

**UNIVERSIDAD ESAN**

**Plan de Negocio de  
Servicios de Cuidados Paliativos Domiciliarios para Pacientes Oncológicos  
de Lima Este**

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

Luis Enrique Arias Ponce  
Gloria María Huarcaya García  
Ybeth Luna Solis  
Patricia Mercedes Mauricio Verástegui

**Programa de la Maestría en Gerencia de Servicios de Salud 2015-1**

**Lima, 03 de octubre de 2017**

Esta tesis

**PLAN DE NEGOCIO DE  
SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS PARA  
PACIENTES ONCOLÓGICOS DE LIMA ESTE**

ha sido aprobada.

.....  
Enrique Cárdenas Ojeda (Jurado)

.....  
César Neves Catter (Jurado)

.....  
Lydia Arbaiza Fermini (Asesor)

Universidad Esan

2017

A nuestros familiares, por el amor, comprensión y apoyo que nos brindaron para no doblegarnos ante las dificultades que implica la responsabilidad de concluir esta maestría y a los pacientes que padecen la enfermedad del cáncer, que son una estimulación principal para la formulación de este proyecto.

Luis Enrique Arias Ponce  
Gloria María Huarcaya García  
Ybeth Luna Solis  
Patricia Mercedes Mauricio Verástegui

## ÍNDICE GENERAL

<b>CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN</b>	1
1.1. Antecedentes	1
1.2. Objetivo general	3
1.3. Objetivos específicos	3
1.4. Motivación	4
1.5. Justificación	4
1.6. Delimitación	7
1.7. Alcances	8
1.8. Contribución	8
<b>CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL</b>	10
2.1. Características sociodemográficas de la población de Lima Este	10
2.2. Cuidados paliativos	12
2.3. Calidad de vida y cuidados paliativos	20
2.4. Cuidados paliativos y manifestaciones clínicas en las que intervienen	21
2.4.1. <i>dolor</i>	22
2.4.2. <i>Astenia</i>	22
2.4.3. <i>Caquexia</i>	23
2.4.4. <i>Deshidratación</i>	23
2.4.5. <i>Mucositis</i>	23
2.4.6. <i>Disfagia</i>	23
2.4.7. <i>Náuseas y Vómitos</i>	23
2.4.8. <i>Estreñimiento</i>	23
2.4.9. <i>Agonía</i>	23
2.4.10. <i>Diarrea</i>	24
2.4.11. <i>Ascitis</i>	24
2.4.12. <i>Delirium</i>	24
2.4.13. <i>Anorexia</i>	24
2.4.14. <i>Ulceras por presión</i>	24
2.5. Intervenciones en cuidados paliativos	24
2.6. Cuidados paliativos domiciliario	27
2.7. Cuidados paliativos en el Perú	28
2.8. Atención oncológica en instituciones de salud de Lima Este	29
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA</b>	35
3.1. Diseño y tipo de estudio	35
3.2. Universo de estudio	35
3.2.1. <i>Población</i>	35
3.2.2. <i>Selección de la muestra</i>	35
3.2.3. <i>Unidad de análisis</i>	36
3.2.4. <i>Criterios de inclusión</i>	37
3.2.5. <i>Criterio de exclusión</i>	38
3.3. Procedimientos para la recolección de la información	38
3.4. Plan de análisis de los resultados	40
<b>CAPÍTULO IV. ANALISIS DE RESULTADOS</b>	41
4.1. Análisis Cualitativo	41
4.1.1. Grupo Focal	41
4.1.1.1. Percepción ante el diagnóstico de cáncer: Impacto emocional	41

4.1.1.2. Problemas que acarrea el tratamiento del cáncer	42
4.1.1.3. Tipo de apoyo familiar	43
4.1.1.4. Conclusiones	44
4.1.2. Entrevista a Expertos	45
4.1.2.1. Patologías oncológicas más frecuentemente tratadas	45
4.1.2.2. Efectos positivos y negativos más frecuentes que genera el tratamiento contra el cáncer	45
4.1.2.3. Distritos de procedencia de los pacientes con cáncer	46
4.1.2.4. Patologías oncológicas que requieren cuidados paliativos	46
4.1.2.5. Necesidad de atención en cuidados paliativos en el domicilio	47
4.1.2.6. Acciones que el personal de salud realiza para la atención en cuidados paliativos	47
4.1.2.7. Efectos positivos y negativos en el paciente oncológico por la atención de cuidados paliativos domiciliarios	48
4.1.2.8. Servicios de cuidados paliativos domiciliario público y privado	49
4.1.2.9. Conclusiones	50
4.2. Análisis Cuantitativo	51
4.2.1. Encuesta a familiares de pacientes con cáncer	51
4.2.2. Características sociodemográficas en familiares de pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue	51
4.2.3. Lugar de residencia de los familiares de pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue	52
4.2.4. Cuidador principal del paciente con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue	52
4.2.5. Tiempo de diagnóstico de cáncer en los pacientes oncológicos del Hospital Nacional Hipólito Unanue	53
4.2.6. Relación de los cuidados paliativos con el cuidado de la vida de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue	53
4.2.7. Necesidad de los cuidados paliativos en los pacientes con cáncer de Hospital Nacional Hipólito Unanue	54
4.2.8. Impacto de los cuidados paliativos en el proceso de enfermedad de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue	54
4.2.9. Cuidados paliativos como parte del tratamiento de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue	55
4.2.10. Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue reciban cuidados paliativos domiciliarios	55
4.2.11. Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue reciban intervención de las náuseas y vómitos en el domicilio	56
4.2.12. Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue reciban intervención del dolor en el domicilio	56
4.2.13. Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue reciban intervención de la falta de aire o respiración en el domicilio	57
4.2.14. Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue reciban aplicación del suero en el domicilio	57

4.2.15. Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue reciban tratamiento de las escaras en el domicilio	58
4.2.16. Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue reciban intervención por tristeza, falta de sueño, ansiedad y descontrol de la conducta en el domicilio.	58
4.2.17. Participación del familiar o cuidador principal en la atención domiciliaria de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue	59
4.2.18. Cuidados paliativos como parte del mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue	59
4.2.19. Disposición de pago para la atención de cuidados paliativos para pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue	60
4.2.20. Cantidad por pagar para la atención de cuidados paliativos para pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue	60
4.2.21. Conclusiones	61
<b>CAPÍTULO V. ANÁLISIS DEL MERCADO</b>	62
5.1. Análisis de la competencia	62
5.1.1. Cuidados paliativos en el sistema de salud público	63
5.1.2. Cuidados paliativos en el sistema de salud privado	65
5.2. Demanda y Tamaño de Mercado	65
5.2.1. Determinación de la demanda de la demanda proyectada en Lima Este	66
5.2.2. Calculo de la demanda en soles	70
<b>CAPÍTULO VI. ANALISIS ESTRATÉGICO</b>	71
6.1. Misión	71
6.2. Visión	71
6.3. Sistema de Valor	71
6.3.1 El sistema de valor del servicio del cuidado paliativo domiciliario	71
6.4. Análisis Externo: Fuerzas de Porter	75
6.4.1. Analizando las 5 Fuerzas de Porter	75
6.4.2. Stakeholders	76
6.5. Análisis de los entornos	79
6.5.1. Entorno Internacional	79
6.5.2. Entorno Nacional	79
6.5.3. Entorno Social	80
6.5.4. Entorno Económico	80
6.5.5. Entorno Político	81
6.5.6. Entorno Ecológico	81
6.5.7. Entorno Geográfico	81
6.6. Plan Estratégico	83
<b>CAPÍTULO VII. PLAN DE MARKETING</b>	
7.1. Objetivos de la Mercadotecnia	84
7.1.1. Objetivos a corto plazo	84
7.1.2. Objetivos a mediano plazo	84
7.1.3. Objetivos a largo plazo	84
7.2. Mercado meta	84
7.3. Posicionamiento	86
7.4. Producto	86

7.5. Plaza o distribución	87
7.5.1. Ubicación	87
7.6. Promoción	87
7.7. Precio	88
7.7.1. Precio de Venta	88
7.7.2. Condiciones de pago	90
8. Venta	90
<b>CAPÍTULO VIII. PLAN DE OPERACIONES</b>	92
8.1. Principios para el modelo de negocio	92
8.2. Operaciones en centro de cuidados paliativos	93
8.3. Plan de operaciones	93
8.4. Localización física. Plan de operaciones	93
8.5. Actividades y Procesos	93
8.6. Seguimiento y Evaluación	95
<b>CAPITULO IX ADMINISTRATIVO Y RECURSOS HUMANOS</b>	96
9.1. Análisis previo a la necesidad de personal	96
9.2. Objetivos	97
9.3. Diseño de la estructura organizacional	97
9.3.1. Tipo de empresa	97
9.3.2. Estructura organizacional	97
9.4. Organigrama	98
9.5. Diseño de puestos	99
9.5.1. Perfil de competencias de los trabajadores de la empresa	99
9.5.2. Perfil y competencias de cada cargo	101
<b>CAPÍTULO X PLAN FINANCIERO</b>	105
10.1. Inversión Tangible	105
10.2. Inversión Intangible	106
10.3. Capital de trabajo	107
10.4. Financiamiento	108
10.5. Depreciación	109
10.6. Costos de producción	111
10.7. Determinación de precio de servicio	111
10.8. Costos de fabricación del servicio	112
10.9. Presupuesto de ingresos	115
10.10. Flujo de Caja proyectado	116
10.11. Estado de Resultados	118
<b>CAPÍTULO XI CONCLUSIONES</b>	119
<b>ANEXOS</b>	122
I. Cuestionario para familiar sobre cuidados paliativos para el paciente con cáncer	122
II. Consentimiento Informado para cuestionario	124
III. Cuestionario para expertos	125
IV. Guía de sesión del grupo focal	126
V. Consentimiento Informado para grupo focal	127
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	128

## LISTA DE TABLAS

2.1	Alcances de los cuidados paliativos según Organización Mundial de la Salud.....	14
2.2.	Transición conceptual en la atención de los cuidados paliativos.....	15
2.3.	Sumario de síntomas prevalentes según patologías médicas del año 2006.....	22
2.4.	Atenciones en medicina paliativa del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2016.....	29
2.5.	Atenciones según tipo de neoplasia y estadio clínico del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2014 - 2015.....	30
2.6	Reporte de número de casos informados por FISSAL 2016.....	31
2.7	Reporte de la oficina FISSAL por sexo 2016	44
2.8	Reporte de la oficina FISSAL por estadio clínico 2016.	44
2.9	Resumen de costos variables estándar por estadios para el tratamiento del cáncer de mama.	45
4.1.	Acciones que el personal de salud realiza para la atención en cuidados paliativos.....	48
4.2.	Características sociodemográficas de los familiares de pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.....	51
4.3.	Tiempo de diagnóstico de cáncer en los pacientes oncológicos del Hospital Nacional Hipólito Unanue.....	53
4.4.	Relación de los cuidados paliativos con el cuidado de la vida de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.....	53
4.5.	Necesidad de los cuidados paliativos en los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.....	54
4.6.	Impacto de los cuidados paliativos con el proceso de enfermedad de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.....	54
4.7.	Cuidados paliativos como parte del tratamiento de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.....	55
4.8.	Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue reciban cuidados paliativos domiciliarios.	55
4.9.	Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Hipólito Unanue reciban intervención de náuseas y vómitos.....	56



4.10.	Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue reciban intervención del dolor en el domicilio.....	56
4.11.	Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue reciban intervención de la falta de aire o respiración en el domicilio.....	57
4.12.	Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue reciban aplicación del suero en el domicilio .....	57
4.13.	Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Hipólito Unanue reciban intervención de escaras en el domicilio.....	58
4.14.	Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Hipólito Unanue reciban intervención psicológica en el domicilio.....	58
4.15.	Participación del familiar o cuidador principal en la atención domiciliaria de los pacientes con cáncer del Hospital Hipólito Unan.	59
4.16.	Cuidados paliativos como parte del mejoramiento de calidad de vida de pacientes con cáncer Hospital Nacional Hipólito Unanue.....	59
4.17.	Disposición de pago para la atención de cuidados paliativos para pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.....	60
4.18.	Cantidad a pagar para la atención de cuidados paliativos para pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.....	60
5.1	Cuadro de actividades de las unidades prestadoras de salud en cuidados paliativos.....	62
5.2.	Cuadro de atenciones ADAMO 2016.....	64
5.3.	Histórico de las atenciones Histórico de atenciones en el área de oncología del Hospital Hipólito Unánue.....	66
5.4	Estadística de atenciones por años.....	66
5.5.	Análisis de la demanda: Proyección estimada en pacientes con cáncer del Hospital Hipolito Unanue.....	67
5.6	Calculo de la demanda proyectada en 5 años.....	68
5.7	Análisis de regresión lineal en el pronóstico de la demanda.....	69
5.8.	Calculo de la demanda potencial.....	70

6.1.	Stakeholders propuestos para el plan de negocio.....	78
6.2.	Matriz EFAS-síntesis de factores externos de análisis.....	82
7.1.	Costos por servicios operativos.....	88
7.2.	Descripción de costos del servicio operativo del Plan 1: Pago efectuado por servicio.....	89
7.3.	Descripción de costos del servicio operativo del Plan 2: Pago por paquete de atención.....	89
7.4.	Proyección de ventas.....	90
8.1	Procesos operativos del Servicio de atención paliativa domiciliaria	94
8.2	Paquetes de atención	95
10.1.	Inversión tangible del proyecto.....	105
10.2.	Resumen de la inversión tangible del proyecto.....	106
10.3.	Inversión intangible del proyecto.....	106
10.4.	Capital de trabajo.....	107
10.5.	Resumen del capital de trabajo.....	108
10.6.	Resumen de la inversión del proyecto.....	108
10.7.	Financiamiento del servicio de la deuda a cuotas constantes.....	108
10.8.	Amortización del préstamo en soles.....	109
10.9.	Detalle de amortización por año.....	109
10.10.	Depreciación de los activos tangibles.....	110
10.11.	Determinación de costos por servicio de Plan 1 y Plan 2.....	111
10.12.	Detalle de costos para plan 1.....	111
10.13.	Detalle de costos para plan 2.....	112
10.14.	Costos de fabricación del proyecto.....	113
10.15.	Gastos de ventas anual.....	113
10.16	Gastos administrativos.....	114
10.17	Gastos fijos anuales.....	114
10.18.	Proyección de los gastos de administración con tasa de crecimiento	114
10.19	Presupuesto de ingresos mensual y anual.....	115
10.20.	Presupuesto de ventas con tasa de crecimiento anual.....	115
10.21	Flujo de caja proyectado.....	116
10.22.	Indicadores de rentabilidad.....	117
10.23.	Estado de resultados.....	118

## LISTA DE FIGURAS

1.1.	Reporte de pacientes con cáncer nuevos y re ingresantes del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2016.....	6
2.1.	Estructura poblacional de Lima Este-DISA IV.....	10
2.2.	Pirámide población de Lima Este.....	10
2.3.	Población estimada al año 2005 de Lima Este-DISA IV.....	11
2.4.	Modelos organizativos de atención a los pacientes oncológicos y de los cuidados paliativos propuestos por la Organización Mundial de la Salud.....	17
2.5	Momento de incorporación de los cuidados paliativos en la atención de pacientes según la Organización Mundial de la Salud.....	19
2.6	Reporte de la oficina FISSAL por tipo de cáncer 2016.....	31
2.7	Reporte de la oficina FISSAL por sexo 2016.....	32
2.8	Reporte de la oficina FISSAL por estadio clínico 2016.....	32
2.9	Resumen de costos variables estándar por estadios para el tratamiento del cáncer de mama.....	33
4.1	Percepción ante el diagnóstico de cáncer: Impacto emocional en pacientes y familiares del Hospital Nacional Hipólito Unanue.....	42
4.2.	Problemas que acarrea el tratamiento del cáncer en pacientes y familiares del Hospital Nacional Hipólito Unanue.....	43
4.3.	Tipo de apoyo familiar para pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.....	44
4.4.	Cuidador principal del paciente con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.....	52
4.5.	Dispersión de valores y línea de tendencia.....	67
4.6	Proyección de la Demanda	70
6.1	Cadena de valor para la propuesta de negocio.....	74
6.2	Las 5 fuerzas de Porter para la propuesta de negocio.....	76
8.1	Principios para el modelo de negocio.....	92
9.1.	Organización de los recursos humanos de la propuesta de negocio.	99

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Dr. César Neves Catter, por su generosa orientación en gestión en servicios de salud.

A la Ph. D. Lydia Arbaiza Fermini, por el asesoramiento y revisión de nuestro plan de negocio.

## **CURRICULUM VITAE**

### **LUIS ENRIQUE ARIAS PONCE**

Médico Auditor, salud ocupacional y PAE Health Managment. Experiencia en gestión en salud, auditoría médica y cargos administrativos en el sector público y privado. Conocimiento del idioma ingles y dominio de herramientas informáticas. Desarrollo profesional en las áreas de gestión y consultorías.

#### **FORMACIÓN**

2009 **Hospital María Auxiliadora**

Internado médico

2010 **Universidad Ricardo Palma**

Médico Cirujano

#### **EXPERIENCIA**

Abril 2016 hasta la fecha **Benesses.a.c**, consultoría en gestión y auditoria en salud.

Marzo 2016 hasta junio 2016 **Clínica Rinofacial EIRL** consultoría en gestión y auditoria en salud.

Abril 2015 hasta febrero del 2016 **Hospital Municipal Los Olivos**, gerente de operaciones.

Junio 2014 hasta marzo 2015 **Clínica San Miguel Arcángel SAC**, auditoría de calidad de registro y de atención en salud.

Febrero 2014 hasta la fecha **CMP-Consultores Médicos EIRL**, consultoría en gestión y auditoria en salud.

Marzo 2013 hasta enero 2014 **Essalud**, Médico Auditor – Gerencia central de Aseguramiento.

Mayo del 2015 hasta julio 2011 **Clínica Gonzales S.A**, médico de consulta externa.

Octubre 2011 hasta noviembre 2012. **Clínica Rinofacial E.I.R.L.** Gerente Médico

#### **DIPLOMADOS Y CURSOS**

2014 **Universidad ESAN**

Programa de Alta Especialización en Gerencia en Salud “Health Management”

2013 **Universidad Ricardo Palma**

Diplomado en Salud Ocupacional y Sistemas de Gestión

2013 **Universidad Peruana Cayetano Heredia**

Gestión Operativa de Auditoría Médica Sistemas de Aseguramiento

2012 **Universidad Ricardo Palma**

Diplomado en Auditoría Médica en los Servicios de Salud Pública y Privada

## **CURRICULUM VITAE**

### **GLORIA MARIA HUARCAYA GARCÍA**

Médico Cirujano, egresado de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, especialista en Oncología Médica, en la Universidad Mayor de San Marcos y con estudios de post-grado tanto en Gerencia de Servicios de Salud, por la Universidad ESAN; sub investigadora del Grupo de Investigaciones Oncológicas de la Clínica San Gabriel, Complejo San Pablo. Autora y coautora de trabajos de Investigación y publicaciones. Conocimiento del idioma inglés y dominio de herramientas informáticas. Rotaciones internacionales en Estados Unidos, Argentina, Chile y Colombia,

### **FORMACION**

1992 – 2000, Título de Médico Cirujano

Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica.

2011 – 2014, Especialidad de Oncología Médica.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Sede Docente: Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

2013-2014, Diplomado de Investigación en Ciencias de la salud.

Universidad Nacional de Trujillo.

### **EXPERIENCIA**

Hospital Hipólito Unanue, Lima-Perú, julio 2014-2017.

Médico Asistente de la Unidad de Oncología Médica, con actividades de visita médica, consultorio externo, interconsultas, programación de quimioterapia y procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Mediante un plan de gestión estratégica iniciamos el plan de modernización de la Unidad de Oncología del Hospital Hipólito Unánue, con la construcción de la nueva área asistencial y la implementación de una sala de quimioterapia con 8 sillones, una campana de flujo laminar, un área de investigación clínica y la contratación de personal asistencial a tiempo exclusivo a la unidad oncológica.

Hospital II ESSALUD, Lima -Perú, julio 2014 – Actualidad.

Médico Asistente del servicio de Medicina, con actividades en Oncología Médica en Prevención y detección precoz de cáncer, visita médica, consultorio externo, interconsultas.

Empresa servicios médicos y de investigación SMI SAC, Lima-Peru.2015-Actualidad.  
Gerente de la Empresa de servicios médicos que reúne a un grupo de profesionales de la salud, que abordan el cáncer de forma integral y multidisciplinaria la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento, los cuidados paliativos y la gestión clínica de los programas de lucha contra el cáncer.

Clínica San Gabriel. Lima –Perú. 2016 – Actualidad

Medico Asistente de la Unidad de Oncología Médica, con actividades de visita médica, consultorio externo, interconsultas, programación de quimioterapia y procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Miembro del equipo de Investigaciones Oncológicas de la Clínica San Gabriel.

Hospital Guillermo Almenara Irigoyen Lima - Oncología Médica, junio 2011 - junio 2014.

Médico residente adquiriendo habilidades en el campo de la oncología y la investigación.

Médico del ESSALUD-Huancavelica, agosto 2008 - junio 2011.

Medico asistente del primer nivel de atención con actividades gerencia y administración de servicios de salud.

Médico del MINSA y del grupo AISPED (Huancavelica-Ayacucho), enero 2004 - julio 2008

Medico asistente del primer nivel de atención con actividades preventivas, recuperativas y de seguimiento y control. Actividades en Salud Publica, con habilidades en trabajo en equipo e interculturalidad.

## **DIPLOMADOS Y CURSOS**

2010-2011, Diplomado de Gerencia estratégica de los Servicios de Salud.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

2011, Diplomado en Metodología de la Investigación y proyectos de Investigación.

Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica.

2009, Ecografía general Técnicas modernas en los servicios de salud, MINSA.

The Best 12th. St. Gallen International Breast Cancer Conference, marzo 2012.

Best of Asco in Peru, SPOM - Lima, 2011 y 2012.

Terapia Personalizada Anti Herb2 para cáncer mama metastásico: ¿cómo optimizarla?,2013



The Best of Asco, SPOM-Lima, setiembre 2013.

IX Congreso Peruano de Oncología Médica "*De la oncología personalizada hacia la oncología de precisión*", 2014

MINSA Programa de entrenamiento: Esquema inductivo proceso Plan Esperanza, UPC, 2015

"II Congreso Internacional Biología Molecular en Cáncer", 12,13 y 14 marzo del 2015.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Seminarios en Cáncer de Próstata-Simposio de Oncología, 31 de julio al 01 de agosto, Cartagena, Colombia.

Simposio Nacional Manejo de Dolor y soporte en el paciente con cáncer en la última etapa de la vida, 23 de junio al 09 de julio del 2015, Clínica Ricardo Palma.

Current Status and future of anti-cancer targeted therapies, 09 de octubre del 2015, Buenos Aires – Argentina. Organizado por Interamerican Oncology Conferences.

Curso en Oncología Médica: I foro de Oncología Médica en tres días, Sociedad Española de Oncología Médica.2017

## **CURRICULUM VITAE**

### **YBETH LUNA SOLIS**

Maestra en Gestión Estratégica de la Calidad y Auditoría Médica por la USMP. Médico con segunda especialidad en Psiquiatría por la UNMSM. Auditora médico por la UPCH. Experiencia en evaluación de pacientes con patologías psiquiátricas y cargos administrativos en áreas de salud mental. Autora y coautora de diversos trabajos de investigación de estudios originales y de revisión, con publicación de artículos en revistas nacionales e internacionales. Rotaciones internacionales en España, Estados Unidos, Colombia y Chile. Conocimiento de inglés y francés y dominio de las herramientas informáticas. Docente a nivel universitario por la UNMSM y UPCH. Aspiración de desarrollo profesional en gerencia y consultorías.

### **FORMACIÓN**

2013 **Universidad Peruana Cayetana Heredia-UPCH**

Auditora Médica

2011-2013 **Universidad nacional Mayor de San Marcos-UNMSM**

Egresada de la Maestría en Docencia e Investigación en Salud

2009-2011 **Universidad de San Martín de Porres-USMP**

Maestra en Gestión Estratégica de la Calidad y Auditoría Médica

2007-2010 **Universidad Nacional Mayor de San Marcos-UNMSM**

Segunda Especialidad en Psiquiatría

2004 **Universidad Nacional Mayor de San Marcos-UNMSM**

Título de Médico Cirujano

1997-2003 **Universidad Nacional Mayor de San Marcos-UNMSM**

Bachiller en Medicina

### **EXPERIENCIA**

**2012-hasta la Actualidad Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”**, máxima entidad resolutoria a nivel nacional en salud mental y psiquiatría. Desarrollé experiencia en el Departamento de Rehabilitación y actualmente laboro en la oficina ejecutiva de apoyo a la investigación y docencia especializada.

**Cargo: Jefa de Equipo de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la investigación y Docencia Especializada.**

RD N° 025-2016-DG/INSM “HD-HN” del 24 de febrero al 11 de abril de 2016

**Cargo: Jefa del Departamento de Rehabilitación**

RM 038-2013/MINSA del 26 de enero al 13 de marzo del 2013.

**Julio a diciembre 2011. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. EsSalud,** Institución de máximo nivel resolutivo en el área psiquiátrica. Desarrollé experiencia en el Servicio de Alcoholismo y Farmacodependencia del Departamento de Psiquiatría.

**Agosto 2010 a junio 2011. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”.** trabajé en el Departamento de Rehabilitación. Asumiendo funciones de médico psiquiatra y supervisora de proyectos de intervención de rehabilitación en salud mental basada en comunidad.

**Junio 2007 a mayo 2010. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. EsSalud.** Trabajé en el Departamento de Psiquiatría, desarrollando el Residentado médico de la especialidad de Psiquiatría. Se asumió el **cargo de Jefa de Residentes de Psiquiatría (2009 al 2010).**

**Mayo 2004- abril 2005. Servicio Rural Urbano Marginal de Salud en la Microred Centro de Salud (MINSA)** en el distrito de Perené- Provincia de Chanchamayo-Región Junín. Se asumió el cargo de médico serums en el servicio de medicina. .

**DIPLOMADOS Y CURSOS**

Diplomado en Especialista en Gestión Pública (2015-ESEG-PERÚ)

Diplomado en Docencia Universitaria (2015-USMP)

Diplomado en Gestión Estratégica en Investigación, Ciencia y Tecnología (2014-UPCH)

Diplomado en Auditoría para la Garantía de la Calidad en Salud (2013-UPCH)

Diplomado en Neuropsicología (2011-UPCH)

Pasantía “Sistema De Salud Colombiano” como componente del módulo internacional de la Maestría en Gerencia de Servicios de Salud (2017-ESAN y Universidad de los Andes-Colombia)

X Congreso Científico Internacional del Instituto Nacional de Salud: AllinKawsay, Una Salud, OneHealth” (2016- OPS/OMS)

## **CURRICULUM VITAE**

### **PATRICIA MERCEDES MAURICIO VERÁSTEGUI**

Médico con especialidad en Emergencias y Desastres, egresada de la universidad Nacional mayor de San Marcos. Médico Jefe del Servicio de emergencias del Hospital APP Alberto Barton Thompson. Asistente del Servicio de Emergencias del hospital Essalud Alberto Sabogal Sologuren. Experiencia en la atención de pacientes en desastres y víctimas en masa, conocimiento de inglés avanzado, rotaciones internacionales en Hospitales de Nueva York y Chicago. Acreditación de médico cirujano por la USMLE-USA. Aspiración del desarrollo profesional en Gerencia y jefaturas de Servicio

### **FORMACIÓN**

**2008 Hospital King County Suny Downstate Brooklyn N.Y City- USA**

Rotación de EmergencyRoom y convalidación de título de médico Cirujano USA

**2005-2008 Universidad Nacional Mayor de San Marcos-UNMSM**

Segunda Especialidad en Emergencias y Desastres

**2002 Universidad Nacional Mayor de San Marcos-UNMSM**

Título de Médico Cirujano

**1995-2001 Universidad Nacional Mayor de San Marcos-UNMSM**

Bachiller en Medicina

### **EXPERIENCIA**

**2017- Abril hasta la Actualidad Hospital APP Alberto Barton Thomson**, Primer complejo en Asociación público privada del Perú, entidad en el cual laboro desde el año 2014 como marco de un modelo de atención nuevo e informatizado focalizado en el logro de indicadores de atención en salud.

**Cargo: Jefa del Servicio de emergencia del Hospital**

**2010- Hasta la actualidad Hospital Alberto Sabogal Sologuren**, hospital Nacional de referencia Essalud Lima Norte

**Cargo: medico Asistente**

**2013 Noviembre 2014.** Medico Asistente en Servicio de Emergencia de la Clínica Maison de Sante Agosto

**2008 – 2009** Medico Asistente en Servicio de Emergencia del Hospital Sergio BernalesCollique.

**2009- 2010** Medico Asistente Centro Medico Principal de la Sede Pampa Melchorita Cañete CLINICA SAN PABLO.

**Junio 2005 – mayo 2008** Médico Residente en la Especialidad de MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES. Hospital EsSalud Alberto Sabogal Sologuren.

**Mayo 2002 – abril2003** SERUMS: Marina de Guerra del Perú. Base Principal de Pucallpa “Fuerza de Tarea 100”. Ucayali.

### **DIPLOMADOS Y CURSOS**

Curso de Ecocardiografia en el paciente critico 21 mayo 2013-03 setiembre 2013 UCI Hospital Guillermo Almenara Irygoyen.

Diplomado de Post Grado Teórico Practico en Ecografía octubre 2006 – marzo 2007 Universidad.

Certificación ACLS (AdvancedCardiacLifeSupport) AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA) en calidad de proveedor, 31 de Mayo del 2013

Certificación BLS (Basic LifeSupport) AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA) en calidad de proveedor, 15 de Marzo del 2013.

Healthcare Advancement Conference HAC (2016-ESAN y ASOCALP)

Certificate of risk management in the health sector (2016- ESAN y Florida International University. Estados Unidos)

Curso-taller “sistema sanitario chileno y economía de la salud” (2016-ESAN y Universidad de Chile)

Pasantía “Sistema De Salud Colombiano” como componente del módulo internacional de la Maestría en Gerencia de Servicios de Salud (2017-ESAN y Universidad de los Andes-Colombia)

## **CAPITULO I: INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Antecedentes**

En 1990 la Organización Mundial de la Salud (OMS), resaltó la necesidad de promocionar y favorecer que el paciente sea cuidado en su domicilio, sin que por ello la calidad de los cuidados se vea disminuida. Y aunque los modelos son diferentes, la finalidad de todos ellos es la misma, atender con calidad a los pacientes, predominantemente en sus domicilios (Sepúlveda, Marlin, Yoshida, & Ullrich, 2002).

La 67° Asamblea Mundial de la salud, incluyó el fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida (OMS, 2014), recomendando a los países miembros implementar programas integrales de cuidados paliativos, que se establezcan políticas con énfasis en la atención primaria, la atención comunitaria y domiciliaria y los programas de cobertura universal. Asimismo, recomendó garantizar el financiamiento y asignación de recursos humanos, el establecimiento de programas de formación y capacitación, la disponibilidad y el uso apropiado de los medicamentos esenciales, incluidos medicamentos fiscalizados, para fines de tratamiento de los síntomas. La aplicación y supervisión de las intervenciones de cuidados paliativos se encuentran incluidas en el Plan de Acción Mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles del 2013-2020 (Sepúlveda, Marlin, Yoshida, & Ullrich, 2002).

La comunidad Europea cuenta con un sistema de cuidados paliativos bien estructurada, Bélgica tiene una ley aprobada en el año 2002 y cuenta con un apoyo financiero para personas con una tasa de sobrevida de 2 meses. En Alemania existe la Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV), programa gratuito para el paciente y su familia, regulado por políticas estatales. En Hungría desde el año 2004, el sistema de cuidados paliativos domiciliarios está disponible en todo el país y proporciona asesoramiento a médicos y enfermeras de atención primaria. Otros, como los países bajos y Reino unido incluyen la atención paliativa en zonas rurales (Ates, y otros, 2016).

En general, en Latinoamérica, se contaba con un total de 922 servicios (0.163 servicios/unidades/ equipo de cuidados paliativos por 100000 habitantes), siendo los países de Chile, México y Cuba, los que tenían mayor cantidad de servicios de cuidados paliativos domiciliario; mientras que, Argentina y la misma Chile, más con enfoque hospitalario (Pastrana, De Lima, Eisenchias, Monti, & Rocafort, 2012).

Aunque iniciaron en el ámbito institucional, los cuidados paliativos en Latinoamérica, han ido expandiéndose a otros entornos, adquiriendo cada vez más protagonismo el domicilio del propio paciente (Apezetxea Celaya, 2012); dentro de las experiencias latinoamericanas, tenemos, el caso de Chile, que en la década del 90', ya contaba con equipos exclusivos de atención domiciliaria, con profesionales de salud y voluntarios; pero básicamente del sector público y enfocados al cáncer avanzado. Posteriormente, se incluyéndolo en la Ley Garantías Explícitas en Salud (GES) (Pastrana, De Lima, Eisenchias, Monti, & Rocafort, 2012).

El desarrollo de cuidados paliativos, en el país colombiano, estuvo centrado en lo hospitalario, con escasos equipos y servicios en comunidad y aunque existía alrededor de 60 programas de atención domiciliaria, no existía entrenamiento específico. (Pastrana, De Lima, Eisenchias, Monti, & Rocafort, 2012).

Hasta el año 2012, en el Perú, no existían equipos de atención domiciliaria de cuidados paliativos, ni servicios en los centros comunitarios. Su desarrollo era de índole institucional de visión hospitalaria, concentradas en el tercer nivel de atención (Fuerzas Armadas, EsSalud, INEN y el IREN NORTE de Trujillo) y en lo privado por ONCOSALUD. Algunas excepciones en lo comunitario, se observó en los centros de salud religiosos, con Los Hermanos Camilos, pero básicamente de tipo hospicio y con equipos de voluntarios. No existía en la formación académica de manera exclusiva y apenas se contaba con 23 profesionales con la especialidad en cuidados paliativos (Pastrana, De Lima, Eisenchias, Monti, & Rocafort, 2012).

Hay programas que se han puesto en ejecución como el proyecto ADAMO ejecutado por el Gobierno regional del callao, y que está en marcha en la actualidad,

otros proyectos en plan como la creación de un hospital de cuidados paliativos en EsSalud planteado el año 2016 (EsSalud, 2015).

En el año 2016, se establece la Norma Técnica Oncológica por el MINSA, planteando modificaciones en los diversos niveles resolutivos, con enfoque comunitario, apoyo familiar y uso de la Telemedicina (Barrera Bolaños, y otros, 2016).

La atención a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), tales como las enfermedades cardiovasculares (ECV), la diabetes, el cáncer y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) representa un problema global a nivel mundial. (Organización Panamericana de la Salud, 2013)

## **1.2. Objetivo general**

Implementar un plan de negocio de servicios de cuidados paliativos domiciliario para pacientes oncológicos de Lima Este.

## **1.3. Objetivos específicos**

Valorar a los diferentes proveedores del servicio de cuidados paliativos domiciliario a través de un análisis de los posibles competidores.

Establecer el análisis estratégico de un servicio de cuidados paliativos domiciliario para pacientes con cáncer en Lima Este.

Establecer la estrategia del posicionamiento de la marca y canales de venta del servicio de cuidados paliativos domiciliario para pacientes con cáncer en Lima Este.

Elaborar el plan de operaciones de un servicio de cuidados paliativos domiciliario para pacientes con cáncer en Lima Este.

