atención psicológica en la emergencia a

clínicas privadas y prepagas por un valor fijo mensual y un honorario variable por paciente.

Los costos de lanzamiento y la inversión que se requiere para hacerlo son bajos. El retorno es muy bueno y le permite al negocio sostenerse y escalar sanamente para cubrir la atención de cada vez más pacientes.



Universidad de
San Andrés

Índice

Contenido

Resumen ejecutivo	2
Índice.....	4
Agradecimientos.....	9
Introducción y antecedentes.....	10
Capítulo 1: El cliente	12
1.1 Usuarías.....	12
Segmentos	12
Perfil de las usuarias	12
Validación de necesidad y obtención de conocimiento (<i>insights</i>).....	13
Arquetipo de usuaria	13
Propuesta de valor (<i>value proposition canvas</i>) para usuarias.....	14
1.2 Clientes.....	14
Segmentos	14
Validación de necesidad con los clientes	15
Arquetipo de cliente	15
Propuesta de valor (<i>value proposition canvas</i>) para clientes	16
1.3 Influenciadores	16
Segmentos	16
Validación de necesidad con los médicos.....	16
Propuesta de valor (<i>value proposition canvas</i>) para los médicos	17
Capítulo 2: Propuesta de valor	18
Descripción de la propuesta de valor.....	19
Beneficios y diferencial de la propuesta de valor.....	20
Capítulo 3: Producto ajustado al mercado (<i>product market fit</i>).....	22
Experimentos realizados para validar la propuesta de valor.....	22
Experimento 1 – Campaña en Facebook.....	22
Aprendizajes del experimento 1	23
Experimento 2 – Encuesta en Survey Monkey.....	24

Aprendizajes del experimento 2	24
Capítulo 4: El tamaño de la oportunidad, la competencia, el contexto y la industria.....	25
Tamaño de la oportunidad – Mercado objetivo.....	25
TAM (total available market)	25
SAM (service available market).....	25
SOM (service obtainable market).....	26
Competencia.....	27
Contexto	28
Capítulo 5: El modelo de negocios.....	31
Business Model Canvas	31
Lógica del negocio.....	32
Actividades principales.....	32
Actividades adicionales.....	33
Insumos.....	33
Alianzas clave (<i>key partnerships</i>).....	33
Modelo de ingresos y pricing	34
Capítulo 6: Estrategia de la marca.....	36
Plan de comunicación.....	36
Audiencia	36
Medios.....	37
Contenido.....	37
Comunidad.....	37
Propuesta de marketing.....	39
Métricas.....	40
Conclusión.....	40
Capítulo 7: Recursos, procesos y plan operativo.	41
Recursos.....	41
Proceso.....	42
Proceso metodológico.....	42

Flujo de proceso operacional	43
Cuello de botella	43
Capacidad	43
Análisis.....	44
Conclusiones	45
Capítulo 8: Implementación del negocio	46
Capítulo 9: Equipo y estructura.	48
Equipo emprendedor	48
Estructura directiva	49
Capítulo 10: Finanzas. Resultados económicos y financieros - Requerimientos de inversión – Viabilidad del negocio.	51
Contexto macro y microeconómico.....	51
Modelo de generación de beneficios	52
Ingresos	52
Costos	55
Consideraciones adicionales.....	55
Estado de resultado	57
Requerimientos de inversión y financiamiento.....	57
Flujo de caja.....	58
Retorno de la inversión	59
Viabilidad financiera del negocio	59
Conclusión	60
Capítulo 11: Aspectos legales	61
Seguro de mala praxis	61
Documentación requerida.....	61
Capítulo 12: Fuentes y bibliografía.....	62
Capítulo 13: Anexos	64
Anexo 1: Arquetipos iniciales.....	64
Anexo 2: Entrevistas a usuarias	65

Entrevista 1 - Segmento: Mujeres de entre 18 y 45 años que perdieron uno o más embarazos en la etapa temprana de gestación (1° trimestre)	65
Entrevista 2 - Segmento: Mujeres de entre 18 y 45 años que perdieron uno o más embarazos en la etapa avanzada de gestación (2° y 3° trimestre)	66
Entrevista 3 - Segmento: Mujeres de entre 18 y 45 años que perdieron uno o más embarazos producto de una fertilización asistida	69
Anexo 3: Mapas de empatía – Usuaris	71
Segmento: Mujeres de entre 18 y 45 años que perdieron uno o más embarazos en la etapa temprana de gestación (1° trimestre).....	72
Segmento: Mujeres de entre 18 y 45 años que perdieron uno o más embarazos en la etapa avanzada de gestación (2° y 3° trimestre)	73
Segmento: Mujeres de entre 18 y 45 años que perdieron uno o más embarazos producto de una fertilización asistida.....	73
Anexo 4: Mapas de empatía – Cliente	74
Anexo 5: Entrevistas a influenciadores	74
Anexo 6: Mapas de empatía – Influenciadores	76
Segmento: médicos obstetras que realizan guardias.....	76
Segmento: médicos obstetras que no realizan guardias.....	76
Anexo 7: Casos y abordajes	76
Anexo 8: Card del experimento 1	77
Anexo 9: Imagen de campaña	78
Anexo 10: Evidencia de experimento 1	79
Anexo 11: Posteo de @gineconline	80
Anexo 12: Card de evidencia y aprendizajes – experimento 1	81
Anexo 13: Card del experimento 2	82
Anexo 14: Evidencia de experimento 2	82
Anexo 15: Card de evidencia y aprendizajes – experimento 2	83
Anexo 16: Mapa de clínicas posibles en CABA	83
Anexo 17: Competencia actual	84
Anexo 18: Cuadro coseguos	84
Anexo 19: Gantt de horarios y profesionales	85
Opción 1	85

Opción 2.....	86
Opción 3.....	87
Anexo 20: Caracterización de los tipos de proceso	87
Anexo 21: Flujo de proceso	88
Anexo 22: Tiempo máximo de traslado	88
Anexo 23: Utilización (%).....	89
Anexo 24: Equipo	89
Anexo 25: Salarios del equipo	89
Anexo 26: Informe de bonos ajustables por CER	91



Universidad de
San Andrés

Agradecimientos

A mis profesores y mentores, a mis compañeros, a mi familia y en especial a todas las mujeres que se acercaron y me compartieron su historia.

Gracias por ayudarme a encontrar una manera de transformar en luz tanta oscuridad.



Universidad de
San Andrés

Introducción y antecedentes

En octubre de 2018, me encontraba cursando mi tercer embarazo, cuando una tarde no me sentía muy bien y decidí acercarme a una guardia de mi prepaga para corroborar que todo estuviera en orden. Luego de casi dos horas de espera nos recibió, a mi marido y a mí, una médica que ordenó una ecografía de rutina. Minutos después nos enterábamos de una forma fría y sin anestesia que nuestro embarazo de 20 semanas se había interrumpido.

Las horas siguientes en la clínica fueron irremediablemente tristes, pero además muy traumáticas. Completamente vulnerables y con desconocimiento absoluto del proceso, nos encomendamos a un sistema de salud que no supo ni informarnos, ni contenernos.

El relato de lo acontecido en la internación es desgarrador y alcanza simplemente con decir que la crueldad a la que fuimos sometidos, fue extrema.

Unos días después, ya reincorporada a mi rutina diaria, comencé a notar que se me acercaban muchas mujeres que habían pasado por lo mismo a contarme su propia historia. Así fue que comencé a escuchar sus relatos y sus padecimientos.

Mi formación como psicóloga clínica, me hizo dar cuenta que se trataba de duelos silenciosos donde la experiencia traumática quedaba cristalizada y sin posibilidad de tramitación mediante la palabra. El dolor estaba como estancando y cuando relataban lo que les había tocado vivir, el dolor se escuchaba atemporal.

Así surgía “Camino”, un proyecto que buscaba otorgar ayuda psicológica a mujeres que habían atravesado la interrupción involuntaria de uno o más embarazos.

Con esta necesidad en mente y con la idea de crear una organización sin fines de lucro, me dispuse a investigar la temática y relevar puntos de dolor de las posibles usuarias del servicio. Entrevisté y conversé con decenas de mujeres que habían tenido una o más interrupciones de embarazo, en diferentes trimestres y circunstancias.

Lo que encontré en mi búsqueda fue una necesidad insatisfecha aún más desatendida y bastante más relevante.

Los relatos de las mujeres que habría sufrido abortos espontáneos, daban cuenta de la ineficiencia de los sistemas de salud para lidiar con la pérdida de un embarazo. Se hacía imperioso entonces trabajar en una etapa incluso anterior, en el momento mismo en que se produce la experiencia traumática.

Si los sistemas de salud no están preparados para brindar una atención integral, hay que transformar los mismo para que así lo hagan.

Siendo el sujeto un ser bio-psico-social, las consecuencias de un abordaje médico que sólo se ocupa de lo físico, son notorias.

La forma de transformar la atención médica en integral, es sumando a la salud mental en la ecuación.

El proyecto original debía ser modificado para adaptarse a las necesidades reales de las pacientes.

Con el fin de construir el modelo de negocio se realizaron entrevistas a los distintos actores (usuarias, clientes, médicos) para relevar puntos de dolor y recompensas. Con la información obtenida se confeccionaron mapas de empatía y se diseñó la propuesta de valor que luego se validó con las posibles usuarias utilizando experimentos digitales. Finalmente se confeccionó el modelo de negocio (*business model canvas*).

En base a lo mencionado, se pensó en un negocio de baja inversión, con rentabilidad sostenida y escalable desde el primer año.

Sin perder de foco la misión de la organización que apunta a contener y acompañar a mujeres y cuerpos gestantes en la interrupción involuntaria de un embarazo.

Capítulo 1: El cliente

Debido a que el proyecto se enfoca en la atención a mujeres en el momento en que se produce la interrupción del embarazo, pero el servicio se ofrece a pre-pagas y a clínicas privadas, no es posible hablar solamente de clientes, sino que es necesario identificar 3 partes interesadas:

- Las usuarias: mujeres de entre 18 y 45 años con interrupción de 1 o más embarazos que poseen una prepaga.
- Los clientes: directivos de pre-pagas o clínicas privadas.
- Los influenciadores o aliados: médicos obstetras que prestan servicio de guardia.

1.1 Usuarías

Se trata de mujeres de entre 18 y 45 años con interrupción de uno o más embarazos cuyo servicio de salud sea provisto por una prepaga.

Segmentos

Se relevaron 3 segmentos posibles:

- Mujeres de entre 18 y 45 años con interrupción de uno o más embarazos en la etapa temprana de gestación (1° trimestre).
- Mujeres de entre 18 y 45 años con interrupción de uno o más embarazos en la etapa avanzada de gestación (2° o 3° trimestre).
- Mujeres de entre 18 y 45 años con interrupción de uno o más embarazos producto de una fertilización asistida.

Perfil de las usuarias

- Sexo: Mujeres
- Edad: entre 18 y 45 años
- Clase social: Media- media alta
- Acceso al sistema de salud: a través de una prepaga
- Característica: que haya atravesado la interrupción de uno o más embarazos.

Validación de necesidad y obtención de conocimiento (*insights*)

Se diseñaron arquetipos iniciales¹ y en función de ellos se realizaron entrevistas² a mujeres de los diferentes segmentos con el fin de relevar información sobre sus experiencias y emociones, validar necesidades insatisfechas y obtener insights.

Con la información obtenida de las entrevistas se construyó un mapa de empatía para cada uno de los segmentos³ y se extrajeron los siguientes insights:

- El “poner el cuerpo” para un embarazo tiene un correlato simbólico muy fuerte, que sólo una mujer puede entender. Se necesitan doulas* que acompañen en la pérdida también.
- La angustia obtura la palabra. Hay que generar un marco clínico que dé lugar a la palabra para comenzar a trabajar el proceso de duelo.
- La maternidad será “deseada y exitosa”. Todo lo que no quepa en los estos cánones sociales se debe ocultar o callar.
- La posmodernidad con su liquidez, promueve lo fácil, lo rápido y superfluo. Las redes sociales crearon una cultura de "felicidad" que es muy irreal. El padecimiento, el dolor, la frustración y la vulnerabilidad, no encuentra asidero, por lo tanto, no aparece pregunta posible. Lo virtual con su ilusoria perfección favorece la alienación.
- Los servicios de salud no están preparados para atender la interrupción de un embarazo. Brindan asistencia médica, pero no contención.

Arquetipo de usuaria

En función de los mapas de empatía y las entrevistas, se construyó un arquetipo de persona.



Paula - 32 años - En pareja – NSE: Medio/alto – Prepaga: Galeno Oro.

“Soy diseñadora industrial, trabajo en una empresa de transporte hace 15 años. Vivo con mi pareja y mi hija de 7 años en CABA.

Perdí mi primer embarazo a los 23 años de edad en la semana 8 de gestación.

¹ Ver “Anexo 1: Arquetipos iniciales”.

² Ver “Anexo 2: Entrevistas a usuarias”.

³ Ver “Anexo 3: “Mapas de empatía - Usuarías”.

Luego tuve a mi hija y 6 años después decidimos agrandar la familia y volví a quedar embarazada de manera natural. En la semana 20 de gestación supimos que el embarazo se había interrumpido.

La experiencia en la clínica esa noche fue horrible, de las cosas más duras que nos tocó vivir. Un abandono y un maltrato increíble. Ya pasaron 2 años y todavía no me animo a volver a quedar embarazada.

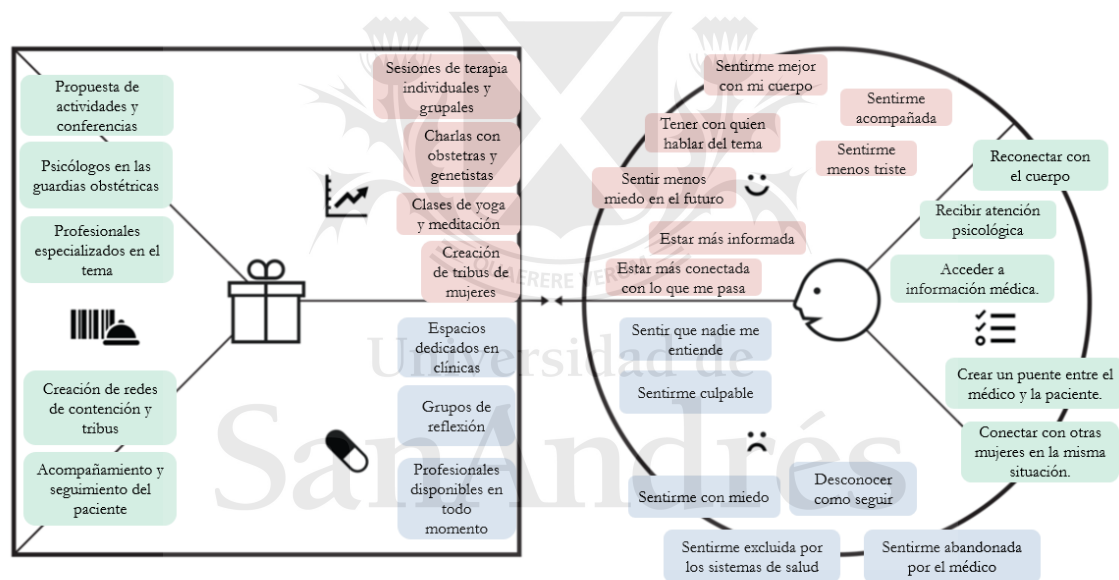
Visité algunos médicos de la prepaga en estos años, pero con ninguno me sentí contenida.

En mi grupo de amigas todas quedaron embarazadas después que yo, así que nunca hable del tema.

Busco información en internet, y sigo cuentas en redes sociales que tengan algo que ver con el tema, porque no hay mucho sobre pérdida gestacional.

Me interesan los artículos, las charlas y los perfiles de Instagram que proponen nuevas formas de maternidad.”

Propuesta de valor (value proposition canvas) para usuarias



1.2 Clientes

Se trata de directivos de prepagas o clínicas privadas.

Segmentos

Se relevaron 2 segmentos posibles:

- Directivos de clínicas privadas que cuentan con un servicio de maternidad.
- Directivos de pre-pagas

Validación de necesidad con los clientes

Al igual que se hizo con las usuarias, se realizaron entrevistas con el fin de corroborar el interés de las prepagas en solucionar una necesidad insatisfecha de las usuarias y obtener sus insights.

Con la información obtenida de las entrevistas se construyó un mapa de empatía⁴ y se extrajeron los siguientes insights:

- Existe un círculo vicioso: las mujeres no hacen reclamos por temas relacionados con la interrupción de un embarazo porque es un tema del que prefieren no hablar, por lo tanto, al no recibir quejas, los sistemas de salud no reconocen que se trata de una necesidad insatisfecha.
- En los últimos años los feminismos han logrado diferentes conquistas relacionadas a nuevas formas de pensar a la mujer, personal y profesionalmente. La generación de mujeres que hoy se encuentran entre los 18 y los 25 años, en el corto plazo demandará nuevas formas de atención por parte de los servicios de salud.
- Gracias a las metodologías ágiles hoy se mapean los puntos de contacto de un cliente y las prepagas empiezan a notar una falencia en la atención brindada a mujeres cuyo embarazo se interrumpió.

Arquetipo de cliente

En función del mapa de empatía y las entrevistas, se construyó un arquetipo de persona:



Andrés - 58 años - NSE: Alto - Directora en Clínica Bazterrica - Licenciada en Administración de empresas.

“Mi nombre es Andrés, y soy Director de la División Clínicas. Hace 3 años me desempeño en este puesto dado que antes era Gerente de Planeamiento y Control de Gestión.

Estoy casado y tengo 2 hijos, de 28 y 26 años. Afortunadamente nunca pase por la pérdida de un embarazo, pero tengo amigos y familiares que sí.

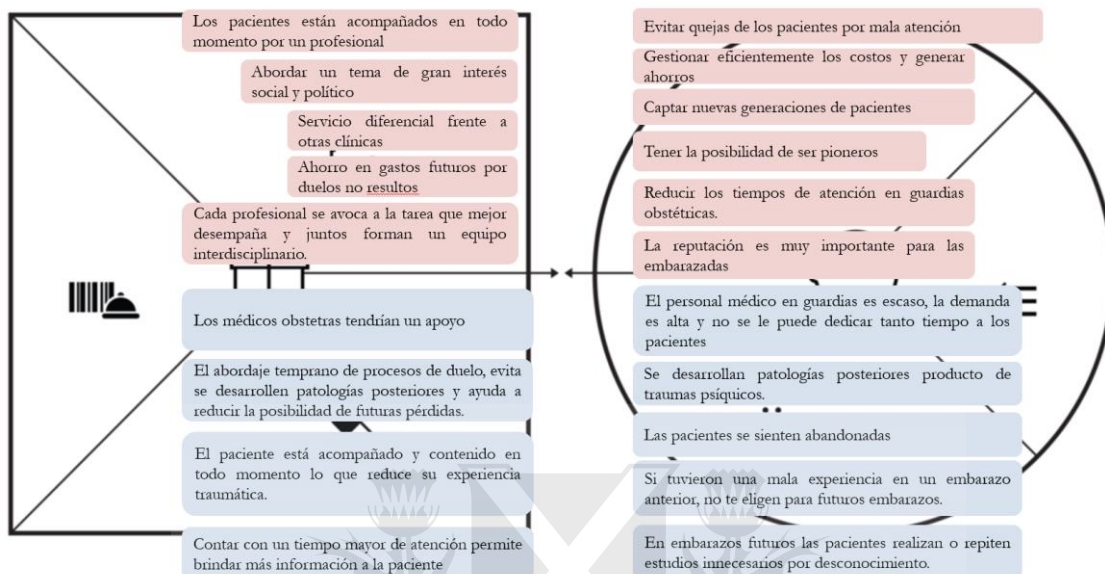
Asiduamente tengo contacto con los jefes de las distintas áreas, intento conocer sus problemáticas a fin de encontrar soluciones. Aunque mi principal función es asegurar la eficacia operacional y me preocupo por mantener un eficiente manejo en los costos.

Adicionalmente, me interesa contar con profesionales de calidad para brindar una atención de excelencia. No dedicamos mucho presupuesto a la innovación, simplemente mantenemos

⁴ Ver “Anexo 4: “Mapas de empatía - Clientes”.

actualizados los equipos. Es muy costo estar a la vanguardia de la medicina. Nuestro foco no es la tecnología de avanzada, sino los profesionales con los que contamos.”

Propuesta de valor (*value proposition canvas*) para clientes



1.3 Influenciadores

Se trata de médicos obstetras que trabajan en clínicas privadas.

Segmentos

Se relevaron 2 segmentos posibles:

- Médicos obstetras que realizan guardias.
- Médicos obstetras que no realizan guardias.

Validación de necesidad con los médicos

Del mismo modo que se hizo con las usuarias y los clientes, se realizaron entrevistas⁵ con el fin de corroborar el interés de los médicos en formar un equipo interdisciplinario con psicólogas.

Con la información obtenida de las entrevistas se construyó el mapa de empatía⁶ para cada uno de los segmentos y se extrajeron los siguientes insights:

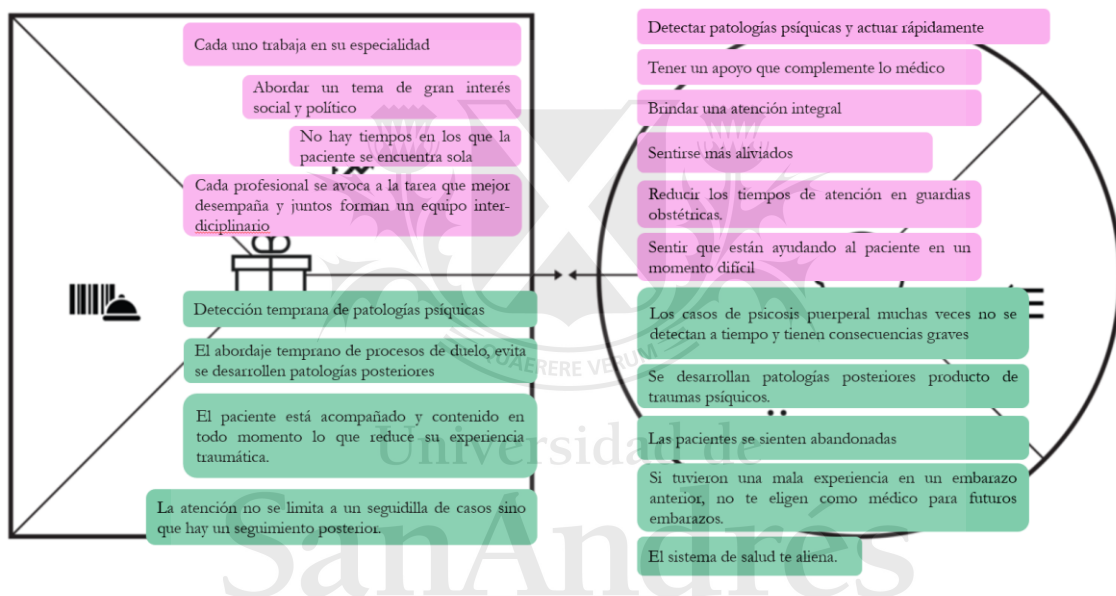
- Los médicos solo tienen apoyo de psiquiatría en casos de psicosis, pero las neurosis no son tratadas y mucho menos derivadas.

