



Plan de negocios para implementar “Cuid@r - T” empresa de servicios de cuidados paliativos para pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y/o terminales en lima

Tesis presentada en satisfacción parcial de los requerimientos para optar el grado de Magister en Gerencia en Servicios de Salud por:

Rosmery Gudelia Aliaga López

Joseph Vidal Pezo Medina

Romina Andrea Vera Mujica

Sandra Yungo Suero de Cardeña

Ana María Valverde Bejar

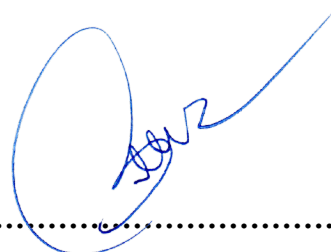
Programa de la Maestría en Gerencia en Servicios de Salud

Lima, 10 de setiembre del 2021

Esta tesis

**PLAN DE NEGOCIOS PARA IMPLEMENTAR “CUID@R - T” EMPRESA
DE SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES CON
ENFERMEDADES CRONICAS AVANZADAS Y/O TERMINALES EN LIMA**

Ha sido aprobada por:



.....
César Neves Catter (Jurado)



.....
Joana Cristina Franco Salinas (Jurado)



.....
Lydia Arbaiza Fermini (Asesora)

Universidad ESAN

2021

AGRADECIMIENTO

A Dios, quien me regala un despertar cada día. A mis padres quienes me enseñaron a soñar y a luchar por mis sueños, quienes me dieron las alas con las que ahora puedo volar, y quienes me amaron y aman con la vida y el alma. A mis hermanos, mi fortaleza, mi motor y mi motivo. A él, Fabrizio, mi vida entera.

Romina Andrea Vera Mujica

A mi esposo José, mis hijos y mi madre que incondicionalmente apoyan cada proyecto que inicio. A Dios por brindarme la familia que tengo y el soporte en mi vida.

Ana María Valverde Bejar

A Dios por estar siempre en cada paso, a mi familia por apoyarme constantemente, a mis padres por darme la oportunidad de crecer en valores y a enseñarme que todo es posible cuando uno quiere. A mi hijo Santi, que es mi fortaleza, mi motor, la razón para ser cada día mejor. A Rodrigo por ser mi soporte durante este viaje llamado vida.

Rosmery Gudelia Aliaga López

A Dios, por bendecirme, por protegerme y por llevarme por el camino del bien. A mis padres por enseñarme a ser agradecido por todas las oportunidades que se me presentan. A mi hija Valentina, por su amor, detonante de mi felicidad, de mi esfuerzo, de mis ganas de buscar lo mejor para ti. A mi grupo de la maestría, con quienes a pesar de las dificultades vividas durante estos años supimos trabajar en equipo para sacar cada tarea, cada trabajo siempre adelante. A los profesores de la Maestría por enseñarme panoramas mucho más allá de mi carrera que me ayudarán a desenvolverme con mayor seguridad en cada nuevo reto que se presente.

Joseph Vidal Pezo Medina

A Dios que siempre me acompaña y bendice cada día de mi vida. A mis padres, en especial a mi madre y mis abuelas, porque han sido para mí, un ejemplo de lucha y perseverancia para alcanzar mis metas y sueños. A mis hijos que por medio de su alegría comprensión y apoyo me motivaron a seguir adelante. A mis profesores de la maestría porque en cada clase y cada experiencia suya llenaban mi alma y mente de propósitos para mejorar este hermoso país. Y a mis compañeros de grupo por su amistad, esfuerzo y trabajo.

Sandra Sofía Yungo Suero de Cardaña

ÍNDICE GENERAL

LISTA DE TABLAS	iix
LISTA DE FIGURAS	xi
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Antecedentes	1
1.2. Problema de la investigación	4
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.4. Justificación de la investigación	6
1.5. Alcances	6
1.6. Limitaciones	7
CAPÍTULO II. MODELO DE NEGOCIO	8
2.1. Factores críticos de éxito	8
2.2. Modelo Canvas	8
2.2.1. Segmento de clientes	8
2.2.2. Propuesta de valor	8
2.2.3. Canales	9
2.2.4. Relación con clientes	9
2.2.5. Ingresos	9
2.2.6. Recursos claves	9
2.2.7. Actividades claves	11
2.2.8. Socios estratégicos	11
2.2.9. Estructura de costos	12
CAPÍTULO III. PLAN ESTRATÉGICO	13
3.1. Análisis del macro-entorno	13
3.1.1. Factores políticos y legales	13
3.1.2. Factores económicos	14
3.1.3. Factores sociales y demográficos	16