Establecer los recursos humanos, administrativos, logísticos y financieros necesarios para el desarrollo eficiente del servicio de cuidados paliativos domiciliario para pacientes con cáncer en Lima Este.

Evaluar la viabilidad del plan de negocios de servicios de cuidados paliativos domiciliario, mediante la elaboración de un plan financiero.



#### **1.4. Motivación**

La enfermedad de cáncer terminal en la madre de uno de los integrantes de los autores del presente plan de negocio y la experiencia de haber tenido cáncer en otro de los miembros, se convirtieron en fuentes de testimonio para comprender el padecimiento de un paciente con cáncer y el impacto en sus familias.

Asimismo, la identificación de un segmento de pacientes de Lima Este, que por la falta de acceso a los servicios de salud especializados, la inexperiencia del personal de salud de las instituciones públicas sobre cuidados paliativos y la falta de medicamentos para disminuir su dolor, motivaron a la realización del presente trabajo.

Los servicios de cuidados paliativos domiciliario, se han convertido en opción importante a elegir para las personas que padecen de cáncer, teniendo a su disposición un equipo multidisciplinario de profesionales que brindan un soporte asistencial idóneo en dónde el paciente lo requiera, interactuando activamente con ellos y con el familiar o cuidador principal del paciente, buscando hacerlos partícipe del soporte y cuidado, minimizando el grado de incertidumbre y generando mayor confort y calidad de vida de estas personas.

Por estas razones, la formulación de un servicio de cuidados paliativos para pacientes oncológicos en el domicilio, otorgará mayor confort y mejora de la calidad de vida, volviéndose de esta forma un importante y necesario modelo de negocio que cubrirá la necesidad de personas que padecen patologías crónicas limitantes como el cáncer.

#### **1.5. Justificación**

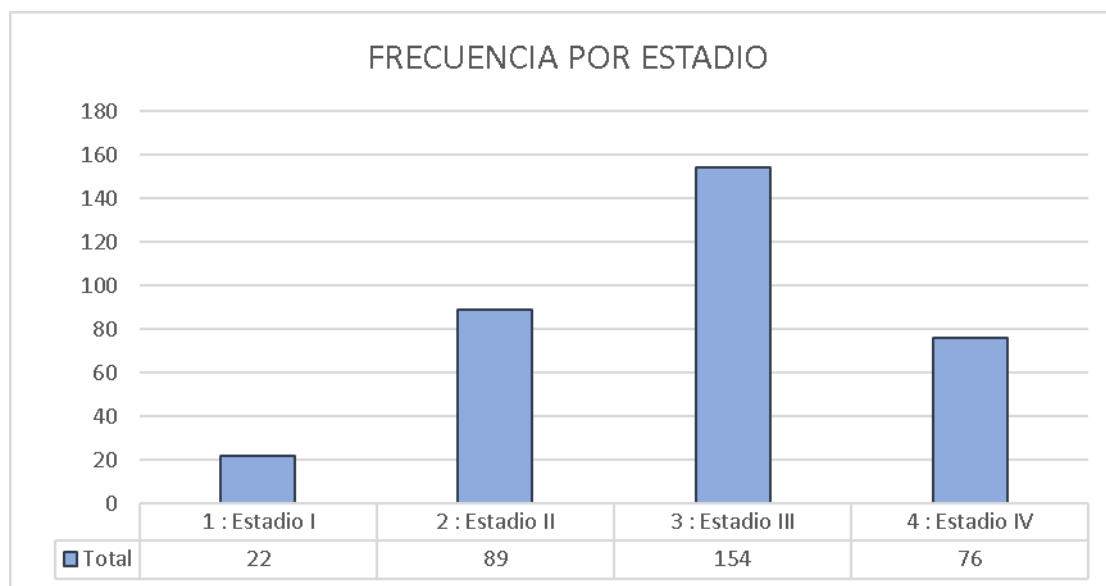
En los últimos años, la atención adecuada a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas como el cáncer, sobre todo en población adulta mayor, sigue representando un importante reto de salud pública. Muchos de estos enfermos llegarán al final de su evolución con un intenso sufrimiento y una alta demanda asistencial (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Las enfermedades crónicas son la causa actual del 60% de las muertes prematuras a nivel mundial (Ignacia Del Rio M, 2007). Entre las principales enfermedades relacionadas con el fallecimiento de la población son las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. (Organización Mundial de la Salud, 2017). Es una necesidad urgente afrontar estos problemas que se asocian a un gran impacto físico, psicológico, social, económico y espiritual, tanto para el paciente como para sus seres queridos (Del Rio & Palma, 2007).

Los cuidados paliativos surgen para la atención de pacientes con estas enfermedades mortales y de sus familiares, pudiendo brindarse en el domicilio para mejorar la calidad de vida y disminuir las hospitalizaciones innecesarias (Organización Mundial de la Salud, 2017). Los cuidados paliativos que en un inicio se enfocaron en un ámbito institucional se han ido expandiendo a otros entornos, adquiriendo cada vez más protagonismo, el ámbito domiciliario del propio paciente (Apezetxea Celaya, 2012).

Las estadísticas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), durante el año 2016 señalan que, en el servicio de medicina paliativa y tratamiento del dolor, tuvieron 18,852 atenciones. Mientras que, de acuerdo al plan operativo institucional del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el año 2014, el 4.4% (n=8,842) del total de casos correspondía a las neoplasias, afectando el 80% de los adultos y adultos mayores que acudieron a esa institución. Para los años 2014-2015, en el HNHU se diagnosticaron 1269 casos nuevos de cáncer, correspondiendo el 36% (n=453 casos) a los pacientes diagnosticados en estadio clínico IV (avanzado o metastásico). Para el 2016, se registró un total de 341 casos nuevos con el diagnóstico de cáncer, como se detalla en la Figura 1.1.

Figura 1.1. Reporte de pacientes con cáncer nuevos y reingresantes del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2016.



Fuente: FISSAL, 2016

Elaboración: Autores de esta tesis.

El Hospital Nacional Hipólito Unanue, siendo el hospital de referencia de Lima Este con una población asignada de 2'622,306 habitantes, no alcanza la cobertura de su población y muchos de estos pacientes no son registradas como atendidos y no cuentan con un tratamiento en el servicio de oncología, sobre todo los de la jurisdicción de San Juan de Lurigancho. Es de conocimiento que, en la jurisdicción de Lima Este, ante esta demanda insatisfecha, los pacientes solicitan al personal de salud de los hospitales mencionados, atención de cuidados paliativos domiciliario, los mismos que son canceladas con dinero en efectivo, llegando a un costo de 100 soles por aplicación de tratamiento.

En ese contexto se puede determinar que los cuidados paliativos en pacientes con enfermedades graves como el cáncer son una necesidad que esencialmente tienen que coberturarse, debido a las propias dolencias y malestares generadas por la enfermedad y su tratamiento, las mismas que provocan la sensibilización en la necesidad de este tipo de cuidados en los pacientes y en los familiares.

Es por ello, que se formula el plan de negocio de servicio de cuidados paliativos domiciliarios para pacientes con cáncer, el cual se torna como una alternativa de

tratamiento personalizado, ante una cobertura insatisfecha hospitalaria, el cual se plantearía de manera sistematizada, con recursos no médicos y métodos de bajo costo, con la finalidad lograr un negocio viable y rentable para los emprendedores del mismo.

## **1.6. Delimitación**

El servicio de salud que se formula como negocio, está dirigido a una demanda insatisfecha sobre cuidados paliativos domiciliario para los pacientes que padecen cáncer y sus familiares de Lima Este que corresponde a 8 distritos (San Juan de Lurigancho, Ate, Santa Anita, Lurigancho, El Agustino, La Molina, Chaclayo y Cieneguilla), cuyo centro de referencia oncológico es el Hospital Nacional Hipólito Unanue, donde los pacientes acuden para su tratamiento del cáncer; sin embargo, no cuentan con cuidados paliativos, dejando una necesidad complementaria no cubierta en el manejo asistencial del cáncer que el paciente busca aliviar.

El servicio contempla la interacción continua con el paciente oncológico y el familiar o cuidador responsable, siendo la atención del paciente paralela a la capacitación del cuidador, con la finalidad de que pueda convertirse en protagonista y responsable en la asistencia conjunta del paciente oncológico.

El modelo de negocio buscará cubrir necesidades de aquellos pacientes que en el transcurso del proceso de la enfermedad del cáncer, sufren síntomas y complicaciones como resultados de su manejo terapéutico o de la propia enfermedad y no son atendidos oportunamente en un nosocomio o que se encuentran en largo tiempo de espera, como resultado del diferimiento de su cita con el especialista o la falta de los mismos, atravesando fluctuaciones en el estado de su salud que van en detrimento de la calidad de vida.

En ese sentido, a través del modelo de negocio, proponemos tangibilizar la atención a la necesidad de una población específica a través de un servicio que demuestre rentabilidad con la satisfacción integral en la atención paliativa del paciente oncológico. Se conoce que la atención de los síntomas secundarios al tratamiento, el soporte al proceso evolutivo de la enfermedad en estadios avanzados y las fallas al tratamiento

médico, son áreas poco atendidas en manejo médico del cáncer, por lo que se considera encontrar demostrar viabilidad a nuestra propuesta de negocio

### **1.7. Alcances**

El presente proyecto de plan de negocio de servicios de cuidados paliativos está dirigido a demostrar la viabilidad económica y operativa de un negocio dirigido a los pacientes oncológicos de Lima Este, que padecen de la enfermedad de manera activa, reciben un tratamiento médico y que dependen de un familiar directo o responsable.

El alcance del plan de negocio es establecer el beneficio de la atención paliativa como parte de la atención en oncología a través de la evaluación de un servicio de atención domiciliaria para una población conformada por pacientes con diagnóstico de cáncer que requieren una atención no incluida en el manejo terapéutico habitual que reciben en su centro de atención médica, además de su familiar o cuidador principal.

### **1.8. Contribución**

El servicio de cuidados paliativos domiciliarios, se convierte en una nueva opción a elegir para los pacientes que padecen la enfermedad del cáncer, teniendo a su disposición un equipo multidisciplinario de profesionales que le darán el soporte idóneo en un momento difícil de la vida, interactuando activamente con los familiares más cercano o responsable del paciente, logrando hacerlo partícipe del soporte y cuidado, minimizando el grado de incertidumbre y generando confort y calidad de vida.

Esta opción se encuentra fuera del esquema habitual de manejo de atención en los servicios de oncología, dónde la atención especializada se limita al tratamiento ambulatorio en consultorios externos y a dotar mensualmente a los familiares de medicamentos para disminuir los síntomas de los pacientes, llegando a perder el contacto y el seguimiento de los pacientes con cáncer y sus familiares.

La contribución de nuestro plan de Negocio se resume en 4 aspectos:

Sensibilizar a los diversos actores del sistema de salud sobre la necesidad de la atención paliativa para los pacientes oncológicos. Los servicios de atención paliativa no son considerados dentro del sistema de atención oncológica, los pacientes afectados, se ven en la necesidad de acudir a los servicios de emergencia, en la búsqueda de atención a sus molestias por la enfermedad o secundarias al tratamiento oncológico, exponiéndose a las múltiples riesgos que existen en estos servicios.

A través del análisis del plan de Negocio, se pretende demostrar que la atención paliativa forma parte de la atención integral del paciente y podría aplicarse en el futuro a la atención integral de pacientes con enfermedades crónicas, en el contexto de otras especialidades que presenten periodos evolutivos y largos de enfermedad, como la infectología, neumología, cardiología, neurología y Otros.

Se busca lograr la des-institucionalización del paciente. La realidad del sistema de atención en salud peruano consiste en la atención en salud en los hospitales, con la sobresaturación por la excesiva demanda de enfermedad, aunado a la idiosincrasia de la población de buscar la solución de su paciente hospitalizándolo. Los conceptos actuales disponen la posibilidad de atención del paciente en el confort de su casa, con la misma calidad que la realizada en un hospital.

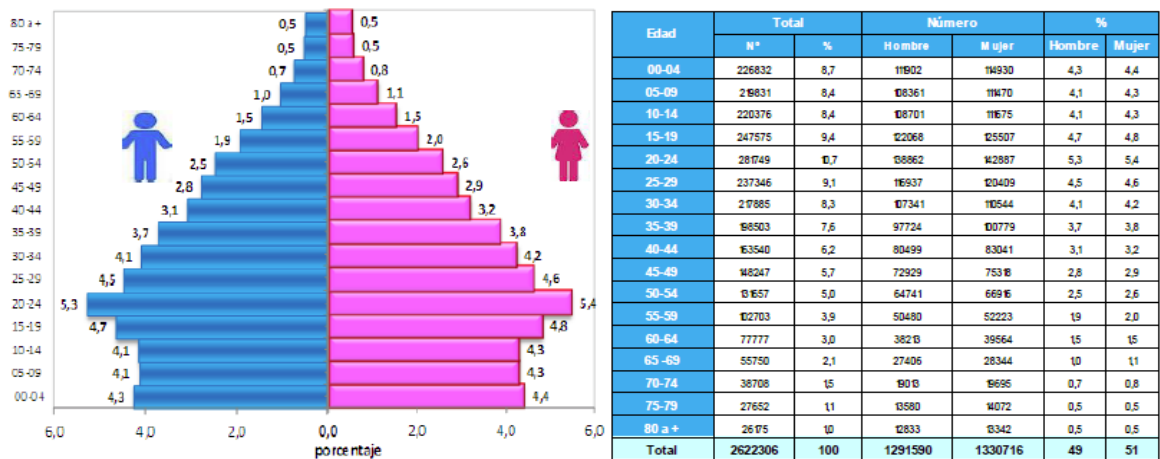
Mediante la atención a domicilio, se plantea contribuir con cambios de paradigma relacionado a la centralización y la necesidad de hospitalización en temas de cuidados paliativos.

## CAPITULO II: MARCO CONCEPTUAL

### 2.1 Características sociodemográficas de la población de Lima Este.

En 2015, la población total de la DISA IV Lima Este fue 2'622,306 habitantes distribuido en ocho distritos (Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2015).

Figura 2.1. Estructura poblacional de Lima Este-DISA IV

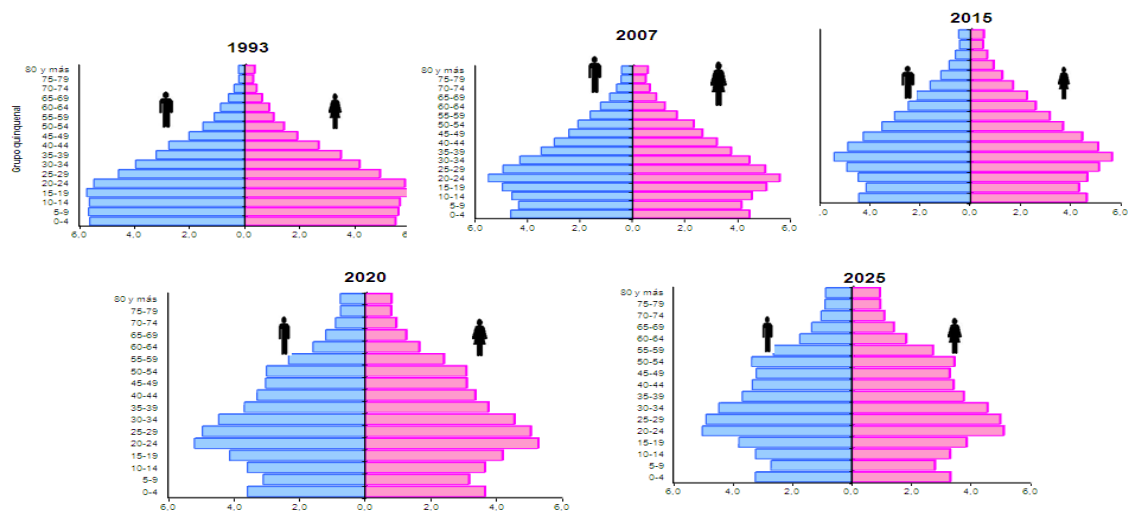


Fuente: Dato estimado por el Instituto nacional de Estadística e Informática INEI del 2015. Incluye población de Rímac.

Elaboración: oficina de Estadística DISA IV LE

Al comparar la pirámide poblacional de los años 1993, 2007, 2015, 2020 y 2025, se observa que de una base ancha a principios de la década del noventa, se pasó a una más estrecha (25%) en el año 2015, siendo aún más angosta para el 2025, con una población predominante de 50 a más años (DISA IV Lima Este, 2015).

Figura 2.2 Pirámide Poblacional de Lima Este.

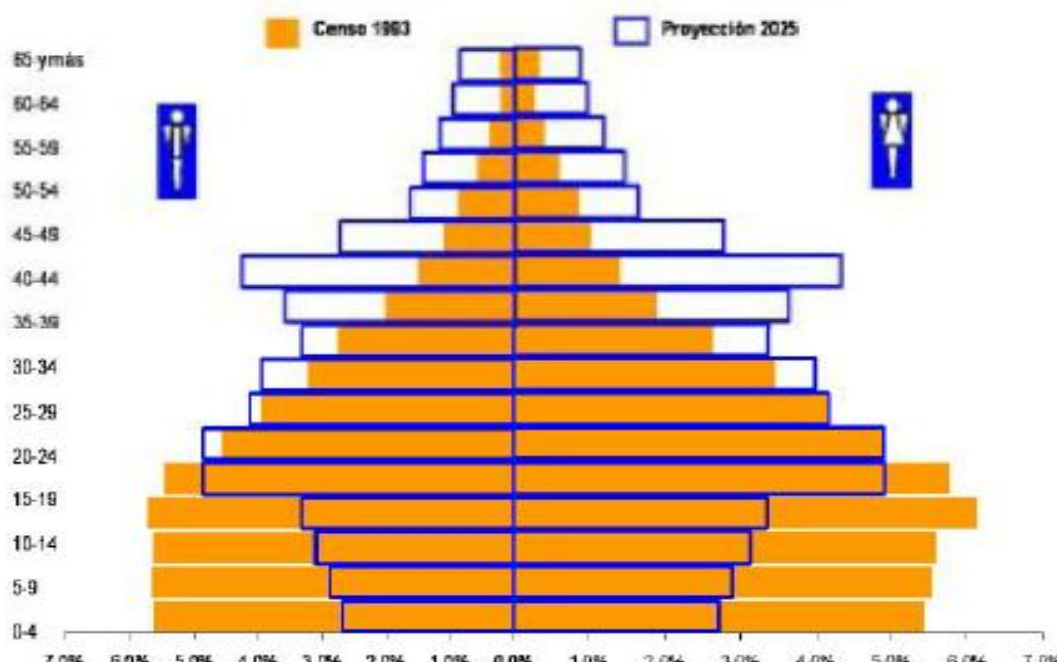


Fuente: Dato intercensal 1993, 2007, 2015, 2020 y 2025 estimado por el Instituto nacional de Estadística e Informática INEI del 2015. Incluye población de Rímac.

Elaboración: oficina de Estadística DISA IV LE.

Al evaluar la proyección para el año 2025, la pirámide de base ancha se modificará a una de base reducida, con un incremento progresivo de la población económicamente activa y con un vértice más amplio correspondiendo a los adultos mayores (DISA IV Lima Este, 2015). El incremento progresivo de adultos mayores, generalmente económicamente dependientes, trae consecuencias sociales que involucra cambios en el área laboral, vivienda, recreación, educación y, sobre todo, en las necesidades y demandas de salud. Asimismo, estos cambios se relacionan con la disminución de la natalidad, incremento de la esperanza de vida, descenso de la mortalidad y fecundidad en el país (Evan, 2014).

Figura 2.3 Población estimada al año 2025 de Lima Este-DISA IV.



Fuente: Población estimada al 2025 DISA IV LE. Estimado por el Instituto nacional de Estadística e Informática INEI del 2015. Incluye población de Rímac.  
Elaboración: oficina de Estadística DISA IV LE.

En el Perú, el proceso de envejecimiento aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 10,1% en el año 2017 (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2017). En el año 2015, se tenía una población mayor de 60 años de alrededor de 3,1 millones que representaba 10% de la población y para el 2030 será el 14,7% de la población peruana (Quiñones, 2015).



La situación de salud en la población mayor de 60 años, indica que esta población reporta padecer enfermedades crónicas (artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, TBC, VIH, colesterol, cáncer, etc.) o malestares crónicos en una proporción del 82,5% en la población adulta mayor femenina y un 71,9% en la población masculina. Por otro lado, las mujeres del área urbana (85,0%) son las que más padecen de problemas de salud crónica y, según área geográfica, en la zona rural y Lima Metropolitana son el 80,6% y 80,2% respectivamente. Sin embargo, en todos los ámbitos geográficos, padecer de problemas de salud crónicos es menor en hombres que en mujeres adultas mayores (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2017).

## **2.2. Cuidados Paliativos.**

El envejecimiento de la población mundial entre los años 2015 y 2020, en adultos mayores de 60 años, pasará de 900 millones a 2,000 millones. (HealpAge Internacional, 2017) Lo que está unido a la creciente carga de las enfermedades crónico-degenerativas como el cáncer, representando un reto para los servicios de salud (Organización Mundial de la Salud, 2015). Sin embargo, los avances en epidemiología, prevención, diagnóstico y tratamiento han mejorado los índices de curación de enfermedades crónicas como el cáncer, logrando aumentar la supervivencia y, aplazado el momento de la muerte.

Simultáneamente, ha empezado a crecer el interés por la calidad de vida de los pacientes con enfermedades avanzadas y progresivas, así como, la atención profesional y humanizada ante el sufrimiento de pacientes y familiares, en el entorno del final de la vida (Benito, Santamaría, Linares, García, & Romero, 2007).

Frente al sufrimiento en las fases avanzadas de las enfermedades oncológicas, así como de enfermedades degenerativas, surgen los cuidados paliativos que plantea una atención integrada, individualizada, continua del paciente y de su familia, que padece un complejo de múltiples síntomas con impacto social y emocional, que condicionan la necesidad de demanda de atención (Sansó Martínez, y otros, 2013).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que 40 millones de personas requieren cuidados paliativos, 78% de estas personas pertenecen a países de mediano y bajo ingreso (Organización Mundial De La Salud, 2014).

Los cuidados paliativos son un enfoque de la medicina que consisten en dar la debida atención al dolor y sufrimiento del paciente, independiente del pronóstico de la enfermedad que le aqueja (Organización Mundial de la Salud, 2015).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los cuidados paliativos se definen *como un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales* (Sepúlveda, Marlin, Yoshida, & Ullrich, 2002).

El enfoque de la Organización Mundial de la Salud sobre cuidados paliativos es amplio, abarca la atención desde el inicio del manejo de las enfermedades crónicas por lo que hoy, se reconoce que los cuidados paliativos deben aplicarse tan pronto como sea posible en el curso de cualquier enfermedad crónica y no en la etapa final de la enfermedad. Este cambio surgió de un nuevo entendimiento sobre que los problemas del fin de la vida tienen sus orígenes en etapas previas en la trayectoria de la enfermedad. Los síntomas no tratados al inicio se vuelven muy difíciles de manejar en los últimos días de la vida (Sepúlveda, Marlin, Yoshida, & Ullrich, 2002)

Para la Organización Mundial de la Salud, la intervención en cuidados paliativos no está centrada solamente en el alivio del dolor y aunque es un componente importante, no significa la única condición a intervenir (Organización Mundial de la Salud, 2017). Los cuidados físicos, emocionales y espirituales del paciente, también son considerados importantes y de preocupación en los cuidados paliativos. Además, el bienestar de los miembros de la familia y de los cuidadores que trabajan con el paciente, forma parte de esta ampliación de definición. Entonces, los cuidados paliativos se extienden más allá del enfoque centrado en el paciente, incluyendo la necesidad de apoyar y asesorar a

quienes han sido desamparados y afectados por la enfermedad (Sepúlveda, Marlin, Yoshida, & Ullrich, 2002).

Tabla 2.1. Alcances de los Cuidados Paliativos según OMS (Organización Mundial de la Salud, 2017)

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso natural.
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran en el cuidado del paciente, los aspectos espirituales y psicológicos.
- Ayudan a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ayudan a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo.
- Mejoran la calidad de vida y pueden influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.
- Son aplicables de forma conjunta con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia

Fuente: Organización Mundial de la Salud-2017

Elaboración: autores de la tesis.

El enfoque del cuidado paliativo es interdisciplinario abarca el paciente, la familia y la comunidad en su ámbito de aplicación. En cierto sentido, los cuidados paliativos recuperan el concepto más básico de la atención, la de responder a las necesidades del paciente allí donde sea cuidado, ya sea en casa o en el hospital. Los cuidados paliativos afirman la vida y consideran el morir como un proceso natural, no prolongan ni aceleran la muerte, ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte y a sus familiares para afrontar la enfermedad, la pérdida y el duelo (European Association for Palliative Care, 2010).

Los cuidados paliativos, integrados a los cuidados generales no se limitan a un tiempo de supervivencia, un órgano, la edad o la patología, están en relación con una evaluación del pronóstico probable y con un enfoque a una oferta de atención integral en respuesta a las necesidades individuales de la persona y de su familia. (Grupo de trabajo para el abordaje de los Cuidados Paliativos en Euskadi., 2016)

Tabla 2.2. Transición conceptual en la atención de los cuidados paliativos

De:	A:
Enfermedad terminal	Enfermedad Crónica avanzada Evolutiva
Pronóstico de días/semanas/<6 meses	Pronóstico de vida limitado
Evolución progresiva	Evolución progresiva con crisis
Cáncer	Todas las patologías crónicas evolutivas
Mortalidad	Prevalencia
Dicotomía curativa vs paliativa,	Atención sincrónica compartida y combinada
Intervención rígida	Intervención flexible
Tratamiento específico vs paliativo	Tratamiento específico que no contraindica el paliativo.
Pronóstico como ítem central	Complejidad como criterio de intervención de los servicios
Respuesta pasiva a crisis	Actitud proactiva – preventiva y gestión de caso
Rol pasivo del enfermo	Autonomía del paciente: Planificación Anticipada de Decisiones
Cuidados paliativos	Atención paliativa
Servicios específicos	Medidas de mejora en todos los servicios del Sistema de Salud
Atención fragmentada	Atención coordinada e integrada
Paciente institucionalizado	Paciente en la comunidad
Paciente paliativo	Paciente con necesidades de atención paliativa

Fuente: Boletín INFAC, Vol. 24 N° 9- 2016.

Elaboración: Autores de la tesis.

La Organización Mundial de la Salud, considera como un problema de salud público mundial, la defensa de los cuidados paliativos (Sepúlveda, Marlin, Yoshida, & Ullrich, 2002).

En el informe de ocho países de Latinoamérica, el abordaje de ciertas enfermedades desde un enfoque de cuidados paliativos es aún incipiente a nivel global y regional. Se enfoca en tres factores: i) el enfoque del derecho a la salud se ha concentrado en su potencial curativo; ii) los cuidados paliativos como práctica y especialización médica son relativamente recientes; iii) las personas que requieren de este tipo de atención, con enfermedades amenazantes para la vida o en estados incurables, son uno de los grupos más vulnerables de la sociedad; con frecuencia ni ellos, ni sus familiares tienen la capacidad o el tiempo para hacer efectivo el cumplimiento de sus demandas o necesidades. En otras palabras, aquellos en situación de dolor y sufrimiento difícilmente logran empoderar los cuidados paliativos como procesos de atención necesarios (Arana, 2016).

La Organización Mundial de la Salud ha determinado que a nivel mundial existen similares obstáculos considerables para atender la necesidad insatisfecha de asistencia paliativa como los siguientes (Organización Mundial De La Salud, 2014):

Es frecuente que las políticas y sistemas nacionales de salud no contemplen ninguna medida sobre asistencia paliativa.

La formación en cuidados paliativos ofrecida a los profesionales de la salud suele ser escasa o nula.

El acceso de la población a analgésicos opiáceos es insuficiente y no cumple las convenciones internacionales sobre acceso a medicamentos esenciales.

En el año 2011, 136 de los 234 países del mundo (58%) tuvieron por lo menos un servicio de cuidados paliativos, logrando un aumento de 21%, 9% más respecto del año 2006 (Lynch, Connor, & Clark, 2013), solo 20 países han logrado que sus servicios de asistencia paliativa estén adecuadamente integrados, en tanto que, el 42 % de los países carecía de ese tipo de servicios y, el 32 % adicional solo contaba con servicios de asistencia paliativa de manera aislados. (Lynch, Connor, & Clark, 2013).

La Organización Mundial de Salud, también considera como otros obstáculos de la asistencia paliativa, al desconocimiento, entre los planificadores de políticas, los profesionales de la salud y el público en general, del concepto de asistencia paliativa y los beneficios que esta puede ofrecer a los pacientes y a los sistemas de salud. Los obstáculos culturales y sociales, tales como creencias sobre la muerte y el hecho de morir. Los errores de concepto sobre la asistencia paliativa, considerándose solo para pacientes con cáncer o en las últimas semanas de vida. Y, que un mayor acceso a los analgésicos opiáceos determinará un aumento de la toxicomanía (Organización Mundial de la Salud, 2017)

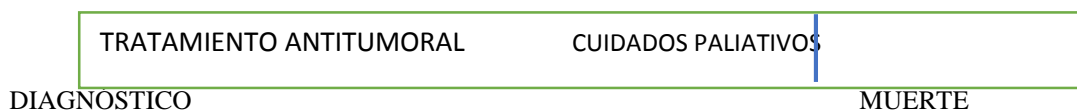
Por tanto, los cuidados paliativos como una respuesta sanitaria organizada no se limita a los últimos días de vida, sino debiera aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familias (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), en el momento en que la progresión de la enfermedad, el deterioro del paciente, y la falta de respuesta al tratamiento activo

aconsejan suspenderlo, es cuando aparecerán de forma progresiva la mayor parte de problemas físicos y psicológicos, haciéndose más frecuente la necesidad de atención y cuidados conforme avanza la enfermedad y del deterioro del paciente (Benítez del Rosario & Asencio Fraile, 2002).

En esta situación se plantea un cambio de modelo atención que aplique las medidas adecuadas para alcanzar el bienestar del paciente, esta atención debe centrarse en los cuidados físicos, emocionales y espirituales, facilitando el control de los síntomas, la adaptación a las pérdidas (Figura 2.4.).

Figura 2.4. Modelos organizativos de atención a los pacientes oncológicos y de los cuidados paliativos propuestos por la Organización Mundial de la Salud.

MODELO TRADICIONAL



MODELO PROPUESTO



Fuente: World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Ginebra: WHO, 1994. Technical Report Series: 804.  
Elaboración: Autores de la tesis.

Los cuidados paliativos, se inician en las fases tempranas de la enfermedad junto con los tratamientos curativos. Y en la fase final, también existe un espacio para la aplicación de medidas curativas (Grupo de expertos de La Organización Mundial de la Salud, 1994).

Los cuidados paliativos no se centran en la muerte, sino que son un tratamiento especializado para mejorar la vida en su último tramo, creando el espacio de seguridad y confianza para pacientes y familiares que les permita vivir esta experiencia de un modo constructivo (Benito, Santamaría, Linares, García, & Romero, 2007).

A nivel mundial, 40 millones de personas mueren cada año y muchas de ellas padecen sufrimiento debido a la falta de atención apropiada para aliviarlo. Resulta

complejo y difícil conocer el número exacto de personas que necesitan tratamiento paliativo, diferentes aproximaciones cuantitativas para estimarlo plantean que el 50-60% de los fallecimientos ocurren tras recorrer una etapa avanzada y terminal. Otra de las estimaciones se basa en el recuento de los fallecimientos por cáncer y 9 causas no oncológicas (McNamara, Rosenwax, & Holman, 2006). Según esta estimación, durante el año 2007 en España habrían necesitado cuidados paliativos 230,394 personas. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008)

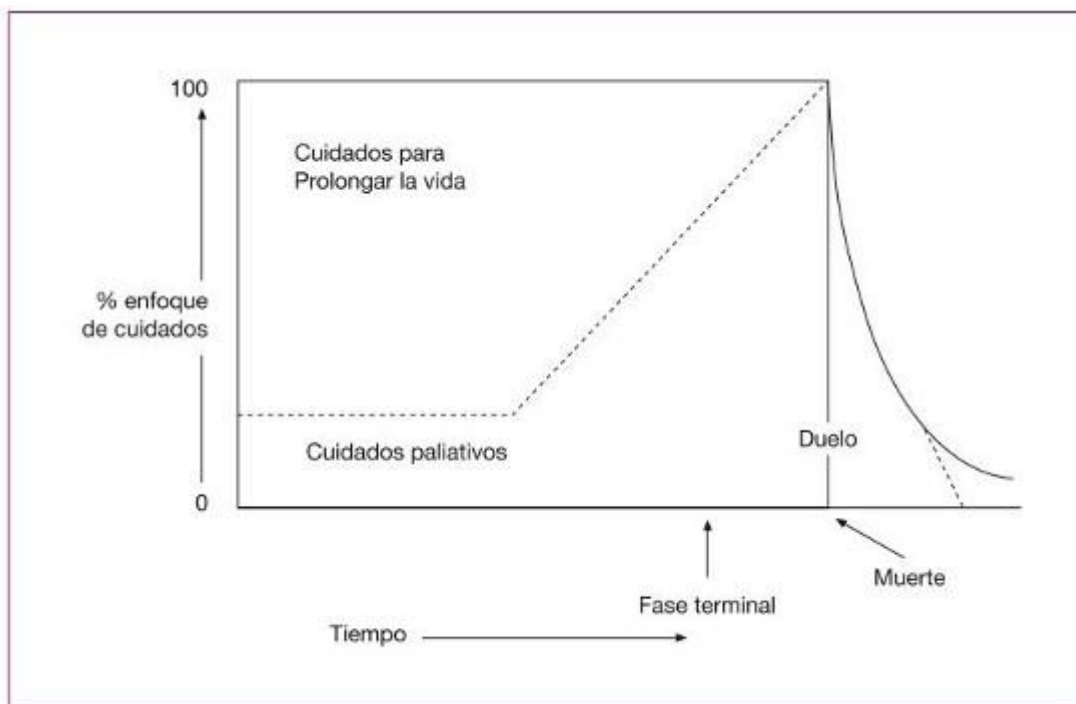
Estimar apropiadamente la población susceptible de recibir cuidados paliativos implica la identificación de los elementos que satisfagan a la persona enferma y de quien la cuida, como: el alivio del dolor y otros síntomas, el bienestar físico, psicológico y social, la comunicación, la continuidad de cuidados y la coordinación, la participación en la toma de decisiones, las relaciones humanas y de confianza, el soporte y cuidado de la familia, la autonomía y las voluntades anticipadas sobre los cuidados (Yurk, Morgan, Franey, Burk Stebner, & Lansky, 2002)

Mientras que, las familias señalaban como elementos fundamentales de una atención paliativa de calidad, la provisión de confort físico a la persona que muere, la ayuda en la toma de decisiones cotidianas, el alivio de la responsabilidad de asegurar un cuidado de calidad, el entrenamiento para la provisión de un cuidado adecuado en el hogar y un soporte emocional óptimo antes y después del fallecimiento (Aldasoro Unamuno, y otros, 2012). Los elementos que determinan la satisfacción en las personas enfermas y en sus familiares no son los mismos. (Aldasoro Unamuno, y otros, 2012)

Con respecto al momento de introducción de los cuidados paliativos el planteamiento propuesto por la OMS en el 2002. (Figura 2.3.) y modificado por Pantilat, pretende garantizar un proceso continuo de cuidados mediante un equilibrio dinámico entre necesidad e intensidad de cuidados con intención paliativa y curativa. La terapia que intenta modificar la enfermedad pierde intensidad con el progreso de la misma, y la provisión de cuidados paliativos aumenta a medida que se acerca el momento del fallecimiento. Proporciona soporte para la familia durante todo el periodo, y continúa después de la muerte con el consejo en el duelo (Davies & Higginson, 2004)

La transición de los cuidados curativos a paliativos es a menudo gradual, y debe basarse en las necesidades individuales de la persona más que en un plazo concreto de supervivencia esperada (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Figura 2.5. Momento de incorporación de los cuidados paliativos en la atención de pacientes según la Organización Mundial de la Salud.