⁵ Ver “Anexo 5: Entrevistas a Influenciadores”.

⁶ Ver “Anexo 6: “Mapas de empatía - Influenciadores”.

- Hay cuadros como el síndrome fosfolipídico, en donde la paciente pierde de 6 a 8 embarazos en las primeras 10 semanas y no recibe contención alguna por parte del sistema de salud.
- Ambos segmentos se muestran interesados en la salud psíquica de sus pacientes y podrían ser influenciadores, pero en diferente forma. El médico que no realiza guardias, está comprometido con el bienestar del paciente, recomendaría el servicio y derivaría pacientes porque se queda tranquilo que van a estar contenidas emocionalmente. El médico que trabaja en guardias tiene alta demanda de trabajo y sería de gran alivio contar con un apoyo.

Propuesta de valor (*value proposition canvas*) para los médicos



Capítulo 2: Propuesta de valor

Para construir una propuesta de valor que resulte relevante para todas las partes interesadas se realizaron entrevistas con pacientes, médicos y el directivo de la prepaga Swiss Medical Group.

En primer lugar, se relevó información sobre los distintos tipos de casos y como los mismos pueden variar en función del trimestre en el que se encuentra el embarazo. Luego, con una idea más formada sobre la situación médica de las pacientes, se entrevistaron decenas de mujeres que atravesaron la interrupción involuntaria de sus embarazos en diferentes trimestres, con diferentes médicos, algunas sólo una vez, otra más de seis, solas o acompañadas por su pareja o familia.

Conversar con las pacientes que sufrieron un aborto espontáneo permitió dar cuenta que no se trata de situaciones aisladas, la violencia obstétrica, el sentimiento de abandono y el vivir experiencias traumáticas son una moneda común en el tratamiento de estos casos. Mujeres que pasan horas en guardias médicas sin la visita de un profesional o que son internadas en los pisos de maternidad mientras esperan se produzca el aborto, son sólo algunos ejemplos de lo que ocurre a diario.

Entrevistar mujeres que atravesaron la pérdida de un embarazo, también evidenció una angustia latente cuya atemporalidad daba cuenta de un duelo incompleto y de experiencia traumática no tramitada psíquicamente.

Ya con información sobre el tratamiento recibido, la percepción de las pacientes sobre los servicios de salud y sus procesos personales de duelo, se entrevistaron médicos obstetras que trabajan en servicios de guardia con el fin de conocer su visión sobre la atención que se brinda a pacientes con aborto espontáneo e indagar que necesidades tienen en relación al servicio que ofrecen. Nuevamente se corroboró que la percepción de las pacientes era acertada y que efectivamente los médicos no están preparados para contener emocional y psíquicamente a las pacientes en la pérdida. La formación que reciben los prepara únicamente para casos urgentes como la psicosis puerperal, pero deja de lado el resto de las estructuras psíquicas y como las mismas reaccionan frente a la pérdida.

Finalmente se entrevistó a Miguel Blanco, Director General de Swiss Medical Group, y potencial cliente, para corroborar que la propuesta de valor le resultara atractiva y cubriera necesidades insatisfechas de las pacientes, los servicios de salud y sus profesionales. La propuesta no sólo le resulto interesante la propuesta, sino también necesaria. Y manifestó que es una problemática que ya tienen identificada para la cual aún no encuentran solución.

Descripción de la propuesta de valor

La propuesta de valor apunta a transformar la atención médica en integral, mediante el pasaje de un equipo puramente médico a uno interdisciplinario que incluya salud mental.

Para ello se pondrá a disposición un equipo de psicólogas especializadas en duelo perinatal cuya función será brindar asistencia a mujeres y cuerpos gestantes en el momento que se produce la interrupción del embarazo.

La entrega de la propuesta de valor se realiza mediante dos tipos de abordajes: en la emergencia y posterior.

Abordaje en la emergencia

Los sistemas de salud se enfocan en resolver los temas médicos, pero no brindan ningún tipo de contención emocional a la paciente que está atravesando un momento de angustia y estrés.

En muchos casos enfocarse sólo en la patología y su tratamiento lleva a un olvido de la paciente como sujeto y se llega a niveles de violencia obstétrica que son nocivos y traumáticos.

Contar con un grupo de psicólogas especializadas en duelo perinatal y gestacional que brinden contención a la paciente y su familia y que, a su vez, sean puente para mejorar la comunicación con el médico, es un beneficio que hoy no existe y que puede ayudar para que la pérdida de un embarazo sea una situación dolorosa, pero no traumática.

Abordaje posterior

Adicional a la atención en la clínica, el servicio incluirá un seguimiento de la paciente en los 10 días posteriores.

Una profesional del equipo brindará atención psicológica mediante video llamada para trabajar el comienzo del proceso de duelo y reconstrucción de la imagen corporal.

Además, desde la organización se coordinarán distintos grupos (tribus) para transitar la pérdida y gestionar una red donde poder hablar del tema con otras mujeres en la misma situación. Adicionalmente, se ofrecerán charlas con diferentes profesionales de la salud (obstetras, genetistas).

Actividades adicionales

Todas las pacientes que quieran iniciar tratamiento psicológico con alguna de las profesionales del equipo, tendrán la posibilidad de comenzar psicoterapia de manera arancelada.

Del mismo modo, se ofrecerán actividades, cursos o seminarios de terapias alternativas: rito del útero, meditaciones de sanación, entre otros.

Beneficios y diferencial de la propuesta de valor

Los abortos espontáneos se producen en, como mínimo, el 10% de los embarazos. Las pacientes deben, por un lado, enfrentar su propio dolor y por el otro, hacer frente a la crueldad a la que muchas veces se ven expuestas por un sistema de salud que las ve únicamente como una patología que se debe abordar.

Además, es un tema del que casi no se habla y por lo tanto los duelos son solitarios y silenciosos. El trauma queda cristalizado y sus ramificaciones inconscientes luego se observan con temporalidad casi intacta en el análisis individual de las pacientes (aquellas que realizan).

Por lo tanto, incluir la palabra como vehículo para la cura en un beneficio a corto y largo plazo.

Siempre considerando los diferentes casos⁷ y adaptando el abordaje en función de ello.

Muchas prepagas ya empezaron a incluir este tipo de servicios en algunas de sus áreas porque entienden que los pacientes demandan de ellos un abordaje más integral. Por ejemplo, Swiss Medical cuenta con un equipo de psicólogos

⁷ Ver "Anexo 7: Casos y abordajes"

infantiles trabajando en oncológica⁸. Cuando se consultó a Miguel Blanco, Director general de Swiss Medical, sobre la posibilidad de incluir psicólogos en las guardias médicas, comento que al resultaría relevante puesto que, cuando mapeamos los puntos de contacto de una paciente embarazada descubrieron que poseían una falencia en los casos que el embarazo se interrumpe.

Sin embargo, no sólo es conveniente para la prepaga porque asiste de manera integral a la paciente, sino que también, el hecho de que la paciente esté acompañada y sobretodo informada una vez que aconteció la interrupción del embarazo ayuda evitar futuros gastos adicionales que podrían evitarse. Por ejemplo, consultas médicas adicionales porque las pacientes desconocen el procedimiento médico que deben seguir, nuevas interrupciones de embarazos por el estrés que genera la amenaza de aborto, menores tiempos de recuperación. Mariana, una de las obstetras entrevistadas, comentó que muchas veces los médicos están en un parto o atendiendo consultas y recién pueden ver a la paciente 5 hs después del diagnóstico. Por lo que contar con un puente entre el paciente y el médico, mejoraría la comunicación y brindaría una atención más eficiente.

Universidad de
San Andrés

⁸ Swiss Medical Group cuenta con un equipo de psicólogos trabajando en oncología infantil y recientemente sumo la “pet therapy” como terapia adicional.

Capítulo 3: Producto ajustado al mercado (*product market fit*)

La propuesta de valor apunta a cubrir las necesidades de los 3 grupos de interés: pacientes, médicos y prepagas. La misma, se armó en función de los dolores (*pains*), las recompensas (*gains*) y los trabajos a realizarse (*jobs to be done*) de cada segmento.

Para revelar información de las pacientes y corroborar las hipótesis planteadas en una etapa inicial del proyecto, se diseñó un experimento digital que incluía una campaña en redes y una encuesta.

Experimentos realizados para validar la propuesta de valor

En primer lugar, se diseñó el flow del experimento digital con el fin de mapear el proceso.



Experimento 1 – Campaña en Facebook

Diseño de experimento⁹

Se decidió realizar el experimento en Facebook por ser la red social más adecuada para el target de audiencia. Sin bien Instagram es una red más actual, el target de la audiencia que se busca impactar utilizar Facebook como red para expresar opiniones y deseos.

- Segmentación: apuntada a un público maduro que haya podido elaborar en mayor o menor medida la interrupción de uno o más embarazos.

⁹ Ver “Anexo 8: Card experimento 1”

- Imagen¹⁰: La imagen fue diseñada por la artista Belén Berri. La misma busca, de una forma sutil y bella, transmitir la tristeza que siente una mujer que pasa por la interrupción de uno o más embarazos.

La imagen representa a una mujer llorando, con los ojos cerrados, encerrada en su dolor y busca transmitir que la pérdida de un embarazo es muy personal. La elección de colores y las formas circulares del dibujo apunta a evocar imágenes inconscientes asociadas a lo femenino y la maternidad. La simpleza del dibujo convoca arquetipos relacionados con lo originario, más específicamente con las tribus, ya que el proyecto tiene como uno de sus objetivos la creación de tribus de mujeres que se acompañen y sostengan en la pérdida.

- Anuncios¹¹: A/B testing con la misma imagen, pero diferente copy. El CTA en ambos fue “más información” y serviría para medir la cantidad de visitas en la web.

Copy anuncio A: Perder un embarazo fue difícil, pero hoy siento que mi historia puede ayudar a otras mujeres. La tuya también.

Copy anuncio B: Si vos también pasaste por la pérdida de un embarazo, hoy podés ayudar a otras en esa misma situación.

- Landing page: Dado el proyecto se encontraba en una etapa muy inicial, la página no contenía mucha información sobre la propuesta de valor, sino que buscaba generar empatía con otras mujeres.
- Sitio web: proyectocaminho.wixsite.com/misitio

Aprendizajes del experimento 1

Se realizó el experimento partiendo de la creencia que presume que, a pesar del paso del tiempo, a todas las mujeres que atravesaron la interrupción de un embarazo el tema las sigue convocando. La campaña en redes buscaba corroborar o refutar esa hipótesis.

La evidencia recolectada no fue suficiente para comprobar si la hipótesis era correcta o debía ser refutada. Sin embargo, en la misma semana que se realizó el experimento, una influencer que aborda temas de ginecología¹², realizó

¹⁰ Ver “Anexo 9: Imagen de campaña”

¹¹ Ver “Anexo 10: Evidencia de experimento 1”

¹² Ver “Anexo 11: Posteo de @gineconline”

un posteo sobre el tema hablando de la importancia de visibilizar la temática y respetar los procesos de duelo. El mismo recibió más de 1000 respuestas, la mayoría de mujeres, que relataban experiencias dolorosas en relación a la interrupción de uno o más embarazos.

El experimento tenía como fin el ayudar a construir el MVP y para ello era necesario conocer si la hipótesis sobre la que se basaba el mismo era correcta, independientemente del modo en que la misma se haya corroborado¹³.

Experimento 2 – Encuesta en Survey Monkey

Diseño de experimento¹⁴

Encuesta en Survey Monkey

- Segmentación: apuntada a un público maduro que haya podido elaborar en mayor o menor medida la interrupción de uno o más embarazos y se encuentra dispuesto a responder preguntas sobre el tema. Utilizando la campaña de facebook como disparador de visitas a la landing page y envío de encuesta referidos.
- Encuesta: <https://es.surveymonkey.com/r/proyectocaminho>

Aprendizajes del experimento 2

El experimento se realizó para corroborar la hipótesis que indica que muchas mujeres buscan información en internet sobre el tema.

Los resultados de la encuesta¹⁵ mostraron que el 81% de las mujeres, así lo hace.

Por lo tanto, es conveniente construir dos páginas distintas: una destinada a las usuarias en las que se muestre información del servicio, donde encontrarnos y se brinde información sobre la temática. Y otra, destinada a los clientes contando como se realizar la entrega de la propuesta de valor¹⁶.

¹³ Ver “Anexo 12: Card de evidencia y aprendizajes – experimento 1”

¹⁴ Ver “Anexo 13: Card experimento 2”

¹⁵ Ver “Anexo 14: Evidencia de experimento 2”

¹⁶ Ver “Anexo 15: Card de evidencia y aprendizajes – experimento 2”

Capítulo 4: El tamaño de la oportunidad, la competencia, el contexto y la industria.

Tamaño de la oportunidad – Mercado objetivo

TAM (total available market)

Para conocer el mercado total se tuvieron en cuenta los siguientes datos y fuentes:

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que entre el 10-15% de los embarazos se interrumpen voluntariamente.
- El Portal Nacional de Datos Abiertos¹⁷, informa que la tasa de natalidad en Argentina en el año 2018 (último año publicado) era del 15,4 nacimientos cada 1.000 habitantes.
- El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), publicó el 01 de julio de 2020, que la población total de Argentina es de ~45 millones de personas.

Por lo tanto, teniendo en cuenta la información mencionada, es posible inferir que es en Argentina se producen ~698 mil nacimientos por año. Si tomamos el porcentaje de la OMS sobre embarazos que se interrumpe involuntariamente, podemos considerar que los 698 mil nacimientos corresponden al 90% de los embarazos éxitos. Y que existen aproximadamente ~77 mil embarazos en los que se produce un aborto espontáneo.

SAM (service available market)

El mercado potencial a mediano plazo, apunta a brindar servicio en CABA y GBA, pero podrían considerarse Córdoba y Santa Fe como potenciales.

Con los mismos datos, pero ajustados a las provincias mencionadas, se realizó el cálculo de potenciales pacientes.

Provincia	Nacimientos cada 1.000 habitantes	Habitantes	Nacimientos	Embarazos interrumpidos
CABA	11,6	3.075.646	35.677	3.964
GBA	14,6	17.541.141	256.101	28.456
Córdoba	14,5	3.760.450	54.527	6.059
Santa Fe	14,8	3.536.418	52.339	5.815
TOTAL			398.644	44.294

¹⁷ Datos.gob.ar

Para brindar una atención acorde que cumpla con la propuesta de valor y la promesa de servicio realizada a las pacientes, es necesario contar con un equipo de profesionales capacitados en duelo perinatal y muerte gestacional. Además de encontrarse capacitados para realizar tratamientos en formato de psicoterapia breve. En función de lo mencionado, se estima que contar con un equipo lo suficientemente amplio para cubrir la demanda de ~44 mil pacientes desde el comienzo, llevaría demasiado tiempo. Por tal motivo, y considerando que al día de hoy se cuenta con un equipo capacitado, se pensó en realizar una prueba piloto en pocas clínicas de la Ciudad de Buenos Aires. Lo que permitiría testear el servicio y sus beneficios para las pacientes mientras se forman nuevas profesionales.

SOM (service obtainable market)

En una etapa inicial del proyecto, y a modo de prueba piloto, se buscará satisfacer la demanda de 3 clínicas de CABA en el primer año y finalizar el segundo año con 9¹⁸, mientras se forman nuevos profesionales para cubrir una demanda aún mayor.

Para conocer los potenciales pacientes y posible demanda, se consultó con diferentes obstetras de guardia la cantidad de consultas diarias que se reciben.

La conclusión a la que se arribó es que el mercado difiere mucho entre en GBA y CABA. En GBA por guardia (período de 24hs.) se atienden ~8 casos de aborto espontáneo, mientras que en CABA se atiende entre 1 y 3 casos. Sin embargo, eso refiere únicamente a pacientes que se internan para ser tratadas con medicación o ser intervenidas quirúrgicamente. Las consultas ascienden a 10-12 y 5-7 por guardia respectivamente. A algunos de esos casos, se les indica tratamiento ambulatorio.

Es importante considerar dos cuestiones: la primera, es que no todas las pacientes con internación van a desear recibir asistencia psicológica. La segunda, es que muchas pacientes con tratamiento ambulatorio probablemente se retiren sin consultar con la psicóloga.

¹⁸ Ver "Anexo 16: Mapa de clínicas posibles en CABA".

Por lo tanto, para estimar el mercado objetivo se consideraron 2 pacientes por día por clínica que es promedio de CABA, obteniendo (en una visión conservadora del mercado) un total de 2.900 pacientes el primer año y 5.800 el segundo.

Del tercer año en adelante, la atención no sería sólo en CABA, sino que se extendería a algunas clínicas del AMBA, es por eso que en las estimaciones se consideraron 3 pacientes por día, por clínica.

Competencia

En psicología la oferta de profesionales es muy amplia, sin embargo, en la mayoría de los casos el tratamiento se inicia debido a que es el/la paciente quien demanda atención. Incluso es frecuente que esto ocurra luego de un episodio traumático, como puede serlo la interrupción de un embarazo.

De las mujeres que sufren un aborto espontáneo, entre el 30% y el 50% de las pacientes, evidencian luego síntomas de ansiedad o depresión¹⁹, por lo tanto es probable que exista demanda de análisis.

De todas maneras, y partiendo de la premisa que los sistemas de salud no están preparados para lidiar con los aspectos emocionales de los pacientes, plantear la oferta de análisis en el momento en que se produce la crisis con el fin de reducir la experiencia traumática, resulta un diferenciador.

La salud aún se sigue viendo de forma segmentada, incluso cuando los pacientes están comenzando a demandar una mirada más holística. Es por eso, que algunas prepagas comenzaron a incluir la prevención primaria dentro de sus servicios. Swiss Medical Group, por ejemplo, brinda charlas a sus afiliadas embarazadas para concientizar sobre las ventajas de la lactancia materna.

En la actualidad no existe un competidor que ofrezca un servicio de atención psicológica (con profesionales especializadas en la temática) en el momento de la emergencia y que sea sin costo para la paciente, dado que se encuentra incluido en el servicio de su prepaga.

Si existen varios psicólogos especializados en duelo perinatal y pérdida gestacional, que ofrecen un dispositivo analítico con costo para la paciente y

¹⁹ Datos de la Organización Mundial de la Salud.

disponible después de ocurrido el aborto espontáneo en base a la demanda de análisis.

Otra opción, que no tiene costo para la paciente, son las organizaciones sin fines de lucro (ONGs) que brindan contención a mujeres y sus familias, pero nuevamente, son una opción a la que se puede acudir posteriormente.

Por lo tanto, la solución que propone el proyecto no posee competencia en la actualidad²⁰.

De todas formas, es importante resaltar que los competidores potenciales son muchos, dado que la barrera de entrada es muy baja. Por lo tanto, es importante desarrollar ventajas competitivas que nos permitan mantener los clientes.

Si bien la estrategia apunta a la diferenciación y a la especialización, es necesario construir alianzas estratégicas que se transformen en una ventaja frente a la competencia. Estas alianzas serán desarrolladas en el siguiente capítulo como “Alianzas clave” y en el capítulo 6, como parte del plan de marketing. Sin embargo, a modo introductorio, las mismas hacen referencia a los contratos con prepagas como Swiss Medical Group o Galeno y la alianza con referentes de la ginecología y obstetricia

Las fortalezas frente a la competencia son: establecer alianzas clave en una etapa temprana del proyecto que sean duraderas, entender profundamente y a través de experiencias personales las falencias de los sistemas de salud y la necesidad de las pacientes, interesarse genuinamente en transformar la realidad de muchas mujeres y buscar generar una comunidad activa que aporte valor y acompañe en la pérdida. Esos son los principales argumentos que atraerán usuarias y permitirán desarrollar nuevos clientes.

Contexto

El contexto socio-político actual es muy favorable para el proyecto principalmente por dos motivos, el cambio cultural que posiciona a la mujer en un nuevo ámbito y el debate sobre la posible ley de interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Cambio cultural

²⁰ Ver “Anexo 17: Competencia actual”.

Hace ya algunos años se viene gestando un cambio cultural que busca redefinir el rol de la mujer en la sociedad. Los ámbitos en los que se da está discusión van desde el profesional hasta el familiar.

En el ámbito privado se comenzó a hablar de la planificación familiar y la anticoncepción como actividades que deberían ser responsabilidad de ambos miembros de la pareja, al mismo tiempo que se cuestionan actividades en relación al cuidado de los hijos y las tareas del hogar que originalmente se consideraban de índole femenino. Además, muchas mujeres (principalmente quienes pertenecen a la generación *millennial*) están repensando la maternidad y sus diferentes formas. La tendencia que impulsa a maternar en tribu viene creciendo en los últimos años y cada vez son más las mujeres que buscan compartir la experiencia de ser madre junto a otras mujeres.

Pensar la maternidad desde una nueva perspectiva incluye también a las maternidades que no pueden ser e impulsa a reclamar que se reconozca el deseo y la pérdida en lugares y espacios que le son propios a la maternidad exitosa. Por ejemplo, redes sociales, medios de comunicación gráficos y audiovisuales.

Por lo tanto, una propuesta transformadora y disruptiva, puesto que en la dialéctica actual sólo hablamos de embarazos exitosos, no hace más que completar un cambio cultural propio del contexto actual.

Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

En Argentina existe hace años un protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo, el cual se encuentra aprobado por el Ministerio de Salud²¹, también conocido como interrupción legal del embarazo o ILE. Sin embargo, en los últimos años el reclamo de una gran parte de la sociedad, en su mayoría mujeres, busca incluir el aborto voluntario dentro del marco de la salud pública. Al punto que, en año 2018, el proyecto de ley que contempla la IVE obtuvo media sanción en diputados.

²¹ Resolución 1/2019 de Ministerio de Salud de la Nación.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/protocolo_ile_2019-2a_edicion.pdf

El proyecto de ley fue nuevamente enviado al congreso en diciembre de 2020, donde obtuvo media sanción y será debatido en la cámara de senadores en enero de 2021.

En caso que el mismo sea aprobado por senadores, los servicios de salud públicos y privados deberán estar preparados para atender medicamente a las pacientes que se presenten para practicarse un aborto. En el artículo 11 del proyecto de ley se establece que: el sector público de la salud, las obras sociales, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, las entidades y agentes de salud comprendidas en la Ley 26.682 de marco regulatorio de medicina prepaga, [...]y todos aquellos agentes y organizaciones que brinden servicios médico-asistenciales a las personas afiliadas o beneficiarias, independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar la cobertura integral y gratuita de la interrupción voluntaria del embarazo prevista en la presente ley en todas las formas que la OMS recomienda. Estas prestaciones quedan incluidas en el PMO con cobertura total, así como también las prestaciones de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo.