3.1.4. Factores ecológicos	23
3.2. Análisis del micro-entorno	24
3.2.1. Poder de negociación de los proveedores	24
3.2.2. Poder de negociación de los clientes	24
3.2.3. Amenaza de entrada de nuevos competidores	25
3.2.4. Amenaza de servicios sustitutos	25
3.2.5. Rivalidad entre competidores	25
3.3. Análisis de los <i>stakeholders</i> externos	26
3.4. Oportunidades y Amenazas	28
3.4.1. Oportunidades	28
3.4.2. Amenazas	28
3.4.3. Matriz Evaluación de Factores Externos	29
3.5. Matriz Perfil Competitivo	29
3.6. Estrategias y metas	30
CAPÍTULO IV. INVESTIGACIÓN DE MERCADO	34
4.1. Focus group con expertos	34
4.2. Estudio cuantitativo a clientes finales	35
4.2.1. Objetivos de la investigación	35
4.2.2. Población y muestra	36
4.2.3. Instrumento	37
4.2.4. Resultados del estudio	38
4.3. Estudio cualitativo a empresas de seguros	40
4.3.1. Resultados del estudio	40
CAPÍTULO V. PLAN DE MARKETING	42
5.1. Tamaño del mercado	42
5.2. Mercado potencial y demanda esperada	42
5.3. Plan de marketing	43

5.4. Presupuesto de marketing	47
CAPÍTULO VI. PLAN DE OPERACIONES	49
6.1. Objetivo del plan de operaciones	49
6.2. Procesos	49
6.2.1. Incorporación de pacientes al sistema	49
6.2.2. Consulta médica presencial	51
6.2.3. Teleconsulta	51
6.2.4. Plan tarifario	51
6.2.5. Servicios de enfermería	54
6.2.6. Postventa	56
6.3. Implementación de la empresa	58
CAPÍTULO VII. PLAN DE RECURSOS HUMANOS	60
7.1. Objetivos del plan de recursos humanos	60
7.2. Estructura organizacional	60
7.3. Descripción de cargos	61
7.4. Presupuesto de recursos humanos	61
CAPÍTULO VIII. PLAN FINANCIERO	65
8.1. Objetivos del plan financiero	65
8.2. Inversión inicial	65
8.3. Proyección de estados financieros	67
8.3.1. Ventas	67
8.3.2. Costo de ventas	77
8.3.3. Estado de ganancias y pérdidas	80
8.3.4. Flujo de caja	83
8.3.5. Estado de la situación financiera	88
8.4. Punto de equilibrio	91
8.5. Valor Actual Neto (VAN)	92

CAPÍTULO IX. PLAN PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS	93
9.1. Objetivos del plan de riesgo	93
9.2. Identificación de riesgos	93
9.2.1. Riesgos categorizados	93
9.2.2. Escala para valorar la probabilidad e impacto de riesgos en Cuid@r-T	94
9.2.3. Análisis de riesgos priorizados en Cuid@r-T	94
9.2.4. Riesgos analizados en Cuid@r-T	95
9.2.5. Estrategias Preventivas de riesgo en Cuid@r-T	95
9.3. Escenarios Financieros en función al riesgo	97
9.3.1. Escenario optimista de proyecto	97
9.3.2. Escenario pesimista de proyecto	98
9.4. Riesgos del país	98
9.5. Riesgos del negocio	98
CONCLUSIONES	99
REFERENCIAS	101
Anexo 1: Resultados del focus group	107
Anexo 2: Matriz de construcción del instrumento (cuestionario)	127
Anexo 3: Cuestionario	134
Anexo 4: Resultados de la investigación cuantitativa	141
Anexo 5: Resultados de la investigación cualitativa	159
Anexo 6. Perfil de Puestos y Funciones	164
Anexo 7: Presupuesto de recursos humanos	170
Anexo 8. Riesgos listados y priorizados en Cuid@r-T	174