Fuente: Adaptada de la Universidad de California con permiso de Steven Z. Pantilat, MD, FACP.

La asistencia paliativa tiene una mejor eficacia cuando se considera en una etapa temprana del curso de la enfermedad, brindando la mejora de la calidad de vida, reduciendo las hospitalizaciones innecesarias y el uso de los servicios de salud.(Aldasoro Unamuno, y otros, 2012)

Los criterios que convierten a una persona enferma en candidata a recibir cuidados paliativos son exclusivamente: la presencia de una enfermedad activa, enfermedad progresiva y en estadio avanzado y las necesidades derivadas de la misma (Rosenwax, McNamara, Blackmore, & Holman, 2005).



La Norma Técnica Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2016, define a los pacientes oncológicos en *enfermedad de fase avanzada o situación terminal como la presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado* (Barrera Bolaños, y otros, 2016). Concurren síntomas multifactoriales intensos y cambiantes, gran impacto emocional en pacientes y familiares y demanda de atención. La enfermedad terminal oncológica vendrá definida, además, por la presencia de fracaso orgánico y deterioro progresivo irreversible, con pronóstico de vida limitado a semanas o meses (Cía Ramos, y otros, 2007)

### **2.3. Calidad de vida y cuidados paliativos**

El concepto de calidad de vida es multidimensional, dinámico y subjetivo para el que no existe un patrón de referencia y que, en consecuencia, resulta difícil de definir y medir. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007)

En el contexto de los cuidados paliativos, la calidad de vida se centra en diversos aspectos del paciente como la capacidad física o mental, la capacidad de llevar una vida normal y una vida social satisfactoria y se identifica cuatro dominios: bienestar físico, psicológico, social y espiritual (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Los profesionales sanitarios deben evaluar de manera cuidadosa cada caso, identificando las necesidades del enfermo y formulando una intervención multidisciplinar dirigida a resolver o paliar dichas necesidades. Además, se debe realizar una monitorización y una evaluación continuada con objeto de modificar el plan de cuidados a medida que surjan nuevos problemas o cambien las necesidades de la persona enferma y de su familia (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

## **2.4. Cuidados Paliativos y manifestaciones clínicas en las que intervienen**

Los síntomas más frecuentes son el dolor, la astenia y la anorexia aparecen en más del 70% de los pacientes. Un estudio de comparación de prevalencia de síntomas en pacientes oncológicos y no oncológicos establece 11 síntomas, donde el dolor es el más prevalente (Solano, Gomés, & Higginson, 2006). El control de síntomas constituye uno de los pilares esenciales de los cuidados paliativos, se incluye: anorexia, ansiedad, astenia, caquexia, confusión, constipación, depresión, diarrea, disnea, dolor, náuseas, prurito, sedación y vómitos (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2015).

Es necesario que la valoración sea multidisciplinar. Los síntomas son cambiantes en el tiempo, debido a la evolución de la enfermedad, a los efectos adversos de las terapias utilizadas (cirugía, radioterapia, quimioterapia), a la respuesta al soporte paliativo del equipo y a las propias vivencias del paciente y sus cuidadores. (Secretaría De Salud México, 2010).

En un estudio del año 2005 (Tabla 2.3.), se buscó determinar hasta qué punto los pacientes con enfermedades crónicas progresivas tienen perfiles de síntomas similares. Se realizó una búsqueda sistemática de bases de datos médicas (MEDLINE, EMBASE y PsycINFO) y libros de texto identificó 64 estudios originales que informaron la prevalencia de 11 síntomas comunes entre los pacientes en etapa terminal con cáncer, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, o enfermedad renal. (Joao Paulo Solano, 2006) Analizando los datos en una tabla comparativa (una cuadrícula), encontramos que la prevalencia de los 11 síntomas fue a menudo amplia pero homogénea, se extendió a través de las cinco enfermedades. Se encontraron tres síntomas-dolor, dificultad para respirar y fatiga- en más del 50% de los pacientes, para las cinco enfermedades. Parece haber una vía común hacia la muerte de las enfermedades malignas y no malignas. (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados paliativos, 2008)

Tabla 2.3. Sumario de síntomas prevalentes según patologías médicas del año 2006

SÍNTOMAS	Cáncer	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	Insuficiencia Cardíaca Congestiva	Enfermedad Renal Crónica
<b>DOLOR</b>	35-96%	63-80%	41-77%	34-77%	47-50%
<b>DEPRESION</b>	3-77%	10-82%	9-36%	37-71%	5-60%
<b>ANSIEDAD</b>	13-79%	8-34%	49%	51-75%	39-70%
<b>CONFUSION</b>	6-93%	30-65%	18-32%	18-33%	-----
<b>ASTENIA</b>	32-90%	54-85%	69-82%	68-80%	73-87%
<b>DISNEA</b>	10-70%	11-62%	60-88%	90-95%	11-62%
<b>INSOMNIO</b>	9-69%	74%	36-48%	55-65%	31-71%
<b>NAUSEAS</b>	6-68%	43-49%	17-48%	-----	30-43%
<b>ESTREÑIMIENTO</b>	23-65%	34-35%	38-42%	27-44%	29-70%
<b>DIARREA</b>	3-29%	30-90%	12%	-----	21%
<b>ANOREXIA</b>	30-92%	51%	21-41%	35-67%	25-64%

Fuente: Solano JP, Gomez B, Higginson U. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. 2006.

Elaboración: autores de la tesis

**2.4.1. Dolor:** se origina debido a los daños de la enfermedad (infiltración tumoral, lesiones nerviosas); como consecuencia del tratamiento (cirugía, quimioterapia, técnicas diagnósticas), o relacionados con su situación de inmovilidad y debilidad general (dolores óseos, úlceras, herpes zóster, etc.). (Sociedad Española De Cuidados Paliativos, 2015). La naturaleza multidimensional del dolor en cuidados paliativos requiere de un modelo de intervención multifactorial que comprenda medidas farmacológicas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras, entre otras. (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008). Los abordajes parciales de la persona con dolor pueden acabar como fracasos en el tratamiento (Breitbart W, 2004). La Guía de Cuidados paliativos españoles, recomienda para valorar la intensidad del dolor el uso de escalas visuales analógicas (EVA) (Cía Ramos, y otros, 2007).

**2.4.2. Astenia:** se entiende como el estado que incluye el cansancio ante esfuerzos mínimos, disminución de la capacidad funcional y de concentración, la sensación de debilidad definida al iniciar sus actividades, la alteración de la memoria y presencia de labilidad emocional. (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados paliativos, 2008).

**2.4.3. Caquexia:** es el cuadro de desnutrición y pérdida de peso que puede asociarse a la astenia, sobre todo en la fase final del paciente en cuidados paliativos (Secretaría de Salud México, 2010).

**2.4.4. Deshidratación:** la hidratación del paciente en cuidados paliativos es una medida de soporte, el aporte de fluidos por vía parenteral puede plantearse en las fases muy avanzadas de la enfermedad (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados paliativos, 2008).

**2.4.5. Mucositis:** es una reacción inflamatoria que se manifiesta en forma de eritema o ulceraciones y puede acompañarse de xerostomía y cambios en el sentido del gusto (Secretaría de Salud México, 2010).

**2.4.6. Disfagia:** la mucosa faríngea se ve afectada por invasión tumoral. Puede deberse a la afectación de las estructuras nerviosas implicadas en la deglución ya sea por problemas vasculares, neurológicos o secuelas del tratamiento (cirugía, radioterapia, etc.) (Secretaría De Salud México, 2010).

**2.4.7. Náuseas y vómitos:** son producidos por estimulación directa del centro del vómito (alteraciones metabólicas, opioides), hipertensión endocraneal (tumores primarios o metastáticos), alteraciones gastrointestinales y vestibulares, etc. Al mismo tiempo, los tratamientos utilizados tienen como efectos secundarios náuseas y vómitos: analgésicos (AINE, opioides, etc), antidepresivos, neurolepticos, antibióticos y sobre todo la radioterapia y la quimioterapia (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

**2.4.8. Estreñimiento:** la inmovilidad, la dieta, algunos trastornos metabólicos, como la hipercalcemia, y sobre todo el uso de fármacos, como los opioides contribuyen a los estados de estreñimiento. Se presenta hasta en el 87% de los usuarios de opioides (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2015).

**2.4.9. Agonía:** En los últimos días en la vida del enfermo en fase terminal requiere una atención especial, con un enfoque dirigido a potenciar el bienestar físico,

emocional que lleva a fomentar la consecución de una muerte; y a apoyar a familiares y cuidadores (Benítez del Rosario & Asencio Fraile, 2002).

Los síntomas siguientes para Bertonilo (Bertolino, y otros, 2014), se definen de la siguiente manera:

**2.4.10. *Diarrea:*** se produce por causas multifactoriales entre las frecuentes se tiene: los laxantes, los antibióticos, AINE, antiácidos, quimioterapia (sobre todo 5-fluorouracilo e irinotecan), radioterapia, síndrome de malabsorción, secuelas de cirugía digestiva y como resultado del avance de la enfermedad.

**2.4.11. *Ascitis:*** es frecuente en determinados tipos de tumores, como el de pulmón, ginecológico, de páncreas o colon.

**2.4.12. *Delirium:*** se define como un estado confusional agudo que resulta de una disfunción cerebral difusa.

**2.4.13. *Anorexia:*** se define como falta de apetito, y la pérdida de peso que pueden acompañar a la astenia.

**2.4.14. *Úlceras por presión (UPP),*** son lesiones de la piel que pueden afectar al músculo e incluso al hueso y están causadas por una combinación de factores entre los que destacan la presión, la tracción y el cizallamiento, siendo determinante la relación presión/tiempo para su aparición. Pueden darse en cualquier localización, aunque las más frecuentes son las prominencias óseas.

## **2.5. Intervenciones en cuidados paliativos**

El objetivo de la medicina paliativa es el control de los síntomas para conseguir una mejora del bienestar de la persona (Solano, Gomés, & Higginson, 2006). Se busca actuar directamente sobre las complicaciones, aunque la causa no esté controlada. La Organización Mundial de la Salud, plantea que los cuidados paliativos deben atender el dolor y otros síntomas del cuidado de pacientes, logren brindar información y una

comunicación con el paciente y los familiares, asegurar la continuidad de la atención y establecer mecanismos de coordinación entre todos los niveles y recursos implicados, permitir la adaptación de los pacientes y familiares sobre el proceso y mejorar la estructura familiar del paciente. (Organización Mundial De La Salud, 2017).

El enfermo tiene derecho a recibir cuidados paliativos en diversos ámbitos y servicios, a nivel domiciliario, hospitalario o en centros socio sanitario. Es necesario que estos servicios trabajen de forma coordinada para asegurar que las necesidades de los pacientes y de los cuidadores sean atendidas sin pérdida de continuidad (Pereira Arana, 2016).

Para garantizar alcanzar estos objetivos, el estudio de Kristjanson (2003), establece tres niveles de atención paliativa según el nivel de necesidad de los pacientes y de la complejidad de las intervenciones. En el máximo nivel de necesidad se sitúan los cuidados paliativos especializados que los aplicaría un equipo especializado y multidisciplinar a una minoría de pacientes de alta complejidad, cuya muerte puede ser prevista. En el nivel intermedio se encuentran las intervenciones paliativas implementadas en situaciones de baja complejidad por profesionales no especialistas y dirigidas al control de síntomas y a la mejora de la calidad de vida. Finalmente, en el nivel más bajo de necesidad se emplaza el enfoque paliativo, destinados a prevenir y aliviar el sufrimiento mediante la identificación, valoración y tratamiento tempranos (Kristjanson, Toye, & Dawson, 2003)

Ello debería ser asumido por los profesionales en contacto con personas en situación de enfermedad avanzada. Organizados en equipos multidisciplinarios, donde participan, enfermeras, auxiliares, psicólogos, médicos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, agentes pastorales y voluntarios, que se centren en las necesidades de los pacientes y sus familias (Benito, Santamaría, Linares, García, & Romero, 2007).

La 67ª Asamblea Mundial de la salud, incluye el fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida (Organización Mundial De La Salud, 2014). Se recomienda a los países miembros implementar programas integrales de cuidados paliativos, que se establezcan políticas con énfasis en

la atención primaria, la atención comunitaria y domiciliaria y los programas de cobertura universal. Asimismo, recomienda garantizar el financiamiento y asignación de recursos humanos, que se establezca programas de formación y capacitación. La disponibilidad y el uso apropiado de los medicamentos esenciales, incluidos medicamentos fiscalizados, para fines de tratamiento de los síntomas. La aplicación y supervisión de las intervenciones de cuidados paliativos incluidas en el Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles de los años 2013-2020 (Sepúlveda, Marlin, Yoshida, & Ullrich, 2002).

Se entiende de ellos, que sistemas nacionales de salud son responsables de incluir los cuidados paliativos en el proceso continuo de atención vinculando dichos cuidados con los programas de prevención, detección precoz y tratamiento (Grupo de trabajo para el abordaje de los Cuidados Paliativos en Euskadi., 2016).

Los modelos de cuidados paliativos en los que la interacción entre el nivel básico y el de soporte persiguen la ayuda y no la sustitución se asocian a una mejora en el resultado del servicio ofrecido por el sistema.

Los niveles de atención:

El nivel de cuidados paliativos básicos, primarios, generales o enfoque paliativo hace referencia a los cuidados que deben proporcionarse a todos los pacientes que lo precisen en cualquier ámbito de atención: atención primaria, cualquier servicio hospitalario (oncología, radioterapia, medicina interna y otros servicios clínicos), servicios de urgencias, centros sociosanitarios, etc.

El nivel de cuidado paliativos específicos, secundarios, especializados o avanzados contempla intervenciones complejas que requieren técnicas o procedimientos especializados.

Algunos autores denominan tercer nivel a la atención hospitalaria.

## **2.6. Cuidados paliativos domiciliario**

Tanto a nivel domiciliario como hospitalario y en unidades de cuidados paliativos existe evidencia de los beneficios en la satisfacción de los cuidadores y un efecto modesto a nivel de resultados sobre los pacientes (dolor, control de síntomas, disminución de la ansiedad). Así como la coordinación con equipos de cuidados paliativos en enfermos con necesidades de atención más complejas. La atención domiciliaria en el área de los cuidados paliativos requiere una coordinación entre el sistema de salud, las instituciones de internación hospitalaria y el equipo de trabajo domiciliario (Grupo de trabajo para el abordaje de los Cuidados Paliativos en Euskadi., 2016).

Por otro lado, ya en 1990 la Organización Mundial de la Salud, resaltó la necesidad de promocionar y favorecer que el paciente sea cuidado en su domicilio, sin que por ello la calidad de los cuidados se vea disminuida. Y aunque los modelos son diferentes, la finalidad de todos ellos es la misma, atender con calidad a los pacientes, predominantemente en sus domicilios (Sepúlveda, Marlin, Yoshida, & Ullrich, 2002).

En este contexto tenemos dos opciones, crear unidades nuevas que apoyen a los servicios existentes, con la consiguiente posibilidad de duplicidad de recursos, o bien organizar y coordinar los recursos existentes. (Apezetxea Celaya, 2012)

Los cuidados paliativos domiciliarios están destinados a pacientes que transitan una etapa avanzada de la enfermedad y no cuentan con la posibilidad de trasladarse a los centros de salud para recibir la atención correspondiente (Instituto Pallium Latinoamericana de Medicina Paliativa, 2017)

En la región de las Américas y en nuestro país, el cáncer es un problema de salud pública, por su incidencia que va en aumento, por el daño que ocasiona en la población, por el gran número de personas afectadas, su creciente contribución a la mortalidad general, por ser causa de incapacidad prematura, su complejidad y el elevado costo de tratamiento; además, porque muchos de esos casos pueden ser prevenidos y tratados a



tiempo y adecuadamente (Ramos Muñoz, Venegas Ojeda, Medina Osis, Guerrero León, & Cruz Martínez, 2013).

En nuestro país, 40 personas mueren diariamente como consecuencia del cáncer y de este total, 21 son mujeres y 19 son hombres (International Agency for Research on Cancer, 2017).

Aproximadamente 22 mil peruanos viven con este mal sin saberlo. Según GLOBOCAN, en el Perú en el 2015 se estimó aproximadamente 47,067 nuevos casos, con una tasa de incidencia anual estimada en 150 casos por 100,000 habitantes y el 80 % de estos casos se presentan en estadios avanzados. Estadios tardíos (III y IV), dando como consecuencia que las condiciones de sobrevivencia sean menores y exista menor probabilidad de curarse, menor calidad de vida, mayor mortalidad, y un mayor costo del tratamiento (Ministerio de Salud, 2015).

Luchar con un diagnóstico de cáncer es un reto y añadir a ello las complicaciones que acarrea y los efectos secundarios de la terapia. Después de un diagnóstico y tratamiento del cáncer, es normal que los pacientes experimenten síntomas físicos graves y/o trastornos psicológicos de su enfermedad y/o el tratamiento del cáncer en sí. A veces estos síntomas físicos y psicológicos requieren atención especializada en conjunto con su tratamiento de oncología primaria para la enfermedad (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2015).

## **2.7. Cuidados paliativos en el Perú**

De acuerdo con el atlas de cuidados paliativos en América, en el Perú, no existen servicios exclusivos para cuidados paliativos en el primer nivel de atención, no existen residencias tipo hospicio, no hay equipos de atención domiciliarias que presten el servicio de cuidados paliativos de manera exclusiva y no existen centros de cuidados paliativos a nivel comunitario (Pastrana, De Lima, Eisenchias, Monti, & Rocafort, 2012).

Lo que existe son servicios y equipos multinivel, identificándose el Hospital de la Fuerza aérea, Oncosalud (TOTALCARE), Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), Hospital Nacional Edgardo Rebagliati (COPOHES), Hospital Naval; que ofrecen atención hospitalaria y domiciliaria (Pastrana, De Lima, Eisenchias, Monti, & Rocafort, 2012).

De acuerdo con el Servicio de medicina paliativa y tratamiento del dolor de INEN, en el año 2016, se tuvo 4567 atendidos y 18 852 atenciones. (Unidad Estadística del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2016)

Según Grupo de Edad y Sexo:

Tabla 2.4. Atenciones en medicina paliativa del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2016.

Grupos de Edad	Mujeres	Hombres	Total
0 A 14	31	33	64
15 A 29	114	101	215
30 A 49	730	271	1001
50 A 64	1096	472	1568
65+	1031	688	1719
TOTAL	3002	1565	4567

Fuente: Unidad de Estadística Instituto de Enfermedades Neoplásicas, 2016.

Elaboración: Autores de la tesis.

Los tipos de cáncer más frecuentes que consultan al servicio son los tumores de cuello uterino, mama, estómago, próstata y pulmón (Unidad Estadística del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2016).

## **2.8. Atención oncológica en instituciones de salud de Lima Este**

El Hospital Nacional Hipólito Unanue, es el centro de referencia en la jurisdicción de la DISA IV Lima Este, teniendo una población total asignada de 2'622,306 personas, distribuidas en ocho distritos (Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2015).

En el Hospital Hipólito Unánue para el 2014, tubo 1390 atendidos con 435 casos nuevos con cáncer, (Oficina del Seguro Integral de Salud del Hospital Hipólito Unanue, 2015). Durante el 2015 se reportaron 1446 pacientes atendidos en la Unidad de oncología (Oficina de Estadística del Hospital Hipólito Unanue, 2017) y, el 2016, el número de atendidos fue de 724 pacientes.

De acuerdo con el reporte de la Oficina del Fondo Intangible Solidario (FISSAL), del Hospital Hipólito Unanue, durante el año 2013,2014 y 2015, se han presentado 1269 casos nuevos de pacientes con cáncer (Oficina del Seguro Integral de Salud del Hospital Hipólito Unanue, 2015). De los cuales, se evalúa a 463 pacientes en estadio clínico IV, en los cuales parte del paquete de atención contempla los cuidados paliativos. Estando en el grupo que más tardíamente se diagnostica, el cáncer de próstata, demandando una mayor atención en cuidados paliativos.

Tabla 2.5. Atenciones según tipo de neoplasia y estadio clínico del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2014 - 2015.

<b>NEOPLASIA</b>	<b>ESTADIO 1</b>	<b>ESTADIO 2</b>	<b>ESTADIO 3</b>	<b>ESTADIO 4</b>	<b>TOTAL</b>
Cáncer Mama	18	166	188	68	440
Cáncer Próstata	0	8	24	252	284
Cáncer Cervix	24	104	45	20	193
Cáncer Gástrico	9	24	77	76	186
Cáncer Colon	0	32	56	37	125
Linfoma Difuso	0	0	0	0	33
Otros Linfoma	0	0	0	0	8
Total	51	334	390	453	1269

Fuente: Unidad de Seguro Integral HNHU- FISSAL 2014-2015.

Elaborado: autores de la tesis.

De acuerdo con el reporte de la Oficina FISSAL del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2016, se reportaron 341 casos nuevos de pacientes con cáncer, de los cuales 76 casos fueron informados en estadio IV, los mismos que tendrían atención en el paquete paliativo (Oficina FISSAL del Hospital Hipólito Unanue 2016, 2017).

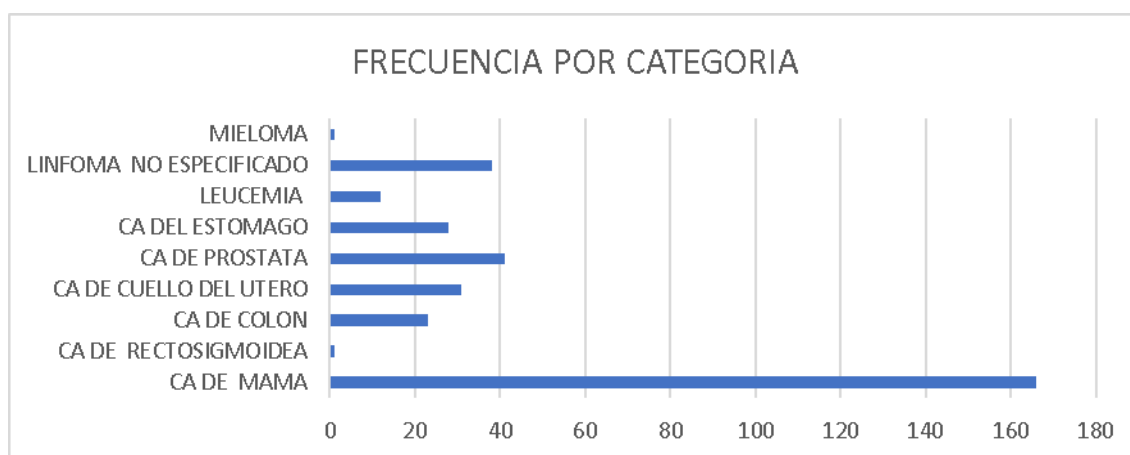
Tabla 2.6. Reporte de Número de casos informados por FISSAL 2016

ESTADIO	Total
Estadio I	22
Estadio II	89
Estadio III	154
Estadio IV	76
TOTAL	341

Fuente: Oficina de FISSAL del Hospital Hipólito Unanue. 2016.  
Elaborado: Autores de la tesis.

De acuerdo, al informe del 2016, las patologías más frecuentes por orden son cáncer de mama, próstata, cérvix y estómago. (Oficina FISSAL del Hospital Hipólito Unanue 2016, 2017)

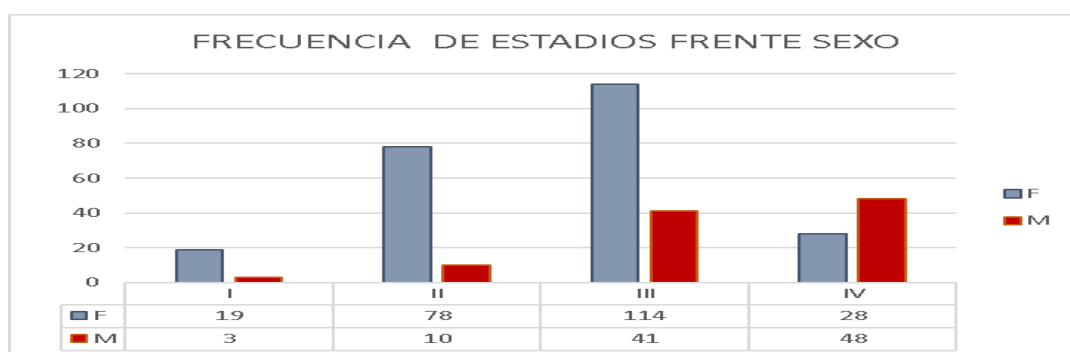
Figura 2.6. Reporte de la Oficina FISSAL por tipo de cáncer 2016



Fuente: Oficina de FISSAL del Hospital Hipólito Unanue. 2016.  
Elaborado: autores de la tesis.

Al evaluarse por categoría de género, el reporte FISSAL 2016, hay un mayor número de pacientes de sexo femenino 70% (239) de un total de 341 pacientes nuevos. Pero de un total de 76 pacientes diagnosticados en estadio IV, el 63% (48) son de sexo masculino. (Oficina FISSAL del Hospital Hipólito Unanue 2016, 2017)

Figura 2.7. Reporte de la oficina FISSAL por sexo 2016.

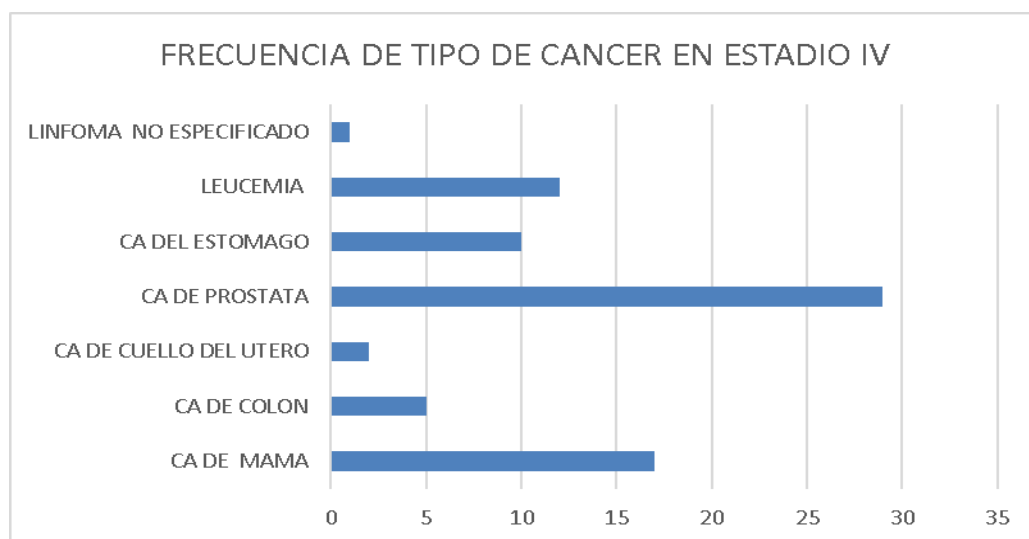


Fuente: Oficina de FISSAL del Hospital Hipólito Unanue. 2016.

Elaborado: autores de la tesis.

Al evaluar los casos reportados en estadio clínico IV en el 2016, por frecuencia entre el total de 76 pacientes, 38% (29) son de mama y 22%(17) próstata (Oficina FISSAL del Hospital Hipólito Unanue 2016, 2017).

Figura 2.8. Reporte de la oficina FISSAL por estadio clínico 2016.



Fuente: Oficina de FISSAL del Hospital Hipólito Unanue. 2016

Elaborado: autores de la tesis.

La unidad oncológica funcional del Hospital Nacional Hipólito Unanue, no cuenta con área específica para pacientes en cuidados paliativos, por lo que son atendidos en el área de consultorio externo de oncología o derivados al consultorio de Terapia del dolor del departamento de Anestesiología (Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2014), que brinda un servicio limitado 2 veces por semana.

De acuerdo, al convenio firmado entre el Hospital Nacional Hipólito Unanue y el Fondo Intangible Solidario del SIS en el año 2012, se establecen paquetes de atención que consideran el dolor y cuidados paliativos (Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2012).

Figura 2.9. Resumen de costos variables estándar por estadios para el tratamiento del cáncer de mama.

Nº	Fase	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
		Paq. Convenc.	Paq. Convenc.	Paq. Convenc.	Paq. Convenc.
1	FASE I: ESTADIAJE	S/. 1.983,8	S/. 1.983,8	S/. 1.983,8	S/. 1.983,8
2	FASE II: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	S/. 2.468,5	S/. 2.468,5	S/. 2.468,5	S/. 2.468,5
3	FASE III: TRATAMIENTO MÉDICO - QUIMIOTERAPIA	S/. 5.756,8	S/. 5.756,8	S/. 6.138,8	S/. 17.794,4
4	FASE IV: TRATAMIENTO DE HORMONOTERAPIA	S/. 669,6	S/. 669,6	S/. 669,6	S/. 669,6
6	FASE VI: TRATAMIENTO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS				S/. 17.394,7
7	FASE VII: CONTROLES (Tratamiento 1 año)	S/. 1.960,8	S/. 1.960,8	S/. 1.960,8	S/. 1.960,8
TOTAL		<b>S/. 12.839,5</b>	<b>S/. 12.839,5</b>	<b>S/. 13.221,5</b>	<b>S/. 42.271,7</b>

Fuente: Información de la Jefatura de Hospital Nacional Hipólito Unanue ,2012.  
Elaboración: Jefatura de Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Sin embargo, cerca 80% de los pacientes que necesitan cuidados paliativos y no lo reciben, (Oficina FISSAL del Hospital Hipolito Unanue 2016, 2017) según los reportes los pacientes que inician fase VI de cuidados paliativos, abandonan los tratamientos.

La Norma técnica de INEN contempla, el manejo de los pacientes en cuidados paliativos con un servicio domiciliario, pero que funciona desde una unidad especializada vinculada a una instalación hospitalaria dirigida a pacientes que requieran mayor apoyo en el control de los síntomas o en el manejo terminal. (Barrera Bolaños, y otros, 2016)

Por el contrario, si tomamos el modelo de la atención centrada en el paciente (gestión de casos) y en sus cuidadores es un factor que influye en la eficacia incluso por encima del modelo de provisión de servicios empleado (Grupo de trabajo para el abordaje de los Cuidados Paliativos en Euskadi., 2016).

Elementos claves para la consecución de resultados óptimos en la asistencia en los modelos de cuidados paliativos actuales:

La identificación de personas con necesidad de Cuidados Paliativos.

La comunicación y la coordinación entre los proveedores (incluida la atención primaria).

La mejora de la capacitación.

La capacidad de responder rápidamente a las necesidades cambiantes y preferencias de las personas a través del tiempo y en el curso de la patología y los síntomas y signos que la rodean. (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2016)

*No cabe duda por tanto de que lo esencial es la atención integrada centrada en la persona enferma que, en definitiva, es el objetivo que debe perseguir el modelo de provisión de servicios a entregar. Un modelo que debe de garantizar servicios de Cuidados Paliativos de calidad en cualquier nivel asistencial (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2016).*

## **CAPITULO III: METODOLOGÍA**

Se planteó la investigación de mercado, mediante la siguiente metodología, para poder conocer el segmento o nicho de mercado e identificar las necesidades a satisfacer del paciente oncológico y su familiar o cuidador principal y, poder desarrollar los diversos planes del plan de negocio de manera exitosa y evitar tomar decisiones equivocadas.

### **3.1. Diseño y Tipo de estudio:**

El estudio desarrollado es de diseño cualitativo y cuantitativo de tipo exploratorio transversal.

### **3.2. Universo de estudio.**

#### ***3.2.1. Población.***

La población comprendida en los 8 distritos de Lima Este (San Juan de Lurigancho, Ate, Santa Anita, Lurigancho, El Agustino, La Molina, Chaclacayo y Cieneguilla), según la entidad del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) del Seguro Integral de Salud (SIS), señala que en el Hospital Nacional Hipólito Unánue, en el año 2016, se registró un total de 341 casos nuevos de adultos con el diagnóstico de cáncer de las 9 patologías más frecuentes, como son el cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de próstata, cáncer de estómago, cáncer de colon, cáncer rectosigmoidea, leucemia, linfoma no especificado y mieloma, siendo 22 pacientes en el estadio I, 89 en el estadio II, 154 en el estadio III y 76 pacientes en el estadio IV.

#### ***3.2.2. Selección de la muestra.***

Para el análisis cualitativo, relacionado a entrevista de experto y el grupo focal, se realizó de la siguiente manera:



Se entrevistó a 10 expertos, correspondientes de los hospitales nacionales de mayor nivel resolutivo y clínicas privadas con servicios de cuidados paliativos, oncológicos y rehabilitación de Lima.

Se realizó 01 grupo focal, en el Hospital Nacional Hipólito Unanue con participación de 10 personas adultas de 18 años a más de edad, entre personas con el diagnóstico de cáncer y que se encuentren en tratamiento médico en el momento de la aplicación del grupo focal y familiares.

Para el análisis cuantitativo, se seleccionó la muestra bajo un diseño de muestreo probabilístico simple.

Sobre el tamaño de muestra, debido a que se conoce el tamaño de la población (N=341), información obtenida de la estadística de FISSAL del SIS 2016 del Hospital Nacional Hipólito Unanue, se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{K^2 pq N}{e^2 (N-1) + k^2 pq}$$

N= paciente con diagnóstico de cáncer (341)

K= nivel de confianza 95% que corresponde a un K de 1.96

E= error de 5%

p=0.5

q=0.5

Por lo que el tamaño muestral fue de 181 personas, quienes fueron familiares o cuidadores principales del paciente con diagnóstico de cáncer y a quienes se les aplicó una encuesta tipo Likert, como se observa en el anexo I y anexo II.

### **3.2.3. Unidad de Análisis.**

La unidad de análisis para el análisis cuantitativo fue el cuidador principal o familiar del paciente con diagnóstico de cáncer en cualquier estadio.

La unidad de análisis para la parte cualitativa fue el experto y para el grupo focal el paciente con diagnóstico de cáncer y familiar.

#### **3.2.4. Criterios de inclusión.**

Para la selección de la muestra se consideró los siguientes criterios de inclusión, los cuales se detallan a continuación:

Para la elección del experto:

Ejercicio de la actividad médica en los servicios de oncología, cuidados paliativos, medicina familiar y comunitaria y medicina de rehabilitación.

Ejercicio de la actividad de enfermería en los servicios de oncología, cuidados paliativos y medicina de rehabilitación.

Ejercicio de la actividad de tecnología física en los servicios de oncología, cuidados paliativos y medicina de rehabilitación.

Ejercicio de la actividad psicológica en los servicios de oncología, cuidados paliativos y medicina de rehabilitación.

Contar con más de 5 años de experiencia en el ejercicio de la actividad de medicina, enfermería, psicología y tecnología médica en Lima.

Tener formación académica, mediante cursos, diplomados, especialización, maestrías o doctorado en servicios de cuidados paliativos, oncología o medicina de rehabilitación.

Se encuentre realizando la actividad asistencial en la actualidad.

Para la elección del participante en el grupo focal:

Personas adultas de 18 años a más de edad con el diagnóstico de cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unánue y que se encontraron en tratamiento médico en el momento de la aplicación del grupo focal y familiares de los pacientes.