Además, en el artículo 7 del proyecto de ley se establece que: realizada la solicitud de interrupción voluntaria del embarazo, el establecimiento de salud debe garantizar a aquellas mujeres o personas gestantes que así lo requieran, atención de salud integral previa y posterior a la interrupción voluntaria del embarazo, que provea un espacio de escucha y contención integral.

Por lo tanto, la contención psicológica también deberá estar contemplada en estos casos, lo que haría crecer el mercado potencial de manera muy veloz.

Capítulo 5: El modelo de negocios

Business Model Canvas

Asociaciones claves	Actividades claves	Propuestas de valor
<p>Con clínicas privadas con servicio de maternidad (idealmente perteneciente a una pre-paga como puede ser el sanatorio Los Arcos).</p> <p>Con los médicos obstetras con los que se formará equipo.</p> <p>Con prestadores de servicios de terapias alternativas e instructores de yoga.</p> <p>Con influencers de ginecología y obstetricia.</p>	<p>Servicio al cliente: La experiencia del cliente es clave para lograr outcomes positivos.</p> <p>Psicoterapias breves con foco en el abordaje del conflicto.</p> <p>Actividades con miembros de la comunidad médica para generar conciencia sobre la importancia del abordaje integral de las patologías.</p>	<p>Abordaje en la emergencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acompañar en las guardias a las familias generando un puente entre la paciente y el médico. - Brindar contención y sostén. <p>- Seguimiento posterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer asistencia psicológica (individual y grupal) - Crear un espacio para trabajar la relación con el cuerpo - Brindar charlas con profesionales de la salud (obstetras, genetistas) - Coordinar grupos de reflexión grupal - Introducir terapias alternativas (rito del útero) - Creación de tribus
Recursos claves		
<p>Físicos: contar con un espacio de consultorios, una sala para charlas y clases.</p> <p>Humanos: grupo de psicólogos con especialización en duelo perinatal y psicoterapias breves.</p>		
Estructura de costos		
<p>Fijos: Salarios - Alquiler del espacio físico.</p> <p>Variables: Salario adicional variable - contratación de servicios a terceros - marketing y publicidad - capacitación</p>		

Relaciones con clientes	Segmentos de mercado
<p>La forma de fidelizar a los clientes es a través de los usuarios.</p> <p>Generar campañas de awarness primero para que los posibles usuarios estén al tanto de la existencia del servicio.</p> <p>Trabajar con un customer journey de la experiencia y en detectar pain points del usuario.</p> <p>Apuntar a una estrategia de referidos, tan importante en temas de salud.</p> <p>Generar contenido en redes sobre las tribus para sumar usuarios que son de interés para el cliente.</p>	<p>Mujeres de entre 18 y 45 años con interrupción de uno o más embarazos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En una etapa temprana de gestación (primer trimestre). - En una etapa avanzada de gestación (segundo o tercer trimestre). - Producto de una fertilización asistida.
Canales	
<p>Google search, para llegar a usuarios que buscan información en internet.</p> <p>Social Media: Crear contenido en redes y lanzar campañas de awarness.</p> <p>Mailing: Trabajar con las bases de la clínica o pre-paga para buscar nuevos usuarios.</p> <p>LinkedIn: para atraer nuevos clientes.</p> <p>Influencers: que divulguen contenido sobre nuevas formas de pensar la maternidad (no sólo como un proceso ideal y exitoso)</p>	
Fuentes de ingresos	
<p>El cobro se realizará a la prepaga y consta de un fee mensual fijo por clínica + un fee adicional por paciente atendido.</p>	

Lógica del negocio

Actividades principales

La principal actividad será llevada a cabo por un staff fijo de licenciadas en psicología con especialización en duelo perinatal y psicoterapias breves.

Dentro del Código de Ética de muchos colegios de psicología se establece que será responsabilidad del profesional, supervisar los pacientes de manera periódica con otro psicólogo para asegurar que sus intervenciones y el abordaje utilizado sea objetivos y adecuados. Esto implica realizar sesiones de análisis donde un psicólogo le hable de sus pacientes a otro psicólogo y este le brinde una devolución sobre su abordaje y metodología clínica.

Cada una de las psicólogas del equipo deberá realizar la supervisión de sus pacientes con otro profesional que le será asignado por la organización. Será condición sine qua non que cada psicóloga supervise como mínimo 1 vez al mes²²

Asimismo, el equipó deberá participar de reuniones semanales de presentación de casos, esto permitirá el debate entre profesionales y la construcción de nuevas herramientas de abordaje clínico. Asimismo, la organización desarrollará actividades y jornadas de capacitación obligatorias donde se abordarán distintas temáticas relacionadas con la práctica profesional.

Cada profesional realizará tres tipos de tareas: atención en servicios de guardia, seguimiento posterior de la paciente y facilitación del grupo o tribu.

En relación al último punto, no será tarea de la profesional la administración, ni participación en la tribu, pero sí el armado de la misma en función de las características de las diferentes pacientes. Por ejemplo, grupo de mujeres cuyo aborto se produjo en el primer trimestre o grupos de mujeres con abortos recurrentes. Al brindar análisis y contención no sólo en el momento de la emergencia, sino en los días posteriores, le permitirá a la psicóloga tener un mayor entendimiento del padecimiento de la paciente y le permitirá incluirla en una tribu que le resulte de ayuda.

²² La cantidad de supervisiones o la periodicidad de las mismas queda a criterio del analista. En este caso, la organización establece que se realice una vez por mes debido a la temática a abordar.

Por supuesto que, tanto para brindar servicio en la clínica, como para sostener un seguimiento posterior, se deberá contar con la aprobación de la paciente.

La cohesión entre cada una de las tareas, junto con el resto de las actividades ofrecidas a los usuarios será el principal punto de la creación de valor.

Actividades adicionales

Se brindarán charlas y cursos arancelados para las pacientes que quieran seguir en contacto con la organización y se les ofrecerá la posibilidad de iniciar tratamiento psicológico a quienes deseen hacerlo.

Insumos

Los principales insumos para el inicio de la actividad son el alquiler del espacio donde desarrollar las actividades de capacitación, seguimiento, supervisión y análisis de casos.

Alianzas clave (*key partnerships*)

Las asociaciones claves se van a dar con dos principales actores, las prepagas y los médicos o influenciadores.

En relación a las prepagas, el servicio no se va a transformar en un driver de compra que impulse a las pacientes a cambiar su prepaga, pero si las ayudará a corregir algunos puntos de dolor que hoy observan cuando se relevan los puntos de contacto y atención brindada a mujeres embarazadas. Incluso a futuro se pueden desarrollar nuevas capacidades para resolver demandas insatisfechas. Por ejemplo, brindar acompañamiento a padres de recién nacidos que deben quedar internados en neonatología.

Por otro lado, contar con un equipo de psicólogos cuya función principal es reducir la experiencia traumática de la interrupción de un embarazo e informar a la paciente sobre el proceso y su desarrollo ayudará a reducir el número de futuros abortos. Muchas pacientes no saben cómo seguir y desconocen que deben realizarse estudios médicos, por lo tanto, luego de un tiempo vuelven a quedar embarazadas y nuevamente sufren un aborto espontáneo. Por otro lado, el miedo de las pacientes frente a la posibilidad de una nueva pérdida aumenta el stress y es nocivo para embarazos futuros. Sólo a modo de ejemplo, una de

las tantas pacientes entrevistadas mencionaba “no quede bien después del aborto, estaba triste y no podía. Después del primero, perdí tres más”. Tal vez, contar con una asistencia integral ayuda a reducir futuros abortos lo que generaría ahorros a la prepaga en lo referido a tratamiento, internación e intervenciones quirúrgicas.

Otra alianza clave, y tal vez la más importante, es con los médicos obstetras. La cual puede darse desde dos lugares igual de importantes: por un lado, en la generación de una comunidad como parte de la estrategia de marketing (desarrollado en el capítulo siguiente) y por el otro, como miembros de un equipo interdisciplinario que busca poner al paciente en el centro de la atención. Para ello, es clave poder funcionar como puente entre el médico y la paciente, facilitar la comunicación entre ambos y brindarle la tranquilidad al doctor de saber que, incluso cuando se encuentra atendiendo otros pacientes en la guardia o en cirugía, la misma está siendo acompañada y monitoreada por alguien del equipo.

Modelo de ingresos y pricing

El modelo de ingresos está diseñado de modo tal que los costos fijos se cubran con los ingresos fijos y la ganancia se obtenga de los ingresos variables que se generan por paciente atendido.

Los ingresos fijos se obtienen a través de un honorario mensual que se cobra a la prepaga por clínica. El mismo es de \$100.000²³.

Además, las prepagas deberán abonar un monto variable que corresponde a cada paciente atendido.

Para determinar el monto variable, y considerando que la rentabilidad está asociada principalmente a este valor, se utiliza un nomenclador que se actualiza de manera independiente a la organización para evitar de este modo tener que renegociar el precio constantemente.

El monto variable se fija entonces en función de los valores de co-seguros máximos que pueden percibir los Agentes del Seguro de Salud y las Entidades

²³ Calculados a pesos de diciembre 2020. El valor debería ajustarse semestralmente en función de la inflación.

de Medicina Prepaga, conforme lo establecido por la Superintendencia de Servicios de Salud²⁴.

Los montos establecidos por dicho organismo para psicología son, para octubre 2020, de \$234 por sesión incluida y de \$469 por sesión excedente. Considerando que el servicio ofrecido incluye un seguimiento posterior, dentro del honorario variable se incluyen ambos montos.

Lo que nos brinda un valor total de \$703 por paciente.

Los valores publicados para marzo 2021 son de \$268 por sesión incluida y de \$536 por sesión excedente, un total de \$804 por paciente.



Universidad de
San Andrés

²⁴ Ver "Anexo 18: Cuadro co-seguros"

Capítulo 6: Estrategia de la marca

Considerando las características del proyecto, la comunicación no debería apuntar al marketing *outbound*, es decir, a generar avisos para atraer clientes o usuarias, sino que debe estar basada en una estrategia de marketing *inbound*, construida en base a un relato marcario. El cual debe contar la historia de distintas mujeres, sus relatos, sus padecimientos, sus vínculos con un cuerpo que no pudo maternar, con el fin de visibilizar la temática y crear una comunidad de mujeres que se identifique con el tema y le sea de ayuda.

La marca es un contrato implícito que se firma con las pacientes, por lo tanto, es clave mantenerse honesto con quien uno es. Y “Camino” es una marca que busca transformar una realidad que viven muchas mujeres que se enfrentan a un sistema de salud que no satisface sus necesidades y que las contempla de manera parcial.

Empero, al ofrecerse el servicio a prepagas y solamente en una región de CABA (al menos al comienzo y como parte de un “piloto”), son muchas mujeres las que van a quedar fuera de la asistencia.

Este factor no es menor considerando que la misión de la marca es principalmente reducir la experiencia traumática de la pérdida de un embarazo al máximo posible. Por consiguiente, el marketing de la marca debe apuntar a llevar adelante la misión de la empresa mediante la generación de una comunidad de mujeres donde se compartan relatos, experiencias, datos médicos e información relevante que ayude a transitar la pérdida.

Plan de comunicación

Audiencia

Mujeres de 18 a 45 años con interrupción de uno o más embarazos. Ellas son el punto de partida donde se origina todo.

La audiencia es quien debe co-crear el contenido, adueñarse del mensaje y compartir también sus experiencias. Sin embargo, para curar el contenido se contará con una *community manager* que conozca de la temática y comparta los valores de la organización.

Medios

Los medios que se utilizarán serán digitales principalmente redes sociales.

En un principio pagos y propios, pero apuntando a lograr medios ganados cuando se replique el mensaje.

Contenido

El territorio creativo de la marca va a estar dado en su mayoría por testimonios, relatos y charlas con psicólogas y médicos especialistas.

El contenido siempre va a intentar ser de lo más relevante, pensando en las necesidades que pueden tener los diferentes tipos de usuarias.

A modo de ejemplo, para quienes están atravesando la pérdida en ese momento: el contenido debe abordar las fases iniciales del duelo, la reconstrucción de la imagen corporal, los diferentes tiempos y procesos de los miembros de la pareja parental, consejos para acompañar a alguien que está atravesando este tipo de duelo, etc.

Por otro lado, para quienes lo vivenciaron hace mucho tiempo, pero aun no lograron superarlo: el contenido debe apuntar a tramitar la pérdida, dar lugar a la palabra, habilitar la atemporalidad del duelo, permitir sentimientos reprimidos (como la culpa, el miedo), etc.

El contenido debe partir siempre de la premisa la pérdida puede tramitarse si se da lugar a la palabra y que el dolor y la carga emocional que trae la interrupción de un embarazo se puede alivianar si se comparte.

Comunidad

Es importante crear una comunidad activa y que ella se vuelva, junto con la marca, en el centro de atención.

¿Cuáles son los factores que van a lograr que esto ocurra? Las relaciones, el propósito, las ideas, la colaboración mutua de mujeres que quieran compartir su historia, las discusiones que puedan generarse, las diferentes personas que interactúen, los grupos o tribus que se generen a partir de la organización, las conexiones, la colaboración y principalmente el otorgar una voz a un duelo silenciado por tanto tiempo.

Para poder generar una comunidad, la marca debe transformarse en un facilitador, un conector que una a mujeres que comparten una vivencia. Debe

visibilizar una relación que hoy existe de manera implícita y silenciosa, con el fin de crear una comunidad donde compartir el dolor y ayudarse mutuamente.

Entregarles a las usuarias algo que a ellas les importe, que tenga valor, un espacio para transitar un duelo atemporal.

Para gestionar y administrar la comunidad será clave contar con un community manager que hable por la marca, teniendo en cuenta los valores, la misión y la visión de la organización. Quien desempeñe este rol deberá ser una mujer que se vincule con la organización y entienda el propósito de la actividad que se realiza y como la misma debe replicarse de manera digital a través de las redes.

Para amplificar la comunidad y generar viralización se deberá trabajar con los distintos tipos de influyentes (*influencers*).

Malcom Gladwell en su libro *El Punto Clave* define y denomina 3 tipos de influyentes en redes sociales: “*Maven*”, “*Vendedor*” y “*Conector*”. “*Maven*”, es el influencer que conecta personas a través de conocimientos compartidos, “*Vendedor*” es aquel que logra que el usuario haga lo que él/ella dice usando el conocimiento para generar compromiso y persuasión, y “*Conector*” es aquel que tiene muchísimos seguidores y que ofrece principalmente visibilidad.

Teniendo en cuenta las definiciones y denominaciones aportadas por el autor, se pensó en los distintos tipos de *influencers* que podrían ser relevantes para la organización.

Sería bueno trabajar con actrices que atravesaron la interrupción de un embarazo y su caso fue público porque pueden generar empatía en la audiencia y ayudar a replicar el mensaje de la organización desde un lugar empático (*influencers* que Malcom Gladwell denominaría “*Mavens*”).

Por otro lado, el proyecto debe realizar las alianzas claves con cuentas como @gineconline o profesionales como @lucianitapisa que abordan temas de ginecología y obstetricia y ya tiene formada una comunidad activa. Transformándose en aliados para generar conocimiento e intención (*influencers* que el autor denominaría “*Vendedoras*”).

Si bien el autor habla de un tercer tipo de influencer, “*Conector*”, debido al estilo de organización y siendo fiel a la estrategia de marca, se decidió no realizar ninguna alianza con un influyente que sólo aporte visibilidad.

La estrategia de la marca, que apunta a generar una comunidad de mujeres, tiene una finalidad dual. Por un lado, es el principal interés de la organización puesto que busca transformar la vida de las pacientes, generando contenido relevante y conectando mujeres para que se acompañen en procesos de duelo. Abordado desde el storytelling de su fundadora para construir desde ahí la esencia de la marca.

Por otro lado, la comunidad es el principal diferencial de la marca frente a la competencia y es tal vez la única barrera de entrada para otras organizaciones de psicólogos.

Propuesta de marketing

El cliente al cual le vamos a vender el servicio son las prepagas. El proceso de venta se realizará mediante entrevistas con directivos de prepagas, tal como sucedió con Miguel Blanco, director general de Swiss Medical Group, y a través de una página web que contenga información sobre el servicio que se ofrece, la calidad de las profesionales que lo llevan a cabo y las ventajas potenciales para los clientes. Podríamos pensar en un proceso de venta más “tradicional”.

De todas maneras, uno de los principales focos de la marca es crear una comunidad activa en redes sociales, que apunte principalmente a las pacientes. Por tal motivo se desarrolló una propuesta con el fin de crear y potenciar la marca en redes. Si bien todas las etapas de un embudo de marketing son relevantes, en el caso de “Camino”, en la que más debe hacerse foco en una etapa inicial es la conciencia (awarness).

Awarness / Conciencia

El 15 de octubre es el día internacional de la pérdida gestacional, es una fecha que se conmemora hace unos años con el fin de generar conciencia sobre la temática. Como ya se mencionó anteriormente, son duelos silenciosos y un tema del que no se habla, por lo tanto, se debe trabajar primero en visibilizar la temática.

Esta etapa se trabajará con posteos orgánicos, con influencers relevantes en la temática y se podría incluir pauta en redes sociales.

Knowledge / Conocimiento

Que las usuarias conozcan la marca, que se interesen en el contenido y participen e interactúen. Del mismo modo que en la etapa anterior, se trabajará con posts orgánicos, con influencers relevantes en la temática y se podría incluir pauta en redes sociales.

Intención

A través de influencers, generar interés en la marca y capitalizar las visitas para generar leads.

Compra / Recomendación

Si bien no es el fin con el que se crea la comunidad, la misma puede generar que frente a una posible amenaza de aborto espontáneo decidan concurrir a una clínica en la que se ofrezca el servicio. Esa demanda puede atraer nuevos clientes que deseen contar con el servicio.

Métricas

Algunas de las métricas que utilizarán para medir la efectividad de plan de marketing son: tráfico a la web, cantidad de seguidores, interacciones, engagement con la marca, Marketing ROI y UGC (user generated content).

Conclusión

Teniendo en cuenta la crisis de la valor a las que se enfrentan las marcas a la hora de generar contenido, se partió de la premisa: “hace actos no avisos”²⁵ para construir un relato marcario que refleje el espíritu del proyecto, su misión y sus valores.

Crear valor para la comunidad de usuarias es la mayor aspiración de la organización, pero siempre teniendo presente que los nuevos consumidores reclaman ubicuidad y coherencia de parte de la marca.

En base a lo mencionado, y considerando el contexto macro y micro económico que atraviesa el sistema de salud, el camino más saludable para la construcción marcario es comenzar por la creación de la comunidad en redes sociales.

²⁵ “Do acts, not adds”

Capítulo 7: Recursos, procesos y plan operativo.

Recursos

En el primer año, el proyecto busca cubrir 4 clínicas de CABA en los barrios de Palermo y Recoleta.

En función del análisis de mercado realizado, en CABA cada clínica recibe entre 7 y 10 consultas diarias, de las cuales 2/3 corresponde efectivamente a un aborto espontáneo y reciben tratamiento médico en la clínica.

Resulta imprescindible entender la cantidad de recursos necesarios para cubrir la demanda. Para ello se utilizó la herramienta de diagrama de gantt, considerando un total de 8 pacientes por día (2 por clínica) y apuntando a tener la menor cantidad posible de profesionales trabajando, a fin de reducir los costos de salarios.

Se analizaron 3 opciones posibles²⁶:

- Opción 1:
Horario cubierto por el servicio: 24/7.
Cantidad de profesionales: 4 psicólogos full time.
Horas trabajadas por turno: 12 hs.
Régimen: rotativo 2x2 (2 mañanas - 2 francos - 2 tardes - 2 francos).
- Opción 2:
Horario cubierto por el servicio: de 06 a 23 hs.
Cantidad de profesionales: 2 psicólogos full time – 2 psicólogos part time.
Horas trabajadas por turno: 9 hs.
Régimen: días y horarios fijos. 2 psicólogos de lunes a viernes y 2 cubriendo los fines de semana.
- Opción 3
Horario cubierto por el servicio: de 06 a 23 hs.
Cantidad de profesionales: 3 psicólogos full time – 1 psicólogo part time.
Horas trabajadas por turno: 9 hs.
Régimen: rotativo 4x3 (4 mañanas - 3 francos - 4 tardes - 3 francos) para psicólogos full time. Rotativo sábado y domingo para psicólogo part time.

²⁶ Ver “Anexo 19: Gantt de horarios y profesionales”

De las tres opciones planteadas para cubrir la demanda de pacientes, la más adecuada es la opción dos, debido a que es la que menor costo de salarios genera y además permite a los psicólogos full time entablar un mejor vínculo con los médicos de piso que tienen horarios de consultorio fijo y son uno de los segmentos de influenciadores del proyecto.

Proceso

A la hora del diseño se tuvieron en cuenta dos procesos, el metodológico y el operacional. Para ambos se tuvieron en cuenta las particularidades de los distintos casos.

Proceso metodológico

Primero se debe conocer la condición médica de la paciente: semanas gestación y tratamiento determinado por el médico obstetra. Ya con esta información el psicólogo puede evaluar a la paciente: sintomatología psíquica y niveles de angustia. Es importante conocer vínculos familiares que la acompañan y como el núcleo familiar funcionando frente a la interrupción de embarazo.

Luego de un primer diagnóstico breve y en función de la angustia manifiesta de la paciente, se trabajará con un abordaje basado en la palabra para acompañar y asistir a la mujer cuyo embarazo se ha visto interrumpido.

Todo el tratamiento ofrecido en la clínica tiene como fin principal bajar los niveles de angustia y ofrecer a las pacientes un vehículo para la palabra. Al mismo tiempo, el analista deberá funcionar de puente y sostén del vínculo entre la paciente y su médico. Sólo a modo de ejemplo, si el médico se encuentra atendiendo pacientes en la guardia y no puede visitar a la paciente por un período de 5 horas, el psicólogo podrá realizar visitas más periódicas y mantener actualizado al obstetra sobre el desarrollo del cuadro.

Todo el trabajo analítico que puede realizarse en función al proceso de duelo, la re-construcción de la imagen corporal, el poder transitar la pérdida, entre otros, deberá desarrollarse en las sesiones de seguimiento. Dado que, el trabajo en la clínica debe enfocarse en contener a la paciente.

Flujo de proceso operacional

El flujo de proceso muestra desde el momento que ingresa la solicitud de atención hasta que finaliza la misma en el caso de pacientes ambulatorios, o se realizar un primer y segundo contacto en el caso de pacientes con internación²⁷. En los casos de pacientes que son internadas, el proceso completo puede demorar entre 24 hs y 96 hs (dependiendo del trimestre de embarazo).

Sin embargo, el modelo de atención tiene ciertas limitaciones:

- Sólo hay 1 psicólogo por turno
- Las tareas no pueden superponerse
- Se debe finalizar con un paciente para poder pasar al siguiente.