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Perú: Población adulta mayor según condición de actividad. Trimestre: Enero-Febrero
- Marzo 2019 – 2020 (porcentaje)

Tabla 2. Matriz Evaluación de Factores Externos

Tabla 3. Matriz Perfil Competitivo

Tabla 4. Población de hogares A, B y C de Lima Metropolitana con pacientes que requieren cuidados paliativos

Tabla 5. Mercado potencial, mercado objetivo y demanda esperada

Tabla 6. Precio de los servicios a ofrecer

Tabla 7. Precio de los planes a ofrecer

Tabla 8. Presupuesto de marketing, mes a mes del año 1, en soles

Tabla 9. Presupuesto de marketing, año 1 al 5, en soles

Tabla 10. Headcount, año 1 al 5

Tabla 11. Presupuesto de recursos humanos, mes a mes del año 1, en soles

Tabla 12. Inversión inicial, en soles

Tabla 13. Porcentaje de pacientes que demanda los servicios, en función del plan

Tabla 14. Venta de servicios de enfermería (técnicas), mes a mes del año 1

Tabla 15. Venta de servicios de enfermería (técnicas), año 1 al 5

Tabla 16. Ventas detalladas, mes a mes del año 1, en soles

Tabla 17. Ventas detalladas, año 1 al año 5, en soles

Tabla 18. Costo de ventas detalladas, mes a mes del año 1, en soles

Tabla 19. Costo de ventas detalladas, año 1 al año 5, en soles

Tabla 20. Estado de ganancias y pérdidas, mes a mes del año 1, en soles

Tabla 21. Estado de ganancias y pérdidas, año 1 al 5, en soles

Tabla 22. Flujo de caja, mes a mes del año 1, en soles

Tabla 23. Flujo de caja, año 1 al 5, en soles

Tabla 24. Estado de la situación financiera, mes a mes del año 1, en soles

Tabla 25. Estado de la situación financiera, año 1 al 5, en soles

Tabla 26. Punto de equilibrio

Tabla 27. Evaluación financiera, en soles

Tabla 28. Matriz de Probabilidad-Impacto para priorización de riesgos

Tabla 29. Mapa de probabilidad e impacto en riesgos identificados

Tabla 30. Priorización de riesgos

Tabla 31. Acciones preventivas de riesgo

Tabla 32. Escenarios de evaluación financiera

Tabla 33. VAN del escenario optimista

Tabla 34. VAN del escenario pesimista

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Canvas del plan de negocio

Figura 2. Comparación de la pirámide poblacional peruana de 1950 y 2018

Figura 3. Perú: Hogares con algún miembro adulto/a mayor, según área de residencia - Trimestre: Enero-Febrero-Marzo 2020 (Porcentaje)

Figura 4. Perú: Población adulta mayor con algún problema de salud crónico, según sexo y área de residencia- Trimestre: Enero-Febrero-Marzo 2020 (Porcentaje)

Figura 5. Perú: Personas de 15 y más años, con presión arterial alta, según sexo y región natural, 2014 – 2016 (en porcentaje)

Figura 6. Perú: Personas de 15 y más años, con diabetes mellitus, según sexo y región natural, 2014 – 2016 (en porcentaje)

Figura 7. Perú: Personas de 15 y más años, con obesidad, según sexo y región natural, 2014 – 2016 (en porcentaje)

Figura 8. Distribución de hogares según NSE 2020, Lima Metropolitana

Figura 9. Modelo de las cinco fuerzas de Porter

Figura 10. Flor de Lovelock aplicada a Cuid@r-T

Figura 11. Proceso de incorporación de pacientes al sistema

Figura 12. Proceso de consulta médica presencial

Figura 13. Proceso de teleconsulta

Figura 14. Proceso de plan tarifario

Figura 15. Proceso de enfermería, brindado por licenciada

Figura 16. Proceso de técnico(a) de enfermería

Figura 17. Proceso de postventa

Figura 18. Organigrama Cuid@r-T

Figura 19. Clasificación de riesgos del proyecto Cuid@r-T

ROMINA ANDREA VERA MUJICA

Médico – cirujana, egresada de la Maestría en Gerencia en Servicios de Salud en la Universidad ESAN, con especialización médica en el área de Nefrología, y con más de 10 años de experiencia asistencial. Asimismo, ha desempeñado cargos de gestión como Coordinadora Nacional de Salud Renal, cuyo cargo ha requerido habilidades de liderazgo, capacitaciones a grandes grupos humanos, así como elaboración e implementación de normatividad. Experiencia en el área de Farmacovigilancia, habiendo desempeñado la encargatura de dicho comité en una institución de salud pública (EsSalud). Con actitudes dinámicas y positivas, resiliencia y liderazgo.