Para la participación del familiar o cuidador principal:

Se incluirá todo familiar o cuidador principal cuyo paciente con cáncer se encuentre en el ámbito de intervención de la institución referencial de Lima Este, Hospital Nacional Hipólito Unanue, de los distritos de San Juan de Lurigancho, Ate, Santa Anita, Lurigancho, El Agustino, La Molina, Chaclacayo y Cieneguilla.

Personas adultas de 18 años a más, familiar o cuidador principal de un paciente con el diagnóstico de cáncer en cualquier estadio.

Participación voluntaria y firmando el consentimiento informado.

### ***3.2.5. Criterio de exclusión.***

Aquellos que no desearon participar de manera voluntaria o contaron con algún impedimento médico para su participación.

## **3.3 Procedimientos para la recolección de la información.**

Para la entrevista de expertos, se utilizó un cuestionario con 07 preguntas de estructura abierta, para permitir las re-preguntas, 03 preguntas fueron generales y 04 fueron específicas relacionadas al plan de negocio (Anexo III). Antes de iniciar con la aplicación del cuestionario, se solicitó el permiso verbal del experto para la utilización de un recurso tecnológico como la grabadora.

La duración de la entrevista fue con un máximo de una hora, iniciándose con preguntas generales y concluyendo con las específicas o concisas. Se buscó propiciar un entorno agradable, que permita la discusión y las re-preguntas.

Para la participación en el grupo focal, se utilizó la estrategia denominada “bola de nieve”, en el que un paciente con cáncer del Hospital Nacional “Hipólito Unánue” de Lima Este, previamente contactado, haciéndosele partícipe de los objetivos y finalidad

de la investigación y firmando el consentimiento informado para su participación en el estudio, nos permitió conocer a otros pacientes hasta obtener a los 10 participantes para el grupo focal. De la misma forma, se trabajó con el personal médico del hospital en mención para la captación de pacientes.

En la fase de la aplicación del grupo focal, existió un moderador que fue un integrante del grupo con la especialidad de oncología, quien presentó el tema, solicitó el permiso de los participantes y facilitó la discusión tratando de que participe la mayor cantidad posible de personas, buscando la discusión en los temas de interés, en un tiempo máximo de dos horas.

El ambiente, en dónde se realizó el grupo focal, fue en un consultorio perteneciente al Hospital Nacional Hipólito Unanue, el cual contó con un espacio amplio; mientras que, los equipos de grabación de audio fueron proporcionados por los responsables de la tesis.

La guía de sesiones del grupo focal, como se describe en los anexos IV y V, estuvo compuesta por una parte introductoria, dónde se dio a conocer el propósito de la sesión y las reglas de discusión. Seguidamente, se planteó 13 preguntas de estructura abierta, relacionadas al objetivo de la investigación que es la implementación de un plan de negocio de cuidados paliativos domiciliarios para pacientes oncológicos de Lima Este.

El grupo evaluador fue recogiendo las respuestas y observando las conductas de los participantes para el análisis cualitativo respectivo.

Para la aplicación del cuestionario estructurado para los familiares o cuidadores principales de pacientes con diagnóstico de cáncer, cuyo tamaño muestral fue de 181 personas, se les solicitó datos generales y se les realizó una encuesta de 15 preguntas cerradas según escala Likert sobre expectativas y preferencias en el cuidado paliativo del paciente con cáncer, previo consentimiento informado (Anexo II).

El cuestionario estructurado pasó por dos fases:

La primera fase relacionada a su elaboración y revisión por los autores de la tesis, quienes siendo especialistas en medicina, oncología y psiquiatría, plantearon las preguntas que se relacionaban a los objetivos.

La segunda fase, se realizó un estudio piloto con 10 pacientes con el diagnóstico de cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue, para la adaptación idiomática, obteniéndose modificaciones en las preguntas 3 y 15, reestructuración de la pregunta 3 y la colocación de intervalos de precios para la pregunta 15. En las demás preguntas se realizaron pequeñas modificaciones para direccionarlas hacia el familiar o cuidador principal.

### **3.4 Plan de análisis de los resultados.**

Los resultados de las entrevistas a expertos y del grupo focal fueron procesados, previamente la transcripción de las sesiones grabadas, mediante un análisis de contenido de la información obtenida, contando el número de veces que sucede un evento, uso de ciertas palabras o la expresión de un sentimiento. Lo planteado nos permitió obtener información sobre opiniones, actitudes y creencias hacia el servicio de cuidados paliativos desde la perspectiva del usuario y de los expertos.

Se procesó los resultados del estudio cuantitativo usando el software SPSS versión 20 de muestra simple, haciendo análisis de frecuencias, obteniendo tablas y gráficas, que permitieron el planteamiento posterior del plan de negocio.

## **CAPITULO IV: ANALISIS DE RESULTADOS**

### **4.1. Análisis Cualitativo**

#### **4.1.1. Grupo Focal**

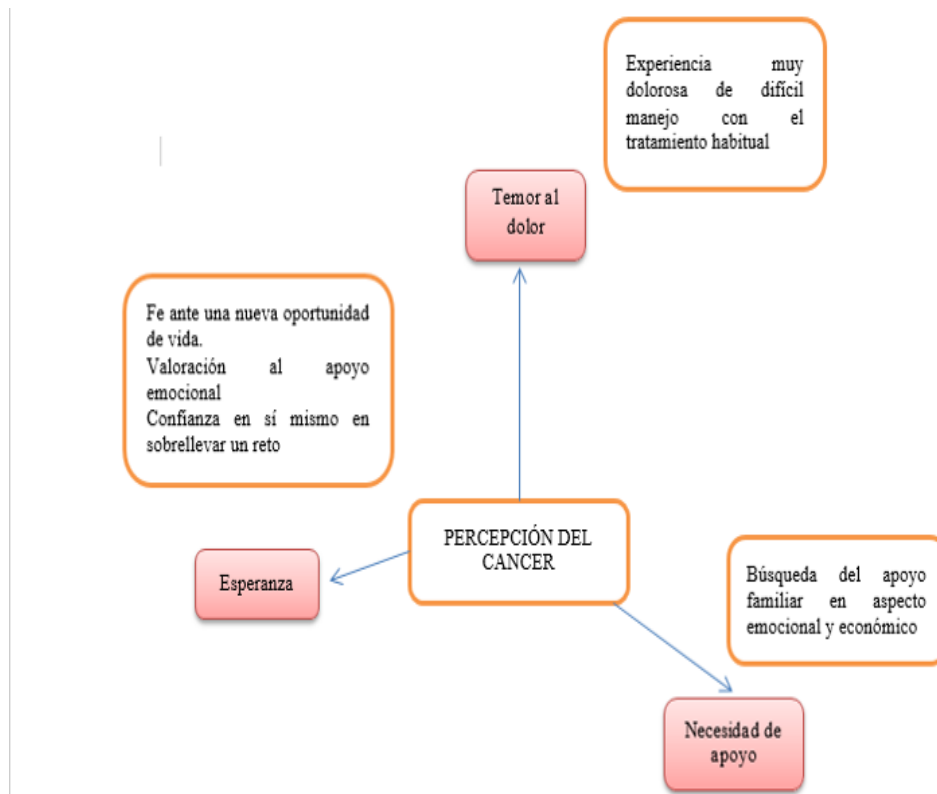
Se utilizó la técnica “Grupo Focal” en 10 personas adultas, que incluyó a pacientes y familiares de pacientes con cáncer, dirigida por un profesional médico con especialidad en oncología. La sesión se desarrolló en base a una guía de pautas desarrollada por el grupo previamente, como se indica en el anexo IV.

La dinámica de grupo se realizó el día 4 de setiembre del 2017, en las instalaciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue con pacientes y familiares residentes de Lima Este de los distritos de El Agustino, Ate, San Juan de Lurigancho y Santa Anita. Las participantes fueron mujeres de edades comprendidas entre 35 y 50 años pertenecieron a los sectores socioeconómicos C y D, un promedio de edad 42 años, todos afiliadas al Seguro Integral de Salud (SIS). Se evaluaron 3 aspectos:

##### **4.1.1.1. *Percepción ante el diagnóstico de cáncer: Impacto emocional.***

Mediante las frases temor al dolor, esperanza y necesidad de apoyo se centraron las expresiones relacionadas al diagnóstico de cáncer, como se señala en la figura 4.1.

Figura 4.1. Percepción ante el diagnóstico de cáncer: Impacto emocional en pacientes y familiares del Hospital Nacional Hipólito Unanue

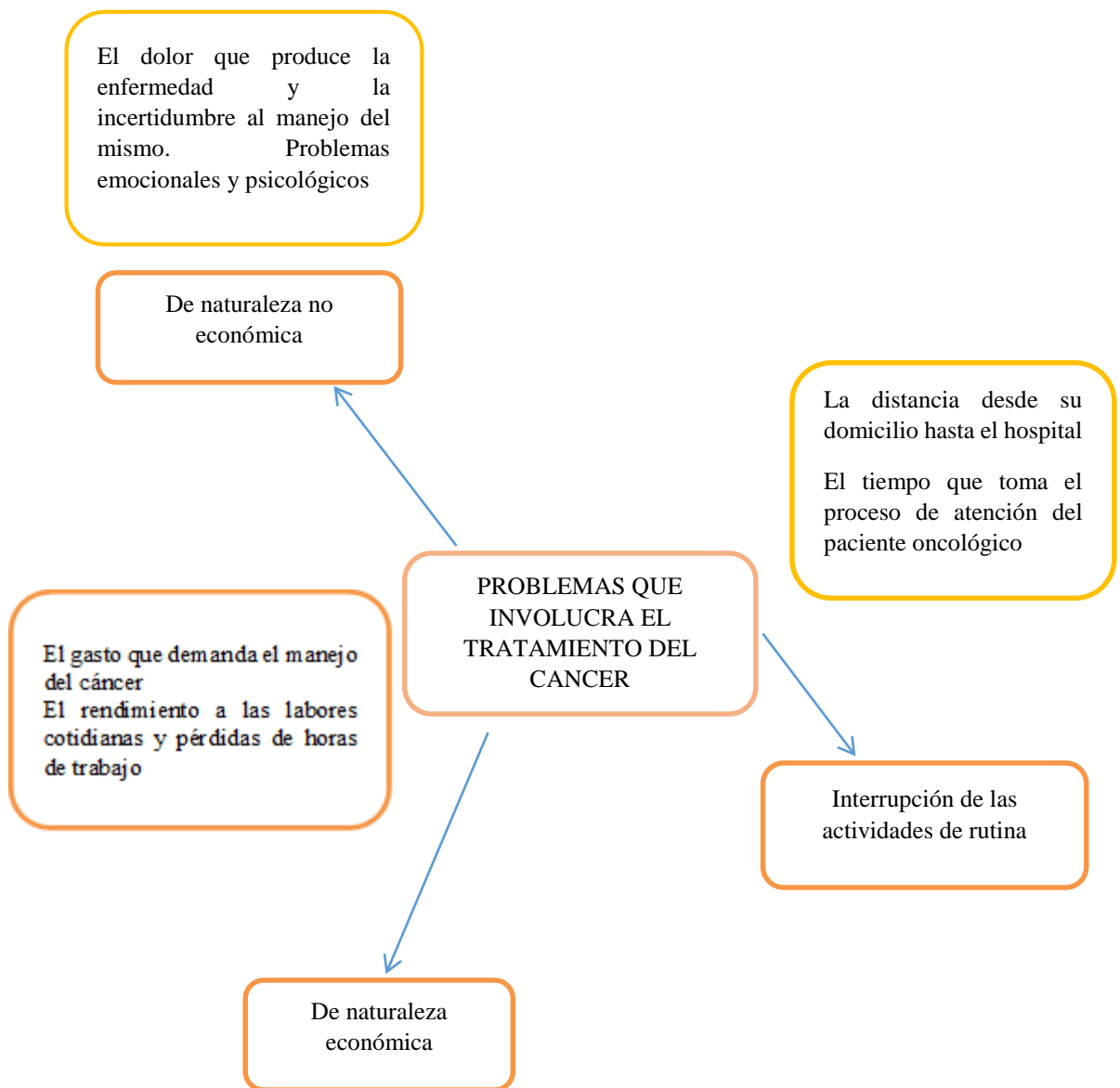


Elaboración: Autores de esta tesis

#### 4.1.1.2. Problemas que acarrea el tratamiento del cáncer.

Los problemas identificados en el tratamiento oncológico involucraron en el aspecto económico un mayor gasto por la demanda de insumos no coberturados por el SIS, interrupción en las actividades rutinaria de los pacientes por la distancia que conllevaba desplazarse desde sus domicilios hacia el hospital y, en los no económicos por el manejo de dolor y el aspecto emocional que con lleva a la necesidad de apoyo psicológico.

Figura 4.2. Problemas que acarrea el tratamiento del cáncer en pacientes y familiares del Hospital Nacional Hipólito Unanue.



Elaboración: autores de esta tesis

#### 4.1.1.3. Tipo de apoyo familiar.

Los miembros del grupo mencionaron que contaban con el apoyo de por lo menos un miembro de su familia, el apoyo fue descrito como de tipo emocional y económico, algunos recurrían a familia ampliada (más de un miembro familiar); solo 1 persona manifestó que prefería mantener sola la enfermedad por ser el único sostén de sus hijas.



Figura 4.3. Tipo de apoyo familiar para pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.



Elaboración: Autores de esta tesis

#### **4.1.1.4. Conclusiones.**

Ser diagnosticado con una patología oncológica genera connotaciones negativas que los pacientes con cáncer mencionaron sobrellevar con el apoyo familiar; por lo que, refirieron tener sentimientos de esperanza y fe para enfrentarla y un reto continuar sus propias vidas con la enfermedad. Varios coincidieron en mencionar al síntoma dolor como una manifestación clínica difícil de ser tratado.

En el aspecto económico, los participantes mencionaron que difícilmente podían pagar una atención en cuidados paliativos de manera privada y que optarían por tomar una atención pública, acudiendo a un centro de atención cercano; pero no negaron contar con el apoyo económico de sus familiares para los casos que pudieran ameritar un gasto adicional para su tratamiento.

Acudir a un establecimiento de salud es un aspecto que llega a interrumpir sus actividades y toma demasiado tiempo, por lo que, la atención a domicilio fue considerado como una propuesta necesaria en la totalidad de participantes.

Los participantes prefieren recibir información que no incluya las redes sociales, debido a que mencionaban tener un grado de instrucción bajo y preferían las charlas como medio de difusión de información.

#### ***4.1.2. Entrevista a Expertos***

Los 10 profesionales de la salud que participaron en la entrevista de expertos fueron médicos especialistas en Oncología, Rehabilitación Física, Terapia del Dolor, Medicina Familiar y Comunitaria y no médicos como una profesional en psicología de las siguientes instituciones, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Hospital Edgardo Rebagliati Martín, Clínica Oncosalud, Clínica Delgado y Sociedad Peruana de Oncología Médica

##### ***4.1.2.1 Patologías oncológicas más frecuentemente tratadas***

Dentro de las patologías oncológicas más frecuentes mencionadas por los expertos, en los servicios o unidad en el que se labora, fue en primer lugar el cáncer de mama, seguido del cáncer gástrico, cáncer de próstata, cáncer de pulmón y cáncer de cérvix.

##### ***4.1.2.2. Efectos positivos y negativos más frecuentes que genera el tratamiento contra el cáncer.***

Dentro de los efectos positivos del tratamiento contra el cáncer, los expertos coincidieron en manifestar que el tratamiento alivia los síntomas del paciente y posibilita su curación dependiendo del estadio en que se encuentre la enfermedad, llegando a lograr la sobrevida e incluso mejorar la calidad de vida del paciente.

Respecto a los efectos negativos del tratamiento contra el cáncer, los expertos fueron más explícitos, diferenciándolos según el tipo de tratamiento de quimioterapia o radioterapia. Consideraron la mayoría de expertos que son las alteraciones emocionales como la depresión, ansiedad y la falta de autoestima y los problemas familiares, sociales y laborales, los que más se presentan como consecuencia del tratamiento, llegando incluso a disminuir su calidad de vida. Otras alteraciones mencionadas fueron la presencia de náuseas, vómitos, boca

seca y problemas gástricos, seguidos de manifestaciones inmunológicas como neutropenias e infecciones asociadas. Solo un experto, el médico de familia y comunidad, refirió al dolor como el síntoma más frecuente y la presencia necesaria de un geriatra como parte del equipo de intervención para la medición de la fragilidad oncológica en adultos mayores.

Finalmente, algunos coincidieron en manifestar que los familiares frente a estas manifestaciones clínicas delegan la total responsabilidad a las instituciones de salud.

#### **4.1.2.3. *Distritos de procedencia de los pacientes con cáncer.***

Los distritos de procedencia de los pacientes con cáncer de las instituciones en los que laboran los expertos dependen si pertenecen al sistema de salud de EsSalud, MINSA o Instituciones privadas, sin embargo, la mayoría de expertos mencionaron que el distrito de San Juan de Lurigancho, es el más frecuente.

Los hospitales de EsSalud, cuentan con una población adscrita según el ámbito jurisdiccional al que pertenecen. Mientras que, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, atienden a pobladores que son referenciados de las distintas zonas del Perú, principalmente del interior del país.

Las clínicas privadas, no están restringidas por una zona jurisdiccional específica, por lo que permite el ingreso a cualquier poblador que requiera una atención en esos establecimientos.

#### **4.1.2.4. *Patologías oncológicas que requieren cuidados paliativos.***

Para los expertos, el cáncer gástrico, pulmonar, prostático, y de cérvix, son las patologías oncológicas que más demandan la intervención de los cuidados paliativos. Solo un experto consideró que también los cánceres digestivos como

el hepático, pancreático y esofágico, son de tal impacto que la asistencia con cuidados paliativos es importante.

#### **4.1.2.5. Necesidad de atención en cuidados paliativos en el domicilio.**

Todos los expertos coincidieron la necesidad e importancia de la atención en cuidados paliativos en el domicilio. Sin embargo, los motivos que mencionaron para una intervención domiciliaria fueron diversos como:

Permite la supervisión, monitoreo y control médico.

Limita el sobre esfuerzo para los pacientes con patologías oncológicas avanzadas o que no puedan trasladarse.

Permite que el paciente oncológico elija dónde recibir la intervención en cuidados paliativos.

Evita la institucionalización del paciente.

Disminuye costos hospitalarios.

La existencia de intervenciones de mediano esfuerzo como la hidratación u otras atenciones de ese nivel pueden tratarse en el domicilio.

#### **4.1.2.6. Acciones que el personal de salud realiza para la atención en cuidados paliativos**

Las principales acciones que el personal de salud realiza en cuidados paliativos dependen de los recursos de las instituciones, tipo de personal que participa y del enfoque asistencial institucional o domiciliario que empleen. En la Tabla 6.1. se muestra que la mayoría de las instituciones brindan manejo del dolor, intervención psicológica, hidratación y colocación de sondas vesical y Foley, como las principales.

Tabla 4.1. Acciones que el personal de salud realiza para la atención en cuidados paliativos.

Institución de salud	Profesional de salud	Acciones realizadas para la atención en cuidados paliativos
Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren	Médico Oncólogo	Manejo del dolor y otros cuidados paliativos Participación de Equipo Multidisciplinario (medicina del dolor, oncología, geriatría, medicina física y rehabilitación, psiquiatría y psicología y trabajo social).
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas	Médico Familiar y Comunitaria Psicología	Evaluación médica, educación terapéutica para pacientes y familiares, consejería en enfermería, capacitación familiar sobre manejo de alitas subcutáneas y el uso de jeringas. Manejo de emociones del paciente y familia. Acompañamiento, intervenciones psicológicas y campañas preventivas.
Hospital Guillermo Almenara Irigoyen	Médico Rehabilitador Médico Oncólogo y cuidados paliativos Médico Oncólogo	Manejo del dolor, sedación, fisioterapia, drenaje linfático, intervenciones psicológicas, hidratación, colocación de sondas, manejo de alteraciones gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarreas, constipaciones), soporte nutricional
Clínica Oncosalud	Médico Oncólogo	Manejo del dolor, manejo de la emésis oxigenoterapia, manejo del esquema antibiótico, colocación de sondas, apertura de acceso venoso central.
Clínica Delgado	Médico Oncólogo	Manejo del dolor, manejo de alteraciones gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarreas, constipaciones), movilización del pacientes, rutina de higiene, terapia nutricional
Hospital Edgardo Rebagliati Martins	Médico Terapia del Dolor	Manejo del dolor, manejo de la emésis, terapia de bloqueo nervioso.
Sociedad Peruana de Oncología	Médico Oncólogo	Manejo del dolor, hidratación, manejo de la emésis

Elaboración: autores de esta tesis

#### ***4.1.2.7. Efectos positivos y negativos en el paciente oncológico por la atención de cuidados paliativos domiciliarios.***

Dentro de los efectos positivos, la mayoría de los expertos coinciden que los cuidados paliativos domiciliario permiten el mejoramiento emocional del paciente, mejora la comunicación, empoderamiento y bienestar familiar. Una intervención en el domicilio se percibe como cálido, brinda confort y disminuye el sufrimiento. Además, mejora la comunicación con el personal de salud y el

seguimiento se hace personalizado. Permite el involucramiento y la psicoeducación familiar. Solo 2 expertos mencionaron que los cuidados paliativos domiciliarios disminuyen costos y procesos administrativos. Esto último difiere de la opinión de otros 2 expertos, sobre que los costos de intervención se incrementan. Los efectos positivos serían mayores si el personal de salud es multidisciplinario y se encuentra capacitado.

En relación a los efectos negativos, los expertos mencionan, que son específicos y están relacionados a la percepción de desprotección al no recibir intervenciones dentro de las instituciones de salud y que los familiares al ver personal de salud en el domicilio tienen a dejar la responsabilidad en ellos.

#### **4.1.2.8. *Servicios de cuidados paliativos domiciliario público y privado***

La mayoría de los expertos refirieron tener conocimiento de servicios de cuidados paliativos domiciliario público y privado por su quehacer diario y por comunicación entre los especialistas. Solo 2 expertos comentaron desconocer la existencia de este tipo de intervención en el domicilio.

Los siguientes son los mencionados por los expertos:

- Unidad COPOHES del hospital Sabogal: intervención en medicina de dolor y cuidados paliativos.
- Programa ADAMO por la DIRESA Callao: atención domiciliaria de adulto mayor y paciente con cáncer.
- Clínica Oncosalud: a través de sus programas Total Care y House Hospital
- Programa de cuidados paliativos (HOME CARE) de Aliada por Seguro Pacífico
- Programa de cuidados paliativos del Hospital Naval
- Programa de cuidados paliativos del Hospital FAP
- Programa de COPOHES del HERM
- PADOMI
- Servicio paliativo en la clínica de día del INEN

El hospital Nacional Guillermo Almenara trato de implementar un sistema de visitas, actualmente no existe.

#### **4.1.2.9. Conclusiones.**

Se puede concluir la entrevista a experto que para ellos, los problemas del cáncer y su tratamiento está básicamente relacionado a las alteraciones emocionales, familiares, sociales y laborales y a las alteraciones físicas como náuseas, vómitos, boca seca, problemas gástricos y dolor.

Para los expertos, las principales patologías oncológicas que requieren cuidados paliativos son el cáncer gástrico, pulmonar, prostático y cérvix.

Consideraron que a atención en cuidados paliativos en el domicilio, permite la supervisión, monitoreo y control de la enfermedad, evitan el esfuerzo de traslado en pacientes de enfermedad avanzada, el paciente hace uso de su autonomía al elegir dónde tratarse, evitan la institucionalización y logran disminuir los costos hospitalarios.

La atención en cuidados paliativos, depende de los recursos de las instituciones, el tipo de personal que participa, el enfoque que se empleó si es institucional o domiciliario. Sin embargo, su intervención está principalmente enfocada al dolor, alteraciones psicológicas, hidratación, colocación de sondas, entre otras.

Finalmente, para los expertos, los efectos que implica la intervención de cuidados paliativos en el domicilio, permite el mejoramiento emocional, la comunicación entre el personal de salud y el paciente y su familiar, el empoderamiento y bienestar familiar.

## 4.2. Análisis cuantitativo

### 4.2.1. Encuesta a familiares de pacientes con cáncer

Se aplicó un total de 200 encuestas en el servicio de oncología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, a pesar de solo necesitar 181 personas adultas, debido a que hubo disponibilidad de los familiares a responder la encuesta y apoyo del personal de salud del establecimiento en mención.

### 4.2.2. Características sociodemográficas en familiares de pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue

Se evaluó un total de 200 adultos, familiares de pacientes con cáncer que acuden al servicio de oncología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, siendo el 58.7% (n=115) mujeres; mientras que, el 61.3% (n=122) tenía una edad comprendida entre 25 y 44 años de edad, siéndola edad promedio 39 años. El 70.6% (n= 139) eran casados y convivientes. El 57.6% (n=114) tenía instrucción superior completa e incompleta (Tabla 4.2.).

Tabla 4.2. Características sociodemográficas de los familiares de pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

<b>Variab</b> les	<b>N</b>	<b>Estimación</b>
<b>Sociodemográficas</b>	<b>total</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Femenino	115	58.7%
Masculino	81	41.3%
No declarado	4	-
<b>Grupo Etario</b>		
19 a 24 años	9	4.5%
25 a 44 años	122	61.3%
45 a 64 años	59	29.6%
65 años a más	9	4.5%
No declarado	1	-
<b>Estado civil</b>		
Casado	93	47.2%
Soltero	48	24.4%
Divorciado	5	2.5%
Viudo	5	2.5%
Conviviente	46	23.4%
No declarado	3	-
<b>Nivel de instrucción</b>		
Primaria completa	7	3.5%
Primaria incompleta	3	1.5%
Secundaria completa	58	29.3%
Secundaria incompleta	16	8.1%
Superior completa	64	32.3%
Superior incompleta	50	25.3%
No declarado	2	-

Elaboración: Autores de esta tesis.



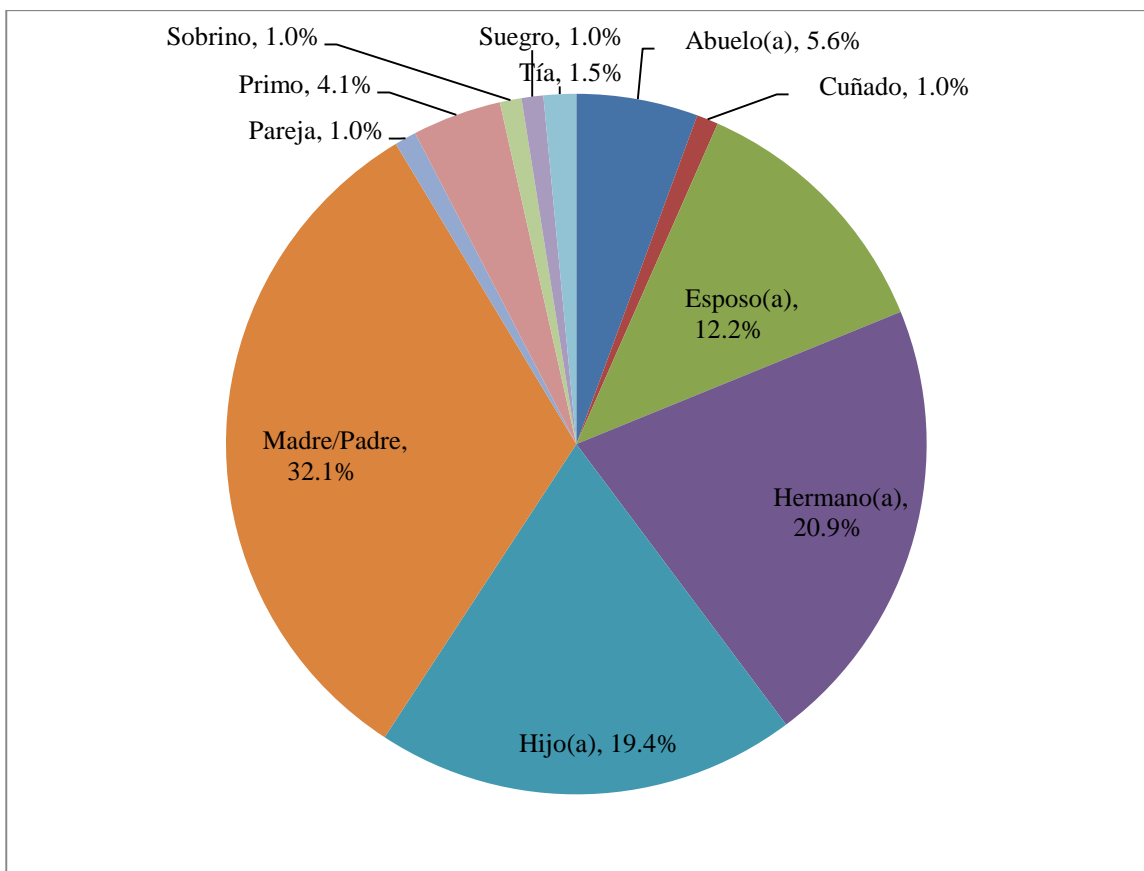
#### 4.2.3. Lugar de residencia de los familiares de pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue

Respecto al lugar de residencia de la mayoría de los familiares de pacientes con cáncer encuestados en el Hospital Nacional Hipólito Unanue son del distrito del Agustino con un 42.1% (n=82), seguido del distrito de San Juan de Lurigancho con un 28.7%, Santa Anita con un 19.0%, Ate con un 8.7% y La Victoria con un 1.5%.

#### 4.2.4. Cuidador principal del paciente con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue

Son los familiares del círculo más cercano del paciente con cáncer (madre/padre, hermano/a, hijo/a y esposo/a) los que realizaron principalmente el rol de cuidador principal. (Figura 4.4.)

Figura 4.4. Cuidador Principal del paciente con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.



Elaboración: Autores de esta tesis.

#### **4.2.5. Tiempo de diagnóstico de cáncer en los pacientes oncológicos del Hospital Nacional Hipólito Unanue.**

Dentro del tiempo de diagnóstico más frecuente en los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue, manifestado por los familiares encuestados, fue de 7 a menos días con un 53.8%, seguido de los de 1 a 6 meses con un 17.6%, según lo indica la tabla 4.3.

Tabla 4.3. Tiempo de diagnóstico de cáncer en los pacientes oncológicos del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

<b>Tiempo de diagnóstico de cáncer</b>	<b>Muestra N</b>	<b>Estimación %</b>
1 a 7 días	107	53.8%
8 a 14 días	17	8.5%
15 a 29 días	15	7.5%
1 a 6 meses	35	17.6%
7 a 12 meses	12	6.0%
13 a 18 meses	3	1.5%
19 a 24 meses	7	3.5%
Más de 24 meses	3	1.5%
No declarado	1	-
Total	200	100%

Elaboración: Autores de esta tesis

#### **4.2.6. Relación de los cuidados paliativos con el cuidado de la vida de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.**

Los familiares de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue respondieron a la pregunta 1 (P1) de la encuesta (anexo I) en su mayoría, 60.5% (n=121), que los cuidados paliativos están relacionados con el cuidado de la vida de los pacientes que sufren enfermedades como el cáncer. Si sumamos las personas que respondieron como “total de acuerdo”, se incrementa en un 92% de los encuestados que opinaron sobre la existencia de esa relación. (Tabla 4.4.)

Tabla 4.4. Relación de los cuidados paliativos con el cuidado de la vida de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

<b>P1</b>	<b>Muestra n</b>	<b>Estimación %</b>
Total desacuerdo	2	1.0%
En desacuerdo	2	1.0%
Ni acuerdo ni en desacuerdo	12	6.0%
De acuerdo	121	60.5%
Total acuerdo	63	31.5%
Total	200	100.0%

Elaboración: Autores de esta tesis.

#### **4.2.7. Necesidad de los cuidados paliativos en los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.**

Los familiares de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue respondieron a la pregunta 2 (P2) de la encuesta (anexo I), en su mayoría, 64.0% (n=128), que los cuidados paliativos responden a las necesidades de los pacientes con cáncer y de ellos mismos como familiares. Si sumamos la respuesta de los familiares que opinaron en “total de acuerdo”, se incrementa en un 92% de los encuestados que consideraron la importancia de los cuidados paliativos en el cuidado de la vida de sus pacientes. (Tabla 4.5)

Tabla 4.5. Necesidad de los cuidados paliativos en los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

<b>P2</b>	<b>Muestra n</b>	<b>Estimación %</b>
Total desacuerdo	1	0.5%
En desacuerdo	2	1.0%
Ni acuerdo ni en desacuerdo	13	6.5%
De acuerdo	128	64.0%
Total acuerdo	56	28.0%
Total	200	100.0%

Elaboración: Autores de esta tesis.

#### **4.2.8. Impacto de los cuidados paliativos en el proceso de enfermedad de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.**

Los familiares de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue respondieron a la pregunta 3 (P3) de la encuesta (anexo I), en su mayoría, 66.0% (n=132), que los cuidados paliativos impactan en el proceso de enfermedad de los pacientes con cáncer, de allí su necesidad e importancia. Sumando la respuesta “total acuerdo”, se incrementa a un 93% los familiares encuestados que consideran que los cuidados paliativos ayudarían a sobrellevar la enfermedad del cáncer en su paciente. (Tabla 4.6.)

Tabla 4.6. Impacto de los cuidados paliativos en el proceso de enfermedad de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

<b>P3</b>	<b>Muestra N</b>	<b>Estimación %</b>
Total desacuerdo	1	0.5%
Ni acuerdo ni en desacuerdo	13	6.5%
De acuerdo	132	66.0%
Total acuerdo	54	27.0%
Total	200	100.0%

Elaboración: Autores de esta tesis.

#### **4.2.9. Cuidados paliativos como parte del tratamiento de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.**

Los familiares de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue respondieron a la pregunta 4 (P4) de la encuesta (anexo I), en su mayoría, 62.0% (n=124), que los cuidados paliativos deben formar parte del tratamiento para el cáncer, incrementándose esta opinión, si sumamos a los que están totalmente de acuerdo. (Tabla 4.7.)

Tabla 4.7. Cuidados paliativos como parte del tratamiento de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

<b>P4</b>	<b>Muestra N</b>	<b>Estimación %</b>
Total desacuerdo	1	0.5%
En desacuerdo	1	0.5%
Ni acuerdo ni en desacuerdo	15	7.5%
De acuerdo	124	62.0%
Total acuerdo	59	29.5%
Total	200	100.0%

Elaboración: Autores de esta tesis.

#### **4.2.10. Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue reciban cuidados paliativos domiciliario.**

Los familiares de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue respondieron a la pregunta 5 (P5) de la encuesta (anexo I), en su mayoría, 53.5% (n=113), que les gustaría que su paciente reciba atención en cuidados paliativos en su domicilio. Sumando a esta respuesta, los que opinaron en “total acuerdo”, se incrementa a un 96.0%, la disposición familiar de un servicio de apoyo domiciliario de cuidado paliativo. (Tabla 4.8.)

Tabla 4.8. Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue reciban cuidados paliativos domiciliarios.

<b>P5</b>	<b>Muestra N</b>	<b>Estimación %</b>
En desacuerdo	2	1.0%
Ni acuerdo ni en desacuerdo	6	3.0%
De acuerdo	113	56.5%
Total acuerdo	79	39.5%
Total	200	100.0%

Elaboración: Autores de esta tesis

**4.2.11. Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue reciban intervención de las náuseas y vómitos en el domicilio.**

Los familiares de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue respondieron a la pregunta 6 (P6) de la encuesta (anexo I), en su mayoría, 58.0% (n=116), que les gustaría que su paciente reciba intervención de las náuseas y vómitos en el domicilio, el cual se incrementa en un 92.5%, si se incorpora a los que opinaron en “total acuerdo”, por lo que la prevención y calma de estos síntomas en el domicilio son de la preferencia de los familiares. (Tabla 4.9.)