Además, resta determinar si los pacientes se atenderán por orden de ingreso o se utilizará otro criterio.

Cuello de botella

Considerando al cuello de botella como la actividad con menor capacidad, este es el primer contacto con la paciente, donde se destinan 45 minutos para brindar la atención psicológica.

Si bien entre la primera y la segunda consulta hay un tiempo de espera de máximo 4 horas, es tiempo en que no se agrega valor (pero es importante que transcurra porque, por un lado, da tiempo a la medicación y por el otro, impide que se invada a la paciente y su familia en un proceso de duelo).

Lo mismo ocurre con el set up de la paciente (internación y suministro de medicación) que tiene una duración de 60', donde tampoco se agrega valor y que puede darse en simultaneo en las 4 clínicas en las que se ofrece el servicio.

Realizando el análisis del porcentaje de utilización²⁸, se corrobora que el cuello de botella se encuentra en la primera atención.

Capacidad

La capacidad va a variar en función del tipo de paciente, si es ambulatorio, solo requiere de 1 atención psicológica, en cambio, si se trata de una paciente

²⁷ Ver "Anexo 21: Flujo de proceso" y "Anexo 22: Tiempo máximo de traslado".

²⁸ Ver "Anexo 25: Utilización (%)".

con internación, se deberá realizar una 2 o más visitas antes del cierre una vez firmada el alta.

Por lo tanto, es necesario distinguir los tiempos de cada tipo de atención:

- Paciente ambulatoria

Tiempo de proceso: 57 minutos

Tiempo de flujo: Puede ser de mínimo 57 minutos, si no hay ningún paciente antes, y máximo de 102 minutos si el profesional está arrancado una atención de anterior.

Tiempo de ciclo: 45 minutos.

- Paciente con internación

Tiempo de proceso: Mínimo: 267 minutos – Máximo: 387 minutos.

Tiempo de flujo: Puede ser mínimo de 267 minutos, si no hay ningún paciente antes, y máximo de 432 minutos si el profesional está arrancado una atención de anterior.

Tiempo de ciclo: 45 minutos.

Para calcular la capacidad se tomaron en cuenta 8 horas de trabajo (time on tool) = 480 minutos.

Si la demanda fuera constante la capacidad teórica sería de 8 pacientes ambulatorias y 5 con internación. Sin embargo, la demanda no es constante por lo tanto no es posible pensar la capacidad de manera teórica y es necesario considerar el mix de productos y la capacidad efectiva.

Análisis

De las todas las pacientes que puedan ingresar, es conveniente atender primero a las ambulatorias, debido a que, una vez finalizada la consulta con el médico obstetra de guardia, la paciente se retira a realizar el tratamiento en su domicilio. El buffer máximo de pacientes ambulatorias puede ser solamente de 1, puesto que no puede entrar en una cola de espera de más de 55 minutos (45´de atención anterior + 10´traslado). De este modo queda descartado el modelo que propone atender a las pacientes por orden de llegada.

El flujo de proceso realizado deja en claro que el cuello de botella es la primera atención psicológica. Si la demanda fuera constante e igual, por ejemplo

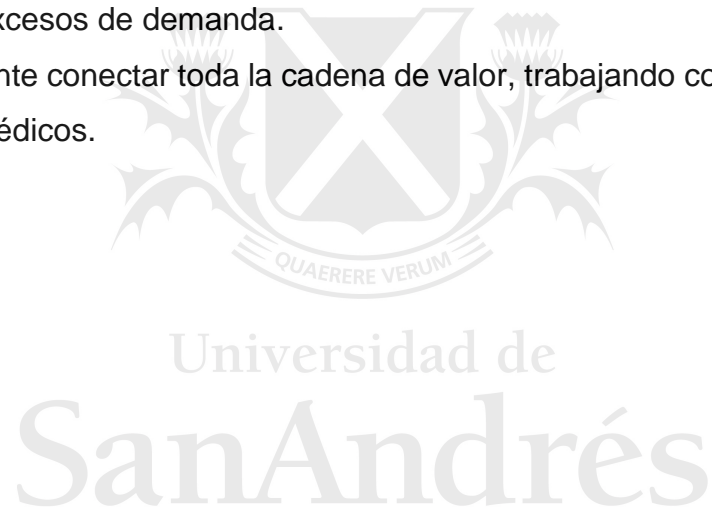
8 pacientes por día con un tratamiento ambulatorio, se podría manejar perfectamente porque el tiempo de proceso es de 57 minutos. Sin embargo, la demanda no es constante y los tipos de abordaje son variados.

Se deberá gestionar es el cuello de botella para que no se transforme en una restricción que deje pacientes sin recibir asistencia.

Conclusiones

En base a lo analizado se arribaron a las siguientes conclusiones:

- Las pacientes ambulatorias tienen prioridad en la atención.
- Considerando que el equipo completo son psicólogas, en caso que la demanda sobrepase la capacidad, se puede reforzar al cuello de botella con un segundo psicólogo, con quien ya se tiene un contrato en stand by para cubrir los excesos de demanda.
- Es importante conectar toda la cadena de valor, trabajando con los pacientes y con los médicos.



Capítulo 8: Implementación del negocio

El servicio será introducido inicialmente en una escala muy baja, apuntando a cubrir el 100% de la demanda de 4 clínicas de CABA.

Es una estrategia conservadora, pero que permitirá consolidar el servicio y la relación con los diferentes interesados (pacientes, médicos y prepagas).

En el segundo año apuntamos a duplicar el número de clínicas y a triplicar en el tercer año. Para alcanzar estos niveles de servicio se deberá trabajar en adquirir nuevos clientes, en consolidar la marca y en lograr que se recomiende el servicio de boca en boca entre pacientes. Si además se aprueba en senadores el proyecto de ley que permite la interrupción voluntaria del embarazo, la cantidad de pacientes aumentaría.

El proyecto puede alcanzar una escala nacional, reproduciendo el mismo formato de atención en los principales centros urbanos como Córdoba y Rosario. En una primera etapa, considerando que el foco de mercado estará en las zonas de Palermo y Recoleta, la oficina se deberá situar cerca de los centros de atención para reducir el tiempo de traslado de las profesionales.

A medida que crezca el número de pacientes del mismo modo deberá crecer la capacidad operativa.

Hitos

Además de pensar en el crecimiento del negocio y en cómo mejorar su rentabilidad, es importante no perder de foco que el fin primero, es transformar una realidad que hoy deja en situación de vulnerabilidad a muchas mujeres.

Por lo tanto, algunos de los hitos que tienen que darse en los primeros años son:

- Modificar procesos de atención para asegurar un mejor tratamiento de las pacientes, por ejemplo, evitar que se las interne en el área de maternidad.
- Crear un espacio de atención exclusivo.
- Implementar protocolos que permitan identificar a las pacientes y adaptar la experiencia del servicio de guardia.
- Diagramar junto con los clientes un modelo de atención basado en la mirada integral de paciente.

Desarrollos

Desarrollar una aplicación móvil para los médicos, de manera tal de reducir los tiempos y evitar demoras.

Brindarles la posibilidad de requerir la consulta psicológica desde su consultorio de guardia y sin necesidad de comunicarse con la psicóloga.

Mejora continua

Es importante mantener una actitud de mejora continua y estar en constante alerta de necesidades que no se encuentren cubiertas o los puntos de dolor de las pacientes para continuar mejorando la propuesta de valor. Siempre desde un modelo que apunte a poner al usuario (en este caso las pacientes) al frente.



Universidad de
San Andrés

Capítulo 9: Equipo y estructura.

Para lograr la cohesión entre el equipo y la organización es necesario que exista una cultura organizacional que se apoye en:

- La Estrategia (strategy): cuyo foco es la atención de las pacientes. La misma se desarrolla basada en 3 pilares: diferenciación, alianzas y especialidad.
- Las capacidades (skills): profesionales formados en duelo perinatal y con experiencia en psicoterapias breves.
- Los sistemas (system): principalmente de comunicación, supervisión de casos y capacitación.
- La estructura (structure): una clara división de tareas basadas en la especialización de cada uno de los miembros para lograr una mejor organización y un buen aprovechamiento de las capacidades de cada uno de los recursos.
- Estilo de gestión (style): facilitar el trabajo en equipo y la confianza en los colegas para funcionar como una unidad que colabora e interactúa entre sí.
- Valores (shares values): el trabajo en sí mismo es complejo, implica poner el cuerpo a situaciones de mucho dolor y sostener la atención en momentos de angustia, por lo tanto, si no existe un valor compartido sobre la misión de la organización, el trabajo se vuelve muy difícil. Es importante tener siempre presente que trabajar en la emergencia ayuda a reducir el trauma y si bien los efectos no se observan de manera inmediata, los mismos son de un alto impacto para la vida de la paciente.
- Las personas (staffing): son el principal activo de la compañía, por su trayectoria, sus competencias y su compromiso con el proyecto.

Equipo emprendedor²⁹

Se encuentra compuesto por psicólogas que trabajan en psicoterapias breves y que se especializaron en procesos de duelo gestacional y perinatal.

Silvina Quintana, es Licenciada en psicología y se formó en psicoterapias breves en la Unidad Asistencial de Universidad Kennedy. Realizó una especialización en género y diversidad en la Asociación de Psiquiatras

²⁹ Ver "Anexo 24: Equipo"

Argentinos y se formó en psicología perinatal en Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires.

Carolina Adimari, es Licenciada en psicología y se formó en psicoterapias breves en la Unidad Asistencial de Universidad Kennedy. También se formó en psicología perinatal en Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires y es Perito de oficio en el Poder Judicial Nacional. Cuenta con un posgrado en clínica psicoanalítica del Instituto Clínico de Buenos Aires (ICdeBA).

Florencia Britos, es Licenciada en psicología y se formó en psicoterapias breves en la Unidad Asistencial de Universidad Kennedy. Realizó un posgrado sobre psicoanálisis en niños y adolescentes en la Institución Fernando Ulloa. Adicionalmente, se formó en psicología perinatal en Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires.

El equipo también contará con una coordinadora general que también es psicóloga, lo que permite cubrir un eventual pico de demanda.

Miriam Dirassar, es Licenciada en psicología y se formó en psicoterapias breves en la Unidad Asistencial de Universidad Kennedy. Se formó en psicología perinatal en Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. Adicionalmente, cuenta con un posgrado en clínica psicoanalítica del Instituto Clínico de Buenos Aires (ICdeBA).

Las principales funciones de su rol son: entrevistar nuevos profesionales, coordinar actividades y agenda de los psicólogos del equipo y coordinar las supervisiones.

Adicionalmente se contará con una médica obstetra que funcionará como consultora externa, con el fin de realizar capacitaciones a los profesionales, brindar charlas a pacientes y proporcionar asistencia al equipo de psicólogas.

Mariana Calvo, es médica obstetra, se formó en la Fundación Barceló y se especializó en Tocoginecología en la Universidad de Buenos Aires. Además, realizó posgrados en reproducción asistida, medicina reproductiva y ginecología oncológica.

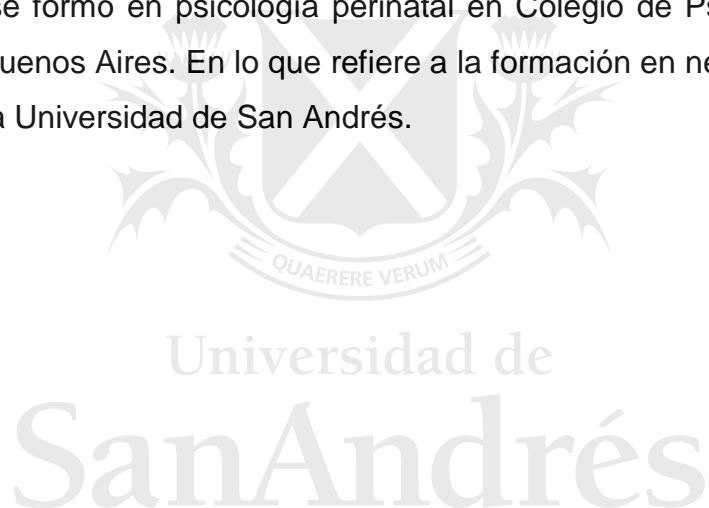
Estructura directiva

Al tratarse de un proyecto de pequeña escala la estructura es pequeña, es por ello que quien ocupa el rol directivo debe manejar varios puntos: definir los puntos de contacto con los usuarios, relevar satisfacción de clientes y

usuarios, buscar potenciales clientes y posibilidades de expansión, manejar la comunicación y el marketing, coordinar la contratación de proveedores de actividades especiales y desarrollar alianzas estratégicas.

Al ser una única persona la que ocupará este puesto, deberá desempeñar los distintos roles directivos que describe Henry Mintzberg para esta función. Ser un jefe simbólico que desempeña deberes formales de índole legal y social, por un lado. Y ser un líder responsable de la motivación y dirección de los empleados, por el otro. Además de funcionar como enlace, manteniendo la red de contactos con los clientes, los médicos y las pacientes.

Jorgelina Giacoia, es Licenciada en psicología, se formó en psicoterapias breves en la Unidad Asistencial de Universidad Kennedy. Además, realizó una especialización en género y diversidad en la Asociación de Psiquiatras Argentinos y se formó en psicología perinatal en Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. En lo que refiere a la formación en negocios, realizó un EMBA en la Universidad de San Andrés.



Capítulo 10: Finanzas. Resultados económicos y financieros - Requerimientos de inversión – Viabilidad del negocio.

Contexto macro y microeconómico

El contexto macroeconómico es desalentador, luego de décadas de políticas macroeconómicas desbalanceadas, se suma la fuerte crisis económica que atraviesa el país producto de la pandemia del covid-19. En un año de profunda recesión y con una caída histórica de PBI per cápita, resulta difícil pensar en un nuevo negocio.

Es complejo establecer como se mantendrá el tipo de cambio y que influencia podrá tener luego en la inflación.

El contexto micro del sector de la salud no es mejor, la pandemia provocó en muchas personas la decisión de no concurrir a centros de atención, los que, a su vez, suspendieron y trasladaron para más adelante muchas prácticas programadas y se pusieron a reorganizar espacios y recursos a la espera de pacientes con coronavirus.

Frente a la mayor demanda de insumos y a la necesidad de invertir en la readecuación de espacios físicos, la fluctuación en los precios se volvió un tema relevante para el sector de la salud.

En abril, el índice de costos de insumos de la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados (Adecra)³⁰ mostró una suba mensual de 43% y en mayo la variación mensual fue del 29%. Afortunadamente, los meses siguientes los costos se mantuvieron estables y en algunos casos incluso se registraron bajas.

Sin embargo, uno de los problemas sociales más sensibles de la pandemia que afecta y afectará al sector de la salud es la pérdida de empleos, puesto que implica menos afiliados a las obras sociales y a las prepagas (muchos asociados están en el sistema privado por planes corporativos o por derivación de aportes salariales). El universo de afiliados, y por lo tanto de

³⁰ Información provista por ADECRA – Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina y CEDIM - Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio (https://www.adecra.org.ar/wp-content/uploads/2020/09/COVID19_Aumentos-Insumos-agosto.pdf).

usuarias se verá reducido. En función de lo mencionado resulta prudente aguardar a que finalice la pandemia y se recupere la actividad y el sector, para ofrecer el proyecto a prestadores de salud.

El contexto del sector de la salud es actualmente muy difícil, como consecuencia del virus covid-19, sin embargo, se trata de una situación temporal que probablemente encuentre su ocaso en el primer semestre del 2021.

Es importante considerar que la cantidad de mujeres que consultaron por abortos espontáneos no disminuyó con la pandemia. Algunas prácticas médicas si se vieron reducidas los meses pasados por protocolos estrictos de cuidado, pero obstetricia no fue una de ellas.

Otro aspecto positivo, fue la exposición que la temática tuvo en medios públicos, producto del debate del proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo. Muchas mujeres relataron situaciones de violencia obstétrica en casos de aborto involuntario para marcar una falencia actual del sistema de salud, exigiendo un mejor tratamiento a las personas gestantes en la salud pública y privada.

Modelo de generación de beneficios

Con el fin de mantener una coherencia con el proyecto y su alcance, el modelo de generación de beneficios y las estimaciones financieras se realizaron en pesos constantes.

Ingresos

El modelo de ingresos se construye en función de un honorario fijo mensual que se cobra a la prepaga por cada clínica en la que se brinda el servicio, y un honorario variable que se cobra a la prepaga por cada paciente atendido.

Los ingresos fijos tienen como finalidad cubrir los costos fijos, mientras que los ingresos variables se distribuyen, mitad en forma de compensación extra para completar el salario de las profesionales y mitad para generar resultado neto.

El honorario mensual fijo que se cobra por clínica es relativamente bajo, lo que permite ampliar y consolidar mercado e ir ganando share al mismo tiempo que se desarrollan los vínculos con los médicos obstetras de guardia para crecer cantidad de pacientes atendidos y mejorar la rentabilidad

Honorario fijo mensual

Se cobra por clínica y se factura en moneda local a las prepagas. El mismo está fijado en ARS 100.000 pesos constantes. Se mantuvo ese valor a lo largo de todos los años de proyección financiera, de todas formas, el mismo se ajustará en función de la inflación.

Honorario variable por paciente

Se determinó en función de los valores de copagos máximos que pueden percibir los Agentes de Seguro de Salud y las Entidades de Medicina prepaga según lo establecido por la Súper Intendencia de Salud. Los montos se actualizan periódicamente y es una forma transparente y formal de acordar el honorario variable con las prepagas (los detalles fueron descriptos en el capítulo 5 del presente trabajo).

La actualización es periódica, los montos se expresan en pesos y suelen ajustar por encima de la inflación. La variación entre marzo 2020 y marzo 2021 (monto ya establecido) será del 73%.

Ingresos adicionales

Además de la atención en las clínicas en el momento de la emergencia y el seguimiento posterior de las pacientes, desde la organización se realizarán distintas actividades aranceladas destinadas a mujeres que atravesaron la interrupción de un embarazo. Por ejemplo, clases de yoga para trabajar la relación con el cuerpo y el re-armado de la imagen corporal, actividades como el rito del útero, que ayuda a conectar con la historia familiar de maternidad, entre otras.

Las distintas actividades que se realicen generarán ingresos para la organización que se estimaron a lo largo de los 5 años.

Estimación de ingresos

Tal como se aclaró en el capítulo 4 del presente trabajo, para estimar el mercado objetivo se consideraron 2 pacientes por día por clínica que es promedio de pacientes con internación de CABA, obteniendo (en una visión conservadora del mercado) un total de 2.900 pacientes el primer año y 5.800 el segundo.

Del tercer año en adelante, la atención no sería sólo en CABA, sino que se extendería a algunas clínicas del AMBA, es por eso que en las estimaciones

se consideraron 3 pacientes por día, por clínica, como promedio entre los pacientes de CABA y GBA.

De todas maneras, de implementarse el proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo, el número de paciente se incrementaría.

En cuanto al número de clínicas estimadas por año, se realizó un promedio en función de reuniones previas ya realizadas con el Director de Swiss Medical Group (SMG), por un lado, y con una médica del IADT a cargo del área de obstetricia, por el otro.

El proyecto se lanzaría inicialmente en 3 clínicas (Suizo Argentina, Sanatorio Los Arcos y IADT), a modo de “prueba piloto”. Unos meses después, se incorporarían 2 clínicas más (Clínica Zabala y Mater Dei u Otamendi).

En el primer semestre del segundo año el objetivo será sumar 2 clínicas de grupo Galeno (Trinidad Palermo y Mitre) y en el segundo semestre otras 2 clínicas de Palermo que prestan servicio a ambas prepagas (Clínica Bazterrica y Clínica del Sol).

En el tercer año, el objetivo será sumar clínicas de GBA, por tal motivo y para seguir desarrollando las alianzas con Swiss Medical Group y Galeno se sumaría la Trinidad de San Isidro y meses después la Clínica Olivos y la Maternidad San Lucas.

En el cuarto año se continuarán desarrollando alianzas y se buscará sumar las 2 clínicas restantes de Galeno (Trinidad Quilmes y Trinidad Ramos Mejía).

En el quinto año se buscará sumar una clínica más de CABA.

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Promedio
Año 1	3	3	3	3	3	3	5	5	5	5	5	5	4
Año 2	7	7	7	7	7	7	9	9	9	9	9	9	8
Año 3	10	10	10	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Año 4	13	13	13	13	13	13	14	14	14	14	14	14	14
Año 5	14	14	14	14	15	15	15	15	15	15	15	15	15

Fee mensual por clínica	\$ 100.000,00
Fee anual por clínica	\$ 1.200.000,00
Fee por paciente	\$ 804,00

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Clínicas	4	8	12	14	15
Usuarios	2.920	5.840	13.140	15.330	16.425
Ingreso fijo	\$ 4.800.000,00	\$ 9.600.000,00	\$ 14.400.000,00	\$ 16.800.000,00	\$ 18.000.000,00
Ingreso variable	\$ 2.347.680,00	\$ 4.695.360,00	\$ 10.564.560,00	\$ 12.325.320,00	\$ 13.205.700,00
Ingreso adicional	\$ 150.000,00	\$ 300.000,00	\$ 450.000,00	\$ 500.000,00	\$ 550.000,00
Ingresos totales	\$ 7.297.680,00	\$ 14.595.360,00	\$ 25.414.560,00	\$ 29.625.320,00	\$ 31.755.700,00

Costos

Al igual que los ingresos, los costos se fijaron de manera fija y variable.

Costos fijos

Son los salarios de los profesionales, que se determinaron considerando que adicionalmente se abonará una compensación extra en función de la cantidad de pacientes a los que se brindó el servicio.

En las proyecciones financieras realizadas, los salarios se mantuvieron constantes, pero se incrementó la cantidad de profesionales contratados por año en función de la demanda de atención esperada³¹.

Los ajustes en los salarios se realizarán en base a la inflación y en la medida que las prepagas acepten el ajuste de ese mismo monto en el honorario fijo que se cobra por clínica.

Costos variables

De lo recaudado por paciente atendido, el 50% se traslada como salario variable a las psicólogas del equipo³².

Gastos

Mensualmente se generarán gastos en capacitación, alquiler de la oficina, publicidad, comunicación y marketing.

Consideraciones adicionales

Key drivers

La variable clave para el éxito del negocio es crecer en cantidad de pacientes, número de clínicas en las que se brinda el servicio y cantidad de clientes (prepagas). La estimación del volumen del negocio es conservadora y prudente porque, al tratarse de un servicio nuevo que se brindará en momentos de inestabilidad anímica, hay que considerar que tal vez no todas las pacientes quieren recibir el servicio. Sin embargo, la escala y el crecimiento sostenido se contemplan desde el comienzo.

Punto de equilibrio

³¹ Ver "Anexo 25: Salarios del equipo".

³² Incluyendo las cargas sociales.