FORMACIÓN ACADÉMICA

Universidad ESAN	2018 - 2021
Maestría en Gerencia en Servicios de Salud	
Florida International University – College of Business	2019
Certificate of Risk Management in the Health Sector	
University of La Verne	
Leadership and Coaching the Human Organization	2020
Título de Especialista en Nefrología Humana	2012 - 2015
Universidad Nacional de San Agustín	
Título de Medica Cirujana	2004 - 2011
Universidad Católica de Santa María	

EXPERIENCIA PROFESIONAL

Covance Peru Services

Área: Drug Development

Cargo: Medical Data Review Associate Manager 2021 - Actualidad

Funciones: Colabora en el desarrollo del texto de la propuesta de Monitoreo Central y la revisión de los costos, contribuye a la estrategia y el desarrollo de la propuesta cuando se incluye la Revisión Médica Central. Identifique y evalúe señales de seguridad basándose en casos individuales y evaluación de datos acumulativos y mediante el uso de otros sistemas de detección de señales. Contribuye a la herramienta de evaluación y categorización de riesgos para temas relacionados con la revisión médica. Redacta y finaliza el Plan de configuración de revisión médica central. Mantiene este Plan durante todo el estudio, incluida la re-versión según sea necesario.

Centro Nacional de Salud Renal – Essalud

Área: Coordinación Nacional de Salud Renal

Cargo: Coordinadora Nacional de Salud Renal

2018 - 2021

Funciones: Realizar la coordinación con la alta dirección de Essalud para la implantación de la logística necesaria en el desarrollo de actividades para la prevención de la Enfermedad Renal Crónica. Discutir con todos los Directores Médicos de la Red Essalud sobre las causas de los problemas actuales y buscar soluciones para lograr los objetivos de la institución. Supervisar el trabajo de todos los establecimientos de salud pertenecientes a Essalud. Desarrollar una estrategia local y nacional para asegurar el cumplimiento de las metas de la institución a fin de cuidar la salud renal de la población. Impartir formación y asistencia técnica virtual a los establecimientos sanitarios de Essalud.

IDIOMAS

Inglés Nivel Avanzado

Francés Nivel Intermedio

MANEJO DE PROGRAMAS

Microsoft Office – Nivel Intermedio

VALVERDE BEJAR, ANA MARIA

Magíster en Gerencia de Servicios de Salud, egresada de la Universidad ESAN y Magíster egresada en Salud Pública de la Universidad Federico Villarreal con 16 años de experiencia en la atención de la salud reproductiva, 6 años de experiencia en gestión de servicios del paciente y 8 años de experiencia en la dirección administrativa en la especialidad de Seguros de salud y desarrollo de mejora de procesos de atención prestacional. Con destreza para liderar y dirigir equipos de alto rendimiento y mejoras continuas. Con altos valores éticos, proactiva, agilidad para la toma de decisiones y de carácter resolutivo.

FORMACIÓN ACADÉMICA

Maestría en Gerencia de Servicios de Salud	2018-2021
Universidad ESAN	
Maestría en Salud Pública	2000-2002
Universidad Nacional Federico Villarreal (egresada)	
Médica Cirujana	2008
Universidad Científica del Sur	
Licenciada en Obstetricia	1994
Universidad Nacional Mayor de San Marcos	