Tabla 4.9. Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue reciban intervención de las náuseas y vómitos en el domicilio.

<b>P6</b>	<b>Muestra N</b>	<b>Estimación %</b>
En desacuerdo	1	0.5%
Ni acuerdo ni en desacuerdo	14	7.0%
De acuerdo	116	58.0%
Total acuerdo	69	34.5%
Total	200	100.0%

Elaboración: Autores de esta tesis

**4.2.12. Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue reciban intervención del dolor en el domicilio.**

Los familiares de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue respondieron a la pregunta 7 (P7) de la encuesta (anexo I), en su mayoría, 53.0% (n=106), que les gustaría que su paciente reciba tratamiento del dolor en el domicilio, preferencia que se incrementa en un 88.0%, si se incorpora a los que opinaron en “total acuerdo”; por lo que la prevención y calma del dolor en el domicilio son de la preferencia de los familiares. (Tabla 4.10.)

Tabla 4.10. Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue reciban intervención del dolor en el domicilio.

<b>P7</b>	<b>Muestra N</b>	<b>Estimación %</b>
Total desacuerdo	1	0.5%
En desacuerdo	4	2.0%
Ni acuerdo ni en desacuerdo	19	9.5%
De acuerdo	106	53.0%
Total acuerdo	70	35.0%
Total	200	100.0%

Elaboración: Autores de esta tesis

**4.2.13. Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue reciban intervención de la falta de aire o respiración en el domicilio.**

Los familiares de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue respondieron a la pregunta 8 (P8) de la encuesta (anexo I), en un 54.0% (n=108), que les gustaría que su paciente reciba intervención de la falta de aire o respiración en el domicilio, preferencia que se incrementa en un 89.5%, si se incorpora a los que opinaron en “total acuerdo”. (Tabla 4.11.)

Tabla 4.11. Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue reciban intervención de la falta de aire o respiración en el domicilio.

<b>P8</b>	<b>Muestra N</b>	<b>Estimación %</b>
Total desacuerdo	3	1.5%
En desacuerdo	6	3.0%
Ni acuerdo ni en desacuerdo	12	6.0%
De acuerdo	108	54.0%
Total acuerdo	71	35.5%
Total	200	100.0%

Elaboración: Autores de esta tesis

**4.2.14. Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue reciban aplicación del suero en el domicilio.**

Los familiares de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue respondieron a la pregunta 9 (P9) de la encuesta (anexo I), en su mayoría, 53.5% (n=107), que les gustaría que su paciente reciba aplicación del suero en el domicilio, preferencia que se incrementa en un 89.5%, si se incorpora a los que opinaron en “total acuerdo”; por lo que este tipo de intervención domiciliaria son de la preferencia de la mayoría de los familiares. (Tabla 4.12.)

Tabla 4.12. Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue reciban aplicación del suero en el domicilio.

<b>P9</b>	<b>Muestra N</b>	<b>Estimación %</b>
En desacuerdo	5	2.5%
Ni acuerdo ni en desacuerdo	16	8.0%
De acuerdo	107	53.5%
Total acuerdo	72	36.0%
Total	200	100.0%

Elaboración: Autores de esta tesis

#### **4.2.15. Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue reciban tratamiento de las escaras en el domicilio.**

Los familiares de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue respondieron a la pregunta 10 (P10) de la encuesta (anexo I), en su mayoría, 52.5% (n=105), que les gustaría que su paciente reciba tratamiento de las escaras en el domicilio, preferencia que se incrementa en un 87.0%, si se incorpora a los que opinaron en “total acuerdo”; siendo por tanto, una preferencia de tratamiento en el domicilio de la mayoría de los familiares. (Tabla 4.13.)

Tabla 4.13. Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue reciban tratamiento de las escaras en el domicilio.

<b>P10</b>	<b>Muestra N</b>	<b>Estimación %</b>
En desacuerdo	2	1.0%
Ni acuerdo ni en desacuerdo	22	11.0%
De acuerdo	105	52.5%
Total acuerdo	71	35.5%
Total	200	100.0%

Elaboración: Autores de esta tesis

#### **4.2.16. Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue reciban intervención por tristeza, falta de sueño, ansiedad y descontrol de la conducta en el domicilio.**

Los familiares de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue respondieron a la pregunta 11 (P11) de la encuesta (anexo I), en su mayoría, 52.0% (n=104), que les gustaría que su paciente reciba intervención psicológica en el domicilio, preferencia que se incrementa en un 87.5%, si se incorpora a los que opinaron en “total acuerdo”; por lo que, la mayoría de los familiares para prevenir y calmar síntomas de tristeza, falta de sueño, ansiedad y descontrol de la conducta les gustaría que suceda en el domicilio (Tabla 4.14.)

Tabla 4.14. Disposición familiar de que pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue reciban intervención psicológica en el domicilio.

<b>P11</b>	<b>Muestra N</b>	<b>Estimación %</b>
Ni acuerdo ni en desacuerdo	25	12.5%
De acuerdo	104	52.0%
Total acuerdo	71	35.5%
Total	200	100.0%

Elaboración: Autores de esta tesis

**4.2.17. Participación del familiar o cuidador principal en la atención domiciliaria de los pacientes con cáncer de Hospital Nacional Hipólito Unanue.**

Los familiares de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue respondieron a la pregunta 12 (P12) de la encuesta (anexo I), que la mayoría 94.5% (n=121), entre los que opinaron “De acuerdo” y “Total acuerdo”, estarían interesados en participar en sus domicilios en la atención de cuidados paliativos para sus pacientes con cáncer. (Tabla 4.15.)

Tabla 4.15. Participación del familiar o cuidador principal en la atención domiciliaria de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

<b>P12</b>	<b>Muestra N</b>	<b>Estimación %</b>
Ni acuerdo ni en desacuerdo	11	5.5%
De acuerdo	112	56.0%
Total acuerdo	77	38.5%
Total	200	100.0%

Elaboración: Autores de esta tesis

**4.2.18. Cuidados paliativos como parte del mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.**

Los familiares de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue consideran en la pregunta 13 (P13) de la encuesta (anexo I), en su mayoría, 94.5% (n=189), que los cuidados paliativos mejorarían la calidad de vida de sus pacientes. (Tabla 4.16)

Tabla 4.16. Cuidados paliativos como parte del mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

<b>P13</b>	<b>Muestra N</b>	<b>Estimación %</b>
En desacuerdo	1	0.5%
Ni acuerdo ni en desacuerdo	10	5.0%
De acuerdo	113	56.5%
Total acuerdo	76	38.0%
Total	200	100.0%

Elaboración: Autores de esta tesis



**4.2.19. Disposición de pago para la atención de cuidados paliativos para pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.**

Sobre la disposición de pago de los familiares de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue indicaron en la pregunta 14 (P14) de la encuesta (anexo I), solo el 28.5% (n=57) estarían dispuestos a pagar para la atención en cuidados paliativos en su domicilio, correspondiendo a la mayoría 38.5% (n=77) no tener una posición ni a favor ni en contra de pagar un servicio de esta naturaleza. Por lo que, un trabajo de sensibilización a los familiares que muestran una posición ambigua podría empoderar la importancia para la salud de los pacientes con cáncer, contar con un servicio privado y a domicilio. (Tabla 4.17.)

Tabla 4.17. Disposición de pago para la atención de cuidados paliativos para pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

<b>P14</b>	<b>Muestra N</b>	<b>Estimación %</b>
Total desacuerdo	23	11.5%
En desacuerdo	43	21.5%
Ni acuerdo ni en desacuerdo	77	38.5%
De acuerdo	43	21.5%
Total acuerdo	14	7.0%
Total	200	100.0%

Elaboración: Autores de esta tesis

**4.2.20. Cantidad a pagar para la atención de cuidados paliativos para pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.**

Ante la pregunta 15, del cuestionario del anexo I, cuánto se estaría dispuesto a pagar por visita domiciliar y paquete de intervención de cuidados paliativos, la mayoría 95.0%, (n=190) de los familiares consideraron que pagarían entre 50 a 80 soles. (Tabla 4.18.)

Tabla 4.18. Cantidad a pagar para la atención de cuidados paliativos para pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

<b>P15 (total en soles)</b>	<b>Muestra N</b>	<b>Estimación %</b>
50-80	190	95.0%
81-100	8	4.0%
101-120	2	1.0%
121-140	0	0.0%
141-160	0	0.0%
Total	200	100.0%

Elaboración: Autores de esta tesis

#### **4.2.21 Conclusiones.**

Sobre el estudio cuantitativo a 200 familiares de pacientes con patología oncológica se determina para el mercado meta, que las características sociodemográficas de los familiares son principalmente, de sexo femenino, población económicamente activa, entre 25 a 44 años, mantienen un relación de pareja sea casados o convivientes, con nivel instrucción superior, cumpliendo el rol de cuidador principal de los pacientes con cáncer, familiares cercanos como padres/madres, esposo(a), hijo(a) y hermano(a).

Para los familiares encuestados, la relación, necesidad e impacto de los cuidados paliativos con los pacientes con cáncer es alta, tal es así que considera, la mayoría de ellos que los cuidados paliativos deben formar parte del tratamiento rutinario.

Existe una mayoritaria disposición de los familiares encuestados, de que los pacientes con cáncer reciban cuidados paliativos en el domicilio, por lo que las intervenciones de las náuseas, vómitos, dolor, falta de aire o respiración, aplicación del suero, tratamiento de escaras e intervención psicológica, se puedan realizar en la comodidad del hogar del paciente.

Los familiares encuestados mostraron de manera mayoritaria disposición en la participación en la atención de sus pacientes con cáncer en el domicilio, pues consideraron que los cuidados paliativos logran mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Sobre la disponibilidad de pago, solo la tercera parte de los familiares encuestados consideraron pagar un servicio de cuidados paliativos en el domicilio; sin embargo, alrededor del 40% de ellos se mantuvieron escépticos ante la posibilidad de pago. Aunque si llegaran a pagar estos servicios domiciliario, casi la totalidad de ellos mencionaron que sería entre 50 a 80 soles lo que podrían pagar. Esto hace que el trabajo en el plan de marketing sea muy exhaustivo y muestre el beneficio de obtener el servicio de cuidados paliativos.

## CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE MERCADO

### 5.1. Análisis de la competencia

En el Perú, en el 2016 de acuerdo a la Norma Técnica Oncológica dada por INEN, plantea como actividades asistenciales de las unidades prestadoras de salud de cuidados paliativos el siguiente panorama: (Barrera Bolaños, y otros, 2016)

Tabla 5.1 Cuadro de actividades de las unidades prestadoras de salud en cuidados paliativos.

NIVEL DE ATENCION	ESTABLECIMIENTO	ACTIVIDAD
I-4	Centro de salud	Educación al paciente
		Educación al familiar y/o cuidador
		Atención ambulatoria
		Atención domiciliaria de seguimiento
		Atención por telemedicina
II	Hospital I	Todo lo anterior
		Atención domiciliaria especializada
	Hospital II con Unidad o servicio Oncológico	Atención domiciliaria de menor complejidad
III	Hospital III con Departamento, servicio, unidad oncológica. Instituto Especializado	Atención domiciliaria de mediana complejidad
		Todo lo anterior
		Atención domiciliaria de alta complejidad
		Formación continua de equipo transdisciplinar

Elaborado: autores de la tesis.

### **5.1.1. Cuidados paliativos en el sistema de salud público**

En el sistema de salud peruano, el primer nivel de atención cuenta con residencias tipo hospicios, ni equipos de atención domiciliaria que brinden el servicio de cuidados paliativos de manera exclusiva, tampoco existen servicios de cuidados paliativos en centros comunitarios.

En el segundo nivel de atención, se identificó un servicio y/o unidad de cuidados paliativos en el Hospital regional de Trujillo EsSalud con hospitalización. En el tercer nivel, se identificaron 7 unidades de cuidados paliativos con hospitalización, Hospital Guillermo Almenara, Hospital Militar Central, Hospital de la Policía Nacional, Instituto de enfermedades Neoplásicas (INEN), Hospital Sabogal, Instituto Regional de enfermedades Neoplásicas (IREN NORTE) en Trujillo que funciona en conjunto con la unidad de dolor y el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN SUR) en Arequipa (Patrana, y otros, 2012).

Los equipos y servicios multinivel se identificaron en el Hospital de la Fuerza Aérea Peruana, Hospital de la Naval, Hospital Edgardo Rebagliati Martins EsSalud y Total Care Oncosalud; estas unidades brindan atención domiciliaria (Patrana, y otros, 2012)

En el país trabajan 23 médicos especialistas en cuidados paliativos registrados en la Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos, La Coalición multisectorial: Perú contra el Cáncer, fomenta los cuidados paliativos como atención integradas a los servicios oncológicos (Luis Pinillos-Ashton, 2013).

Se han iniciado proyectos como el Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor y Paciente Oncológico “ADAMO” de la Dirección Regional de Salud del Callao (Diresa Callao, 2017). Este es un servicio de atención integral domiciliaria dirigida a los adultos mayores y a los pacientes diagnosticados con cáncer terminal.

La población objetivo es: pacientes mayores de 60 años con enfermedades crónicas degenerativas como por ejemplo pacientes con Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, lumbalgias, secuelas de traumatismos, secuelas de enfermedad vascular cerebral,

cáncer, etc. Servicios que brinda: Curaciones de heridas, inyectables, cambio de sondas urinarias, cambio de sondas nasogástricas, nebulizaciones, canalización de vía endovenosa.

Atención gratuita en toda la región Callao, servicio directamente en su domicilio. El servicio funciona las 24 horas del día, cuenta con unidades móviles debidamente equipadas, cuenta con profesionales de la salud debidamente capacitados, reducción del gasto familiar por traslado a hospitales para emergencia y consultorios externos. Tratamiento del dolor moderado o severo, consejería nutricional, procedimientos de enfermería, sesiones educativas a familiares o cuidadores, etc. (Diresa Callao, 2017)

Tabla 5.2. Cuadro de atenciones ADAMO 2016.

ACTIVIDADES	ENERO	FEBRERO	TOTAL
Atenciones domiciliarias	787	763	1550
Atención del adulto mayor	690	697	1387
Atenciones oncológicas	225	205	430
Procedimientos	1115	1193	2308

Fuente: Estadísticas web ADAMO 2016.

Elaboración: autores de la tesis.

#### Hospital Nacional Hipólito Unanue:

Es la entidad pública y órgano de referencia de Lima Este, que cuenta con el área de oncología y de terapia del dolor para su población asignada. El área de oncología cuenta con 2 médicos oncólogos (nombrado y CAS), para la atención de los pacientes, 01 enfermera general en el área de quimioterapia, 2 técnicas de enfermería distribuidas en el área de consulta externa y sala de quimioterapia. Tiene 2 consultorios externos y una sala de quimioterapia con 6 sillones, no tiene área de hospitalización, ni de observación, para el manejo del dolor y de las complicaciones del tratamiento de quimioterapia los pacientes son derivados al tópico de enfermería. Y si requiere una mayor atención se derivan a la emergencia. El área de terapia de dolor, dependencia del departamento de anestesiología, cuenta con una enfermera general para la administración de tratamientos de dolor y un médico anestesiólogo que brinda atención en el consultorio 2 veces por semana.

### **5.1.2. Cuidados Paliativos en el sistema de salud privado**

#### **CLÍNICA ONCOSALUD: PROGRAMA TOTAL CARE (Berenguel, 2017)**

Atención Domiciliaria para cuidados paliativos y terapias del dolor compuesto por enfermera, médico y técnico en enfermería. La población objetivo: pacientes oncológico-terminales de estadio clínico III y IV. Cuenta con los servicios: equipos de atención domiciliaria en casa, control del dolor, curaciones, aplicación de medicamentos, colocación de endovenosas, oxigenoterapia, entre otras de acuerdo a la necesidad del paciente. Horarios limitados.

Estadística: en el año 2016 el servicio atención 1300 pacientes.

#### **CLÍNICA RICARDO PALMA: PROGRAMA SPECIAL CARE**

Programa de atención hospitalaria a domicilio, surge como un proyecto asistencial avanzado, considerado extensión del Instituto de Oncología & Radioterapia Clínica Ricardo Palma. Special Care. La población objetivo: son pacientes terminales, que precisan cuidados paliativos, control del dolor, seguimiento y supervisión de la enfermedad, pacientes agudos, con plan de tratamiento médico, antibióticos parenterales y otros tratamientos intravenosos a domicilio, pacientes post-operados, cirugía menor, intermedia, ortopédica y con complicaciones que se pueden tratar a domicilio. Procedimientos especializados.- Transfusiones, paracentesis, biopsias, etc. Los servicios son: visita médica, supervisión de enfermería y cuidado asistencial, prescripción de medicación, procedimientos especializados, colocación y cambio de sondas, quimioterapia, nutrición parenteral, psicología y rehabilitación, historia clínica y equipamiento clínico. Cuenta con médico coordinador, médicos Oncólogos y asistenciales, enfermeras licenciadas y especializadas, técnicas de enfermería, psicóloga, nutricionista, terapeuta y asesoría legal y pastoral. Con programadas de acuerdo con el especialista.

### **5.2. Demanda y Tamaño de Mercado.**

Para analizar la demanda es preciso de obtener los datos históricos, de las atenciones en el área de oncología del Hospital Hipólito Unanue.

Tabla 5.3. Histórico de atenciones en el área de oncología del Hospital Hipólito Unánue.

AÑO	SERVICIO	TOTAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
2012	ONCOL	<b>1209</b>	166	78	100	84	86	145	103	105	74	79	103	86
2013	ONCOL	<b>1207</b>	170	64	100	84	72	176	65	50	133	127	104	62
2014	ONCOL	<b>1390</b>	99	167	127	111	112	113	80	115	145	118	117	76
2015	ONCOL	<b>1446</b>	99	122	129	92	74	97	72	119	272	231	99	40
2016	ONCOL	<b>724</b>	53	112	46	51	47	98	85	63	42	88	21	18
2017	ONCOL	<b>227</b>	32	17	57	1	6	33	38	43	28	28	28	28

Fuente: oficina de estadística del Hospital Hipólito Unanue.  
Elaborado: Por autores de la tesis.

Tabla 5.4. Estadística de atenciones por años.

	x	y
	AÑO	ATENDIDOS EN EL AÑO
<b>1</b>	2012	1209
<b>2</b>	2013	1207
<b>3</b>	2014	1390
<b>4</b>	2015	1446
<b>5</b>	2016	724

Fuente: oficina de estadística del Hospital Hipólito Unanue.  
Elaborado: Por autores de la tesis.

### **5.2.1. Determinación de la demanda proyectada de Lima Este**

Para determinar la demanda tomamos los datos históricos, y los años representan el eje (x) y la producción por año será representada por el eje(y). Incluiremos los resultados de la sumatorias y el promedio de cada columna.

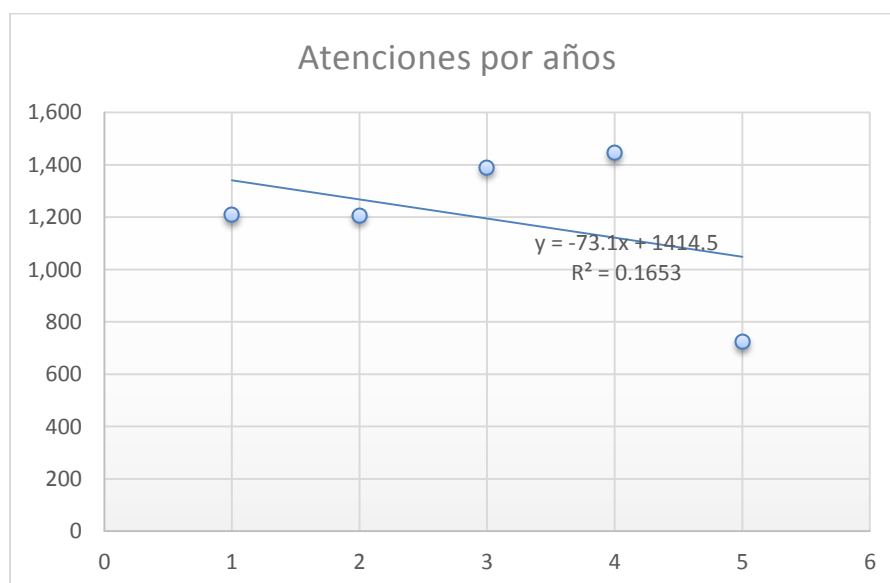
Se incluirá el grafico de la dispersión de los valores y la línea de tendencia.

Tabla 5.5. Análisis de la demanda: Proyección estimada de pacientes con cáncer del Hospital Hipólito Unanue.

	x	y	x <sup>2</sup>	xy
2012	1	1.209	1	1.209
2013	2	1.207	4	2.414
2014	3	1.390	9	4.170
2015	4	1.446	16	5.784
2016	5	724	25	3.620
SUMAS	15	5.976	55	17.197
PROMEDIO	3	1.195	11	3.439
b= $N \sum xy - \sum x \sum y / N \sum x^2 - (\sum x)^2$		b= -73		
a= $\sum y - b \sum x / N$		a= 1.415		
		y=a+bx		

Elaboración: autores de la tesis.

Figura 4.5. Dispersión de los valores y su línea de tendencia.



Fuente: Oficina de estadística del Hospital Hipólito Unanue.



Elaboración: autores de la tesis

Tabla 5.6. Calculo de la Demanda Proyectada a 5 años.

	x	y	xy
2012	1	1.209	1.209
2013	2	1.207	2.414
2014	3	1.390	4.170
2015	4	1.446	5.784
2016	5	724	3.620
Sumas	15	5.976	17.197
Promedio	3	1.195	3.439

$$b = \frac{N \sum xy - \sum x \sum y}{N \sum x^2 - (\sum x)^2} = -73$$

$$a = \frac{\sum y - b \sum x}{N} = 1.415 \quad y = a + bx$$

2017	<b>6</b>	<b>976</b>
2018	<b>7</b>	<b>903</b>
2019	<b>8</b>	<b>830</b>
2020	<b>9</b>	<b>757</b>
2021	<b>10</b>	<b>684</b>

Elaboración: autores de la tesis.

Para la determinación de la demanda de pacientes con cáncer se aplicó el método de mínimos cuadrados.

**Tabla 5.7. Análisis de regresión lineal en el pronóstico de la demanda.**

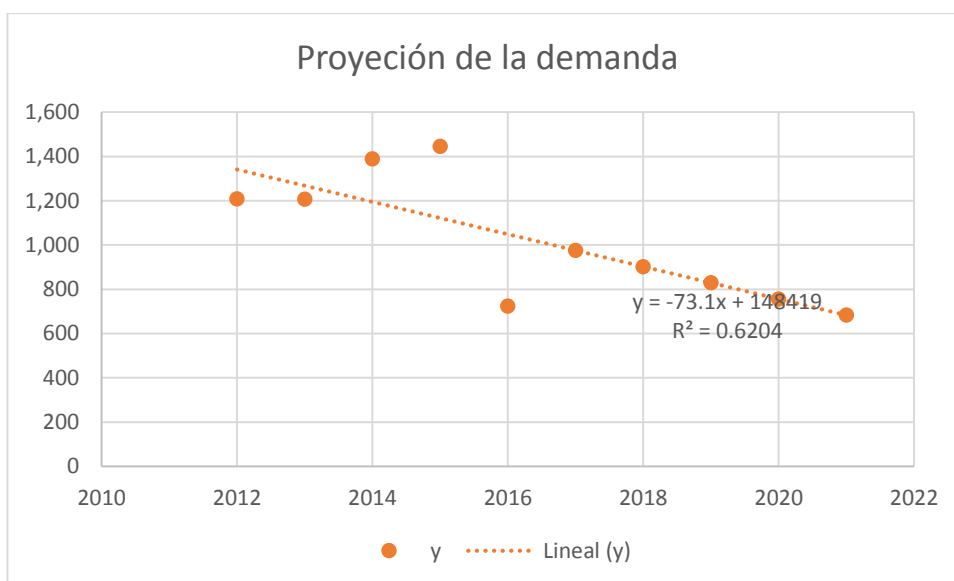
	x	y	x <sup>2</sup>	xy
2012	1	1.209	1	1.209
2013	2	1.207	4	2.414
2014	3	1.390	9	4.170
2015	4	1.446	16	5.784
2016	5	724	25	3.620
2017	6	975,9	36	5.855
2018	7	902,8	49	6.320
2019	8	829,7	64	6.638
2020	9	756,6	81	6.809
2021	10	683,5	100	6.835

Elaboración: autores de la tesis

**R<sup>2</sup>= 0,620371985**

**Coefficiente de correlación= -0,787636963**

Figura 4.6. Proyección de la Demanda.



**5.2.2. Cálculo de la Demanda en soles:**

**FORMULA DE LA DEMANDA POTENCIAL:**

<b>Q=nxqxp</b>	
<b>p=precio promedio de la atención</b>	120 PEN
<b>q=número de veces que usaría el servicio</b>	1

Tabla 5.8. Calculo de la demanda Potencial.

	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Demanda Proyectada</b>	976	903	830	757	684
<b>Demanda Potencial</b>	117.120	108.360	99.600	90.840	82.080
<b>Demanda objetivo/mes</b>	81	75	69	63	57
<b>Demanda objetivo/dia</b>	3	3	2	2	2

Elaboración: autores de la tesis

## **CAPITULO VI: ANÁLISIS ESTRATÉGICO**

### **6.1. Misión**

La Misión que se propone es rentabilizar un modelo de asistencia paliativa en atención domiciliaria a través de un plan de negocio para pacientes con diagnóstico de cáncer que aborde integralmente la atención asistida del paciente, con involucramiento de la familia o responsable directo a través de una interacción constante y personalizada.

### **6.2. Visión**

La visión que se propone es ser reconocidos como la mejor alternativa en el cuidado paliativo del paciente oncológico.

### **6.3. Sistema de valor**

#### ***6.3.1 El sistema de valor del servicio del cuidado paliativo domiciliario.***

En la propuesta de negocio, el cliente, es el paciente que es atendido en la jurisdicción de Lima Este. La mayoría de la población atendida se encuentra adscrita al Sistema Integral de Salud (SIS) o EsSalud y pese a que manejan bajos ingresos, mantienen una gran preocupación e interés al confort de su familiar afecto, es aquí donde encontramos una oportunidad de ingreso con nuestro servicio. El valor del negocio, consiste en mantener al paciente oncológico estable, sin necesidad de acudir al hospital para el control de sus síntomas secundarios al tratamiento oncológico o característico de la evolución de su enfermedad. El mercado al que nos dirigimos cumple los 3 elementos de consumo detallados: los beneficios que encontrarían los pacientes y sus familiares con el uso del servicio, la posible frecuencia de uso incremental por parte del cliente, de acuerdo a las características sociodemográficas de los casos de Lima Este y, la potencial lealtad que tendrían al servicio por el contacto y seguimiento cercano al paciente. La siguiente cadena de valor está basada en la descripción de Gustavo Alonso (Alonso, 2008):

Eslabones primarios:

Marketing, lleva el impulso del negocio de acuerdo a la selección del mercado objetivo, con publicidad, promoción, impacto de ventas y alianzas, propuestas comerciales desde el punto de origen de la prestación llevando al posicionamiento del negocio.

Construcción del servicio, el plan de negocio de basa en el personal de Contacto, este es un elemento muy importante pues es el personal que mantiene el contacto con el paciente y su cuidador principal (un integrante de la familia generalmente) los que brindarán el plus del servicio y que serán la garantía de lo planteado en marketing y la calidad del servicio. Se plantea realizar la selección de personal de acuerdo a evaluación de habilidades, competencias, conocimientos de captación de personas idóneas.

Soporte Físico y habilidades, Se plantea el soporte físico desde el centro de instalación principal, incluyendo los elementos que forman parte del servicio, insumos, equipos de apoyo, cartillas de prescripción personalizada, línea telefónica; así como las competencias características del equipo que brinda el servicio, caracterizado por la experiencia en atención a domicilio y atención a pacientes oncológicos.

Prestación de servicio, caracterizado por la asistencia paliativa multidisciplinaria personalizada que significa una experiencia mayor, diferenciable al recibido en instituciones especializadas o centros de atención primaria, donde el concepto paliativo aún no se encuentra impregnado en la base de sus prestaciones, no dejando de lado los tiempos de ejecución del servicio y la eficacia operacional.

Clientes, constituye la variable humana que interviene y condiciona la calidad del servicio, al ser una enfermedad en muchos de los casos de pronóstico reservado, y con la información de “llevar siempre a malas noticias de la enfermedad” crea una incertidumbre en el familiar y esto lleva al cliente (familia del paciente), la característica de ser más demandante. Esto basado en la desinformación o en la forma de percepción del estado de la enfermedad durante su evolución. La flexibilidad dependerá del manejo a los posibles desvíos que el cliente pueda accionar y conllevar a afectar la calidad del servicio. La evaluación de la calidad del servicio al cliente se realizará de acuerdo a

indicadores y medidas de satisfacción, así como la adquisición de servicios complementarios brindados por el Negocio (Reyes Rodríguez, 2012).

Eslabones de Apoyo:

Recursos Humanos: se propone la provisión de personal de acuerdo al plan de recursos humanos

Organización Interna, se propone el ordenamiento de las funciones secuenciales y algunas ejercidas en paralelo al brindar el servicio está determinado por la estructura organizacional y la coordinación entre ellas, desde el ápice estratégico hasta el núcleo operativo; la organización interna debe llevar una labor coherente

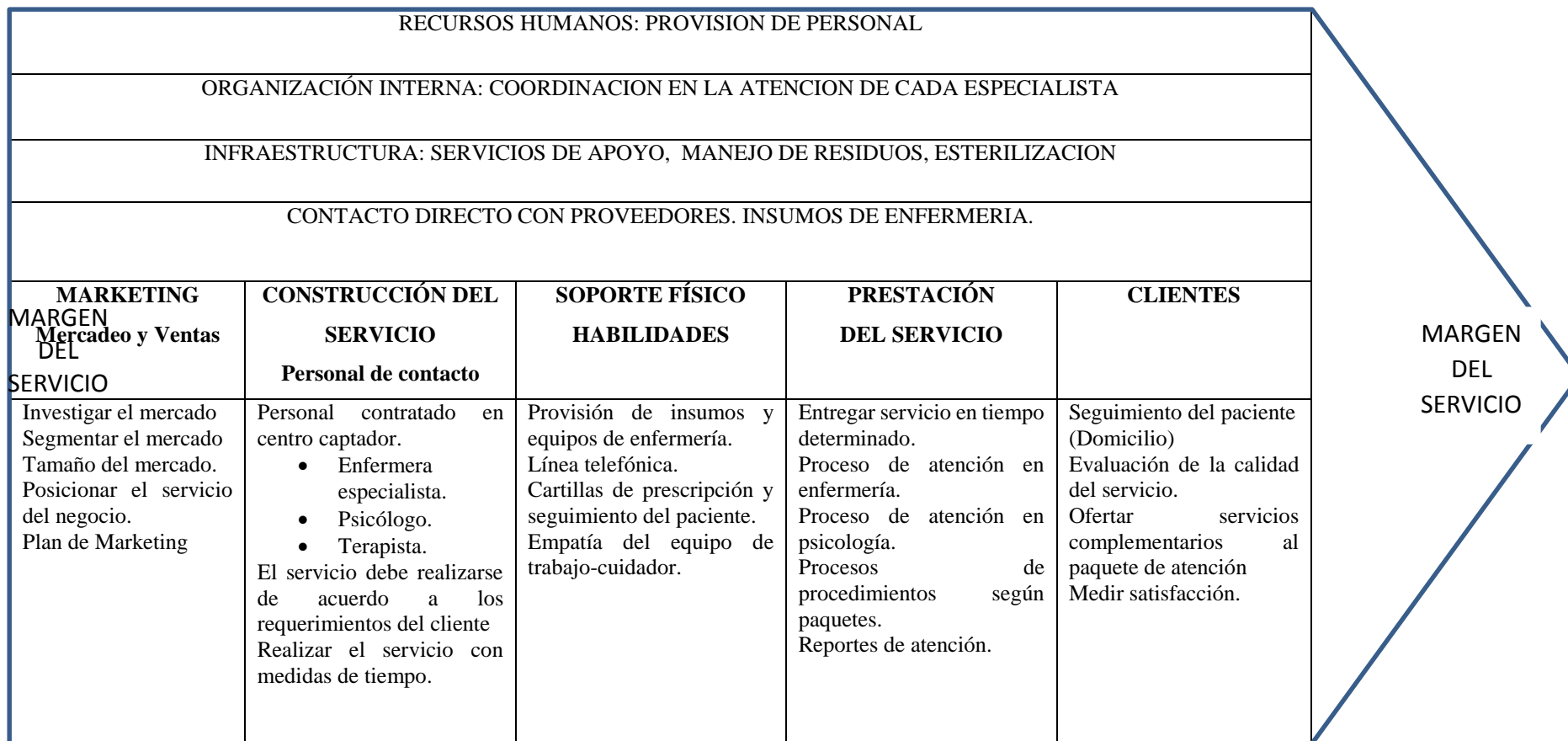
Infraestructura; El negocio implica la atención domiciliaria, la infraestructura física propuesta es el punto de ubicación aledaña al centro de referencia de la población estudiada de Lima este (Hospital Hipólito Unanue), el ambiente marco del servicio será realizado en el domicilio del paciente. El manejo de los servicios de apoyo se realizará en la sede central propuesta con las gestiones de administración, contabilidad y finanzas encaminadas al cumplimiento de los eslabones del servicio.

Abastecimiento; la propuesta en adquisición de materiales, y lo necesario para el desarrollo de los planes según propuesta del plan financiero. La base del mismo se proyecta a una buena relación con los proveedores de insumos, para brindar la mejor respuesta disponible a los requerimientos de los demás eslabones, así como las probables contingencias.

Margen del servicio; es el resultante de la experiencia del cliente, lo que percibe como resultado del desarrollo de los eslabones antes mencionados, planteamos crear un vínculo leal y emocional.

Figura 6.1. Cadena de Valor para la propuesta de negocio,

La cadena de valor propuesta consta de eslabones primarios (controlables y no controlables) y eslabones de Apoyo



## **6.4. Análisis Externo: Fuerzas de Porter**

### **6.4.1. Analizando las 5 Fuerzas de Porter**

Amenaza de los competidores; al desarrollarse la propuesta de plan de Negocio en la población de Lima este solo se cuenta con la atención del Hospital de referencia Hipólito Unanue, que cuenta con un servicio de Oncología, no existen empresas de asistencia paliativa en el mercado seleccionado. Los pacientes suelen visitar en ocasiones los centros de atención primaria para la indicación de prescripciones que maneja el médico general.

Rivalidad entre competidores, No existe competidores en el segmento de mercado elegido, se describen centros de atención privada que muy pocos pacientes pueden adquirir y se encuentran fuera de la jurisdicción del mercado seleccionado.