En el primer año el punto de equilibrio se genera brindando servicio en 3 clínicas y a razón de 2 pacientes por día, por clínica. Un volumen menor de clínicas o pacientes extiende el horizonte de repago de la inversión.

Impacto impositivo

En los primeros años no se proyecta contar con un escudo fiscal y se estimó un pago de impuesto a las ganancias del 30% sobre el resultado operativo.

Crecimiento

El crecimiento que se proyecta a lo largo de los años está asociado a sumar nuevas prepagas y clínicas donde se pueda brindar el servicio. Para lograrlo ya se están desarrollando alianzas estratégicas que apuntan a consolidar en futuro nuevos contratos de trabajo.

En primer lugar, todo el equipo se encuentra trabajando de una aplicación móvil de telemedicina. Hoy el servicio es de salud mental en general, pero el año próximo se sumará como especialidad al “duelo perinatal”. Esta aplicación pertenece en gran parte al grupo Galeno. Por lo tanto, para un segundo año del proyecto, se apunta a mostrar concretamente la cantidad de pacientes que consultan y lo necesario de servicio.

Por otro lado, ya se realizaron entrevistas con diferentes médicos obstetras de renombre en clínicas privadas, que además generan contenido en redes sociales y tienen gran cantidad de seguidores, a quienes se les presentó el proyecto y están dispuestos a esponsorearnos en sus clínicas.

Más allá de los contactos que puedan generarse, la mejor carta de presentación, que nos abrirá camino para desarrollar nuevos clientes, dependerá en gran parte del “boca en boca” de las pacientes. Por lo tanto, la comunidad en redes y el trabajo que realicemos para asegurar la calidad del servicio será nuestro foco principal.

Si la tendencia que se observó en el último año, donde varias mujeres hicieron públicas sus interrupciones de embarazo, visibilizando la angustia y dolor que se atraviesa, la demanda de una atención integral va a ser cada vez más fuerte y la necesidad de una contención psicológica no será cuestionada.

Por otro lado, las estimaciones realizadas no contemplan el crecimiento en número de pacientes por clínica, sin embargo, si se aprueba el proyecto de

ley que permitiría la interrupción voluntaria de embarazo, las proyecciones deberían ajustarse. Potencialmente el número de pacientes podría duplicarse.

Escenario a 5 años

El proyecto se planteó a 5 años porque luego de ese período, el mismo deberá reconvertirse. Los modelos de maternidad y los cambios culturales acontecidos en los últimos 5 años (desde el 2015 al 2020) no hacen pensar que luego de ese período de tiempo será necesario pensar en nuevas particularidades de la época y adaptar la propuesta. Sólo a modo de ejemplo, en el año 2015 aconteció la primera manifestación de mujeres que se conoció como “Ni una menos”, desde entonces el debate social y político tuvo nuevas aristas, se comenzó a hablar sobre la autonomía sobre el propio cuerpo, a cuestionarse estereotipos de género y mandatos sociales y culturales que recaen sobre las mujeres. El abordaje y la manera de pensar la maternidad se ve afectada desde entonces. Este fenómeno se dio principalmente en la Provincia de Buenos Aires.

Por lo tanto, es asertivo pensar en un período de 5 años para el proyecto y considerar que luego de ese tiempo el mismo deberá transformarse y modificar su propuesta de valor.

Estado de resultado

Proyectado a 5 años y en pesos constantes.

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Ventas netas	\$ 7.297.680	\$ 14.595.360	\$ 25.414.560	\$ 29.625.320	\$ 31.755.700
Gastos operativos	\$ 6.137.549	\$ 10.091.099	\$ 15.867.035	\$ 17.757.103	\$ 18.748.575
Remuneraciones y cargas sociales	\$ 4.056.000	\$ 6.708.000	\$ 9.360.000	\$ 10.296.000	\$ 10.920.000
Honorarios y Servicios Profesionales	\$ 1.173.840	\$ 2.347.680	\$ 5.282.280	\$ 6.162.660	\$ 6.602.850
Ingresos brutos	\$ 127.709	\$ 255.419	\$ 444.755	\$ 518.443	\$ 555.725
Marketing	\$ 100.000	\$ 100.000	\$ 100.000	\$ 100.000	\$ 50.000
Capacitación	\$ 120.000	\$ 120.000	\$ 120.000	\$ 120.000	\$ 60.000
Gastos de Comercialización	\$ 360.000	\$ 360.000	\$ 360.000	\$ 360.000	\$ 360.000
Depreciación de Bienes de Uso	\$ 200.000	\$ 200.000	\$ 200.000	\$ 200.000	\$ 200.000
EBIT	\$ 1.160.131	\$ 4.504.261	\$ 9.547.525	\$ 11.868.217	\$ 13.007.125
Impuesto a las Ganancias	\$ 348.039	\$ 1.351.278	\$ 2.864.258	\$ 3.560.465	\$ 3.902.138
Resultado neto	\$ 812.091	\$ 3.152.983	\$ 6.683.268	\$ 8.307.752	\$ 9.104.988
EBITDA	\$ 1.360.131	\$ 4.704.261	\$ 9.747.525	\$ 12.068.217	\$ 13.207.125
EBITDA / Ventas	18,64%	32,23%	38,35%	40,74%	41,59%
EBIT / Ventas	15,90%	30,86%	37,57%	40,06%	40,96%

Requerimientos de inversión y financiamiento

Se estimó una inversión inicial de 5 millones de pesos que estarán destinados a los gastos pre-operativos e iniciales de operación.

Tomando en consideración la industria de la salud y principalmente de la medicina prepaga, se consideró generar un flujo de caja que permita operar durante los primeros 180 días y hasta alcanzar un nivel de actividad mínimo por parte de las prepagas y clínicas.

De la inversión inicial, se destinarán ARS 4.000.000 para financiar la necesidad operativa de fondos (NOF) y ARS 1.000.000 para invertir en bienes de capital (capex) como ser mobiliario y equipos de computación. Considerando una amortización a 5 años.

Esta inversión inicial se pretende cubrir con inversores ángeles, como puede ser la Fundación Perez Companc que busca mejorar la calidad de vida de las personas, y suelen acompañar la implementación de proyectos que cuenten con equipos de profesionales altamente capacitados para dar respuesta a las necesidades relevadas, como lo es este proyecto. Sin embargo, si se aprueba el proyecto de ley de interrupción voluntario, dado que el proyecto brindaría asistencia a mujeres que desean interrumpir su embarazo, no se contaría con el apoyo de la fundación.

Una segunda opción es la Fundación Medifé, una entidad sin fines de lucro que tiene como objeto la formación, investigación y desarrollo en el ámbito de la salud y la cultura, con el propósito de promover el buen vivir a través de la generación y difusión de buenas prácticas.

Una posibilidad alternativa es financiarse con familiares y amigos, debido al bajo monto que se requiere para el lanzamiento.

Flujo de caja

Para realizar el flujo de caja se consideraron los valores expresados en el estado de resultado y las inversiones iniciales.

	Hoy	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Ingresos Por Ventas		\$ 7.297.680,00	\$ 14.595.360,00	\$ 25.414.560,00	\$ 29.625.320,00	\$ 31.755.700,00
Gastos Operativos		-\$ 6.137.549,40	-\$ 10.091.098,80	-\$ 15.867.034,80	-\$ 17.757.103,10	-\$ 18.748.574,75
EBIT		\$ 1.160.130,60	\$ 4.504.261,20	\$ 9.547.525,20	\$ 11.868.216,90	\$ 13.007.125,25
IIIGG (30%)		-\$ 348.039,18	-\$ 1.351.278,36	-\$ 2.864.257,56	-\$ 3.560.465,07	-\$ 3.902.137,58
NOPAT		\$ 812.091,42	\$ 3.152.982,84	\$ 6.683.267,64	\$ 8.307.751,83	\$ 9.104.987,68
Depreciacion		\$ 200.000,00	\$ 200.000,00	\$ 200.000,00	\$ 200.000,00	\$ 200.000,00
Inversion en NOF	-\$ 4.000.000,00	\$ 699.199,18	-\$ 1.946.401,64	-\$ 3.896.620,80	-\$ 1.409.172,49	-\$ 723.517,50
Inversion en CAPEX	-\$ 1.000.000,00					
FFL	-\$ 5.000.000,00	\$ 1.711.290,60	\$ 1.406.581,20	\$ 2.986.646,84	\$ 7.098.579,34	\$ 8.581.470,18

Retorno de la inversión

La inversión inicial se repaga antes de finalizar el tercer año y tiene un retorno del 336%.

Ingresos generados	\$ 21.784.568,16
Inversión inicial	-\$ 5.000.000,00
ROI	336%

Viabilidad financiera del negocio

Para estimar el costo del capital se consideró que el negocio se proyectó en pesos constantes, pero el mismo se irá ajustando en función de la inflación. Por lo tanto, para la tasa de descuento se utilizó un bono del tesoro argentino en pesos constantes que ajusta por inflación (CER en el caso del bono).

El bono utilizado es el BONCE 2026 CER (TX26)³³ que posee una TIR anual del 8,61%. Adicionalmente, la duración del bono, coincide con la del negocio.

De todas maneras, es importante considerar que el bono sólo posee el riesgo local, sin embargo, el negocio conlleva el riesgo local y más las primas de riesgo asociadas al mismo. Por ejemplo, que sea un negocio de pocos clientes y usuarios, que las barreras de entrada son relativamente bajas (si bien sería la primera propuesta de este estilo, con el tiempo es fácilmente copiable) y además conlleva el riesgo propio de la industria de la salud. Por lo tanto, en base a los riesgos asociados mencionados, se determinó que el spread que debe utilizarse entre la tasa libre de riesgo del bono y la tasa de descuento del negocio, es de como mínimo 12 puntos porcentuales hasta los 22 puntos porcentuales.

Para realizar una mejor aproximación se utilizó una sensibilidad de tasas del 20%, 25% y 30%.

³³ Ver "Anexo 26: Informe de bonos". Referencia: <https://www.iamc.com.ar/informediario/>.

	Hoy	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Free Cash Flow	-\$ 5.000.000,00	\$ 1.711.290,60	\$ 1.406.581,20	\$ 2.986.646,84	\$ 7.098.579,34	\$ 8.581.470,18

Ku	20%
VAN	\$ 6.003.264
TIR	52%

Bono: BONCE 2026 CER (TX26)
TIR anual 8,61%

Ku	25%
VAN	\$ 4.517.962
TIR	52%

Ku	30%
VAN	\$ 3.304.744
TIR	52%

La sensibilidad en las tasas de descuento se utilizó para demostrar que en los distintos escenarios que abarcan las diferentes expectativas de ganancia de los posibles inversores, el VAN es positivo. Ya sea con una tasa de descuento del 20% o del 30%.

Conclusión

Es un negocio de baja inversión, que genera EBITDA positivo desde el primer año.

Incluso considerando distintas tasas de descuento el retorno para el inversor es favorable.

Desde un comienzo se pensó en un proyecto que brindar asistencia, no para generar alta rentabilidad, por lo tanto, sin embargo, la generación de ingresos es buena y permite que el negocio crecer sanamente.

Capítulo 11: Aspectos legales

Seguro de mala praxis

Se exigirá a los profesionales médicos la contratación de un seguro de mala praxis respecto de las prestaciones que se brinden por una suma asegurada mínima de pesos quinientos mil (\$500.000). Este seguro deberá cubrir suficientemente la responsabilidad civil emergente de los daños y perjuicios que pudieran derivarse de defectuosas prácticas profesionales u omisiones en que pudieran incurrir y además deberá contemplar que la empresa aseguradora no podrá rescindir, resolver o anular el contrato de seguro, o modificar sus condiciones por acuerdo con el médico asegurado, sin previa notificación a la organización. El mismo se encontrará a cargo de cada profesional.

Documentación requerida

Se solicitará a los profesionales del equipo que presenten una copia autenticada ante Escribano Público de:

- Título profesional
 - Matrículas profesionales (Nacional)
 - Matrícula de especialista
- Además de una copia sin autenticar
- Constancia de inscripción ante el Registro Nacional de Prestadores – Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación.
 - CUIT (Formulario 460 o 184 o 1 152, según corresponda)
 - Seguro de Mala Praxis

Capítulo 12: Fuentes y bibliografía

- Datos.gob.ar - *Tasa de natalidad por 1000 habitantes por jurisdicción ocurridos en la República Argentina*. Recuperado el 10 de noviembre de 2020 de: https://datos.gob.ar/dataset/salud-tasa-natalidad/archivo/salud_0f68d5c6-e667-40ca-90fd-4784336e092e
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Necesitamos hablar de perder un bebé*. Recuperado el 25 de agosto de 2020 de: <https://www.who.int/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby>
- Datos.gob.ar – *Serie de tiempo – Tasa de Natalidad de la provincia de Santa Fe*. Recuperado el 10 de noviembre de 2020 de: https://datos.gob.ar/series/api/series/?ids=tn_82
- Datos.gob.ar – *Serie de tiempo – Tasa de Natalidad de la provincia de Córdoba*. Recuperado el 10 de noviembre de 2020 de: https://datos.gob.ar/series/api/series/?ids=tn_14
- Datos.gob.ar – *Serie de tiempo – Tasa de Natalidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Recuperado el 10 de noviembre de 2020 de: https://datos.gob.ar/series/api/series/?ids=tn_02
- Datos.gob.ar – *Serie de tiempo – Tasa de Natalidad de la provincia de Buenos Aires*. Recuperado el 10 de noviembre de 2020 de: https://datos.gob.ar/series/api/series/?ids=tn_06
- Instituto Nacional de Estadística y Censo – *Composición y distribución de la población*. Recuperado el 10 de noviembre de 2020 de: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-18-77>
- Ministerio de Salud de la República Argentina – Superintendencia de Servicio de Salud – *Valores copagos*. Recuperado el 15 de octubre de 2020 de: <https://www.argentina.gob.ar/sss/salud/valores-copagos>
- Gladwell, Malcom (2000). *The tipping point*. Estados Unidos.
- Adecra – *Covid-19: Efectos en los costos de los prestadores*. Recuperado el 05 de noviembre de 2020 de: https://www.adecra.org.ar/wp-content/uploads/2020/09/COVID19_Aumentos-Insumos-agosto.pdf

- Rebagliati, Anahi (2001). *La importancia del trauma en la clínica actual*.
- Thomas R. Eisenmann, Eric Ries, Sarah Dillard. *Experimenting in the entrepreneurial venture*. Harvard Business Review.
- Alexander Osterwlder & Yves Pigneur. Deusto. *Generación de modelos de negocios*. Págs 14 a 44.
- Porter, Michael E. *Estrategia competitiva: técnicas para el análisis de los sectores industriales y de la competencia*. Buenos Aires: Rei; México: Continental, 1991, c1982. [ISBN 9682603498] – Capítulos 1 y 2.
- Porter, Michael E. *Ventaja competitiva: creación y sostenimiento de un desempeño superior*. México: Continental, c1987[ISBN 9682607787] Capítulo 2.
- Instituto Argentino de Mercado de Capitales. Informe diario. Recuperado el 18 de diciembre de 2020 de: <https://www.iamc.com.ar/informediario/>.
- Russell, Matthew (2018) – Klassen, Mikhail. *Mining the Social Web*.
- Stull, Edward (2018) – *UX Fundamentals for Non-UX Professionals*.
- Champion, Justin (2018). *Inbound Content. A step by step guide to doing content marketing the inbound way*.

Capítulo 13: Anexos

Anexo 1: Arquetipos iniciales

Manuela	Paula	Jimena	Carina
			
30 años	32 años	40 años	39 años
En pareja, sin hijos.	En pareja, 1 hija.	En pareja, sin hijos.	Monoparental, sin hijos.
NSE: Medio.	NSE: Medio/alto.	NSE: Medio/alto	NSE: Medio.
Embarazo natural.	Embarazo natural.	Fertilización asistida.	Inseminación in vitro
1° interrupción - Semana 36 de gestación.	2° interrupción - Semana 20 de gestación.	4° interrupción - Semana 7 a 13 de gestación.	2° interrupción - Semana 2 de gestación.

Manuela: Es una mujer de 30 años. Está en pareja hace varios años y no tiene hijos. Quedó embarazada de forma natural, pero en la semana 36 de gestación (tercer trimestre) el embarazo se interrumpió. Posee una prepaga y su nivel socio económico (NSE) es medio.

Paula: Es una mujer de 32 años. Está en pareja hace varios años y tiene una hija de 7 años. Quedó embarazada de forma natural, pero en la semana 20 de gestación (segundo trimestre) el embarazo se interrumpió. Atravesó otra interrupción años atrás. Posee una prepaga y su nivel socio económico (NSE) es medio/alto.

Jimena: Es una mujer de 40 años. Está en pareja hace varios años y no tiene hijos. Quedó embarazada en su tercer tratamiento de inseminación tras varios años de intentar de forma natural. En la semana 7 de gestación (primer trimestre) el embarazo se interrumpió. Atravesó varias interrupciones en los últimos años. Posee una prepaga y su nivel socio económico (NSE) es medio/alto.

Carina: Es una mujer de 39 años. No está en pareja y no tiene hijos. Quedó embarazada en su segundo tratamiento de fertilización in vitro. En la semana 2 de gestación (primer trimestre) el embarazo se interrumpió. Atravesó otra interrupción producto del tratamiento anterior. Posee una prepaga y su nivel socio económico (NSE) es medio.

Anexo 2: Entrevistas a usuarias

Debrief de entrevistas realizadas.

Entrevista 1 - Segmento: Mujeres de entre 18 y 45 años que perdieron uno o más embarazos en la etapa temprana de gestación (1° trimestre)

Hace un año y medio perdí un embarazo súper reciente. No había llegado ni a los tres meses. Un embarazo que no fue buscado, fue una sorpresa, que pensé que no iba a llegar. Tras pasar un poco el momento de la sorpresa, de decir “que hice”, perdí el embarazo.

Es increíble la sensación que tenés cuando te das cuenta que estas embarazada, y empezás a sentir una vía que crece dentro tuyo. Y yo supe exactamente el momento en que eso no estaba pasando más. Tal vez no tuve la sabiduría en el momento para darme cuenta de lo que estaba pasando, pero con el correr de las horas era muy tangible. Al margen de que tenía unas pérdidas terribles y muchos dolores.

Estaba por cumplir los tres meses, en la semana 10, se lo había contado a muy poca gente, ni siquiera mis amigas. Después sólo le conté a algunas lo que había pasado, no a todas.

Fue un sábado, mi ginecóloga no estaba disponible, así que fui a una clínica. La situación fue muy chocante. Yo entraba con una noticia triste y lo que a mí me mató anímicamente, fue ver que el lugar estaba preparado para recibir vida. No estaba preparado para recibir malas noticias, una pérdida. Yo miraba a las embarazadas alrededor mío y pensaba que alguna más tenía que estar pasando por lo mismo. Porque no todas son buenas noticias. No esta visibilizado esto ni de casualidad. Ya ahí te sentís incómoda porque decís “esto es para que nazcan pibes y yo vengo con un embarazo qué no va a ser”.

Yo me sentía pésimo, tenía unos dolores fatales, pero ésta me sentía incómoda proyectando mis caras de dolor. “¿Dónde me meto yo? Este no es mi lugar” pensaba. Yo tenía ganas de gritar. Para mí lo más duro fue el antes, porque yo ya sabía que el embarazo se había interrumpido, pero fue terrible llegar a un espacio que no estaba preparado para eso. Y sabiendo que estadísticamente hay muchos embarazos que se pierden en los primeros meses, la clínica no estaba preparada para algo así. Sabiendo también que en esa guardia había

otras mujeres pasando por lo mismo, pero yo no las podía reconocer. Había 20 minas, alguna tenía que estar igual que yo.

Después me atendieron, me hicieron una ecografía y me trajeron los resultados. La médica que me atendió fue súper piola. Me llevó una habitación donde no había nadie, me trajo una frazada, pero fue ella. Ella fue la que me atendió de ese modo. Era una mujer una mujer bastante joven. Me acuerdo que ella buscó una habitación donde me pudiera quedar, ella se ocupó de que yo quedara a resguardo.

Yo sentí que la que se ocupó de mí fue únicamente la médica, para todo el resto yo era un trámite. También me preguntó si tenía preguntas, estuvo súper abierta en el momento y tratando de acompañarme. Yo no tuve ni la capacidad ni la inteligencia emocional para hacer una pregunta. Fuera esa atención que fue muy humana, el resto fue horrible [...]

Volví a mi casa muy cansada por todo el dolor físico y emocional que te genera algo así [...]

Algo que me llamó la atención, es que nadie me hizo un seguimiento, una repregunta. Nadie me llamó al mes para preguntarme cómo estaba, absolutamente nadie.

Yo hoy siento que le puede dar un cierre, pero durante mucho tiempo tuve una angustia muy grande. Y nunca sentí del mundo exterior una soga que me ayudara transitar esa angustia.

Con nadie puede tener una conversación después sobre lo que me estaba pasando. No tuve ni un llamado del centro médico y de mi ginecóloga. En ese momento tampoco le conté a mis amigas. Así que estaba yo sola. Creo que recién lo puede hablar al año.

Y todo esto lo transite con la credencial de OSDE 410, imagínate si no tenés esa prepaga. [...]

Entrevista 2 - Segmento: Mujeres de entre 18 y 45 años que perdieron uno o más embarazos en la etapa avanzada de gestación (2° y 3° trimestre)

Yo me encontraba en la semana 20 embarazo, un embarazo completamente normal sin ningún síntoma fuera de lo común. Me había realizado todos los estudios de rutina y daban perfecto. Es más recuerdo que médico nos dijo “chicos viene todo muy bien. No puede pasar nada malo. En realidad, siempre

puede pasar algo malo, pero en mi caso usted sería muy mala suerte”. Una tarde tuve una pequeña pérdida y decidí ir a una guardia a controlarme. Había consultado con mi obstetra y me había dicho que no hacía falta, que me quedara tranquila. Pero como yo ya había perdido otro embarazo, sabía que no me iba quedar tranquila. Así que me fui a una guardia.

En la guardia espere casi tres horas para que me entiendan, la médica me preguntó los síntomas y enseguida me dio entender que todo estaba bien. Debido a mi insistencia, y como yo tenía un aborto, me ordenó una ecografía.

Cuándo nos hicieron la ecografía nos enteramos que el embarazo se había interrumpido. La médica que nos estaba haciendo el estudio no nos hablaba. En un momento llamó a otro médico para consultarle, no se hablaban entre ellos y ahí nosotros supimos que al no anda bien. Así que preguntamos. Nos dijo “no encontramos el latido”. Creo que no quería o no sabía cómo darnos la noticia. Ya sabíamos que significaba, pero igual preguntamos y nos confirmó que el embarazo se había interrumpido. Al segundo nos dejó solos y nos dijo que cuando estuviéramos listos volviéramos con la médica de guardia. Volvimos a esperar a que la doctora nos atienda.