EXPERIENCIA PROFESIONAL

Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja

Jefe de Seguros Públicos y Privados

octubre 2014– a la fecha

Responsable del Equipo de Seguros del Instituto, en el que se gestiona la operación de los convenios públicos y privados en el ámbito de los procesos prestacionales y su concordancia financiera de transferencias efectuadas al Instituto por el concepto de financiamiento prospectivo de las prestaciones y menor frecuencia retrospectiva. Asimismo, gestiono al personal a cargo bajo tres áreas de desempeño (33 colaboradores) para el desarrollo y mejora del clima laboral. He logrado diseñar, implementar y operar el equipo de seguros el cual contribuyó a generar incremento adicional a los presupuestos para financiamiento de las prestaciones, además se diseñar estrategias de Intercambio prestacional con las IAFAS públicas y privadas mediante la negociación de los convenios, aporte de estructura de organización de

cada convenio y conceptualizar la negociación en convenios o contratos privados. La intervención técnica del equipo ha permitido concretar convenios y contratos y su operacionalización en los 8 años de conducción del área. Generando una aportación en el intercambio prestacional con 7 IAFAS públicas, 3 IAFAS privadas y 3 IPRESS.

Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja

Auditor de la Unidad de gestión de la Calidad febrero 2014– setiembre 2014

Coordinar y gestionar los procesos de mejora continua mediante la revisión de las Guías de práctica clínica que los servicios asistenciales proponían, se trabajó de manera activa como comité técnico en la primera evaluación de Categorización del Instituto, llegando a categorizar en el año 2104 posibilitando mantener convenios de tipo prestacional y financiamiento a través de las IAFAS públicas.

Instituto Nacional Materno Perinatal

Médico Auditor en la Unidad de Seguros noviembre 2012 – enero 2014

Auditoria medica de las prestaciones de Salud de las Unidades Productoras de Salud ambulatoria, apoyo al diagnóstico, emergencia y hospitalización en función a las reglas de validación y consistencia del seguro Integral de salud acorde al Convenio vigente suscrito evaluaciones ejecutadas por la empresa en las diversas sedes ubicadas a nivel nacional, con la ejecución de proceso de retroalimentación concurrente en el desarrollo óptimo de la prestación de salud.

Instituto Nacional Materno Perinatal

Auditor Médico en Referencias noviembre 2009 – octubre 2012

Coordinaciones y gestión del proceso de referencias y contrarreferencias en el ámbito de las atenciones de emergencia de la salud reproductiva y neonatal, en función a las normas públicas vigentes y en acuerdo al grado de complejidad y capacidad resolutoria de los casos.

Instituto Nacional Materno Perinatal

Obstetrix asistencial abril 2001 – octubre 2009

Responsable de la gestión clínica de pacientes asignados en las unidades productoras de salud hospitalización, centro obstétrico, emergencia mediante la planificación, organización, supervisión y evaluación de las necesidades individuales de atención en función a la calidad y eficiencia del manejo en equipo. Asimismo, participé con el equipo de investigación clínica

del Instituto mediante la asesoría de proyectos, capacitaciones y monitorización de los proyectos. Además, se ejecutó reportes estadísticos de los proyectos de investigación, líneas de investigación de acuerdo a los objetivos institucionales.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Certificate of Risk Management in the Health Sector	2017
Florida International University – College of Business	
Diplomado en Dirección de Seguros	2014
Universidad Nacional San Luis Gonzaga-Ica	
Diplomado en Auditoría Médica	2011
Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, registro de auditor A00907	

IDIOMAS

Inglés – Nivel básico

Portugués – Nivel intermedio

MANEJO DE PROGRAMAS

Sistema Operativo Microsoft Windows XP, Microsoft Office, Microsoft Internet explorer - Nivel Intermedio.

IBM SPSS - nivel Intermedio

RECONOCIMIENTOS

2006 Reconocimiento al Mérito, Colegio Regional de Obstetras III Lima – Callao.

2003 Diploma Concurso de Investigación 2006, Tercer Puesto: Investigación “Tiempos y Movimientos en el Servicio de Hospitalización –INMP 2003”.

2001 Reconocimiento como Miembro del Comité Técnico Asesor de la Dirección Ejecutiva de Investigación y Desarrollo de Tecnologías del Instituto Materno Perinatal.

ROSMERY GUEDELIA ALIAGA LÓPEZ

Magister en Gerencia de Servicios de Salud, egresada de la Universidad ESAN, Médica Cirujana, egresada de la Universidad San Martín de Porres, perteneciente al Colegio Médico del Perú, interesada en desarrollarme en el área de gestión y medicina ocupacional. Soy una persona con altos valores éticos, proyección a la comunidad, empática con los pacientes, proactiva, trabajadora, responsable, creativa, sociable y humanitaria.