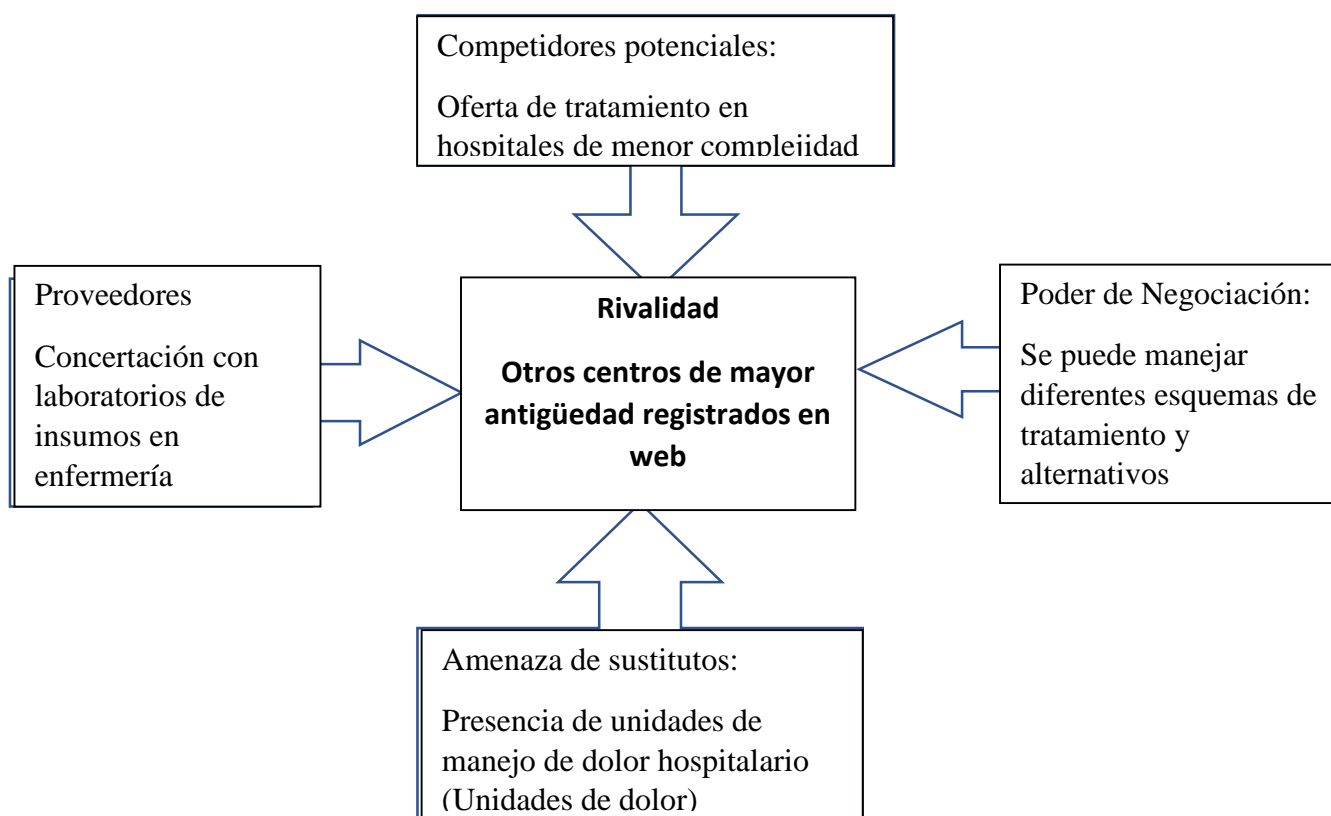
Poder de negociación de los proveedores, se propone concertar con los proveedores de insumos de enfermería para el manejo del dolor del cáncer, bajo supervisión y lineamientos legales que garanticen un servicio de calidad.

Poder de Negociación de los compradores, el plan de Negocio incluye diferentes esquemas de tratamiento propuestos según la necesidad del cliente y distribuidos en paquetes de atención.

Amenaza de ingreso de sustitutos hasta la actualidad no presente debido a la poca cultura en atención paliativa del sector.



Figura 6.2. Las 5 fuerzas de Porter para la propuesta de negocio.



Elaboración: Autores de esta tesis

#### 6.4.2. Stakeholders

Determinamos los Stakeholders externos para el plan de Negocio, de acuerdo a las necesidades del mercado estudiado los agrupamos en 3:

El grupo de interesados a nivel físico; Incluimos a los centros hospitalarios que cuentan con servicios de Oncología y Emergencias. Los servicios de Oncología se dedican a brindar tratamiento del cáncer, con una atención paliativa poco desarrollada, en algunas ocasiones ante la búsqueda de atención a los síntomas secundarios acuden a los servicios de emergencias, o pasan a hospitalización, cuando el manejo puede desarrollarse en casa. Las clínicas privadas atienden a estos pacientes también en los servicios de urgencias, muchas veces costeando la poca posibilidad de pago de la familia. Asimismo, las farmacias proveedoras de medicamentos especiales para el manejo de estos pacientes. Colocamos en este acápite a la medicina tradicional pues es parte de las posibilidades de manejo que busca la familia de los pacientes para tratar sus síntomas. Los proveedores de

insumos serán interesados en función a mantenerse en relación constante con los paquetes de atención ofrecidos.

El grupo de interesados a nivel social; que incluye a los profesionales de salud a contratar y las expectativas económicas y de desarrollo con respecto al negocio. Asimismo, los grupos representantes de la comunidad encargados de mantener el bienestar de toda la comunidad y cuyo apoyo influiría en la ampliación o limitación del negocio. Mencionamos a los abogados, en función a la necesidad familiar de sustento de testamento en el caso de corresponder a la inclusión del paciente atendido o viceversa.

El grupo de interesados a nivel psicológico, incluimos a otros grupos que padecen de cáncer y que no están enterados del servicio de paliativos, los voluntarios provenientes de religiones especiales y que toman dedicación a la asistencia en salud en centros comunitarios, hospitales y otros, los líderes religiosos pues de acuerdo al ámbito de su religión tienen influencia en expandir el servicio y darles el componente espiritual que acarrea todo apoyo psicológico del paciente y grupo familiar que convive con esta enfermedad. Los miembros de la familia son el principal grupo de interesados en este plan de negocio, pues de este grupo se depende el cuidador principal en la mayoría de los casos, un miembro de la familia directo o lejano al paciente y de quien se dedicará la atención y contacto directo al otorgar el servicio.

La familia es el grupo principal del cual depende la asistencia paliativa, desde el punto de vista económico, pues son la principal fuente de apoyo y desde el punto de vista psicológico, pues la asistencia espiritual y psicológica es compartida con el grupo que rodea al paciente, el modelo de atención que planteamos depende de que exista al menos un cuidador principal y un grupo familiar de ser posible, el pronóstico de la enfermedad mejora con la presencia familiar y el ambiente del hogar. Cuidado paliativo incluye no solo el control de los síntomas y el dolor, sino el apoyo psicosocial y en este último la intervención de la familia bien orientada marca la mayor probabilidad de éxito (Bond, Lavy, & Wooldridge, 2008).

Tabla 6.1. Stakeholders propuestos para el plan de negocio.

<b>STAKEHOLDERS EXTERNOS</b>
<b>FISICO</b>
Servicios de Emergencias Servicios de Oncología Clínicas privadas: Directores de programas Representantes de medicina tradicional Farmacias hospitalarias y línea privadas Proveedores de insumos
<b>SOCIAL</b>
Profesionales: Personal de salud contratado/ Abogados Grupos de la comunidad
<b>PSICOLOGICO</b>
Grupos que padecen cáncer Voluntarios Líderes religiosos Miembros de familia

Elaboración: autores de esta tesis

Los stakeholders propuestos para el plan de negocio son muy numerosos, los agrupamos en 3 principales, enfocados a la realidad del entorno del grupo social al que nos dirigimos con el paciente que padece el cáncer y su familia como clientes principales.

## **6.5. Análisis de los entornos**

### **6.5.1. Entorno Internacional**

La medicina paliativa es un terreno desarrollado en el nivel internacional, es un sistema que abarca el manejo de pacientes con enfermedades crónicas que cursan con una progresión lenta de avance de enfermedad hasta etapas terminales, donde el cáncer es el causal de la mayoría de los casos. De este grupo, la incidencia y prevalencia varía entre hispanos y la población americana, el perfil de prevalencia de cáncer es distinto, tal es que la mayor causa de muerte oncológica en mujeres hispanas es el cáncer de mama (16% del total) seguida de pulmonar (13%), mientras en la población americana es el cáncer pulmonar ocupa el primer lugar (American Cancer Society, 2015).

La comunidad Europea cuenta con un sistema de cuidados paliativos bien estructurada, Bélgica tiene una ley aprobada el 2002 y tienen un apoyo financiero para el promedio de augurio de 2 meses de sobrevida. En Alemania existe la SAPV (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung) gratuito para el paciente y su familia regulados por políticas federales y estatales. En Hungría desde el año 2004, el sistema de cuidados paliativos domiciliarios está disponibles en todo el país y proporciona asesoramiento a médicos y enfermeras de atención primaria. Otros como en países bajos y Reino Unido incluyen la atención paliativa hasta en zonas rurales (Ates, y otros, 2016).

### **6.5.2. Entorno Nacional:**

En el Perú no existen equipos de atención domiciliaria en servicios paliativos de manera exclusiva (Pastrana, De Lima, Eisenchias, Monti, & Rocafort, 2012), sino concentradas en el tercer nivel de atención. Es decir, las atenciones paliativas las conlleva el mismo médico oncólogo con la necesidad de derivación a los servicios de emergencia u hospitalización para el manejo de los síntomas; las clínicas privadas manejan de forma similar. Hay programas en ejecución como el

proyecto ADAMO ejecutado por el Gobierno regional del callao, y que está en marcha en la actualidad, otros proyectos en plan como la creación de un hospital de cuidados paliativos n EsSalud planteado el 2016 (EsSalud, 2015), es así que existe interés en apoyar el desarrollo de la especialidad por lo menos, en los centros hospitalarios de referencia, pero aún no está bien definido. En la actualidad la cobertura de atención es realizada en los servicios de Oncología y los centros de atención primaria cercanos al domicilio del paciente, para cumplir las prescripciones indicadas por el oncólogo tratante.

### ***6.5.3. Entorno Social***

La escaza oferta de atención paliativa se encuentra centralizada en las grandes ciudades, junto los servicios de Oncología, no hay una cultura de manejo conjunto con el tratamiento oncológico, los pacientes tienen una evaluación bajo el sistema del SIS, EsSalud o cuentan con un aseguramiento privado, donde la medicación está sujeta a la disponibilidad de medicamentos o fármacos autorizados. El entorno familiar tiene la idea sujeta de utilizar los centros hospitalarios como “casas de reposo” sin considerar en muchos casos, el deseo del paciente, la idiosincrasia de la sociedad peruana de no atender a su familiar afecto es un problema social que conllevamos y cuesta educar, esto es descrito por las altas retenidas en los hospitales debido a que la familia no desea retirar a su paciente de la hospitalización. Esta característica se encuentra en cambio, la actualidad el sistema de salud maneja servicios a domicilio como PADOMI para Essalud, COPHOES para pacientes geriátricos, con el moldeamiento al concepto actual de la des-institucionalización, es así que con la identificación de un cuidador se puede garantizar un entorno familiar que sea accesible a la capacidad de respuesta de un equipo de cuidados paliativos.

### ***6.5.4. Entorno Económico***

Probablemente, la inversión en atención paliativa es lo que menos llama la atención en la actualidad, tal es que los aseguramientos privados solo Oncosalud

tiene un programa determinado para ello, los demás lo manejan dentro de la asistencia general. Aún el concepto de inversión en este campo no es la regla.

#### ***6.5.5. Entorno Político***

En el Perú no hay guías nacionales en cuidados paliativos, tampoco una ley que legisle la prestación de cuidados paliativos.

Existen intereses colaterales para el desarrollo de la atención paliativa en el país, menos aún la atención domiciliaria, hay centros que tienen dentro de sus servicios de geriatría y oncología u programa de atención paliativa pero esto es en determinados hospitales, cuando se ha tratado de ampliar el servicio en los hospitales del mismo nivel, se encuentra una lucha de intereses pues al integrar un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, no se logra un acuerdo para la dirección de los programas, es así que los terrenos de la anestesiología, la oncología y la geriatría tratan de ampliar el espacio de atención de cada servicio, sin atender la necesidad de integración y no de pertenencia.

#### ***6.5.7. Entorno Geográfico***

La atención paliativa existente en el país se circunscribe a los centros de atención en las grandes ciudades, en Lima el Instituto de enfermedades neoplásicas (INEN) abarca la atención mediante SIS, existen otros centros como la realizada en el hospital Hipólito Unanue u otros hospitales en Lima cuyo centro de referencia es el INEN, en la atención privada mediante aseguramiento Oncosalud cuenta con un programa paliativos que también se encuentra en Lima y el proyecto ADAMO de la Provincia Constitucional del Callao. En las provincias del centro y sur del país la ubicación geográfica está centralizada a los hospitales e instituciones de referencia, por lo que la atención paliativa a domicilio es una forma de asistencia de muy poco desarrollo, y donde apostamos a desarrollar desde el principio de la educación con pacientes con diagnóstico de cáncer hasta ampliarnos progresivamente a otros servicios de otro grupo de enfermedades crónicas de larga evolución y pronóstico reservado.

**Tabla 6.2. Matriz EFAS - síntesis de factores externos de análisis**

FACTORES EXTERNOS	PESO	CALIFICACION	CALIFICACION PONDERADA	COMENTARIOS
<b>Oportunidades</b>				
1) Segmento de la población cautiva.	0,1	4	0,4	Pacientes con poco acceso a manejos complementarios como los paliativos . Incrementa en frecuencia de diagnóstico de cáncer.
2) Incremento de pacientes con diagnóstico de cáncer.	0,1	2	0,2	
3) Escasas empresas que ofrecen manejo paliativo a Domicilio.	0,1	3	0,3	
4) Se cuenta con al menos una persona de apoyo emocional y económico de los pacientes.	0,2	3	0,6	
5) El déficit en la continuidad del paciente con cáncer tanto de la parte primaria como la especializada.	0,15	3	0,45	
Suma parcial oportunidades	0,55		1,95	
<b>Amenazas</b>				
1) Pobre información brindada por parte los médicos tratantes a los pacientes acerca del manejo especializado del dolor y otros síntomas secundarios.	0,15	2	0,4	Población con poca instrucción de terapias alternativas.  Protocolos de tratamiento sostenibles
2) Ingresos económicos bajos para costear servicio y fármacos de alto costo	0,1	1	0,1	
3) La idiosincrasia de institucionalizar al paciente y la fidelización de los pacientes con el servicio que los ha venido asistiendo	0,1	3	0,3	
4) Intereses institucionales en no incluir la atención paliativa en el manejo integral del paciente oncológico	0,05	1	0,05	
5) Presencia de competidores	0,05	2	0,1	
	0,45		0,95	
Calificaciones totales	1		2,95	

Realizamos nuestra matriz de riesgo de factores externos porque en la población objetivo no existen otros negocios similares de atención paliativa muestra una calificación de 2,95 lo cual indica un negocio con factores determinantes de éxito

## **6.6. Plan Estratégico.**

La propuesta de valor del negocio es mantener al paciente estable, en confort, con seguimiento cercano, evitando la posibilidad de traslado al hospital u otro centro de atención para asistencia. Nuestra estrategia es la de enfoque, en el cual seleccionamos un segmento concreto del mercado, los pacientes oncológicos, a quienes ofertamos el servicio de atención paliativa y cubrir sus requerimientos logrando ser la preferencia en su elección. Esto actúa como principio terapéutico desde que la persona se encuentra en su medio natural y esto trae una mejor repercusión en el tratamiento integral del paciente.

La ventaja competitiva se encuentra en mantener al paciente estable, con menos visitas hospitalarias y con la educación progresiva y aprendizaje del buen morir en el entorno familiar, la fidelidad de los usuarios del servicio conllevará al éxito del mismo. La ventaja de valor propuesta para el negocio, es incluir en el servicio una fuerza laboral organizada y comprometida con el paciente.

Promover la participación ciudadana que facilite su voluntad en aprender de la asistencia paliativa, conllevando a una ampliación de la educación de la comunidad y mayor conocimiento del negocio estableciendo el registro que permitan la evaluación de las actividades realizadas por el equipo. Considerar encuestas de satisfacción a pacientes y familiares.



## **CAPITULO VII: PLAN DE MARKETING**

El plan de negocio de un servicio de cuidados paliativos está dirigido a pacientes con patología oncológica de Lima Este. Este servicio se efectuará mediante una atención multidisciplinaria por un equipo de profesionales debidamente seleccionados como enfermería, psicología, tecnólogo médico y espiritual, en la comodidad del domicilio del paciente, mediante un trabajo integrado con el cuidador principal o familiar, logrando otorgarles una serie de comodidades y beneficios no cubiertos por el Hospital Nacional Hipólito Unanue, institución referencial de Lima Este, ni por otras instituciones públicas y privadas.

### **7.1. Objetivos de la Mercadotecnia**

#### **7.1.1. *Objetivos a corto plazo***

- a) Obtener la contratación del servicio por parte de los clientes potenciales los cuales se identificarán a partir del abordaje al área de atención del hospital Hipólito Unanue.
- b) Obtener una captación nueva de 2 pacientes/día promedio

#### **7.1.2. *Objetivos a mediano plazo***

- a) Obtener un impacto costo efectividad que permita ampliar la cantidad de clientes captados.
- b) Mantener un crecimiento sostenido de 12% del mercado potencial mensual

#### **7.1.3. *Objetivos largo plazo***

Efectuar alianzas estratégicas con entidades públicas y privadas para la tercerización del servicio de cuidados paliativos domiciliarios, en sus unidades oncológicas a nivel nacional.

### **7.2. Mercado meta**

El servicio está dirigido al segmento de pacientes con patología oncológica de los distritos de Lima Este, que dependen o no de un familiar directo o cuidador principal, que cuenten con atención médica en cualquier sistema de salud que hayan elegido y que requieran de atención de baja complejidad en servicios de cuidados paliativos, que no son cubiertos por sus centros asistenciales de origen.

Según los resultados de la información recogida en las encuestas sobre el servicio de cuidados paliativos efectuadas en el hospital Hipólito Unanue, en aspectos demográficos nuestro mercado meta serían las mujeres, en un rango de edades de 25 a 44 años, con una focalización especial de ventas en la localidad del distrito del Agustino. La sensibilización respecto a la importancia y cobertura de necesidad en cuidados paliativos estaría orientada hacia los cuidadores principales o familiares directos en el siguiente orden: padre, hermanos e hijos. Esto es congruente con la información recopilada en el grupo focal, en donde si bien es cierto los integrantes mencionaron que difícilmente podían costear un servicio de esta naturaleza, no negaron contar con el apoyo económico de sus familiares para los casos en que según su perspectiva lo ameritaba.

### **7.3. Posicionamiento**

El posicionamiento de la empresa estaría enfocado a brindar un servicio especializado de bajo coste, cuyo factor diferenciador principal respecto a los competidores, sería el soporte psicológico y espiritual que recibirían los pacientes y sus familiares como parte del servicio de la empresa.

Esto se ha planteado en respuesta a la información recolectada en la entrevista a expertos, que en su mayoría señalaron que, como consecuencia del tratamiento oncológico, los pacientes experimentan alteraciones emocionales como la depresión, ansiedad y la falta de autoestima. Adicionalmente a ello se suman los problemas familiares, sociales y laborales, que finalmente logran disminuir la calidad de vida.

Se considera que la marca no solo debe centrarse en la imagen que debe mostrar ante el cliente final, sino que también debe posicionarse como una empresa referente de servicios de cuidados paliativos en las empresas y profesionales que se desempeñan en la especialidad de oncología de las instituciones públicas y privadas.

En cuanto a la promoción del producto, es indispensable mostrar una imagen de seriedad en el otorgamiento de servicios de cuidados paliativos domiciliarios, esto se lograría a través de la participación activa en actividades académicas y otras relacionadas a la especialidad de oncología médica.

#### **7.4. Producto**

El servicio de cuidados paliativos domiciliarios de nombre Salud & Esperanza, está orientado al soporte integral en salud para pacientes que padecen la enfermedad del cáncer, siendo un medio facilitador en la enfermedad para el paciente y la familia.

El soporte constante mediante un call center durante las 24 horas, se convierte en un factor fundamental para contribuir a la disminución de la preocupación, desconcierto o incertidumbre que atraviesan tanto los pacientes y sus familiares antes los continuos sucesos negativos que acarrear la enfermedad, más aún en los últimos estadios del cáncer.

La capacitación y coordinación activa con el cuidador principal, es un elemento fundamental en la reducción de costes durante el desarrollo del servicio, lo que hace más accesible al consumidor para satisfacer su necesidad.

El servicio consiste en brindar el soporte adecuado en cuidados paliativos en los eventos comunes que atraviesan los pacientes que padecen la enfermedad del cáncer, entre ellos el soporte emocional, soporte permanente en coordinación continua con el paciente o responsable, monitorización de signos de alarma en la prevención temprana de complicaciones, soporte de consultoría con médicos especialistas, procedimientos como colocación de vías endovenosas periféricas, hidratación endovenosa, suministro de medicamentos, prevención de ulcera de presión, curación de heridas, catéteres evacuaciones de fluidos, provisión de insumos o equipamiento básico de soporte (oxigenoterapia, nebulizaciones, medicamentos, etc.).

En ese contexto, el modelo de negocio, Salud & Esperanza, se convierte en la mejor opción para satisfacer las necesidades que conllevan la temible enfermedad del cáncer, ya que a un bajo costo los pacientes y sus familiares pueden contar con un soporte integral a través de un equipo de profesionales expertos, cuya cultura transmitida en la organización es la humanidad, lo cual los hace más sensibles logrando su mejor desempeño, respecto al soporte emocional, lo cual es un factor importante en respuesta a los problemas emocionales como la depresión, ansiedad y la falta de autoestima que caracterizan a estos pacientes.

## **7.5. Plaza o Distribución.**

El otorgamiento del servicio se hará en forma personalizada, en el domicilio del paciente o donde lo requiera y a través de los medios de comunicación como correo electrónico, telefónica, WhatsApp, etc.

Se ha identificado que un punto importante para la distribución del servicio, según las encuestas efectuadas a pacientes y familiares del Hospital Nacional Hipólito Unanue, es el distrito del Agustino. Es aquí donde se está planteando instalar la oficina central, para un mejor acceso a los clientes.

El principal centro de captación serían los pacientes del Hospital Nacional Hipólito Unanue, cuya demanda de cuidados paliativos de sus pacientes oncológicos no está siendo satisfecha.

El canal de distribución elegido para la oferta del servicio, serán los profesionales captados que laboran en los servicios de oncología médica del Hospital Hipólito Unanue.

### **7.5.1. Ubicación**

Nuestro punto de venta estaría ubicado en las zonas aledañas al Hospital Nacional Hipólito Unanue, debido a que los potenciales clientes serían los pacientes que acuden al servicio de oncología del mencionado hospital, el mismo que ofrece una cobertura a la población de la zona de Lima Este.

## **7.6. Promoción**

A través de las encuestas efectuadas a los pacientes y sus familiares en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, el grupo focal y la encuesta efectuada a los expertos profesionales de la salud, ha permitido la identificación de los potenciales clientes y así mismo formular la forma de establecer relación con ellos, por lo cual se ha considerado la creación de redes sociales, teniendo en cuenta que en su mayoría de los encuestados son del grupo etáreo entre los 25 y 44 años de edad, y que son personas usuarias de estas redes. En efecto se haría la publicación de datos de contacto de la empresa, así como imágenes o videos con contenidos de importancia para la salud y la calidad de vida de

las personas que padecen la enfermedad del cáncer, de igual modo la publicación de videos motivacionales y de tipo espiritual.

Del mismo modo se ha considerado la contratación de espacios radiales y televisoras locales, emitiendo spots publicitarios; asimismo la intervención en espacios publicitarios tratando temas de interés en salud para pacientes que padezcan la enfermedad del cáncer.

La participación en actividades sociales como voluntariado en los servicios de oncología de los hospitales aledaños a la zona de intervención, brindando charlas motivacionales, de cuidados paliativos, de soporte, nutricional, etc, es otro medio de promoción que consideramos como alternativa para mostrar una imagen de una institución seria y humanizada.

## 7.7. Precio

### 7.7.1. Precio de Venta

Para establecer el precio de venta, primero ha sido necesario establecer el costo por servicios operativos, tal como se muestra en la tabla 7.1.

Tabla 7.1. Costos por servicios operativos

Descripción de costos	Nro Equipos	Cant. Demam. anual	Inversión	Costo
Reposición de Máquinas x Inversión	1	1,015	40,860.00	20.12
Mantenimiento	1	1,015	8,172.00	4.024
Gastos de movilidad	1	1,024	13.00	0.805
Costos x visitas opcionales (psicólogo+ Fisioterapeuta)	1	1,024	580.00	0.566
Costos por capacitación	1	1,024	3,200.00	3.124
Energía Eléctrica	1	1,015	200.00	0.10
Mano de obra	3	1,015	4,500.00	2.22
<b>Total, Costos Producción x Servicio</b>			<b>57,525.00</b>	<b>30.95</b>

Elaborado: autores de la tesis.

Se puede apreciar en la tabla 7.1 que los costos por servicios operativos tienen un monto de S/. 30.95 por cada visita efectuada.

Se han descrito 2 planes para desarrollar el negocio, la visita única cuyo pago se efectuará por servicio y la contratación por paquete de atención, cuyo pago se puede efectuar en forma quincenal o mensual. En ese sentido los precios se han formulado de la siguiente manera:

Tabla 7.2. Descripción de costos del servicio operativo del Plan I: Pago efectuado por servicio.

<b>Precio de Plan 1</b>	
<b>Descripción de Costos</b>	<b>Servicio Operativo</b>
<b>Costo por Unidad</b>	<b>30.95</b>
<b>Costos Fijos</b>	<b>46.13</b>
<b>Costos Variables Unitarios</b>	<b>10.41</b>
<b>Total, Costo Unitario</b>	<b>87.49</b>
<b>IGV 18%</b>	15.75
<b>Total, incl IGV</b>	<b>103.24</b>
<b>Margen de Ganancia</b>	20.65
<b>Total, Precio x servicio 1 sola vez/mes</b>	<b>123.89</b>

Elaborado: autores de la tesis.

Esto quiere decir que los costos totales del servicio incluido impuesto serian de S/. 103.24 por cada visita efectuada, al cual se le aplica un margen de ganancia del 20% para el precio de venta que sería equivalente a S/. 123.89.

Tabla 7.3. Descripción de costos del servicio operativo del Plan II: Pago por paquete de atención.

<b>Precio de Plan 2</b>	
<b>Descripción de Costos</b>	<b>Servicio Operativo</b>
<b>Costo por Unidad</b>	<b>30.95</b>
<b>Costos Fijos</b>	<b>46.13</b>
<b>Costos Variables Unitarios</b>	<b>10.41</b>
<b>Total, Costo Unitario</b>	<b>87.49</b>
<b>IGV 18%</b>	15.75
<b>Total, incl IGV</b>	<b>103.24</b>
<b>Margen de Ganancia</b>	15.49
<b>Total, Precio x servicio 7 veces/mes</b>	<b>118.73</b>

Elaborado: autores de la tesis.

Como se puede observar en la tabla 7.3 se muestra que los costos operativos del plan 2 incluido IGV, tienen un costo total S/. 103.24 por cada visita efectuada, al cual se le aplica un margen de ganancia del 15% para el precio de venta que sería equivalente a S/. 118.73, solo si el paciente requiera la compra del contrato de como mínimo 7 visitas al mes.

### 7.7.2. Condiciones de pago.

Los mecanismos de pago que se ha planteado es el pago en efectivo y como pago por servicio o de frecuencia quincenal o mensual.

### 7.8. Venta.

La proyección de ventas se establecería como se muestra en la tabla 7.4.

Tabla 7.4. Proyección de ventas

<b>TASA DE CRECIMIENTO</b>		<b>5.0%</b>	<b>6.0%</b>	<b>7.0%</b>	<b>8.0%</b>
<b>Ingresos por Ventas</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
<b>Total, Ingresos</b>	484,845	509,088	539,633	577,407	623,600
<b>Total, de Ventas</b>	<b>484,845</b>	<b>509,088</b>	<b>539,633</b>	<b>577,407</b>	<b>623,600</b>

Elaborado: autores de la tesis.

Las ventas proyectadas para el primer año serán de S/. 484,845 en el primer año, cuyo crecimiento anual se establecería del 5% para el segundo año, 6% para el tercero, 7% para el cuarto año y 8% para el quinto, equivalente a S/. 623,600 al final de los 5 años proyectados.

La venta podría efectuarse en línea o en forma directa. Para ello se plantea la implementación de un call center a través del cual el paciente tomara contacto la empresa previa a la adquisición del servicio.

El mecanismo de pago se efectuará por transacción bancaria o en forma directa a través de Point Of Sale (POS) o pago en efectivo.

La fuerza de ventas estaría integrada por representantes que serían el personal asistencial que labora en los centros hospitalarios de origen de los pacientes objetivo.

Este procedimiento sería efectuado con entrega de tarjetas personales o folletería de la empresa, explicando al paciente o sus familiares sobre las bondades del servicio, para lo cual serán previamente capacitados. Del mismo modo, el personal del call center, también sería parte de nuestra fuerza de ventas, quienes tomarían contacto con el paciente cuando este se comuniquen con el call center. Para ello se brindará una comisión del 5% a cada representante de venta por paciente captado o derivado al

servicio de cuidados paliativos. Para el caso de los representantes de ventas de impulsación externa, la identificación para acceder a la comisión del 5% por las ventas, será válida por la presentación de la tarjeta de presentación personal o si es que el paciente acudiera o llame refiriendo el nombre del representante.

El reclutamiento del personal, se hará por convocatoria a través de las diferentes bolsas de trabajo, según el programa de reclutamiento.

Todo el personal contará con una previa capacitación comercial, respecto al servicio a ofertar, para lo cual se requerirán mínimo de número de horas de capacitación previo al inicio de sus actividades comerciales.

El control del desempeño del personal se evaluará según los resultados de las encuestas de satisfacción, así como la verificación del cumplimiento de las metas de ventas.

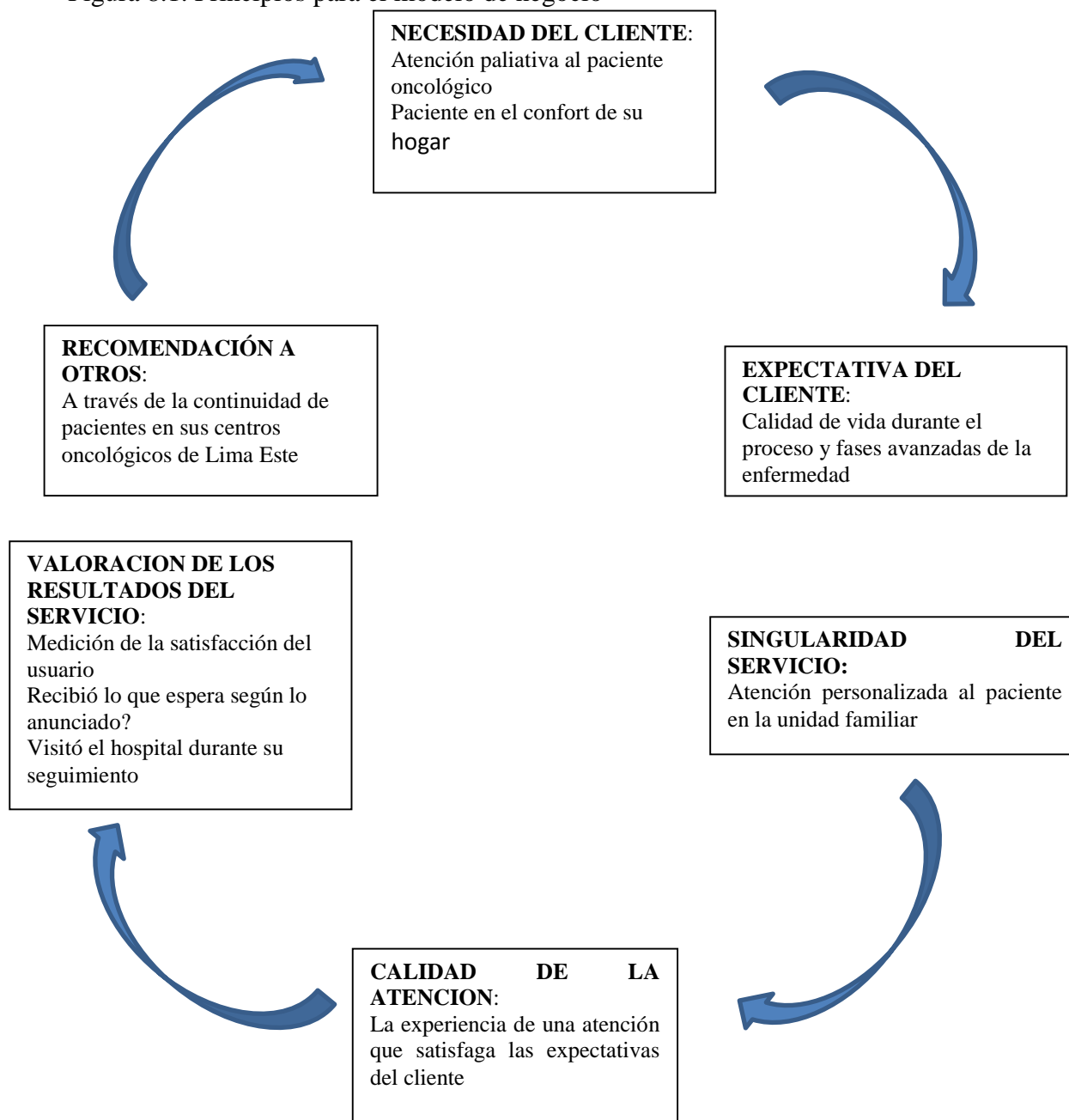


## CAPITULO VIII: PLAN DE OPERACIONES

### 8.1. Principios para el modelo del negocio

El valor para los clientes, es encontrar elementos que la industria nunca ha ofrecido, es decir buscar la diferenciación a un costo menor, y cuya puesta en marcha, sea una experiencia satisfactoria para el cliente, en este caso, el paciente oncológico y su familia.

Figura 8.1. Principios para el modelo de negocio



Elaboración: Autores de esta tesis

## **8.2. Operaciones en centro de cuidados paliativos**

En el servicio de atención paliativa, se apela a un grupo de clientes distinto, un espacio poco conocido en el mercado peruano o no aprovechado, esta demanda insatisfecha surge de un mercado ya existente, la atención oncológica, del cual se desprende la atención paliativa, que tiene poca oferta de servicios y que, en su mayoría son coberturados por los servicios de Emergencia y/o en las áreas de hospitalización común, junto con la gran demanda de atención de salud; pudiendo ser en muchos de estos casos, de seguimiento domiciliario por lo que, para este grupo de cliente, la competencia pierde su validez; los centros de atención oncológica pública y privada realizan su atención paliativa en los servicios antes mencionados creando una demanda insatisfecha en la necesidad de atención paliativa.

## **8.3. Plan de Operaciones**

Para detallar las operaciones se debe valorar los costos de producción; al realizarse la ejecución del servicio, los cuales se desarrollarán en base a protocolos, se crearán paquetes de atención tal que se pueda realizar cálculos en volumen, así como volumen de horas de trabajo para la cantidad de pacientes atendidos en su domicilio en relación al personal de salud disponible, entre los que figuran el licenciado de Enfermería, el técnico de apoyo y el terapeuta de apoyo. Se plantea las alianzas con instituciones como tercerización de sus unidades oncológicas

## **8.4. Localización física Plan de Operaciones**

Se propone realizar las actividades desde una sede que será la puerta de acceso a nuestros servicios, donde contará con los celulares afiliados al grupo, con los cuales, se realizarán las coordinaciones de tiempos y visitas domiciliarias. La sede tendrá localización cercana al principal centro de atención oncológica de Lima este, como lo menciona el plan de Marketing.