Cuando entramos al consultorio y vio como yo lloraba se dio cuenta que algo andaba mal. Me explicó brevemente que tenía dos opciones: irme a mi casa con mi bebé en la panza y volver al otro día o internarme en la guardia para que me diera medicación y se produjera el aborto. Me explicó mis opciones tan rápidamente que no me dio ni tiempo ni a pensar. Nunca me contó los pro o contras de cada una, así que era muy difícil saber. Deje que mi pareja tomará la decisión, yo no podía ni pensar. Una hora después con todos los trámites hechos, estábamos en el shock room de la guardia, pues la clínica no tenía habitaciones. Un enfermero vino y me dio dos pastillas para tomar, me dijo que iba sentir dolor, y me tomo la presión. No me explicaron ni cuánto iba durar, ni cuando iba empezar a sentir dolor, ni que otras cosas iban a pasar. Ni siquiera me dieron ropa para cambiarme.

Estábamos los dos solos en un cuarto, que no tenía puerta abrazados llorando. La médica pasó un rato después para explicarme muy rápidamente lo mismo que me había dicho la enfermera. Le pregunté cuando iba a pasar, si me iba a dar cuenta y me dijo “falta mucho, esta noche dormí, mañana tipo 7 de la mañana te vengo a ver y te explico”.

A las dos horas yo ya tenía algo de dolor así que me administraron un calmante, lo que me permitió dormir un ratito. Mi pareja estuvo todo el tiempo al lado mío. Cuando me veía con mucho dolor les preguntaba a los enfermeros si era normal, pero le decían que había que esperar a la médica.

Al rato me volvieron a dar calmantes, pero ya no servía de nada. A la madrugada comencé con el trabajo de parto. Como ya había sido mamá me parecía que lo que tenía eran contracciones. El tema es que acá además del dolor tenés una angustia terrible.

Me acuerdo que el primer calmante me hizo efecto y dormí, pero cada vez que me despertaba me acordaba donde estaba y porque, y me largaba a llorar.

Después de casi 1 hora con muchísimo dolor, rompí bolsa (o al menos eso creo). Así que mi novio fue a llamar a los enfermos, todavía estaba vestida con mi ropa. Me llevaron a un baño, donde nos dejaron solos durante 10 minutos. Ahí se produjo el aborto. Nadie venía así que mi novio tuvo que armar un escándalo, dejándome sola para buscar ayuda, mientras yo me quedaba quieta y en un charco de sangre.

Mi ropa, me dijeron que la tiraban porque ya no servía, y también me dijeron que ellos pensaban que el bebé iba a estar en el inodoro. No sabían que el médico había ordenado la autopsia.

Tuve la suerte que justo fue el cambio de turno y entró una enfermera mujer, que al ver la situación se horrorizó y vino a ayudarme. Me trató con compasión, como si entendiera lo difícil que ese momento era para mí.

Como la placenta no salía me tenían que dar más medicación, caso contrario me iban a tener que operar. Y así como si nada, ya no estaba más embarazada.

Horas después, la médica seguía sin aparecer. Así que llamamos a mi médico, que estaba al tanto de todo porque lo habíamos llamado desde la guardia la tarde anterior. Me dijo que iba a llamar a la clínica y que a eso de las 7 de la mañana me iba a pasar a ver.

El espacio en el que estábamos tenía un armario con materiales así que todo el tiempo entraban los enfermeros. "Todo era horrible".

6.30 am apareció la médica de guardia, me dijo que a veces los procesos son largos que en mi caso había sido corto y que en breve iba a venir mi médico.

Cuando llego mi médico me dijo que me operaban a mediodía. Me llevaron al quirófano de maternidad. Cuando entré, al lado mío una chica estaba camino a

su cesárea. Esa podría haber sido yo meses después. El tema es que, como yo lloraba tanto, no me podían poner la anestesia.

Una de las doctoras se acercó y me dijo que me entendía, que había pasado por eso y que pronto se iba a terminar. Me acarició el pelo hasta que me tranquilicé un poco y ahí me sedaron.

Cuando me desperté me explicaron de la operación, pero yo no entendía nada. Al rato me vinieron a ver mi médica y la otra doctora, y me dijeron que me iban a dar medicación para que no me baje leche. También me preguntaron que quería hacer con el bebé después de la autopsia, si llevármelo o donarlo para estudio médico. Me contaron una historia al respecto de alguien que se arrepintió una vez y luego lo reclamo. Me dijeron que cualquier cosa tenía tiempo de arrepentirme.

A la tarde, 24 hs después de haberme anunciado en la guardia me vestí y me fui. Un enfermero se fijó si podía caminar bien y adiós. [...]

Entrevista 3 - Segmento: Mujeres de entre 18 y 45 años que perdieron uno o más embarazos producto de una fertilización asistida

Mira mi caso fue así, empezamos a buscar con mi marido y yo no quedaba embarazada. Lo que me llamaba la atención porque yo me había hecho todos los estudios pre-concepcionales y me dieron bien. Cuando mi ginecólogo me hizo una ecografía me dijo “mira que vas a quedar embarazada muy rápido porque tenés muy buena reserva”. Cuando pasaron seis meses y eso no sucedió, me dijo “te voy a pedir todos los estudios de infertilidad”. Cuando me hacen los estudios me da que tenía las dos trompas obstruidas. Además, el espermograma de mi marido da malísimo. Ahí me dijeron que, con mis trompas, más el espermograma de él, probablemente nunca me hubiera embarazado. “Vamos a hacer un tratamiento de alta complejidad” me dijo el médico. Así que me cambié de plan OSDE e hice el tratamiento en una clínica privada muy importante de Buenos Aires. Lo que pasa, es que una no tiene ni idea de lo que está haciendo. Y encima como no te explican, para mí era todo nuevo. Bueno, hicimos el tratamiento. Después investigando me di cuenta de ciertas cosas, pero el tratamiento que me hizo la clínica es uno de los mejores. Quedo embarazada. Sin embargo, enseguida de quedar, empiezo con pérdidas. “No pasa nada” me

dijeron y me dieron progesterona (que después entendí que era muy poco, pero bueno ya está).

A las seis semanas tuve un aborto natural. Yo ya venía con pérdidas, muchas pérdidas seguidas. Y una noche directamente fue sangre. Así que me voy a la clínica, pero no había ginecólogo de guardia. Yo vivo en el interior del país. Yo sabía que en esa clínica mi ginecólogo atendía partos, por eso fui ahí. Así que me contacto con mi ginecólogo y me dice que dentro de media hora vamos a la clínica los dos juntos. Hago eso, como no había ecógrafo (imagínate yo tengo OSDE 450 y no me podía hacer una ecografía) me hace tacto y me dice que me quede tranquila que el cuello del útero estaba cerrado. “Que me quede tranquila y haga reposo” eso me dijo. Vuelvo a mi casa, empiezo el reposo, pero al otro día, en la noche, ya era peor. Me voy a la clínica nuevamente y en la clínica mucho el destrato. “Acá no vamos a llamar a nadie” me decían. No te imaginas lo que fue. Mi marido les decía “ayer su médico nos dijo que cualquier cosa lo llamen así que por favor te pido que lo llamen”. Los tuvo que apurar para que llamen. Ahí se acerca un guardia de seguridad, bueno nada una situación horrible. A todo esto, yo estaba con muchos dolores, más todo lo que me estaba pasado emocionalmente. La angustia, el llanto, la gente que te mira. Yo estaba sentada y escuchaba mi marido decir “yo me voy a calmar, sólo quiero que lo atienda su médico”.

Toda una situación horrible. Vino el médico, pero no tenía para hacer una ecografía, tampoco tenía lugar para internarme así que me tenía que internar en la maternidad. Así que me fui a la maternidad y me interné.

En 36 horas nunca pasaron a higienizarme. Me tuvo que ayudar mi mamá y eso que era la mejor clínica. Con el tiempo te vas dando cuenta la experiencia de mierda que tuviste. Mi médico vino, estuvo conmigo, me dio la orden y se fue.

Al otro día volvió y me hizo una ecografía en la maternidad, pero la imagen no era clara. Al mediodía me volvió hacer otra ecografía, pero tampoco era clara. Así que me dijo que tenía que ir a su consultorio hacerme una ecografía nueva por la tarde. La tercera ecografía mostró que ya se había producido el aborto, pero restaba hacerme un legrado para asegurar que no había restos.

“¿Cuándo querés me pregunto? Cuanto antes le dije”. Así que volví a internarme en la maternidad. Antes de que llegara el médico, ya me llevan a quirófano. Yo llorando, viste que es una situación horrible. Me acuerdo que me llevan al

quirófano y estaba el anestesista leyendo una revista. Y me pregunta “vos porque estás acá”. “Porque me tienen que hacer un legrado” le dije. “Ah ok ¿Y vos alguna vez tuviste anestesia?”. Él me preguntaba a mí. “Mira hay una carpeta y adentro tenés un electro” le dije, “si lo querés mirar está ahí”. Pero él me seguía preguntando. Ahí una enfermera pregunta si me tenían que atar. Me preguntan a mí y yo no sabía nada. Era atarme las manos y atarme las piernas.

Cuando entra mi ginecólogo no entendía porque me tenían atada. Ahí me explica que dura poco que me quede tranquila.

No me puedo quejar fue el único que siempre me contuvo.

Cuestión que me hacen el legrado. Cuando me despierto me encuentro sola sobre la camilla. Sola. Todavía me acuerdo hoy de los azulejos del quirófano. En eso cae una enfermera y me dice que me quede quieta, que ahora no me puede atender porque tiene que atender un parto. Yo estaba con dolor y dopada. Le pedí que me dejase sola y la mina se fue. Yo me sentía muy adolorida, porque no me habían dado los calmantes, no te das una idea del dolor que tenía psicológico y físico. No se lo deseo a nadie.

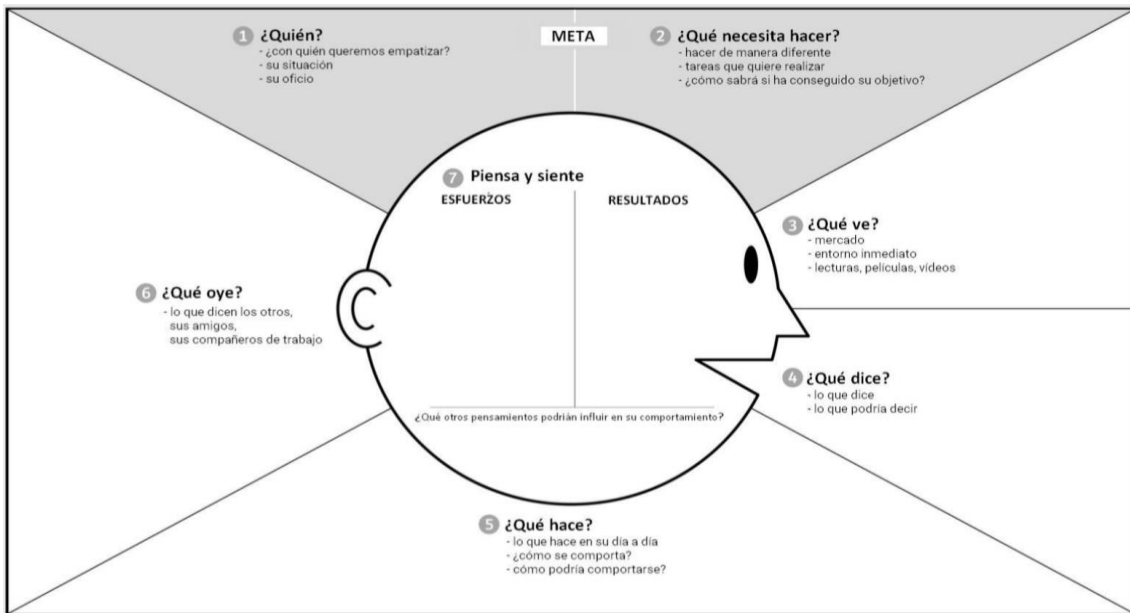
Apareció otra enfermera después, me pusieron en silla de ruedas, apareció mi médico. Tengo flashes que me decía “te voy a preparar esto para que lo lleves a analizar”. Pero no me acuerdo del todo bien.

¿Vos después perdiste otros embarazos?

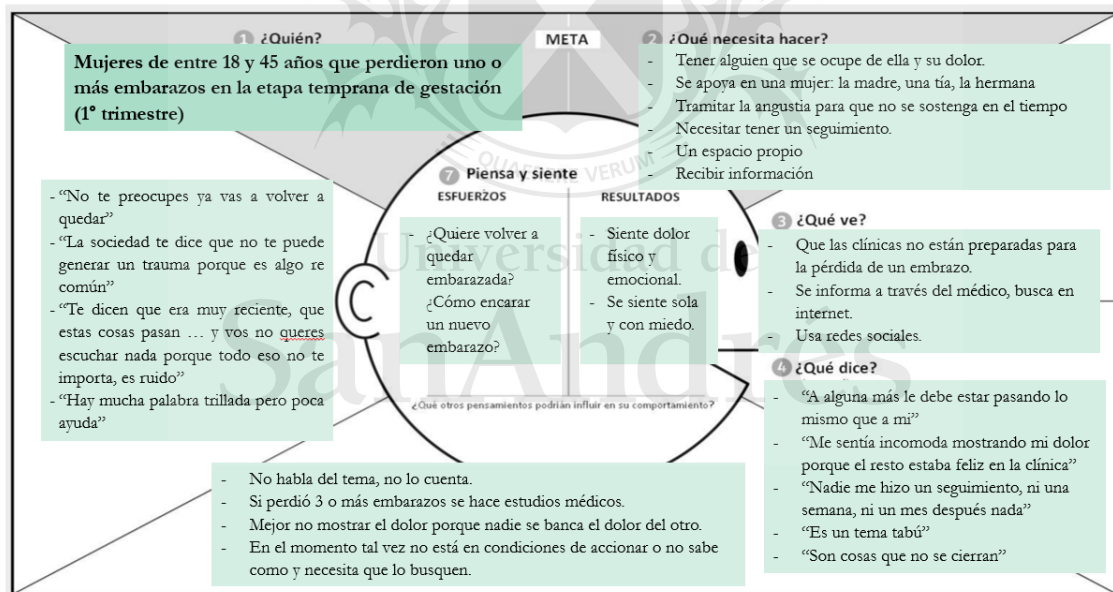
Sí, después de eso mágicamente a los dos o tres meses empecé a quedar de forma natural, pero a las pocas semanas los perdía. Perdí siete embarazos. Nadie sabe decirte que es, empiezan con la trombofilia, con los análisis, en fin. Yo empecé investigar a insistirle a mi médico para que le hagan estudios a mi marido, porque el resto de los médicos no te ayuda, siempre primero estudian a la mujer. [...]

Anexo 3: Mapas de empatía – Usuaris

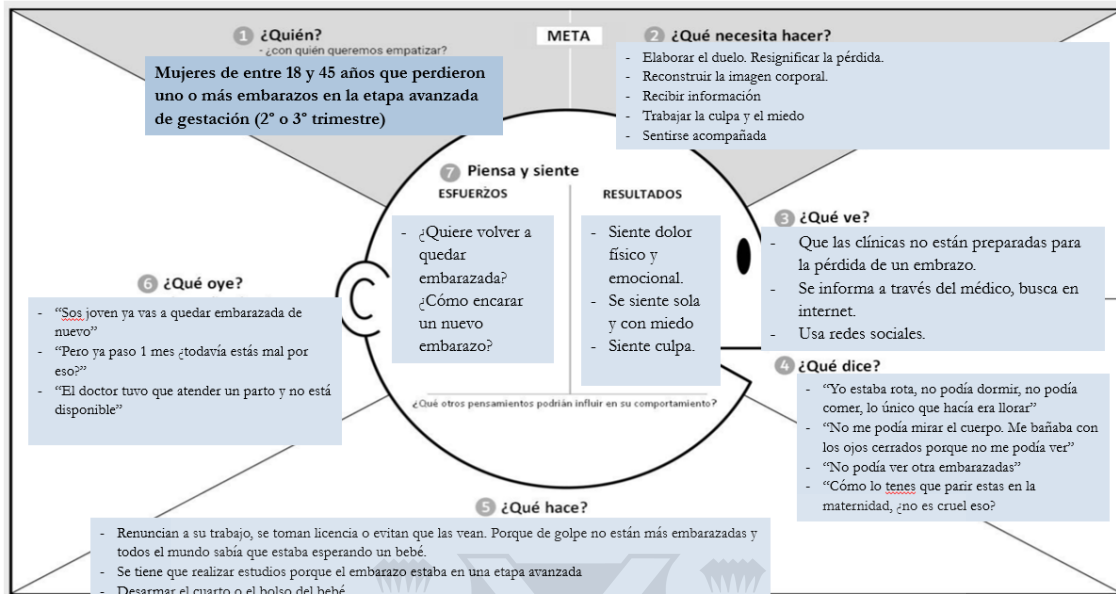
Producto de las entrevistas se construyeron los mapas de empatía correspondientes a cada segmento, utilizando el siguiente modelo:



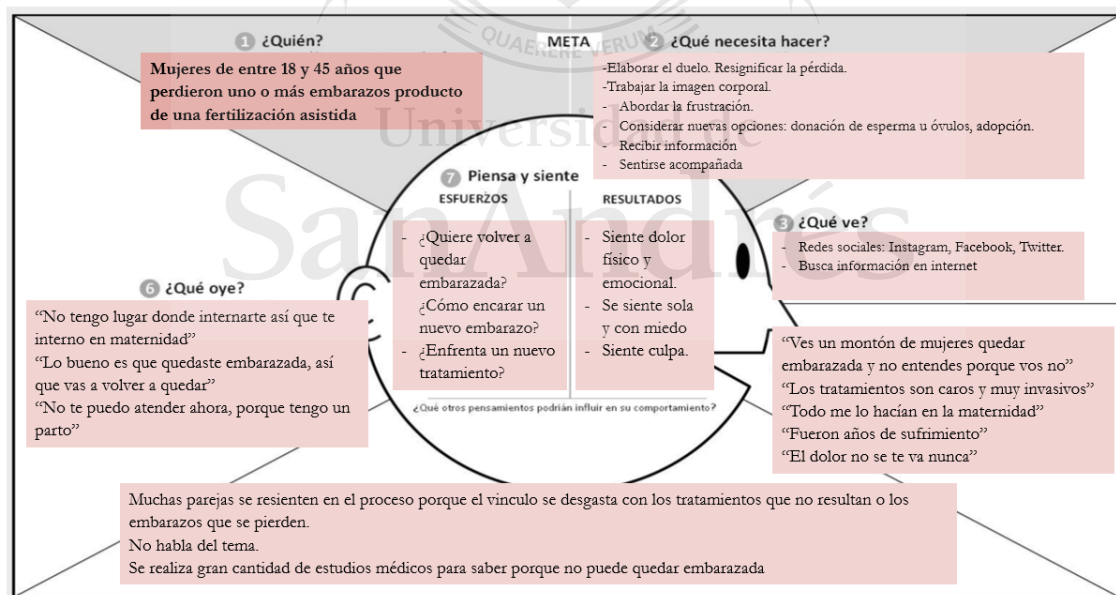
Segmento: Mujeres de entre 18 y 45 años que perdieron uno o más embarazos en la etapa temprana de gestación (1° trimestre)



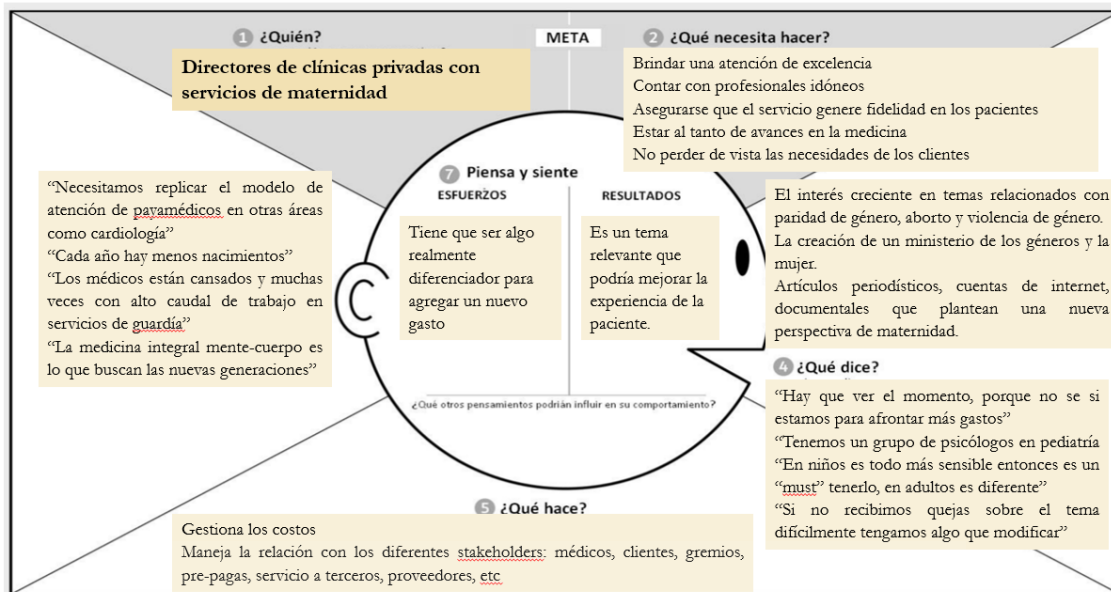
Segmento: Mujeres de entre 18 y 45 años que perdieron uno o más embarazos en la etapa avanzada de gestación (2° y 3° trimestre)



Segmento: Mujeres de entre 18 y 45 años que perdieron uno o más embarazos producto de una fertilización asistida



Anexo 4: Mapas de empatía – Cliente



Anexo 5: Entrevistas a influenciadores

Debrief de entrevistas realizadas.

Lo que se hace por guardia es muy focalizado en la parte de médica. La parte psicoterapéutica, no existe. Recuerdo en la residencia que veíamos psicosis puerperal, que es un cuadro grave (si bien poco frecuente y de difícil diagnóstico), pero sólo eso veíamos en psicología. En caso así ahí llamas al psiquiatra de guardia, pero perdés contacto con la paciente. En definitiva, la parte de la contención del paciente en el puerperio o en la guardia propiamente dicha, no existe. Lamentablemente es así, es una realidad.

Ósea si hay un cuadro psicótico en una embarazada ahí sí, se llama al psiquiatra para que la mediquen.

Claro, pero ahí estamos hablando de una psicosis, que es un cuadro más grave que requiere medicación. Pero si el cuadro psicopatológico no está enmarcado dentro de una psicosis, ¿qué pasa?

Nada porque ya no es un cuadro de psiquiatría.

¿Qué aceptación crees que tendría en los médicos la presencia de psicólogos?