FORMACIÓN ACADÉMICA

Maestría en Gerencia de Servicios de Salud	2018-2021
Universidad ESAN	
Médica Cirujana	2004-2011
Universidad de San Martín de Porres	

EXPERIENCIA PROFESIONAL

Médico Asesor en Salud Ocupacional **2021 – a la fecha**

Asesoría en la gestión de salud ocupacional de la Municipalidad de San Borja, con la finalidad de fortalecer el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Oficina de Capital Humano, en el cumplimiento con lo dispuesto la Ley 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo y sus modificatorias en relación a la Vigilancia de la Salud del Trabajador en el contexto del COVID-19.

Nombre de la empresa

Municipalidad de San Borja

Médico Auditor **2021 – a la fecha**

Auditoría médica de las evaluaciones ejecutadas por la empresa en las diversas sedes ubicadas a nivel nacional, según los planes de calidad de cada cliente, con la finalidad de desarrollar un óptimo servicio de atenciones médicas a cada uno de ellos, así como en cumplimiento de lo establecido por la normativa actual.

Nombre de la empresa

SG Natclar S.A.C.

Médico Ocupacional **2018 – 2021**

Gestión de Salud Ocupacional del Departamento de Recursos Humanos, seguimiento de exámenes médico ocupacionales de nuestro personal a nivel nacional, vigilancia de la salud de los 7000 trabajadores a nivel nacional, elaboración de programas de vigilancia médica, elaboración del Plan para la Vigilancia, Prevención y Control del Covid-19 en el Trabajo, así como el seguimiento de los casos reportados a nivel nacional.

Nombre de la empresa

Servicios Integrados de Limpieza S.A.

Médico Ocupacional

2017 – 2017

Gestión de Salud Ocupacional, vigilancia médica de la salud de los trabajadores, elaborando programas de vigilancia médica, en los cuales se realizaba el seguimiento de determinadas patologías, a fin de salvaguardar la salud de nuestros trabajadores, con el objetivo de aumentar la productividad de cada uno de ellos.

Nombre de la empresa

Medlabor E.I.R.L.

Médico Ocupacional

2015 – 2016

Gestión de Salud Ocupacional del Departamento de Recursos Humanos, desarrollo de protocolos de exámenes médico ocupacionales, según el puesto de trabajo de cada uno de nuestros trabajadores a nivel nacional, vigilancia de la salud de los trabajadores a nivel nacional, elaboración de programas de vigilancia médica. Atención médica al personal postulante a la empresa, así como a diversos trabajadores que requieran una consulta médica. Ejecución de capacitaciones de prevención de diversas enfermedades o riesgos a los que se encuentran expuestos cada uno de los trabajadores.

Nombre de la empresa

Servicios Integrados de Limpieza S.A.

Médico SERUMS

2012 – 2013

Nombre de la empresa

Centro de Salud “Vista Alegre” Nazca, Ica – Perú.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Certificate of Risk Management in the Health Sector 2019
Florida International University – College of Business

Diplomado En Auditoría Médica 2017
Universidad Nacional San Luis Gonzaga – Ica

Diplomado en Salud Ocupacional 2016
Universidad Nacional San Luis Gonzaga – Ica

IDIOMAS

Inglés – Nivel básico

Portugués – Nivel Intermedio

MANEJO DE PROGRAMAS

Microsoft Office – Nivel Intermedio

JOSEPH VIDAL PEZO MEDINA

Médico – cirujano, egresado de la Maestría en Gerencia en Servicios de Salud de la Universidad ESAN, con especialización en el campo de la Nefrología, y con más de 10 años de experiencia asistencial. Actualmente, vengo desempeñando cargos de gestión en el servicio de Nefrología del Hospital II-2 Tarapoto y de Dirección Médica en una Clínica Privada de Hemodiálisis de la misma ciudad. También realizo consultorías de gestión y de tipo asistencial en el campo de mi especialidad en la ciudad de Moyobamba. Con gran interés para desarrollarme dentro de los campos de gestión, público y privado, de la salud renal. Responsable, proactivo y con labores de proyección social.