## **8.5. Actividades y Procesos**

Dada la necesidad del recurso humano en la prestación de los servicios, sus costes son muy dependientes del efecto “experiencia” del cliente y la familia, es decir, la continuidad implica en la mayoría de los casos la repetición del servicio, lo cual

mejora el resultado de manera exponencial, la experiencia y educación al cuidador, es fuente de ahorro de costes y de mayor fiabilidad para el cliente objetivo.

Realizamos un conjunto de actividades agrupadas en procesos en la operatividad del servicio de atención paliativa. Esto se iniciará con el progresivo aumento de clientes y de acuerdo a la estandarización de los mismos se realizarán programaciones de visitas con la relación directa con el familiar responsable del paciente oncológico y quien llevará la compañía al momento de brindar el servicio.

Tabla 8.1 Procesos operativos del Servicio de atención paliativa domiciliaria

PROCESOS	ACTVIDADES
Inclusión del paciente Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Captación del paciente, filiación.</li> <li>• Explicación del modelo de atención y las alternativas de paquetes de servicio para el paciente.</li> <li>• Producto: programación de primera visita</li> <li>• Indicador: Número de pacientes captados/mes</li> </ul>
Proceso de atención Enfermería Técnico rehabilitador Psicólogo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del paciente según su situación funcional y desarrollo de un plan individual de cuidados según necesidad física, social, psicológico, propios y de su entorno dirigido a su manejo multifactorial</li> <li>• Producto: Asignación de paquete/servicio y la programación de Visitas.</li> <li>• Indicador: Numero de procedimientos en enfermería</li> </ul>
Proceso Organizativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación de las visitas domiciliarias vía central telefónica y chofer de unidad de transporte con una dinámica entre los diferentes profesionales de la salud.</li> <li>• Resultado: informe de la atención y plan de seguimiento</li> <li>• Indicador: % programación cumplida por paciente</li> </ul>
Proceso de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento de los procesos de acuerdo a indicadores</li> <li>• Indicador: Número de visitas hospitalarias/mes/paciente               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ % pacientes fallecidos en domicilio</li> </ul> </li> </ul>

Elaboración: Autores de esta tesis

Tabla 8.2 Paquetes de atención

PROCESOS	ACTIVIDADES
PACK INDIVIDUAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita de licenciada en enfermería</li> <li>• Servicio para el paciente que requiera atención especializada no permanente o que presente limitación de la movilización</li> <li>• Programación de inyectables, asistencia para la administración de medicamentos y curación.</li> <li>• El horario lo determina el familiar del paciente con las alternativas de atención del negocio</li> </ul>
PACK MENSUAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7 visitas de Licenciada de Enfermería, con el apoyo de psicólogo y rehabilitador según la indicación del paciente.</li> <li>• Servicio para el paciente que requiera atención permanente especializada, psicológica, terapéutica y que presente limitación importante de la movilización</li> <li>• Contacto con médico tratante y recomendaciones concordantes.</li> <li>• El horario lo determina el familiar, de acuerdo a nuestras alternativas.</li> <li>• La distribución de visitas del personal terapéutico psicológico se realiza de acuerdo a la evaluación de la primera visita al domicilio</li> </ul>

Elaboración: Autores de esta tesis

## 8.6 Seguimiento y Evaluación

Se llevará un listado y ficha de seguimiento para cada paciente registrado.

La calidad final de los servicios se comprueba durante el proceso, debido a la inseparabilidad de la producción, el inspector de la calidad, es el propio cliente, en este caso la familia. Por ello se evaluará en el momento de la afiliación como se tomó conocimiento del servicio, siendo la recomendación, nuestro punto a favor de satisfacción y, la encuesta familiar a la 3ra visita del paciente.

La cantidad de personal asignado para el negocio propuesto se encuentra en el anexo VI donde se detalla la cantidad de personal que cuenta por servicio.

## **CAPITULO IX: PLAN ADMINISTRATIVO Y RECURSOS HUMANOS**

El Plan de Recursos Humanos de “Salud y Esperanza”, desarrolla la estructura organizacional de la empresa y la estrategia de planificación de Recursos Humanos.

### **9.1. Análisis previo a la necesidad de personal.**

En el contexto actual, la población que acude a los servicios oncológicos de terapia de dolor, medicina interna y emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en busca de atención por las complicaciones o evolución de la patología de fondo, requiere atenciones y cuidados que pueden realizarse en el manejo ambulatorio; sin embargo, no reciben la debida atención, por la falta de capacitación y experiencia en el manejo de los pacientes en cuidados paliativos.

En el ámbito Lima Este, no existen empresas que realicen atenciones en el área de cuidados paliativos, el único servicio que entrega atenciones en cuidados paliativos de manera ambulatorio es el servicio de oncología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, que solo cuenta con 2 médicos oncólogo (1 nombrado y 1 contratado por administración de servicios), 1 enfermera general, 1 técnica en enfermería y una técnica administrativa. Por el escaso recurso humano no se puede satisfacer las necesidades de la población que tiene asignada.

Además, existe una pobre información de la población en el manejo especializado del dolor y otros síntomas secundarios.

De acuerdo con la norma técnica oncológica de la Unidad prestadora de servicios en la unidad de cuidados paliativos oncológico del Instituto de enfermedades neoplásicas, un equipo de cuidados paliativos domiciliarios debe estar conformado: médico cirujano con capacitación en cuidados paliativos, licenciado en enfermería, licenciado en psicología, técnico en enfermería, conductor con licencia A2.

## **9.2. Objetivos.**

- Definir la estructura organizacional de la empresa de servicios de cuidados paliativos para el paciente oncológico.
- Definir el perfil del personal (enfermería, psicología y tecnología física).
- Contar con un equipo de la salud especializados en manejo y cuidado de pacientes oncológicos.
- Motivar al personal en para su mejora continua.

## **9.3. Diseño de la estructura organizacional.**

### **9.3.1. Tipo de empresa.**

Es una empresa privada que brinda servicios de cuidados paliativos especializado en manejo de pacientes oncológicos, que complementa las indicaciones vertidas en la consulta externa del paciente en la comodidad de su hogar.

Se constituirá como una Sociedad anónima cerrada. Que reúne a 04 accionistas que dividirán el capital en partes iguales y participan de forma directa en la administración, gestión y representación social de la empresa. Es una persona jurídica de responsabilidad limitada.

La denominación abreviada de la empresa será “Salud y Esperanza”.

### **9.3.2 Estructura organizacional:**

El diseño organizacional que se ha utilizado es de la Estructura Simple el cual considera:

- **Ápice estratégico:** Conformado por el gerente general quien se encargará de dirigir y supervisar la organización.
- **Línea media:** Conformado por la técnica de enfermería que se encarga de coordinar con el núcleo operativo las actividades y se encarga de coordinar con el ápice estratégico.

- **Núcleo operativo:** Conformado por el personal de enfermería, psicología y el técnico de rehabilitación.
- **Staff de apoyo:** Conformado por técnico en enfermería que controla el área de recepción- caja y el chofer.
- **Tecno estructura:** Absorbida por el ápice estratégico debido a la organización se encuentra en la etapa de iniciación.
- **Ideografía:** trato humanizado, ética, habilidades y destrezas.

#### **9.4. Organigrama.**

Se describe en el siguiente organigrama (figura 9.1.):

**Gerente general:** es personal que se encargará de dirigir y supervisar la organización es licenciada en enfermería con experiencia en el área de cuidados paliativos, que orienta al núcleo operativo y se encargada de supervisar, controlar al personal de enfermería y técnico.

Coordina con el personal de psicología las visitas e indicaciones.

Y realizará actividades de administración y tratamiento del dolor.

**Personal asistencial:**

Enfermera: encargada de la administración de tratamientos.

Psicóloga: responsable de evaluación y manejo del paciente y familiar. Labor de fidelización del servicio.

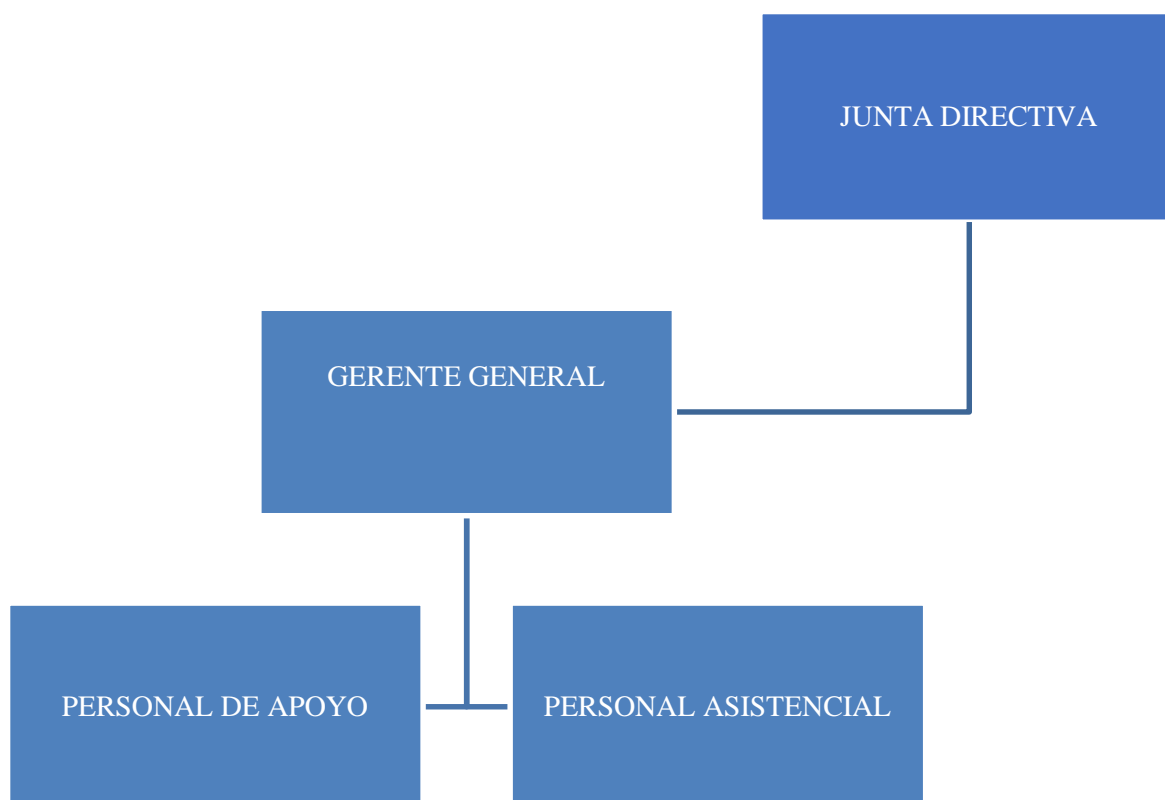
Técnicas en enfermería y en rehabilitación (2): Están a cargo cuidado de los pacientes, cumplimiento de las indicaciones de enfermería, médicas y de psicología. Administran el almacén del centro de salud. Se contará con 2 técnicas en enfermería.

El personal técnico realiza labores de recepcionar las llamadas, coordinar las visitas, informar al personal sus itinerarios de atención y ordenar el horario

**Personal de apoyo:**

Chofer: encargado del traslado del personal, apoyo el traslado de materiales.

Figura 9.1. Organización de los recursos humanos de la propuesta de negocio.



Elaboración: autores de la tesis.

## 9.5. Diseño de puestos

Con el objetivo de mejorar la eficiencia de la organización y aumentar la satisfacción del personal médico y administrativo, así como facilitar el logro de los objetivos es necesario realizar una descripción de cada uno de los puestos del centro de salud.

### 9.5.1. Perfil de competencias de los trabajadores de la empresa:

Cognitivos: conocimientos teóricos y tecnológicos inherentes a cada profesión, basado en la evidencia científica dentro del Marco de la Normativa Técnica Oncológica, N ° 001-INEN-DIMED-DEM-V.01, Norma técnica Oncológica de la Unidad prestadora de servicios en la unidad de cuidados paliativos oncológicos, como ente rector en nuestro país.



Procedimientos (habilidades y destrezas): habilidad analítica, análisis priorización, criterio lógico, generación de ideas, sentido común, juicio y toma de decisiones. Uso de técnicas de entrevista, técnicas educativas, instrumentos, equipos y herramientas de diagnóstico clínico, tratamiento, planificando, programando y evaluando de acuerdo con los paquetes de visita establecidos.

Habilidad: para definir y delimitar el problema. Empatía para establecer vínculos con la familia. Trabajo en equipo e interdisciplinariedad.

Actitudinales: establecer vínculos con la familia del paciente y con el cuidador principal, tomando conocimiento de sus características socio- culturales y del núcleo familiar. Capacidad de relacionarse, disponibilidad, iniciativa, dinamismo manifestados por la adecuada interrelación con la familia del paciente y con el equipo de trabajo.

Disposición para orientar, capacitar y asesorar a los familiares del paciente. Conducta ética, de principios sólidos, respeto a la dignidad de las personas y práctica de interculturalidad. Transparencia, honradez e iniciativa. Actitud positiva y sensibilidad humana.

Capacidades transversales: Capacidad de resolver problemas, tolerancia la presión, capacidad de resolver conflictos y capacidad de trabajo en equipo.

Genéricas: Comunicación con los familiares, pacientes, equipo de salud y comunidad, para alcanzar el mayor beneficio del paciente la toma de decisiones se hace de acuerdo a las necesidades tanto del paciente, familiar y su entorno.

Manejo y registro de la información sobre evaluación del estado del paciente y de las acciones realizadas. Capacidad del manejo racional de los recursos, para proporcionar una respuesta adecuada ante la necesidad del paciente. Específicas.

De acuerdo con las funciones inherentes de cada profesión y ligadas a la asignación de responsabilidades de cada puesto.

Humanísticas: Principios éticos, expresados a través de la conducta dentro de marco legal de la profesión. Sentido del deber, altruismo y respeto a la dignidad de las personas, a sus creencias y cultura.

### **9.5.2. Perfil y competencias de cada cargo.**

#### **Gerente General: Lic. En enfermería: 01**

##### **Requisitos:**

Formación académica grado académico y / o nivel de estudios:

Título universitario a Nombre de la nación de Licenciada en enfermería.

Experiencia:

02 años de experiencia en cargos similares, incluyendo el SERUMS.

Cursos y/o estudios de especialización:

Cursos o diplomados en cuidados Paliativos. Y cursos en gestión.

##### **Características del Puesto o cargo: funciones a desarrollar:**

Alinear los objetivos de la organización con la misión y visión de la empresa.

Alcanzar del cumplimiento de los objetivos estratégicos a largo y mediano plazo.

Realizar las visitas integrales a pacientes de acuerdo con guías de atención.

Suministrar información real y precisa al familiar y paciente, sobre el plan de trabajo adecuado de acuerdo con el estado del paciente.

Planifica las reuniones estratégicas de la empresa y el trabajo multidisciplinario.

Emite los informes correspondientes al seguimiento de cada paciente.

Planifica el turno del personal, las visitas y sectoriza las zonas de atención.

Supervisar y controla el trabajo de las técnicas.

Coordina con el psicólogo la atención de los pacientes.

Aprueba las adquisiciones de la empresa y tiene a su cargo el almacén.

Coordina la ejecución de la compra de materiales director.

Administra tratamientos de manejo del dolor.

#### **Enfermera: 01**

##### **Requisitos:**

Formación académica grado académico y / o nivel de estudios:

Título universitario a Nombre de la nación de Licenciada en enfermería.

Experiencia:

02 años de experiencia en cargos similares, incluyendo el SERUMS.

Cursos o estudios de especialización

Cursos en cuidados Paliativos y manejo del dolor.

**Características del Puesto o Cargo: funciones a desarrollar:**

Establece el diagnóstico de enfermería y plan integral de atención de acuerdo con la valoración del estado del paciente de acuerdo con el plan de visitas establecidos.

Administración de tratamientos de dolor, antibióticos y nutrición.

Cuidados de pacientes.

Trabajo conjunto con el personal de psicología.

Realiza las visitas a domicilio.

**Psicólogo: 01****Requisitos:**

Formación académica grado académico y / o nivel de estudios:

Título o bachiller profesional de Licenciado en Psicología.

Experiencia:

02 años de experiencia en cargos similares, incluido el SERUMS.

Cursos o estudios de especialización:

Cursos en cuidados Paliativos.

**Características del Puesto o Cargo: funciones a desarrollar:**

Efectuar procesos de evaluación, intervención y seguimiento psicológico establecidos en las visitas domiciliarias.

Participar con el equipo interdisciplinario en juntas médicas y multidisciplinarios sobre el manejo y elaboración del plan de atención del paciente

Aplicar e interpretar instrumentos psicológicos.

Suministrar información al paciente y los familiares sobre el estado de salud.

Evaluación del hogar y grupo familiar de paciente.

Trabajo grupal de capacitación del cuidador.

Coordinar con las enfermeras el procedimiento diario.

**Técnico en Enfermería: 01****Requisitos:**

Formación académica grado académico y / o nivel de estudios:

Título de Instituto de salud Técnico a nombre de la nación de TECNICO.

Experiencia:

01 años de experiencia en cargos similares

Cursos o estudios de especialización

Cursos de bioseguridad. Y cursos de Buenas prácticas de manipulación e higiene.

**Características del Puesto o Cargo: funciones a desarrollar:**

Brinda servicios de cuidador.

Llevar el control de entradas y salidas de los materiales directos e indirectos.

Mantener limpieza y desinfección del instrumental médico.

Proporcionar información de los horarios y disponibilidad de los mismos a los pacientes.

Registro adecuado de los pacientes, de las reservas y/o cancelaciones de citas.

Recibir las llamadas telefónicas del call center.

Actividades que le designen la Dirección o la Administración.

Cobro y emisión de tiques por consulta y/o procedimiento según tarifario.

**Técnico Rehabilitación: 01**

Requisitos:

Formación académica grado académico y / o nivel de estudios:

Título de Instituto de salud Técnico a nombre de la nación de Técnico.

Experiencia:

01 años de experiencia en cargos similares

Cursos o estudios de especialización

Cursos de buenas prácticas de manipulación e higiene.

Características del Puesto o Cargo: funciones a desarrollar.

Aplica técnicas sobre el tratamiento de enfermedades y secuelas de discapacidad de acuerdo con terapia prescrita.

Asiste al paciente preparando y colocando medios físicos, realizando masajes en el cuidado del paciente.

Realiza actividades de limpieza y desinfección de equipos y materiales.

Coordina con el cuidador las réplicas de la terapia.

**Chofer: 01**

Requisitos:

Formación académica grado académico y / o nivel de estudios:

Contar con secundaria completa.

Brevete con categoría A-2.

Experiencia:

01 años de experiencia como conductor de vehículos menores.

Características del Puesto o Cargo: funciones a desarrollar:

Conducción del vehículo que le asigne la empresa para el traslado de personal a las áreas de visita domiciliaria.

Distribución de documentos de las dependencias de ser necesario.

Limpieza y mantenimiento (control de combustible, agua, aceite, etc), del vehículo asignado.

Realizar turnos de acuerdo con el rol establecido.

Otras labores asignado en el ámbito de su competencia.

Cuidado del personal y del material de la empresa.

## CAPITULO X: PLAN FINANCIERO

### 10.1 Inversión Tangible.

Para el desarrollo del plan financiero en primer lugar se estructuró la inversión con la que se va dar inicio a las actividades del negocio, esto implica detallar los activos fijos o tangibles y los activos intangibles para poder brindar los dos servicios plan I y plan II previamente descritos.

Tabla 10.1: Inversión tangible del proyecto

Concepto	Cantidad	P.U. (S/.)	Sub-Total(S/.)
<b>INVERSION FIJA TANGIBLE</b>			
<b>EQUIPOS</b>			
Estetoscopio	5	150.0	750.0
Tensiómetro	5	80.0	400.0
Camillas	1	400.0	400.0
Laptops	2	1,800.0	3,600.0
Impresora	2	600.0	1,200.0
Auto MiniVan 8 pasajeros	1	26,800.0	26,800.0
Pulsoxímetros	5	180.0	900.0
<b>TOTAL, DE EQUIPOS</b>			<b>34,050.0</b>
<b>MUEBLES Y UTILES DE OFICINA</b>			
Escritorios	2	500.00	1000.0
Sillón giratorio	2	300.00	600.0
Gabinetes de madera	2	180.00	360.0
Ventiladores	3	150.00	450.0
Aire Acondicionado	1	1000.00	1000.0
<b>TOTAL, DE MUEBLES Y UTILES DE OFICINA</b>			<b>3410.0</b>
<b>Material de trabajo</b>			
Guantes de látex	1000	0.50	500.0
Termómetros	50	10.00	500.0
Linternas de	25	20.0	500.0
Esparadrapos	500	0.8	400.0
Botiquín	10	150.0	1500.0
			0.0
			0.0
<b>TOTAL, MATERIALES</b>			<b>3400.0</b>
<b>OTROS TANGIBLES</b>			
Señal Extintor	3	5.0	15.0
Señal Zona de Sismo	4	7.5	30.0
Señal de No fumar	4	5.5	22.0
Señal de Salida	3	2.5	7.5
Señal de Botiquín	10	4.5	45.0
<b>TOTAL, DE OTROS TANGIBLES</b>			<b>119.5</b>
<b>T.C.:</b>	<b>2.6</b>		

Elaborado: autores de la tesis.

Tabla 10.2. Resumen de la inversión tangible del proyecto

<b>RESUMEN DE LA INVERSION TANGIBLE</b>	
<b>DESCRIPCION</b>	<b>MONTO (S/. )</b>
EQUIPO	34,050.00
MUEBLES DE OFICINA	3,410.00
Material de trabajo	3,400.00
otros por seguridad y disposición municipal	119.50
<b>TOTAL, TANGIBLE</b>	<b>40,979.50</b>

Elaboración: autores de la tesis.

Se puede observar en la tabla 10.2, que la inversión total tangible será de S/. 40,979.50.

## 10.2. Inversión Intangible

Los activos intangibles se refieren a los gastos de constitución de empresa, las inversiones para obtener las licencias de funcionamiento y defensa civil, los alquileres iniciales como garantías y los medios de comunicación previa al inicio de actividades para el servicio de cuidados paliativos domiciliarios a los pacientes de la zona Lima Este.

Tabla 10.1. Inversión intangible del proyecto.

<b>CONCEPTO</b>	<b>MONTO S/</b>
<b>GASTO DE PUESTA EN MARCHA</b>	
Minuta de Constitución	250.0
Escritura Publica	500.0
Búsqueda de nombre en Registros Públicos	40.0
Inscripción en el Registro de Personas Jurídicas de Lima	35.0
Licencia Municipal de Funcionamiento Provisional (duración 1año)	300.0
Inspección Básica de Defensa Civil X AREA	200.0
Licencia Municipal de Funcionamiento Definitiva (a partir de un 1año) 600, X1	600.0
Alquiler de local(adelanto) Locales	800.0
Línea Telefónica (2 líneas)	200.0
Página Web y Dominio	500.0
<b>TOTAL, GASTO PUESTA MARCHA</b>	<b>3,425.0</b>

Elaboración: autores de la tesis.

La inversión tangible total para la puesta en marcha del proyecto es de S/3,425.0.

### 10.3 Capital de Trabajo

La determinación del capital de trabajo se formulado calculando los costos del servicio donde se detalla los costos de combustibles por cada visita, los consumos de energía, mantenimiento y de inversión de activos fijos o tangibles, al que se descuenta a la demanda objetivo anual que es de 1,465 pacientes. Este capital de trabajo representa para el plan 1 es de S/1,153.47 y para el plan 2 es de S/9,227.73, siendo la sumatoria de ambos un total de S/10,381.20 mensuales que se aplican en el flujo de caja proyectado que debe descontarse a los ingresos totales.

En este capital de trabajo también se está considerando los gastos de Economato para las labores administrativas de todo el personal de la empresa para los dos tipos de planes a desarrollar, para el cual se ha asignado monto total de S/1,385.00 en útiles de oficina y S/1,460.00 para gastos de publicidad como son la página web y otros. Finalmente, se debe de considerar los gastos disponibles para poder pagar planilla de sueldos y alquiler mensual.

Tabla 10.2. Capital de trabajo.

Concepto	Cantidad	C.U. (S/)	Sub-Total (S/.)
<b>CAPITAL DE TRABAJO</b>			
Plan 1. Servicio de visita 1 vez/mes	42	30.95	1,309.58
<b>Plan 2: Servicio (7 visitas)</b>	42	247.62	10,476.66
<b>Total, Mercadería</b>			<b>11,786.25</b>
<b>Útiles de Oficina</b>			
Órdenes de Compra (millar)	2.00	100.00	200.00
papel boond 75 grms (millar)	5.00	15.00	75.00
Proformas (millar)	4.00	120.00	480.00
Facturas (millar)	2.00	150.00	300.00
Guías de Remisión (millar)	2.00	150.00	300.00
Empaques	0.07	187.13	13.10
Docenas de lapiceros	2.00	5.20	10.40
Caja de grapas	2.00	3.70	7.40
<b>Total, de Útiles de Oficina</b>			<b>1,385.90</b>
<b>Publicidad</b>			
Página Web	1.00	350.00	350.00
Afiches (500 Afiches) Full color	3.00	120.00	360.00
Radio y Tv	3.00	250.00	750.00
Merchandising	2.00		1,391.67
<b>Total, Publicidad</b>			<b>1,460.00</b>
<b>DISPONIBLE</b>			
Alquiler	1.00	800.00	800.00
Sueldos y Salarios de 1 mes	5.00	76933.63	6,411.14
Caja disponible o imprevistos	1.00	5000.00	5,000.00
<b>Total, de Disponible</b>			<b>12,211.14</b>

Elaboración: autores de la tesis.



Tabla 10.5. Resumen del capital de trabajo

DESCRIPCION	MONTO (S/. )
Útiles de Oficina	1,385.90
Servicios	470.00
Publicidad	1,460.00
Capital de trabajo xxx	11,786.25
Disponible	12,211.14
<b>TOTAL, CAPITAL DE TRABAJO</b>	<b>27,313.28</b>

Elaboración: autores de la tesis.

Como se puede apreciar en la tabla 10.5, el capital de trabajo requerido es de S/. 27,313.28.

Tabla 10.3. Resumen de la inversión del proyecto

DESCRIPCION	MONTO (S/. )
Útiles de Oficina	1,385.90
Servicios	470.00
Publicidad	1,460.00
Capital de trabajo xxx	11,786.25
Disponible	12,211.14
<b>TOTAL, CAPITAL DE TRABAJO</b>	<b>27,313.28</b>

Elaboración: autores de la tesis.

Como se puede apreciar en la tabla 10.6, la inversión total para el desarrollo del proyecto es de S/. 27,313.28.

#### 10.4. Financiamiento

El cálculo del financiamiento del proyecto se ha realizado considerando la aportación de recursos propios de los promotores equivalentes al 30% y por otro lado el banco, equivalente al 70%, este último a una tasa efectiva anual de interés del 25% y a cuotas fijas por 60 meses, tal como se describe en la tabla 10.7 y 10.8.

Tabla 10.4: Financiamiento del servicio de la deuda a cuotas constantes

<b>INVERSION TOTAL</b>	<b>71,717.78</b>
------------------------	------------------

	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	SUB-TOTAL(S/.)
Scotiabank	<b>Financiamiento</b>	70%	50,202.4
	<b>Aporte Propio</b>	30%	21,515.3
	<b>Inversión Total</b>	<b>100%</b>	<b>71,717.8</b>

Elaboración: autores de la tesis.

Tabla 10.8. Amortización del préstamo en soles.

<b>AMORTIZACION DEL PRESTAMO EN SOLES</b>			
<b>Préstamo</b>		<b>S/.</b>	50202
<b>Meses</b>			60
<b>Tasa efectiva anual %</b>			25%
<b>Tasa efectiva mensual %</b>		TEM =	1.9%
		$(1+TEA)^{(1/m)}-1$	
<b>Cuota de pago</b>	<b>FÓRMULA</b>	<b>CUOTA = P ( i ( 1 + i ) ^ n ) / ( 1 + i ) ^ n - 1 )</b>	<b>1401.51</b>

Elaboración: autores de la tesis.

Tabla 10.9. Detalle de amortización por año.

	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
<b>Amortización</b>	6,117.00	7,646.26	9,557.82	11,947.27	16,818.12
<b>Interés</b>	10,701.11	9,171.86	7,260.30	4871	1884
<b>Cuota de Amortización</b>	<b>16,818.12</b>	<b>16,818.12</b>	<b>16,818.12</b>	<b>16,818.12</b>	<b>18,702.14</b>

Elaborado: autores de la tesis.

## 10.5. Depreciación

La depreciación de los bienes que se van a adquirir, se ha calculado tal como se detalla en la tabla 10.10 que se muestra a continuación.

Tabla 10.10: Depreciación de los activos tangibles.

DESCRIPCION	% de Deprec.	Invers.(S/.)	2017	2018	2019	2020	VALOR RESIDUAL
<b>EQUIPOS</b>							
Estetoscopio	20%	750.00	150.00	120.00	96.00	76.80	307.20
Tensiómetro	20%	400.00	150.00	50.00	40.00	32.00	128.00
Camillas	20%	400.00	80.00	64.00	51.20	40.96	163.84
Laptops	20%	3,600.00	720.00	576.00	460.80	368.64	1,474.56
Impresora	20%	600.00	120.00	96.00	76.80	61.44	245.76
Auto Minivan 8 pasajeros	20%	26,800.00	5360.00	4288.00	3430.40	2744.32	10,977.28
Pulsioxímetros	20%	180.00	36.00	28.80	23.04	18.43	73.73
Escritorios	10%	1,000.00	100.00	90.00	81.00	72.90	656.10
Sillón giratorio	10%	600.00	60.00	54.00	48.60	43.74	393.66
Gabinets de madera	10%	360.00	36.00	32.40	29.16	26.24	236.20
Ventiladores	10%	450.00	45.00	40.50	36.45	32.81	295.25
Aire Acondicionado	20%	1,000.00	200.00	160.00	128.00	102.40	409.60
<b>SUBTOTAL</b>		<b>36,140.00</b>	<b>7,057.00</b>	<b>5,599.70</b>	<b>4,501.45</b>	<b>3,620.68</b>	<b>15,361.17</b>

Elaboración: autores de la tesis.

Como se puede apreciar, del valor de inversión en muebles y equipos por un total de S/. 36,140.00, para el primer año tendrá una depreciación equivalente a un valor de S/. 7,057.00, el segundo año de S/. 5,59.70, el tercer año de S/. 4,501.45, el cuarto año de S/. 3,620.68, dejando un valor residual de S/. 15,361.17.

### 10.6. Costos de producción

Para la determinación de los costos de producción se han considerado la inversión de activos fijos, los costos de mantenimiento, los gastos de movilidad, energía eléctrica y la mano de obra de quienes van a dar los servicios de cuidados paliativos domiciliarios.

Tabla 10.11. Determinación de costos por servicio de Plan 1 y Plan 2

Descripción de costos	Nro. Equipos	Cant. Demam. anual	Inversión	Costo
Reposición de Máquinas x Inversión	1	1,015	40,860.00	20.12
Mantenimiento	1	1,015	8,172.00	4.024
Gastos de movilidad	1	1,024	13.00	0.805
Costos x visitas opcionales (psicólogo+ Fisioterapeuta)	1	1,024	580.00	0.566
Costos por capacitación	1	1,024	3,200.00	3.124
Energía Eléctrica	1	1,015	200.00	0.10
Mano de obra	3	1,015	4,500.00	2.22
<b>Total Costos Producción x Servicio</b>			<b>57,525.00</b>	<b>30.95</b>

Elaboración: autores de la tesis.

Se puede observar que en la tabla 10.11, el costo de producción por servicio es de S/30.95, tomando en consideración para el cálculo, los dos planes (plan 1 y plan 2).

### 10.7. Determinación de precio de servicio

Respecto a la determinación de los precios, se tomó en cuenta el costo del servicio por cada plan ofertado, tal como se detalla en las tablas 10.12 y 10.13.

Tabla 10.12. Detalle de costos para plan 1.

Descripción de Costos	Servicio Operativo
<b>Costo por Unidad</b>	<b>30.95</b>
<b>Costos Fijos</b>	<b>46.13</b>
<b>Costos Variables Unitarios</b>	<b>10.41</b>
<b>Total, Costo Unitario</b>	<b>87.49</b>
<b>IGV 18%</b>	15.75
<b>Total, incl IGV</b>	<b>103.24</b>
<b>Margen de Ganancia</b>	20.65
<b>Total, Precio x servicio 1 sola vez/mes</b>	<b>123.89</b>

Elaboración: autores de la tesis.

Como se puede apreciar en la tabla 10.12, el costo total del servicio incluido IGV, es de S/. 103.24, al cual se le aplica un margen de ganancia del 20%, obteniéndose un precio por servicio de S/. 123.89.

Tabla 10.13. Detalle de costos plan 2

<b>Descripción de Costos</b>	<b>Servicio Operativo</b>
<b>Costo por Unidad</b>	<b>30.95</b>
<b>Costos Fijos</b>	<b>46.13</b>
<b>Costos Variables Unitarios</b>	<b>10.41</b>
<b>Total, Costo Unitario</b>	<b>87.49</b>
<b>IGV 18%</b>	15.75
<b>Total, incl IGV</b>	<b>103.24</b>
<b>Margen de Ganancia</b>	15.49
<b>Total, Precio x servicio 7 veces/mes</b>	<b>118.73</b>

Elaboración: autores de la tesis.

Respecto a los costos del plan 2, se observa en la tabla 10.13, que el costo total del servicio incluido IGV, es de S/. 103.24, al cual se le aplica un margen de ganancia del 15%, obteniéndose un precio por servicio de S/. 118.73.

### **10.8. Costos de fabricación del servicio**

Para determinar los costos de fabricación se aplicaron las tasas de leyes laborales y previsión social que aplican al trabajador y al empleador.

Tabla 10.14. Costos de fabricación del proyecto.

CONCEPTO	ADMINISTRATIVOS				TOTAL
	Enfermera Gerente. General. (Asit. Adm) 1	Enfermería 1	Tec. Enfermera (asistencial) 1	Chofer 1	
Remuneración	1,920.0	960.0	1,152.0	998.4	5,030.4
Sub Total	1,920.0	960.0	1,152.0	998.4	5,030.4
Aportaciones					
ESSALUD (9%)	172.8	86.4	103.7	89.9	452.7
AFP	230.4	115.2	138.2	119.8	603.6
CTS	1,920.0	960.0	1,152.0	998.4	5,030.4
Horas Extras					
Vacaciones	960.0	480.0	1,152.0	998.4	3,590.4
Gratificaciones (1/2 sueldo)	960.0	480.0	576.0	499.2	2,515.2
<b>Total, Mensual</b>	<b>2,092.8</b>	<b>1,046.4</b>	<b>1,255.7</b>	<b>1,088.3</b>	<b>5,483.1</b>
Retención. Cts mensual	160.0	80.0	96.0	83.2	419.2
Retención. Mensual a de Vacaciones	80	40	96	83.2	299.2
Retención. Mensual por Gratificaciones	80	40	48	41.6	209.6
					928.0
					<b>11,136</b>
					<b>76,933.63</b>

Elaboración: autores de la tesis.

Los costos operativos de fabricación del proyecto ascienden a 76,933.63, según lo descrito en la tabla 10.14.

Tabla 10.15. Gastos de venta anual

CONCEPTO	ANUAL (S/.)
<b>PAPEL PUBLICITARIO</b>	
Merchandising (reglas, polos, gorros)	16,700.0
Afiches (500 Afiches) Full color	1,440.0
Radio	3,000.0
<b>TOTAL, DE GASTOS DE VENTAS</b>	<b>21,140.0</b>

Elaborado: autores de la tesis.