Creo que es muy buena, por supuesto que sí. Aparte el médico obstetra que recibe a la paciente en un cuadro de histeria o de angustia, actúa, pero se queda corto. Hay tanto trabajo en la parte médica que el obstetra no puede dedicarle

más de 10 minutos a cada paciente. Aparte por lo que están pagando y la demanda que hay, ni bola que le dan. No te puedo decir una cosa por otra.

También es una realidad el hecho de que no lo sabemos hacer, no sabemos cómo contener psicológicamente a una paciente en casos de histeria de angustia. Te asesoras o aseguras que la paciente no está entrando en un cuadro de psicosis y listo. El resto no lo sabemos hacer. Si vos me pones a contener psicológicamente a una paciente no lo sé hacer y no me gusta hacerlo tampoco. Hay un proyecto de ley, que no sé si salió o estaba por salir, del síndrome fosfolipídico. Que tiene como característica que se pierden embarazos de forma reiterada entre la semana 6 a 10 y se pierden de 4 a 6 embarazos en edad reproductiva. Este síndrome es un trastorno hematológico. ¿Porque te tocó este tema? Porque llegan pacientes abortadoras habituales que aparte del cuadro o el síndrome fosfolipídico, llegan con un cuadro psicológico importante. La parte psicológica quedaba totalmente afuera. Es inevitable que la pérdida reiterada embarazos no te predisponga psíquicamente para futuros embarazos. Es un síndrome que está vinculado con la parte inmunológica, pero también tiene una connotación psicológica. Porque en las pérdidas sucesivas, la paciente queda marcada.

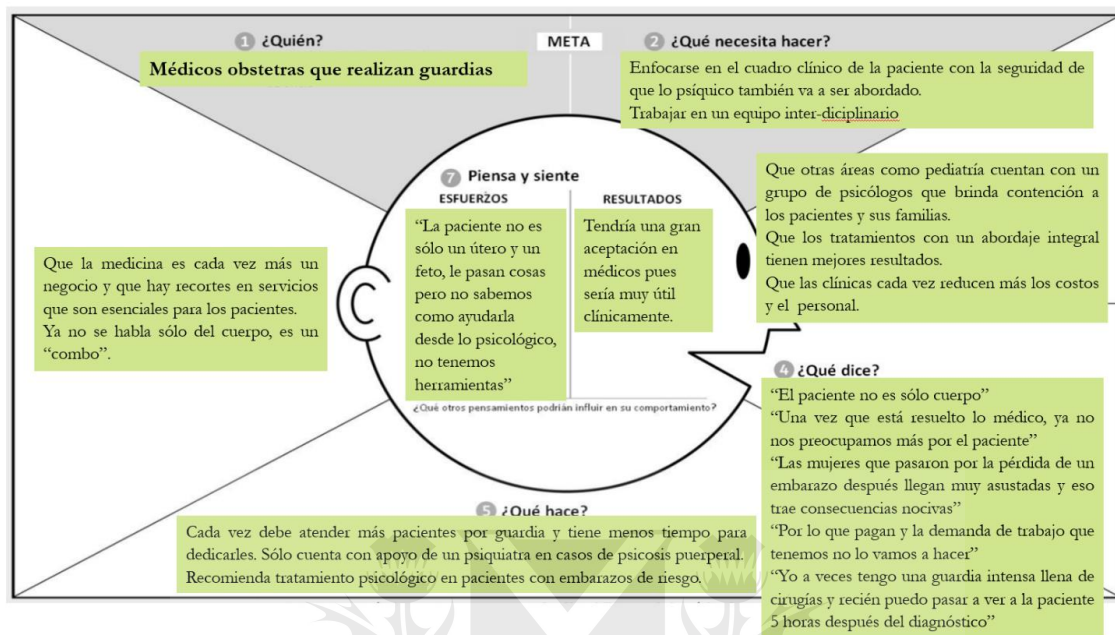
No hay personal de psicólogos para atender urgencias. Si psiquiatras, pero para patologías graves. Y por prioridad de patologías atendemos a otros pacientes una vez que resolvimos lo médico. A veces ese rol lo cubre una partera, pero cuando el embarazo se pierde en una guardia, no hay partera.

Cuando se resuelve la urgencia y la pasamos a piso, ya está ya está resuelto lo médico. No vemos más a la paciente [...]

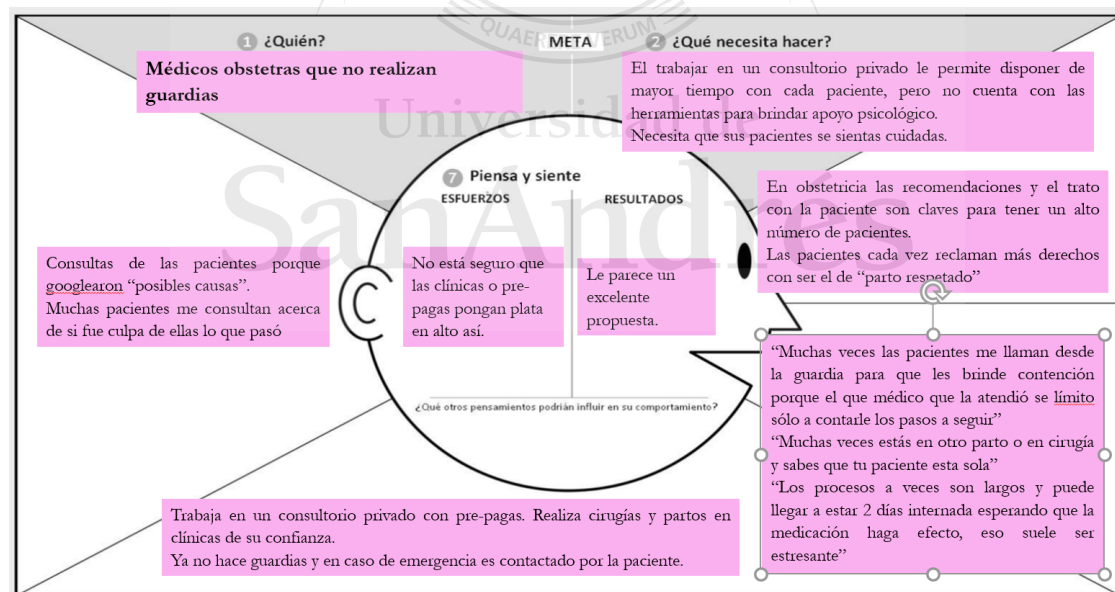
Además, los sistemas de salud de la República Argentina no consideran que la psicología debo a trabajar cubriendo servicio de guardia. Y la verdad es que estamos hablando de recursos económicos acá [...]

Anexo 6: Mapas de empatía – Influenciadores

Segmento: médicos obstetras que realizan guardias



Segmento: médicos obstetras que no realizan guardias



Anexo 7: Casos y abordajes

Hay diferentes casos y dependiendo del trimestre en el que se encuentre la paciente se aborda de diferente manera, por lo tanto, el tratamiento psicológico que se ofrece también varía.

Caso A: La paciente realiza el tratamiento de manera ambulatoria. Asiste a una guardia, donde se la atiende médicamente y se le receta medicación para que el aborto se produzca en su domicilio. En esos casos no se interna a la paciente.

Servicio ofrecido: Una vez que la paciente recibió el tratamiento médico, se ofrece una sesión breve de asistencia y contención psicológica y un seguimiento los días posteriores a través de video-llamada. La atención diaria tendrá una duración de 10 días consecutivos.

Caso B: La paciente realiza el tratamiento de manera ambulatoria, pero el mismo no resulta y es necesario internarla para suministrarle más medicación o realizarle un legrado. A su vez que la paciente recibe el tratamiento médico mientras se encuentra internada, recibirá acompañamiento psicológico durante toda la internación. Además del seguimiento los días posteriores a través de video-llamada. La atención diaria tendrá una duración de 10 días consecutivos.

Caso C: El aborto ya se produjo de forma espontánea, pero debido a que aún quedan restos es necesario internarla para realizar un legrado. A su vez que la paciente recibe el tratamiento médico mientras se encuentra internada, recibirá acompañamiento psicológico durante toda la internación. Además del seguimiento los días posteriores a través de video-llamada. La atención diaria tendrá una duración de 10 días consecutivos.

Anexo 8: Card del experimento 1

1- Tipo de experimento
Interacción con la pieza
2-Hipótesis – Creemos que ...
a pesar del paso del tiempo, a todas las mujeres que atravesaron la interrupción de un embarazo el tema las sigue convocando.
3-Test – Explicación del test y del target
Lanzar una campaña en redes (Facebook)A/B testing con una imagen + copy + CTA dirigido a mujeres que hayan vivido la interrupción de un embarazo.

Segmentación: mujeres – residentes en Argentina – 30 a 45 años.
Luego definir el copy con mejor CTR para futuras campañas.

4- Métrica – Cómo mediremos los resultados

Visitas a landing page

5- Éxito – Cómo definiremos si fue exitoso

3-5% de CTR.

Anexo 9: Imagen de campaña



Anexo 10: Evidencia de experimento 1

<input type="checkbox"/>	Nombre del anuncio	Entrega	Nombre del conjunto de anuncios	Estrategia de puja
<input type="checkbox"/>	Anuncio B	Completado	AR - 30-45 0 anuncios activos	Menor costo Impresiones
<input type="checkbox"/>	Anuncio A	Completado	AR - 30-45 0 anuncios activos	Menor costo Impresiones

> Resultados de 2 anuncios ⓘ

Presupues Conjunto ...	Último cambio significativo	Resultad	Alcance	Impresiones	Costo por resultado
\$225,00 Total	18 may 2020 17:16 hace 3 días	46 Interaccio...	11.984	22.468	\$3,02 Por interacc...
\$225,00 Total	18 may 2020 17:16 hace 3 días	34 Interaccio...	9.278	13.957	\$2,54 Por interacc...
—	—	80 Interaccio...	15.992 Personas	36.425 Total	\$2,81 Por interacc...

Clasificación de calidad	Clasificación del porcentaje de interacción	Clasificación del porcentaje de	Importe gastado	Finalización	Clics en el enlace
Por debajo d... 20% de los anu...	—	—	\$138,77	20 may 2020	5
Por debajo d... 20% de los anu...	—	—	\$86,23	20 may 2020	3
			\$225,00 Gasto total		8 Total

Estadísticas

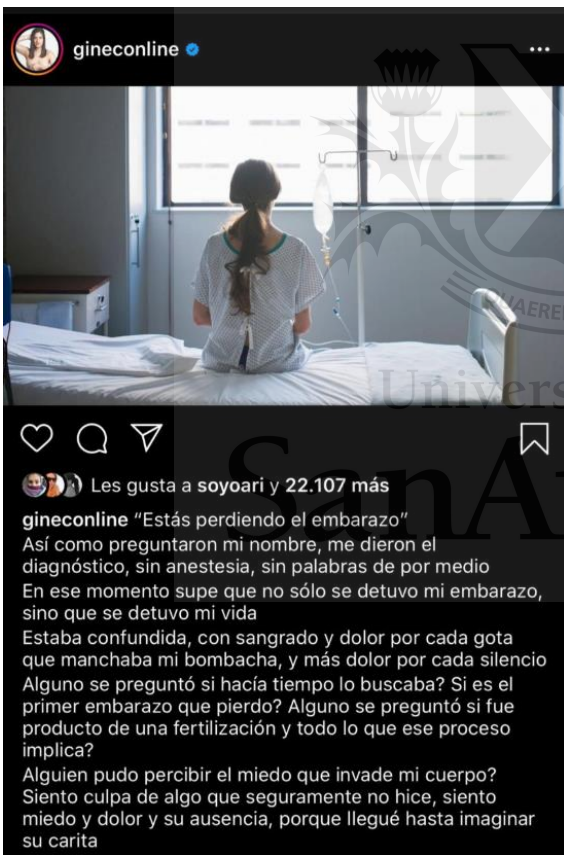
Últimos 7 días

Observa cómo tus visitantes interactúan con tu página web. [Leer más](#)

22 VISITAS ⓘ ↑ 100%	22 VISITANTES ÚNICOS ⓘ ↑ 100%	59% PORCENTAJE DE RE... ⓘ ↑ 100%	- FORMULARIOS ENVI... ⓘ 0%
---------------------------	-------------------------------------	--	----------------------------------



Anexo 11: Posteo de @gineconline



Necesito unos minutos o la vida entera para digerirlo, aún no lo sé
 Necesito que me digas que todo va a estar bien, que puede pasar, que no fue culpa mía
 Necesito que me mires a los ojos y vuelvas a mencionar lo que dijiste: "durante las primeras semanas de embarazo la naturaleza elige su destino"
 Ahí supe que el embarazo se puede perder por completo de forma espontánea en casa, con ayuda de alguna medicación o me podrían realizar una pequeña intervención quirúrgica
 Pero por favor, entiendo que este embarazo no va a continuar, sé que ya no puedo pedirte que respetes mi parto, porque no llegará a eso, pero respetá mi duelo, al fin y al cabo estuve embarazada, y esta pérdida forma parte de un proceso
 Expícame, acompañame, conténeme y si curso una internación, que sea en un ambiente que respete lo que viví, porque aunque me veas entera, me tendré que ir armando de nuevo
 Las mujeres que cursan un aborto espontáneo o un embarazo anembrionado, por ejemplo, también deben ser respetadas y ser acompañadas porque es un momento muy importante en sus vidas
 En la semana del parto respetado también las abrazo a todas las que están cursando una pérdida de embarazo o ya lo perdieron 🙏💕
 #gineconline #embarazo
 Ver los 1059 comentarios

Anexo 12: Card de evidencia y aprendizajes – experimento 1

EVIDENCIA

Nivel de la evidencia



La evidencia es muy poca para poder corroborar o refutar la hipótesis.

Se alcanzaron un total de 15.992 mujeres con la publicación.

El anuncio con mayor interacción fue el tenía el copy *"Perder un embarazo fue difícil, pero hoy siento que mi historia puede ayudar a otras mujeres. La tuya también"*

CARD DE APRENDIZAJES

1- Tipo de experimento – Nombre del experimento

Interacción con la pieza

2-Hipótesis – Creíamos que ...

A pesar del paso del tiempo, a todas las mujeres que atravesaron la interrupción de un embarazo el tema las sigue convocando.

3-Observación – Explicación de la evidencia observada.

Las interacciones fueron muy pocas. El costo por resultado fue muy alto. El CTR fue bajo y la landing recibió pocas visitas.

4- Aprendizajes

Un campaña en redes de una influencer sobre ginecología logro más de 750 comentarios.

5- Decisiones – Qué haremos

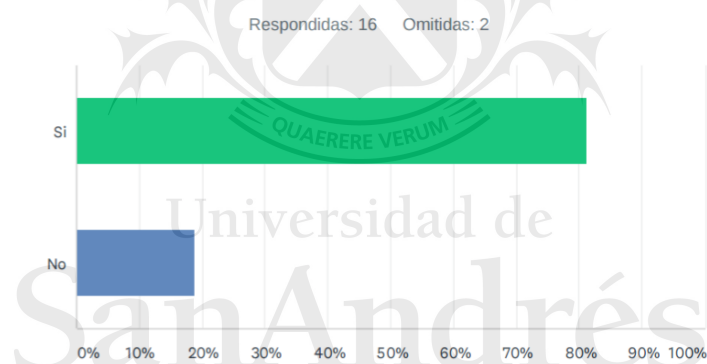
Probar una campaña con otra imagen que no sea un dibujo.
 Trabajar con influencers.

Anexo 13: Card del experimento 2

1- Tipo de experimento
Encuesta
2-Hipótesis – Creemos que ...
Muchas mujeres buscan información relevante en internet sobre el tema
3-Test – Explicación del test y del target
Realizaremos un encuesta a través del sitio web del proyecto
4- Métrica – Cómo mediremos los resultados
Analizando las respuestas
5- Éxito – Cómo definiremos si fue exitoso
70% de respuestas afirmativas

Anexo 14: Evidencia de experimento 2

P8 ¿Cuándo te sucedió buscaste información en internet?



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
Si	81.25%	13
No	18.75%	3
TOTAL		16

Anexo 15: Card de evidencia y aprendizajes – experimento 2

EVIDENCIA

Nivel de la evidencia



La evidencia no fue mucha pero fue relevante.

Se obtuvieron 18 respuestas en total.

Muy pocas ingresaron por la landing.

La mayoría de las respuestas se obtuvo por referencias.

CARD DE APRENDIZAJES

1- Tipo de experimento – Nombre del experimento

Encuesta

2-Hipótesis – Creíamos que ...

Muchas mujeres buscan información en internet

3-Observación – Explicación de la evidencia observada.

De la cantidad de respuestas obtenidas, el 81% respondió que Sí, que busco información en internet

4- Aprendizajes

Es muy importante tener una landing bien construida y pautar en google search que probablemente sea el canal que genere mayor tráfico.

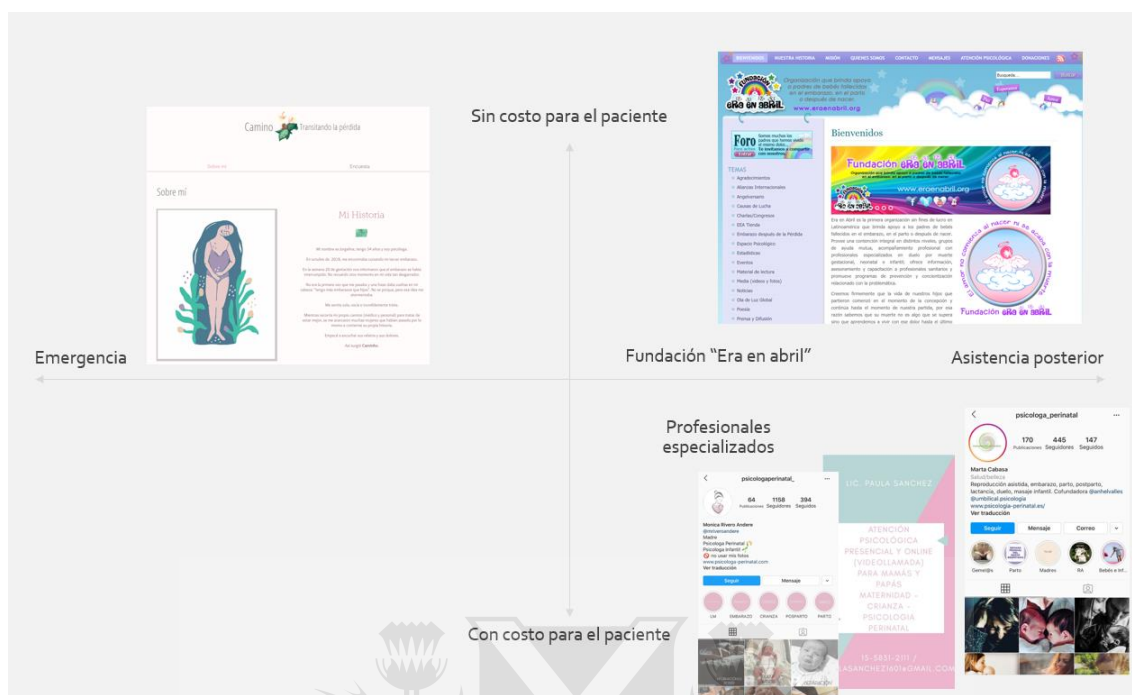
5- Decisiones – Qué haremos

Trabajar en el diseño de la landing y pautar en search

Anexo 16: Mapa de clínicas posibles en CABA



Anexo 17: Competencia actual

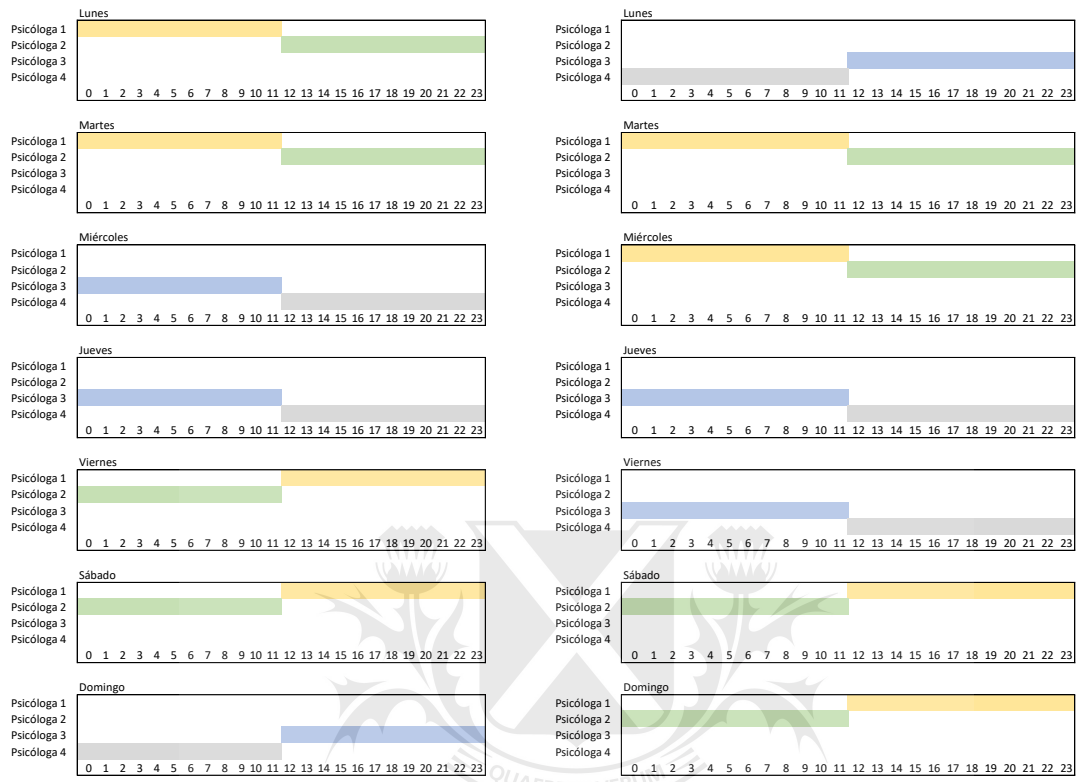


Anexo 18: Cuadro coseguros

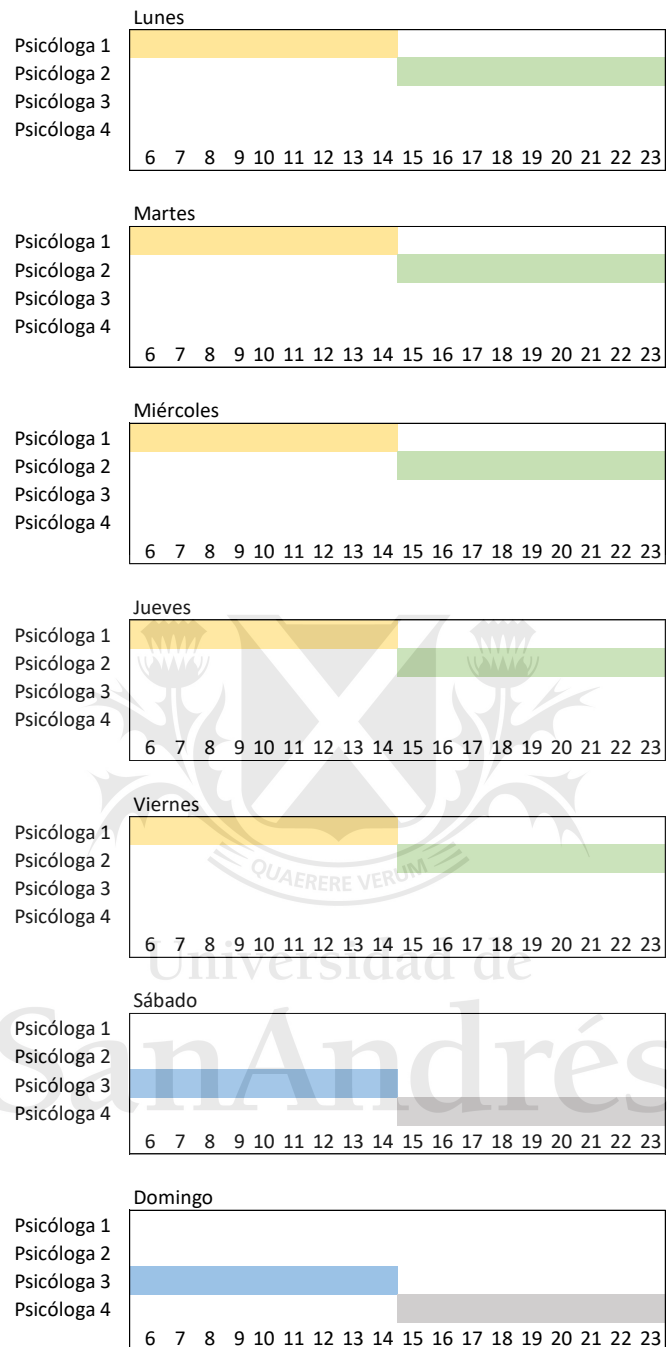
ACTUALIZACIÓN DE COPAGOS		Valor Máximo de Copagos			
Consultas	Octubre 2019	Octubre 2020	Diciembre 2020	Marzo 2021	
Médicos de Familia / Generalistas / Pediatras/ Tocoginecólogo	167	188	204	214	
Médicos Especialistas	314	352	383	402	
Programa HIV	Exento	Exento	Exento	Exento	
Oncología	Exento	Exento	Exento	Exento	
Discapacidad	Exento	Exento	Exento	Exento	
Plan Materno Infantil	Exento	Exento	Exento	Exento	
Psicología					
sesión INCLUIDA PSICOLOGÍA	209	234	255	268	
sesión EXCEDENTE PSICOLOGÍA	419	469	511	536	

Anexo 19: Gantt de horarios y profesionales.