Se puede observar en la tabla 10.15. que el total de gastos de ventas anual asciende a S/. 21,140.00.

Tabla 10.16. Gastos administrativos

CONCEPTO	ANUAL (S/.)
Órdenes de Compra (millar)	600.0
Facturas (millar)	400.0
Docenas de lapiceros	62.4
Caja de grapas	44.4
Alquiler	9,600.0
Planilla	<b>76,933.6</b>
Agua	1,800.0
Luz	2,400.0
Teléfono	1,440.0
Contador	400.0
<b>TOTAL</b>	<b>93,680.4</b>

Elaboración: autores de la tesis.

El total de gastos administrativos según la tabla 10.16, sería de una total de S/. 93,680.40.

Tabla 10.17. Costos fijos anuales

CONCEPTO	ANUAL (S/.)
GASTOS ADMINISTRATIVOS	93,680.4
GASTOS DE VENTAS	21,140.0
<b>TOTAL</b>	<b>114,820.4</b>

Elaborado: autores de la tesis.

En la Tabla 10.17. se muestra que los gastos fijos anuales de los conceptos administrativos y de ventas, serían de aproximadamente S/. 114,820.40.

Tabla 10.18. Proyección de los gastos de administración y ventas con tasa de crecimiento.

TASA DE CRECIMIENTO	1.0%	2.0%	3.0%	4.0%	5.0%
EGRESOS	2017	2018	2019	2020	2021
Fijos	93,680.4	95,554.0	97,465.1	99,414.4	101,402.7
Gastos Variables	21,140.0	21,562.8	21,994.1	22,433.9	22,882.6
<b>TOTAL, ANUAL</b>	<b>114,820.4</b>	<b>117,116.8</b>	<b>119,459.2</b>	<b>121,848.4</b>	<b>124,285.3</b>

Elaboración: autores de la tesis.

La tabla 10.18, nos muestra los gastos de administración y de ventas con una tasa de 1% para el primer año, 2% para el segundo, 3% para el tercero, 4% para el cuarto año, 5% para el quinto año son de S/. 114,820.40, S/. 117,116.80, S/. 119,459.20, S/. 121,848.40 y S/. 124,285.30 respectivamente.

### 10.9. Presupuesto de ingresos

El presupuesto de los ingresos, se detalla en la tabla que mostramos a continuación:  
Tabla 10.19. Presupuesto de ingresos mensual y anual.

<b>CODIGO</b>	<b>PRECIO DE VENTA</b>	<b>SERV. MENSUAL</b>	<b>SERV. ANUAL</b>	<b>Mensual</b>	<b>Anual</b>
Plan 1: Visitas Oncológica 1 vez/mes	123.89	42	507.7	S/. 5,241.57	62,898.87
Plan 2: Procedimiento oncológica 7 veces/mes (contratos)	118.73	42	507.7	S/. 35,162.21	421,946.56
<b>Total</b>		<b>85</b>		<b>S/. 40,403.79</b>	<b>S/. 484,845.43</b>

Elaboración: autores de la tesis.

El presupuesto de ingreso mensual estimado sería de S/. 40,403.79 y anual de S/. 484,845.43 anual.

Tabla 10.20. Presupuesto de ventas con tasa de crecimiento anual.

<b>TASA DE CRECIMIENTO</b>		<b>5.0%</b>	<b>6.0%</b>	<b>7.0%</b>	<b>8.0%</b>
<b>Ingresos por Ventas</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
<b>Total, Ingresos</b>	484,845	509,088	539,633	577,407	623,600
<b>Total, de Ventas</b>	<b>484,845</b>	<b>509,088</b>	<b>539,633</b>	<b>577,407</b>	<b>623,600</b>

Elaboración: autores de la tesis.

Como se muestra en la tabla 10.20, el total de ingresos proyectados con una tasa de crecimiento del 5% para el primer año, 6% para el segundo año, 7% para el tercer año y 8% para el segundo año es de S/. 509,088, S/. 539,633, S/. 577,407 y S/. 623,600 respectivamente.



## 10.10. Flujo de Caja proyectado

Tabla 10.21. Flujo de caja proyectado.

FLUJO DE CAJA PROYECTADO PARA LOS 5 AÑOS						
AÑOS	PERIODO 0	2017	2018	2019	2020	2021
<b>INGRESOS</b>						
Plan 1: Visitas 1 vez/mes		62,899	62,899	62,899	62,899	62,899
Plan 2: procedimiento 7 veces/mes		421,947	421,947	421,947	421,947	421,947
IGV por ingresos		-73,959	-73,959	-73,959	-73,959	-73,959
VALOR RESIDUAL						15,361
<b>TOTAL, DE INGRESOS</b>		<b>410,886</b>	<b>410,886</b>	<b>410,886</b>	<b>410,886</b>	<b>426,247</b>
<b>INVERSION</b>						
APORTE PROPIO	21,515					
PRESTAMO	50,202					
<b>COSTO DE MERCADERIA</b>		<b>-250,826</b>	<b>-250,826</b>	<b>-250,826</b>	<b>-250,826</b>	<b>-250,826</b>
IGV por compras de mercadería		38,262	38,262	38,262	38,262	38,262
<b>Util. Bruta antes Gastos+Finan.+Imp</b>		<b>198,322</b>	<b>198,322</b>	<b>198,322</b>	<b>198,322</b>	<b>213,683</b>
GASTOS ADMINISTRATIVOS		-93,680	-96,491	-99,386	-102,367	-105,438
GASTOS DE VENTAS		-21,140	-21,140	-21,140	-21,140	-21,140
<b>TOTAL, EGRESOS OPERATIVOS</b>		<b>-114,820</b>	<b>-117,631</b>	<b>-120,526</b>	<b>-123,507</b>	<b>-126,578</b>
<b>UTILIDAD antes IMPUESTOS Y DEUDA</b>		<b>83,501</b>	<b>80,691</b>	<b>77,796</b>	<b>74,815</b>	<b>87,105</b>
DEPRECIACION		-7,057	-5,600	-4,501	-3,621	-6,280
<b>FLUJO DE CAJA ECONOMICO</b>	<b>-71,718</b>	<b>76,444</b>	<b>75,091</b>	<b>73,295</b>	<b>71,194</b>	<b>80,824</b>
<b>Amortizacion</b>	<b>50,202</b>	<b>-6,117</b>	<b>-7,646</b>	<b>-9,558</b>	<b>-11,947</b>	<b>-16,818</b>
<b>INTERESES</b>		<b>-10,701</b>	<b>-9,172</b>	<b>-7,260</b>	<b>-4,871</b>	<b>-1,884</b>
<b>Flujo Antes de Impuestos</b>		<b>59,626.2</b>	<b>58,273.1</b>	<b>56,476.6</b>	<b>54,375.8</b>	<b>62,122.2</b>
<b>IMPUESTO LA RENTA</b>	0.15	- 8,943.9	- 8,741.0	- 8,471.5	- 8,156.4	- 9,318.3
<b>Caja Disponible</b>						
<b>FLUJO DE CAJA FINANCIERO</b>	<b>- 71,717.8</b>	<b>50,682.3</b>	<b>49,532.1</b>	<b>48,005.1</b>	<b>46,219.5</b>	<b>52,803.9</b>

Elaboración: autores de la tesis.

Tabla 10.22. Indicadores de rentabilidad

<b>EVALUACIÓN ECONÓMICA</b>	
<b>TIR</b>	<b>98%</b>
<b>VAN</b>	<b>104,534.8</b>
<b>COSTO DE CAPITAL</b>	<b>26.5%</b>
<b>B/C (BENEFICIO/COSTO)</b>	<b>2.46</b>
<b>EVALUACIÓN FINANCIERA</b>	
<b>TIR</b>	<b>63%</b>
<b>VAN</b>	<b>49,073.2</b>
<b>COSTO DE CAPITAL</b>	<b>26.5%</b>

Elaboración: autores de la tesis.

En la tabla 10.22. se puede apreciar que la evaluación económica efectuada arrojó una tasa interna de retorno (TIR) de 98% para la evaluación económica y un valor actual neto VAN de S/. 104,534.80 y para la evaluación financiera una TIR de 63% y una VAN de S/. 49,073.20.

Ese contexto ilustra que el plan de negocio es rentable y por lo tanto es viable; asimismo es posible de ser implementado para su desarrollo. Cabe precisar que se observa que la TIR es alta y esto se debe a que el proyecto es innovador y en la actualidad existen pocas organizaciones con la oferta de servicios de cuidados paliativos domiciliarios en la zona de Lima Este.

### 10.11. Estado de resultados

Tabla 10.23. Estado de resultados

<b>INGRESOS POR VENTA</b>	<b>2018</b>
PLAN 1	62,898.9
PLAN 2	421,946.6
IGV por ventas	-73,959.5
<b>INGRESOS BRUTOS</b>	<b>410,886.0</b>
<b>COSTOS X COMPRA</b>	<b>-250,825.7</b>
IGV X COMPRAS	38,261.6
<b>GASTOS OPERATIVOS</b>	<b>198,321.8</b>
Gastos de Administración	93,680.4
Gastos de Ventas	21,140.0
Total, gastos operativos	114,820.4
Amortización + interese	-16,818.1
<b>TOTAL, VENTAS Antes de IR</b>	<b>66,683.2</b>
Impuesto a la renta 15%	-10,002.5
<b>TOTAL, VENTAS NETAS</b>	<b>56,680.7</b>

Elaboración: autores de la tesis.

Se puede apreciar en la tabla 10.23 que muestra el estado de resultados para el primer año, que lo gastos operativos son de 198,321.80, el total de ventas antes de impuestos a la renta es de 66,683.20 y el total de ventas netas 56,680.70.

## **CAPITULO XI: CONCLUSIONES**

Como se observa durante el desarrollo del presente plan de negocio, los pacientes que padecen la enfermedad del cáncer y que por su condición no pueden ser curados, presentan una serie de dolencias que durante la evolución de la enfermedad, si bien es cierto, reciben tratamiento médico oncológico para la patología primaria, muchas de estos malestares propios de la enfermedad o que se desprenden del mismo tratamiento oncológico como la astenia, anorexia-caquexia, deshidratación, mucositis, disfagias, náuseas y vómitos, estreñimientos, diarrea, ascitis, úlceras por presión, disnea, tos, síntomas psíquicos como delirium, tristeza, ansiedad y agitación psicomotriz, son manifestaciones que pueden expresarse en diversos grados y son parte del día a día del padecimiento de esta enfermedad, pero que a la vez, para nuestro sistema de salud, no son motivo suficiente para que estos pacientes puedan ser atendidos oportunamente en un centro hospitalario, más aún se adiciona la dificultad del trasladado de estos pacientes desde sus domicilios hasta el establecimiento asistencial, lo cual ofrece un panorama mucho más sombrío, existiendo una necesidad claramente no cubierta en estos aspectos, para los pacientes que sufren la enfermedad del cáncer.

En ese contexto se desarrolla el plan de negocio de servicios de cuidados paliativos domiciliarios, cuya finalidad es efectuar el tratamiento, acompañamiento o soporte de los malestares mencionados en el párrafo anterior en forma personalizada, humanizada, espiritual y en la comodidad de sus domicilios o donde el paciente lo requiera.

Para ello se ha efectuado una investigación a través del levantamiento de información teórica, antecedentes y otras descritas en la metodología del presente plan de negocio como encuestas, grupo focal que fueron efectuadas tanto a pacientes que padecen de cáncer como a su familiares y entrevista a expertos médicos, de las cuales se desprendieron resultados muy satisfactorios como el mercado meta, que serían las mujeres en un rango de edades de 25 a 44 años y la focalización de las ventas que debería efectuarse en la localidad del distrito del Agustino; asimismo la sensibilización que debería efectuarse, respecto a la importancia y cobertura de necesidad en cuidados paliativos, que estaría orientada hacia los cuidadores principales o familiares directos. Del mismo modo el grupo focal, otorgó una orientación importante y aclaró dudas que

se formularon luego de la aplicación en las encuestas, como por ejemplo en la pregunta del encuesta relacionada a la disposición de pago de los familiares de los pacientes con cáncer del Hospital Nacional Hipólito Unanue que tuvo como resultante que solo el 28.5% estarían dispuestos a pagar para la atención en cuidados paliativos en su domicilio, correspondiendo a la mayoría no tener una disposición ni a favor ni en contra de pagar un servicio de esta naturaleza y como resultado del desarrollo del grupo focal, se pudo conocer según los datos vertidos por los integrantes, que la familia es el eje principal en el apoyo tanto económico como emocional, para los casos en que según su perspectiva lo ameritaba.

Desde el punto de vista del consumidor, se observa que el servicio de cuidados paliativos domiciliarios, ante una lamentable situación de enfermedad como la del cáncer, se convierte en una verdadera necesidad, no solo para el paciente oncológico sino también para los familiares que acompañan día a día en la enfermedad.

Por otro lado, al ser considerado un negocio de bajo coste, debido a la naturaleza del otorgamiento del servicio, en el cual se contempla el desarrollo de las actividades con operarios no médicos, el financiamiento para la implementación del mismo no ha mostrado ser un inconveniente para la implementación, ya que con poca inversión mixta, es decir, con financiamiento privado o propio del 30% y con 70% de financiamiento bancario del total de la inversión, la TIR nos arroja un resultado del 98% en la evaluación económica y del 63% en la evaluación financiera.

El desarrollo de las operaciones del servicio de cuidados paliativos será efectuado por personal no médico, recluidos preferentemente de los centros asistenciales aledaños a la zona del mercado meta, los cuales serán seleccionados a través de la evaluación de un perfil especial en donde se enfatice el trato humanizado hacia los pacientes y sus familiares. Los costes serán muy dependientes del efecto “experiencia” del cliente y la familia, es decir, la continuidad implica en la mayoría de los caso el otorgamiento del servicio en forma repetitiva, lo cual mejorará el resultado de manera exponencial, siendo esto finalmente fuente de ahorro de costes y de mayor fiabilidad para el cliente objetivo, al involucrar a la familiar como componente indispensable para el tratamiento de sus dolencias, logrando de esta forma, a través de una interacción constante con el

cuidador principal o familiar, lograr establecer una ventaja competitiva para la organización. Adicionalmente a ello, se contará con personal administrativo quienes efectuaran las labores administrativas para el servicio de atención al cliente como para la operatividad de la movilidad que transportará al personal que efectúe las labores asistenciales.

Es relevante agregar que existe pobre información en la población respecto al manejo del dolor y cuidados paliativos en el cáncer, a esto se suma la pobre información brindada por los profesionales médicos tratantes de estos pacientes, lo cual esto se convierte en una amenaza que no ha de pasar desapercibida; por lo tanto, la educación, sensibilización en el contexto de estos temas, tendrá un rol importante en el desarrollo del negocio.

Una de las oportunidades que se han podido evidenciar durante el desarrollo de la investigación, es la oferta inexistente en el mercado de servicios de cuidados paliativos otorgados en forma integral y de manera domiciliaria, por lo que el servicio de cuidados paliativos Salud & Esperanza, se convierte en una innovadora opción de cobertura de una necesidad de impacto positivo en la sociedad, para aquellos pacientes que padecen la enfermedad del cáncer y así mismo en una alternativa de negocio viable, factible de ser emprendida.

## ANEXO I

### CUESTIONARIO PARA FAMILIAR SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS PARA EL PACIENTE CON CÁNCER

#### INSTRUCTIVO.

Saludos cordiales, a nombre del grupo de la Maestría Gerencia de los Servicios de Salud de la Universidad ESAN, el presente instrumento ha sido elaborado como parte de un trabajo de investigación con el objetivo de implementar un modelo de negocio de servicios de cuidados paliativos domiciliarios para pacientes con cáncer de Lima Este. Es importante y necesario que sus respuestas sean sinceras pues nos servirá para un correcto análisis.

Le aseguramos que la información otorgada será de carácter anónimo y confidencial.

A continuación se le presenta una serie de preguntas para que responda si se encuentra de acuerdo con ellas o no. Frente a cada afirmación se presentan cinco posibilidades de respuesta:

- Marque 1: si su opinión es de Total desacuerdo
- Marque 2: si su opinión se inclina al desacuerdo
- Marque 3: si no está de acuerdo ni tampoco en desacuerdo
- Marque 4: si su opinión se inclina hacia el acuerdo
- Marque 5: si su opinión es de Total acuerdo

#### DATOS GENERALES

1.- Edad:..... Lugar de Residencia:.....

2.-Estado civil:

- a) casado ( )
- b) Soltero ( )
- c) Divorciado ( )
- d) Viudo ( )
- e) conviviente ( )

3.-Grado de instrucción

- a) Primaria completa ( )
- b) Primaria incompleta ( )
- c) Secundaria completa ( )
- d) Secundaria incompleta ( )
- e) Superior completa ( )
- f) Superior incompleta ( )

4.-Sexo

- a) Femenino ( )
- b) Masculino ( )

5.-quien es su cuidador principal (padre, madre, esposo (a), abuelo (a), hermano(a), hijo(a), otros):.....

6.-Hace cuánto tiempo o cuándo le diagnosticaron de cáncer:.....

**CUESTIONARIO PARA FAMILIAR SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS PARA EL  
PACIENTE CON CÁNCER**

ITEMS	Total desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Total acuerdo
	1	2	3	4	5
P1. Considera que los cuidados paliativos están relacionados con el cuidado de la vida de los pacientes que sufren enfermedades como el					
P2. Considera usted que el cuidado paliativo responde a la necesidad de los pacientes con <del>su familia</del>					
P3. En relación al estado de enfermedad, evolución, etc. ¿cree que la atención de cuidados paliativos ayudaría a sobrellevar la enfermedad <del>del cáncer en su paciente?</del>					
P4. Considera Ud. que los cuidados paliativos deben forma parte del tratamiento para el cáncer.					
P5. Le gustaría que su paciente reciba atención en cuidados paliativos en su domicilio.					
P6. Le gustaría que la prevención y calma de las náuseas y vómitos de su paciente sea en su					
P7. Se sentiría Ud. seguro que se realice prevención y calma del dolor de su paciente en su					
P8. Se sentiría Ud. seguro que se realice prevención y calma de la falta de aire o respiración de su paciente en su domicilio.					
P9. Se sentiría Ud. seguro que se realice aplicación de suero para su paciente en su					
P10. Se sentiría Ud. seguro que se realice prevención y calma de las escaras de su paciente					
P11. Se sentiría Ud. seguro con prevenir y calmar la tristeza, falta de sueño, ansiedad y descontrol de la conducta de su paciente en su domicilio.					
P12. Ud. Como cuidador principal o familiar estaría interesado en participar en la atención de cuidados paliativos en su domicilio.					
P13. Los cuidados paliativos mejorarían la calidad de vida de su paciente.					
P14. Estaría dispuesto a pagar para la atención en cuidados paliativos en su domicilio					
En caso que le propusieran a Ud. un servicio de cuidados paliativos para su paciente en su <del>domicilio.</del>	<b>50 - 80 soles</b>	<b>81 -100 soles</b>	<b>101 - 120 soles</b>	<b>121 - 140 soles</b>	<b>141 - 160 soles</b>
P15. Cuánto estaría dispuesto a pagar por visita domiciliaria y paquete de intervención (MARCAR LA CANTIDAD EN SOLES QUE					



**ANEXO II**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CUESTIONARIO**

**Título del estudio:** Plan de negocio de servicios de cuidados paliativos domiciliarios para pacientes con cáncer de Lima Este

**Grupo de la Maestría de Gerencia de los Servicios de Salud de la Universidad ESAN:**

Arias Ponce, Luis Enrique, Huarcaya García, Gloria, Luna Solis, Ybeth, Mauricio Verástegui, Patricia

Yo (Nombres y Apellidos).....

Con DNI N° .....

he sido informada/o en forma detallada sobre el propósito y naturaleza del estudio, asimismo indico que mi participación es voluntaria, debe quedar claro que no es una evaluación médica sino una investigación que reportará beneficios a las personas que deseen utilizar un servicio de salud que apoye en el domicilio.

La base de datos no incluirá nada que me permita ser identificado(a) y me puedo retirar el momento que considere necesario o no me sienta bien con la preguntas que se me formule.

Por lo tanto estoy de acuerdo con participar con el cuestionario y me comprometo a llenar el cuestionario que se me proporcionen con honestidad.

Fecha: .....

.....

Firma del participante

Grupo de la Maestría  
de la Universidad  
ESAN

**ANEXO III**  
**CUESTIONARIO PARA EXPERTOS**

Saludos cordiales, el grupo de la Maestría en Gerencia de los Servicios de Salud de la Universidad ESAN, Médico Auditor Arias Ponce, Luis Enrique; Médico. Oncóloga Huarcaya García, Gloria; Médico Psiquiatra Luna Solis, Ybeth y Médico Emergencista Mauricio Verástegui, Patricia, ha elaborado el presente instrumento como parte de un trabajo de investigación relacionado a un modelo de negocio de cuidados paliativos domiciliarios para pacientes con cáncer de Lima Este, para la obtención del Grado de Magister. Agradecemos, el tiempo otorgado y la cortesía de sus respuestas.

**DATOS GENERALES DEL EXPERTO:**

Nombre y Apellidos:.....  
Profesional de la Salud en:.....  
Especialidad en: .....  
Centro Laboral:.....

**PREGUNTAS:**

1. ¿Cuáles son las patologías oncológicas más frecuentemente tratadas en el servicio o unidad en el que labora?
2. ¿Cuáles son los efectos positivos y negativos más frecuentes que genera el tratamiento contra el cáncer?
3. ¿De qué distritos son los pacientes y qué tipo de cáncer presentan aquellos que más demandas de cuidado paliativo expresan?
4. ¿Considera necesario la atención en cuidados paliativos en domicilio?
5. En su labor diaria, ¿Qué acciones realiza el personal de salud para la atención en cuidados paliativos?
6. ¿Qué efectos positivos y negativos se observa en el paciente luego de haber recibido cuidados paliativos domiciliario?
7. ¿Conoce Ud. ¿Algún servicio de cuidados paliativos domiciliario público o privado? ¿Cómo lo conoció?

## ANEXO IV

### GUÍA DE SESIÓN DEL GRUPO FOCAL

#### **1. INTRODUCCIÓN:**

El moderador hará conocer el propósito de la sesión, mencionando las siguientes reglas de discusión:

- Se tendrá un tiempo de 1 minuto para la presentación de cada uno, comentando las expectativas sobre la dinámica y de su contribución en la misma.
- Se tendrá un tiempo de 3 minutos por participante para contar su historia de salud y como llegaron al hospital en el que se encuentran.

#### **2. PREGUNTAS:**

El moderador realizará las siguientes preguntas, dando un tiempo de 2 minutos para responder a cada una.

- a) ¿Cuándo le diagnosticaron cáncer? ¿con quién estuvo? y ¿qué sentimientos le provocó el diagnóstico de cáncer?
- b) ¿Qué tratamiento le han o realizan contra el cáncer?
- c) ¿Qué efectos positivos y negativos le generó el tratamiento realizado contra el cáncer, tanto en su salud como en su vida personal y familiar?
- d) ¿Qué es lo que hace ante Ud. ¿Ante los síntomas negativos del tratamiento contra el cáncer?
- e) Si tuviera la posibilidad de elegir un lugar para ser tratado sobre los efectos negativos del tratamiento que le realizan contra el cáncer, ¿Qué lugar sería ese?
- f) De su estado (enfermedad, evolución, etc.), ¿cree que la atención de cuidados paliativos ayudaría a sobrellevar su enfermedad?
- g) ¿Considera Ud. que los cuidados paliativos deben forma parte del tratamiento para el cáncer?
- h) ¿Conoce algún servicio de cuidados paliativos a domicilio?
- i) ¿Le gustaría recibir atención en cuidado paliativo en su domicilio?
- j) ¿Qué le gustaría que tuviera un servicio de cuidados paliativos domiciliario?
- k) ¿Cuánto estaría dispuesto a pagar por un servicio de cuidado paliativo domiciliario?
- l) ¿Cómo le gustaría recibir información sobre cuidados paliativos domiciliarios, por redes sociales, afiches, teléfono, televisión?
- m) ¿La forma de pago que Ud. estaría dispuesto a pagar sería semanal, quincenal, mensual o por paquete de intervención?

**3. CIERRE:** El moderador agradecerá la participación de cada uno de los participantes del grupo focal.

**ANEXO V**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GRUPO FOCAL**

**Título del estudio:** Plan de negocio de servicios de cuidados paliativos domiciliarios para pacientes con cáncer de Lima Este

**Grupo de la Maestría de Gerencia de los Servicios de Salud de la Universidad ESAN:**  
Arias Ponce, Luis Enrique, Huarcaya García, Gloria, Luna Solis, Ybeth, Mauricio Verástegui, Patricia

Yo (Nombres y Apellidos).....  
Con DNI N°.....  
he sido informada/o en forma detallada sobre el propósito y naturaleza del estudio, asimismo indico que mi participación es voluntaria, debe quedar claro que no es una evaluación médica sino una investigación que reportará beneficios a las personas que deseen utilizar un servicio de salud de apoyo en el domicilio.

La base de datos no incluirá nada que me permita ser identificado(a) y me puedo retirar en el momento que considere necesario o no me sienta bien con las preguntas que se me formulen.

Por lo tanto, estoy de acuerdo con participar en el grupo focal y me comprometo a brindar información con honestidad.

Fecha: .....

.....  
Firma del participante

Grupo de la Maestría  
de la Universidad  
ESAN

## BIBLIOGRAFÍA

- Aldasoro Unamuno, E., Mahtnani Chugani, V., Sáenz de Ormijana Hernández, A., Fernández Vega, E., Gonzáles Castro, I., Martín Fernández, R., . . . Rico, I. (2012). *Necesidades en cuidados paliativos de las enfermedades no oncológicas. Un estudio Cualitativo desde la perspectiva de profesionales, pacientes, personas cuidadoras*. Madrid: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco OSTEBA. Obtenido de [http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_departamento/eu\\_def/adjuntos/osagin/Cuidados%20paliativos.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/eu_def/adjuntos/osagin/Cuidados%20paliativos.pdf)
- Alonso, G. (2008). Marketing de servicios: reinterpretando la cadena de valor. *Palermo Business Review*(2), 83-96. Obtenido de [http://www.palermo.edu/economicas/pdf\\_economicas/business\\_paralela/revie\\_w/marketing\\_servicios.pdf](http://www.palermo.edu/economicas/pdf_economicas/business_paralela/revie_w/marketing_servicios.pdf)
- American Cancer Society. (2015). *Datos y Estadísticas sobre el cáncer entre los Hispaños/Latinos*. Atlanta: American Cancer society, Inc.
- Apezetxea Celaya, A. (2012). Posibilidades y límites de los Cuidados Paliativos Domiciliarios. En W. Astudillo Alarcón, *Medicina Paliativa y el tratamiento del dolor en la atención primaria*. Buenos Aires, España: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos y Paliativos Sin Fronteras. Recuperado el 20 de 08 de 2017, de <http://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/10-POSIBILIDADES-Y-LIMITES-DE-LOS-CP-DOMICILIARIOS-APEZETXEA.pdf>
- Ates, G., Busa, C., Centeno, C., Csikos, A., Dautzenberg, M., & Ebenau, A. (2016). *Los cuidados paliativos integrados*. NImega, Países Bajos: Integrated palliative Care In Sup-C.
- Barrera Bolaños, F., Díaz Pérez, E., Barrantes Serrano, C., Otoyá Lopez, M., Regalado Rafael, R., Tarco Virto, D., & Torres Fernández, F. (2016). *Norma Técnica Oncológica de la Unidad Prestadora de Servicios de Salud de Cuidados Paliativos Oncológicos*. Ministerio de Salud, Lima. Lima: MINSA. Recuperado el 24 de 08 de 2017, de [http://www.irennorte.gob.pe/pdf/normatividad/documentos\\_normativos/INEN/NORMAS/2016%20RJ%20334%20NTO-CuidadosPaliativos.pdf](http://www.irennorte.gob.pe/pdf/normatividad/documentos_normativos/INEN/NORMAS/2016%20RJ%20334%20NTO-CuidadosPaliativos.pdf)
- Benítez del Rosario, M. A., & Asencio Fraile, A. (2002). Fundamentos y objetivos de los cuidados paliativos. *Atención Primaria*, 29(1), 50-52.
- Benito, A., Santamaría, J., Linares, A., García, E., & Romero, R. (2007). Cuidados Paliativos en Mallorca: la respuesta sanitaria al proceso terminal. *Medicina Balear*, 22(2), 21-27.
- Berenguel, M. (16 de julio de 2017). Cuidados Paliativos en el Perú. (E. d. Salud, Entrevistador)
- Bertolino, M., Bunge, S., David, M. L., De Simone, G., Díaz, N., Dulitzky, S., . . . Vidal y Benito, M. (2014). *Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud* (1ª ed.). Buenos Aires: Ministerio de Salud.
- Breitbart W, P. D. (2004). Psychological and psychiatric interventions in pain control. En H. G. Doyle D, *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press.
- Bond, C., Lavy, V., & Wooldridge, R. (2008). *Juego de herramientas para el cuidado paliativo. Mejorando el cuidado desde la raíz en sectores limitados en recursos*. Londres: The Worldwide Palliative Care Alliance.

- Cía Ramos, R., Fernández Lopez, A., Boceta Osuma, J., Duarte Rodriguez, M., Camacho Pizarro, T., Cabrera Iboleón, J., . . . Vinuesa Acosmo, F. J. (2007). *CUIDADOS PALIATIVOS : Proceso Asistencial Integrado* (2ª ed.). Sevilla, España: Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Obtenido de [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p\\_3\\_p\\_3\\_procesos\\_asistenciales\\_integrados/cuidados\\_paliativos/cuidados\\_paliativos.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/cuidados_paliativos/cuidados_paliativos.pdf)
- Consumo, M. d. (2008). *Estrategia en cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Madrid: Centro de Publicaciones.
- Davies, E., & Higginson, I. J. (2004). *Better Palliative Care for Older People*. Europe: World Health organization.
- Del Rio, I., & Palma, A. (2007). *Cuidados Paliativos Historia y desarrollo*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Departamento de Salud del Gobierno Vasco. (2016). *Plan de Cuidados paliativos de Euskadi 2016-2020*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Donostian-San Sebastian.
- Diresa Callao. (abril de 2017). *ADAMO*. Obtenido de DIRESA CALLAO: [http://www.diresacallao.gob.pe/wdiresa/\\_sec\\_adamo.php](http://www.diresacallao.gob.pe/wdiresa/_sec_adamo.php)
- DISA IV Lima Este. (2015). *Análisis de la Situación de Salud Lima Este*. Lima: Ministerio de Salud.
- E. Benito, J. S. (2007). Cuidados Paliativos en Mallorca: la respuesta sanitaria al proceso terminal. *Medicina balear*, Vol 22, N°2 : 21-26.
- EsSalud. (30 de julio de 2015). *Seguro Social de Salud del Perú*. Obtenido de <http://www.essalud.gob.pe/essalud-construira-moderno-hospital-de-cuidados-paliativos-en-el-2016/>
- European Association for Palliative Care. (2010). <http://www.eapcnet.eu/>. Recuperado el 24 de 08 de 2017, de <http://www.eapcnet.eu/>
- Grupo de trabajo para el abordaje de los Cuidados Paliativos en Euskadi. (2016). *Abordaje de los Cuidados Paliativos en Euskadi. Proceso de Atención y Mejora en la Fase Final de la Vida*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- HENRY, M. (1991). *Diseño de Organizaciones Eficientes*. Argentina: El Ateneo.
- Hospital Hpolito Unanue. (2012). *Acta de Firma de convenio FISSAL 2012*. Lima.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). *Situación de la población adulto mayor: Enero, Febrero Y Marzo 2017*. LIMA: INEI.
- Instituto Pallium Latinoamericana de Medicina Paliativa. (2017). *Instituto Pallium Latinoamericana de Medicina Paliativa*. Obtenido de <http://www.pallium.org.ar/>
- Kristjanson, L. J., Toye, C., & Dawson, S. (2003). New dimensions in palliative care : a palliative approach to neurodegenerative diseases and final illness in older people. *Medicine Journal Australian*, 179(6), S41-S43.
- Luis Pinillos-Ashton1, a. A.-G. (2013). Contribuciones de la Coalición. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 99-104.
- Lynch, T., Connor, S., & Clark, D. (2013). Mapping levels of palliative care development a global updat. *Journal Pain Symptom Manage*, 43(6), 1094-106.
- McNamara, B., Rosenwax, L. K., & Holman, C. D. (2006). A method for defining and estimating the palliative care population. *Journal Pain Symptom Manage* 2006, 32(1), 5-12.

- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Estrategia en cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Madrid: Centro de Publicaciones.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Oficina FISSAL del Hospital Hipolito Unanue 2016. (2017). *Reporte Estadístico de los casos informados en registro FISSAL 2016*. Lima.
- OMS. (2014). 67.<sup>a</sup> ASAMBLEA MUNDIAL. *WHA67/2014/REC/1*, (págs. 38-43). Ginebra.
- Organizacion Mundial de la Salud. (07 de JULIO de 2017). *Manejo De Las Enfermedades no Transmisibles*. Obtenido de Cuidados Paliativos: <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>
- Organizacion Panamericana de la Salud. (2013). *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades*. Washintong DC: Editorial de la Organizacion Panamericana de la Salud.
- Organization, W. H. (2017). *WHO Definition on Palliative Care*. Obtenido de <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Paliativos., G. d. (2008). Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. . *Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional parGuías de Prácticaas Clinicas en el SNS*. Madrid, España: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco.
- Pastrana, T., De Lima, L., Went, R., Eisenclas, J., Monti, C., Rocafort, J., & Centeno, C. (2012). *Atal de Cuidados Paliativos en Latinoamerica*. Houston: JAHPC Press. Recuperado el 24 de 08 de 2017, de <http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/34465/1/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20de%20Latinoamerica.pdf>
- Pereira Arana, I. (2016). *Cuidados Paliativos: El abordaje de la atención en salud desde un enfoque de los derechos humanos* (1 ed.). Bogota: Documentos Dejusticia 26. Recuperado el 20 de 07 de 2017, de <http://www.cuidadospaliativosdh.org/archivos/Informe.pdf>
- Ramos Muñoz, W. C., Venegas Ojeda, D. R., Medina Osis, J. L., Guerrero León, P. C., & Cruz Martinez, A. (2013). *Análisis de la Situación de Cáncer en el Perú*. Lima: Ministerio de Salud.
- Reyes Rodríguez, M. L. (2012). *Propuesta para la reestructuración de la cadena de valor de la empresa Penta Asesores LTDA*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Rosenwax, L. k., McNamara, B., Blackmore, A. M., & Holman, C. D. (2005). Estimating the size of a potential palliative care population. *Palliative Medicine*, 19(7), 556-562.
- Sansó Martínez, N., Castaño Riera, E. J., Arbona Bugada, E., Serra Morro, S., LLObera Cánaves, J., & Benito Oliver, E. (2013). Programa de Cuidados Paliativos de las Islas Baleares. *Medicina Balear*, 28(3), 49-55.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2008). *Control of pain in patients with cancer. A national clinical guideline*. Edimburgo.
- Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative Care: The world health organization's global perspective. *Journal Pain Syntom Manage*, 24(2), 91-96.

- Solano, J. P., Gomés, B., & Higginson, I. J. (2006). A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *Journal Pain Symptom Manage*, 31(1), 58-69.
- Yurk, R., Morgan, D., Franey, S., Burk Stebner, J., & Lansky, D. (2002). Understanding the continuum of palliative care for patients and their caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(5), 459-70.