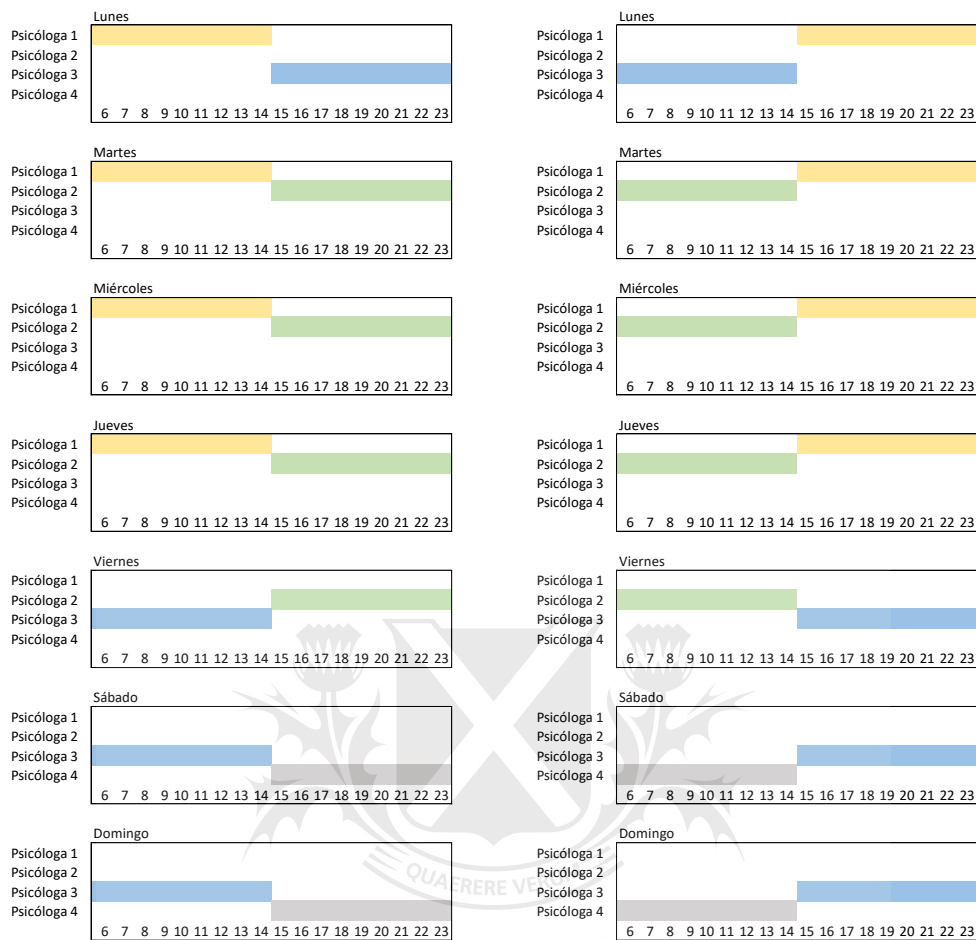
Opción 1



Opción 2



Opción 3

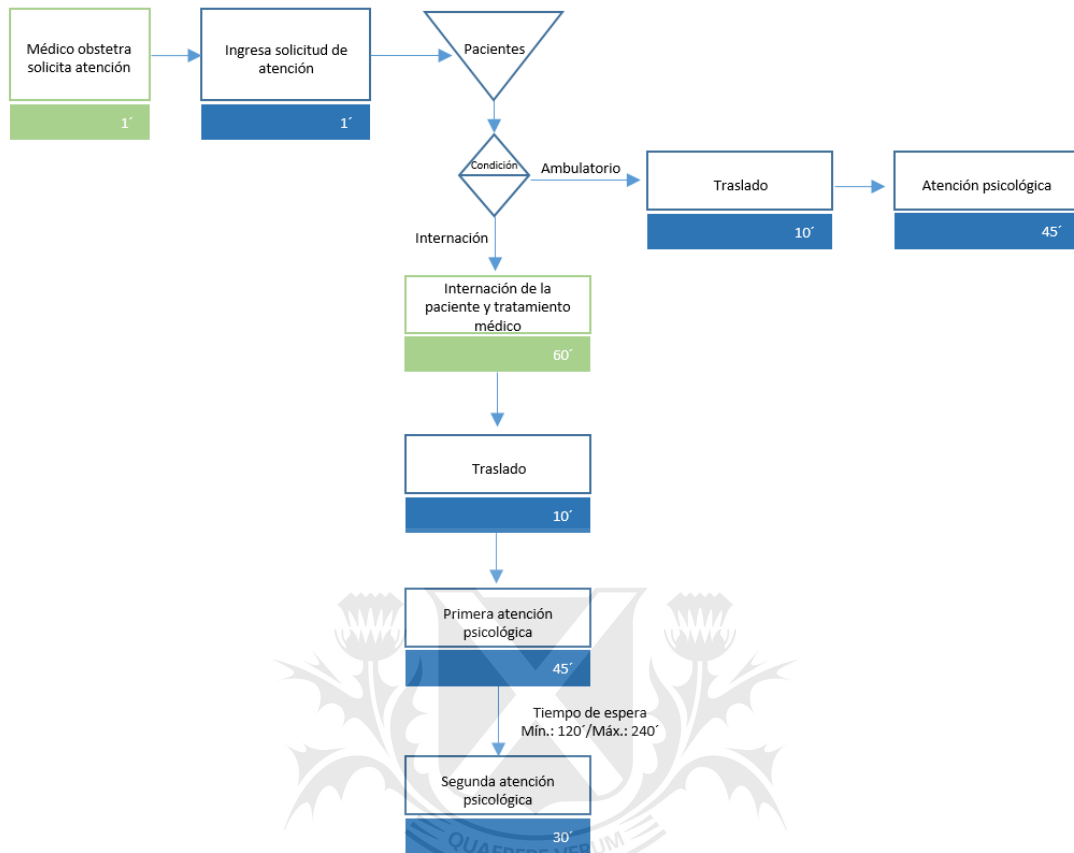


Anexo 20: Caracterización de los tipos de proceso

Diseño del proceso: Caracterización de los tipos de procesos

	Proyecto	Lote	Masivo	Continuo
Producto	Único	Hecho a pedido	Hecho para stock	Commodity
Cliente	Único	Pocas personas	Mercado masivo	Mercado masivo
Demanda	Infrecuente	Fluctúa	Estable	Muy estable
Volumen	Muy bajo	Bajo a medida	Alto	Muy alto
Variedad	Infinita	Mucha, alta	Baja	Muy baja
Sistema	Largo plazo	Intermitente	Líneas de flujo	Industria proceso
Equipos	Variados	General	Especial	Altamente automatizados
Tipo de trabajo	Contratos	Fabricación	Ensamble	Mezclar, tartar, refinar
Habilidades	Expertos, artesanos	Amplio rango	Rango limitado	Monitores de equipos
Ventajas	Trabajo customizado, calidad	Flexibilidad, velocidad	Eficiencia, bajo costo	Altamente eficiente, gran capacidad
Desventaja	No se repite	Costoso, lento	Inv. capital	Difícil de modificar

Anexo 21: Flujo de proceso



Anexo 22: Tiempo máximo de traslado

Para calcular el tiempo máximo de traslado, se tomaron las dos clínicas con mayor distancia entre sí.



Anexo 23: Utilización (%)

$$\text{Utilización (\%)} = \frac{\text{Thoughtout (del sistema)}}{\text{Capacidad de la actividad o el recurso}}$$

Actividad	Recurso	Capacidad	Utilización
Traslado	1 psicólogo	1 paciente= 10 min 6 pacientes/hora	17%
Set up paciente	4 clínicas	1 paciente = 60 min. 4 pacientes/hora	25%
1° Atención	1 psicólogo	1 paciente= 45 min 1 pacientes/hora	100%
2° Atención	1 psicólogo	1 paciente= 30 min 2 pacientes/hora	50%

Anexo 24: Equipo

Jorgelina Giacoia
Ventas, Marketing y Comunicación

Miriam Dirassar
Psicóloga y coordinadora general.

Mariana Calvo
Consultora externa – Médica obstetra

Florencia Britos
Psicóloga

Silvina Quintana
Psicóloga

Carolina Adimari
Psicóloga

Anexo 25: Salarios del equipo

Puestos	Salarios mensuales	Salarios anuales
Ventas - Marketing	\$ 90.000,00	\$ 1.080.000,00
Psicóloga Full Time	\$ 40.000,00	\$ 480.000,00
Psicóloga Part Time	\$ 20.000,00	\$ 240.000,00
Coordinadora	\$ 50.000,00	\$ 600.000,00

Año 1		
Puestos	Cantidad	Salarios
Ventas - Marketing	1	\$ 1.080.000,00
Psicóloga Full Time	2	\$ 960.000,00
Psicóloga Part Time	2	\$ 480.000,00
Coordinadora	1	\$ 600.000,00
Subtotal		\$ 3.120.000,00
Cargas sociales		\$ 936.000,00
Total		\$ 4.056.000,00

Año 2		
Puestos	Cantidad	Salarios
Ventas - Marketing	1	\$ 1.080.000,00
Psicóloga Full Time	4	\$ 1.920.000,00
Psicóloga Part Time	4	\$ 960.000,00
Coordinadora	2	\$ 1.200.000,00
Subtotal		\$ 5.160.000,00
Cargas sociales		\$ 1.548.000,00
Total		\$ 6.708.000,00

Año 3		
Puestos	Cantidad	Salarios
Ventas - Marketing	1	\$ 1.080.000,00
Psicóloga Full Time	6	\$ 2.880.000,00
Psicóloga Part Time	6	\$ 1.440.000,00
Coordinadora	3	\$ 1.800.000,00
Subtotal		\$ 7.200.000,00
Cargas sociales		\$ 2.160.000,00
Total		\$ 9.360.000,00

Año 4		
Puestos	Cantidad	Salarios
Ventas - Marketing	1	\$ 1.080.000,00
Psicóloga Full Time	7	\$ 3.360.000,00
Psicóloga Part Time	7	\$ 1.680.000,00
Coordinadora	3	\$ 1.800.000,00
Subtotal		\$ 7.920.000,00
Cargas sociales		\$ 2.376.000,00
Total		\$ 10.296.000,00

Año 5		
Puestos	Cantidad	Salarios
Ventas - Marketing	1	\$ 1.080.000,00
Psicóloga Full Time	8	\$ 3.840.000,00
Psicóloga Part Time	7	\$ 1.680.000,00
Coordinadora	3	\$ 1.800.000,00
Subtotal		\$ 8.400.000,00
Cargas sociales		\$ 2.520.000,00
Total		\$ 10.920.000,00

Anexo 26: Informe de bonos ajustables por CER

ANÁLISIS DE TÍTULOS PÚBLICOS REESTRUCTURACIÓN DE DEUDA (*)																		
Bono	Código	Vencimiento	Amortización	Cupón de Renta	Próximo Vencimiento	VR (en %)	Colización c/100 v.n. (a)	Fecha Última cotización	Cupón Corriente			Valor Técnico c/100 v.n.	Paridad (en%)	Volatilidad 40r. (b) (en %)	TIR Anual	DM	PPV (en años)	
									Renta Anual (en %)	Intereses Corridos c/100 v.n.	Yield Anual (en %)							
BONOS CANJE REESTRUCTURACIÓN DE DEUDA 2005 (**)																		
I. Bono PAR																		
PAR Ley Arg. (CER)	PARP	31-Dic-36	Sem.	Sem.	31-Mar-21	R	100.00	716.500	18-Dic-20	Fija=1.77	6.86	4.23	1,707.26	42.09	32.95	10.23%	9.91	12.27
II. Bonos Discount																		
DISC Ley Arg. (CER)	DICP	31-Dic-33	Sem.	Sem.	31-Dic-20	R	100.00	1870.000	18-Dic-20	Fija=5.83	60.15	6.96	2,219.55	84.25	28.83	8.88%	5.77	7.04
III. Bono CUASIPAR																		
CUASIPAR (CER)	CUAP	31-Dic-45	Sem.	Sem.	31-Dic-20	R	100.00	1020.000	18-Dic-20	Fija=3.31	37.34	7.95	2,398.50	42.53	27.14	10.50%	10.28	16.24
III. Unidades Vinculadas al Producto (U.V.P.)																		
U.V.P. en USD Ley Arg.	TVPA	15-Dic-35	-	-	-	-	-	62.000	18-Dic-20	-	-	-	-	-	37.48	-	-	-
U.V.P. en ARS Ley Arg.	TVPP	15-Dic-35	-	-	-	-	-	1.910	18-Dic-20	-	-	-	-	-	62.05	-	-	-
U.V.P. en USD Ley N.Y.	TVPY	15-Dic-35	-	-	-	-	-	77.000	18-Dic-20	-	-	-	-	-	111.28	-	-	-
U.V.P. en EUR Ley Ing.	TVPE	15-Dic-35	-	-	-	-	-	90.000	15-Dic-20	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BONOS CANJE REESTRUCTURACIÓN DE DEUDA 2010 (**)																		
I. Bono Par																		
PAR Ley Arg. (CER)	PAPD	31-Dic-38	Sem.	Sem.	31-Mar-21	R	100.00	701.000	17-Dic-20	Fija=1.77	6.86	4.34	1,707.26	41.06	-	10.49%	9.85	12.27
II. Bonos Discount																		
DISC Ley Arg. (CER)	DIPD	31-Dic-33	Sem.	Sem.	31-Dic-20	R	100.00	1805.000	15-Dic-20	Fija=5.83	60.15	7.22	2,219.55	81.32	-	9.53%	5.69	7.04
IV. Unidades Vinculadas al Producto (U.V.P.)																		
U.V.P. en USD Ley N.Y.	TVYD	15-Dic-35	-	-	-	-	-	90.000	09-Dic-20	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BONOS CANJE REESTRUCTURACIÓN DE DEUDA 2020																		
I. Bono en Dólares Ley Arg. (Bono)																		
Bonar Step-Up 2029	AL29	9-Jul-29	10 - Sem.	Sem.	09-Jul-21	R	100.00	5857.000	18-Dic-20	Fija=1	0.30	2.42	100.30	41.44	27.38	17.31%	5.21	6.12
Bonar Step-Up 2029 - USD	AL29D	9-Jul-29	10 - Sem.	Sem.	09-Jul-21	R	100.00	41.750	18-Dic-20	Fija=1	0.30	2.41	100.30	41.63	34.03	17.22%	5.22	6.12
Bonar Step-Up 2030	AL30	9-Jul-30	13 - Sem.	Sem.	09-Jul-21	R	100.00	5660.000	18-Dic-20	Fija=0.125	0.04	0.31	100.04	40.16	29.92	16.44%	5.59	6.59
Bonar Step-Up 2030 - USD	AL30D	9-Jul-30	13 - Sem.	Sem.	09-Jul-21	R	100.00	40.220	18-Dic-20	Fija=0.125	0.04	0.31	100.04	40.20	23.17	16.41%	5.59	6.59
Bonar Step-Up 2035	AL35	9-Jul-35	10 - Sem.	Sem.	09-Jul-21	R	100.00	5133.000	18-Dic-20	Fija=0.125	0.04	0.34	100.04	36.42	25.71	14.87%	8.57	10.83
Bonar Step-Up 2035 - USD	AL35D	9-Jul-35	10 - Sem.	Sem.	09-Jul-21	R	100.00	36.180	18-Dic-20	Fija=0.125	0.04	0.35	100.04	36.17	23.27	14.95%	8.56	10.83
Bonar Step-Up 2038	AE38	9-Ene-38	22 - Sem.	Sem.	09-Jul-21	R	100.00	5450.000	18-Dic-20	Fija=0.125	0.04	0.32	100.04	38.67	26.93	16.24%	7.27	10.29
Bonar Step-Up 2038 - USD	AE38D	9-Ene-38	22 - Sem.	Sem.	09-Jul-21	R	100.00	38.290	18-Dic-20	Fija=0.125	0.04	0.33	100.04	38.25	20.95	16.41%	7.25	10.29
Bonar Step-Up 2041	AL41	9-Jul-41	28 - Sem.	Sem.	09-Jul-21	R	100.00	5000.000	18-Dic-20	Fija=0.125	0.04	0.35	100.04	35.47	23.46	15.12%	8.08	12.09
Bonar Step-Up 2041 - USD	AL41D	9-Jul-41	28 - Sem.	Sem.	09-Jul-21	R	100.00	35.500	18-Dic-20	Fija=0.125	0.04	0.35	100.04	35.49	15.46	15.12%	8.08	12.09
II. Bono en Dólares Ley Extranjera (Global)																		
Global Step-Up 2029	GD29	9-Jul-29	10 - Sem.	Sem.	09-Jul-21	R	100.00	6340.000	18-Dic-20	Fija=1	0.30	2.23	100.30	44.93	41.66	15.66%	5.29	6.12
Global Step-Up 2029 - USD	GD29D	9-Jul-29	10 - Sem.	Sem.	09-Jul-21	R	100.00	43.500	18-Dic-20	Fija=1	0.30	2.31	100.30	43.37	36.45	16.37%	5.26	6.12
Global Step-Up 2030	GD30	9-Jul-30	13 - Sem.	Sem.	09-Jul-21	R	100.00	5865.000	18-Dic-20	Fija=0.125	0.04	0.30	100.04	41.61	29.70	15.76%	5.62	6.59
Global Step-Up 2030 - USD	GD30D	9-Jul-30	13 - Sem.	Sem.	09-Jul-21	R	100.00	41.400	18-Dic-20	Fija=0.125	0.04	0.30	100.04	41.38	23.62	15.86%	5.62	6.59
Global Step-Up 2035	GD35	9-Jul-35	10 - Sem.	Sem.	09-Jul-21	R	100.00	5250.000	18-Dic-20	Fija=0.125	0.04	0.34	100.04	37.25	34.62	14.59%	8.62	10.83
Global Step-Up 2035 - USD	GD35D	9-Jul-35	10 - Sem.	Sem.	09-Jul-21	R	100.00	37.110	18-Dic-20	Fija=0.125	0.04	0.34	100.04	37.10	23.01	14.64%	8.61	10.83
Global Step-Up 2038	GD38	9-Ene-38	22 - Sem.	Sem.	09-Jul-21	R	100.00	5905.000	18-Dic-20	Fija=0.125	0.04	0.30	100.04	41.89	43.05	15.98%	7.46	10.29
Global Step-Up 2038 - USD	GD38D	9-Ene-38	22 - Sem.	Sem.	09-Jul-21	R	100.00	43.000	18-Dic-20	Fija=0.125	0.04	0.29	100.04	42.98	40.31	14.71%	7.52	10.29
Global Step-Up 2041	GD41	9-Jul-41	28 - Sem.	Sem.	09-Jul-21	R	100.00	5450.000	18-Dic-20	Fija=0.125	0.04	0.32	100.04	38.67	35.33	14.00%	8.33	12.09
Global Step-Up 2041 - USD	GD41D	9-Jul-41	28 - Sem.	Sem.	09-Jul-21	R	100.00	38.500	18-Dic-20	Fija=0.125	0.04	0.33	100.04	38.49	27.54	14.06%	8.32	12.09
Global Step-Up 2046	GD46	9-Jul-46	44 - Sem.	Sem.	09-Jul-21	R	100.00	5180.000	18-Dic-20	Fija=0.125	0.04	0.34	100.04	36.75	31.17	14.71%	7.97	13.23
Global Step-Up 2046 - USD	GD46D	9-Jul-46	44 - Sem.	Sem.	09-Jul-21	R	100.00	36.200	18-Dic-20	Fija=0.125	0.04	0.35	100.04	36.19	22.79	14.92%	7.92	13.23
III. Bono en Pesos Vinculados por CER (Bono)																		
BONTE 2026 CER +2%	TX26	9-Nov-26	5 - Sem.	Sem.	09-May-21	R	100.00	82.700	18-Dic-20	Fija=2	0.66	2.68	110.41	74.90	29.95	8.61%	4.38	4.67
BONTE 2028 CER +2.25%	TX28	9-Nov-28	10 - Sem.	Sem.	09-May-21	R	100.00	80.200	18-Dic-20	Fija=2.25	0.74	3.11	110.49	72.58	28.25	8.79%	4.87	5.34