FORMACIÓN ACADÉMICA

Universidad ESAN	2018 - 2021
Maestría en Gerencia en Servicios de Salud	
Florida International University – College of Business	2019
Certificate of Risk Management in the Health Sector	
Título de Especialista en Nefrología Humana	2013 - 2016
Universidad Nacional Mayor de San Marcos	
Título de Médico Cirujano	2003 - 2010
Universidad Católica de Santa María	

EXPERIENCIA PROFESIONAL

Hospital II-2 Tarapoto – MINSA. GORESAM. San Martín

Área: Servicio de Nefrología

Cargo: Jefe del Servicio de Nefrología 2019 - Actualidad

Funciones: Planifico y organizo todas las actividades administrativas, asistenciales, docentes y de promoción del servicio de nefrología en concordancia con el reglamento de organización y funciones del hospital. Superviso y monitoreo la labor del personal del servicio. Asimismo, brindo atención médica especializada e integral en el servicio con calidad y respeto a las normas de ética médica.

Centro Modelo de Hemodiálisis EQUILUX SAC Tarapoto. San Martín

Área: Hemodiálisis

Cargo: Director Médico

2020 - Actualidad

Funciones: Soy el responsable de la gestión clínica del centro de hemodiálisis mediante la planificación, organización, supervisión y la evaluación de la calidad de prestación en función de los indicadores de eficiencia en los tratamientos de diálisis. Elaboro e informo reportes estadísticos de diálisis. Lidero reuniones del equipo multidisciplinario para la evaluación y el manejo integral de los pacientes.

Centro Modelo de Hemodiálisis EQUILUX SAC Tarapoto. San Martín

Área: Hemodiálisis

Cargo: Médico Asistencial

2017 - Actualidad

Funciones: Realizo la admisión del paciente, elaboro historias clínicas, informo a los pacientes y sus familiares sobre el tratamiento de hemodiálisis. Coordino, ejecuto y apoyo las actividades asistenciales.

Centro Renal San Martín. Moyobamba. San Martín

Área: Hemodiálisis

Cargo: Médico Asistencial

2020 - Actualidad

Funciones: Realizo consultorías en la especialidad de nefrología. Desempeño funciones asistenciales y de orientación administrativa en la gestión clínica del centro renal. Planifico, en estrecha coordinación con la administración de la clínica, el tipo de tratamiento a brindar y la urgencia en las mismas.

IDIOMAS

Inglés – Nivel avanzado

MANEJO DE PROGRAMAS

Microsoft Office – Nivel Intermedio

SANDRA SOFIA YUNGO SUERO DE CARDEÑA

Magíster en Gerencia de Servicios de Salud de la Universidad ESAN, Bachiller en Obstetricia y Puericultura Universidad Católica de Arequipa, con Especialización en Audiología en la Universidad de Salamanca-España. Experiencia en el área Audiológico y desempeño de cargos Administrativos y capacitaciones de Centros audiológicos. Con destreza para liderar equipos de trabajo, mejoras continuas en productividad, generando óptimo clima laboral. Con altos valores humanos y de empatía.

FORMACIÓN ACADÉMICA

Universidad ESAN Maestría en Gerencia en Servicios de Salud	2018 - 2021
Florida International University – College of Business Certificate of Risk Management in the Health Sector	2018
Universidad de Salamanca – España Especialización en Audiología	2017 - 2018
Universidad Católica de santa María – Arequipa Bachiller en Obstetricia y Puericultura	1989 - 1994

EXPERIENCIA PROFESIONAL

Salud Audiológica S.A.C

Cadena de Centros auditivos en Lima y Arequipa, dedicada a la atención y rehabilitación de personas con problemas auditivos.

Gerente de Marca

enero 2018– enero2020

Responsable de la capacitación en el manejo de software, funcionamiento y calibración de los dispositivos médicos, Audífonos de la Marca ReSound AS (Dinamarca) y Bernafon AG (Suiza) y adaptación a personas hipoacúsicas al personal de los centros especializados de la empresa, asimismo capacitación en el área de atención al cliente. Logrando un alto

conocimiento y desempeño del personal mejorando así la atención al paciente hipoacúsico, reflejándose en la satisfacción del mismo y el incremento de las ventas. Apoyo en el planeamiento de estrategias y campañas de marketing.

BIOACUSTIC DROGUERÍA Y BIOACUSTIC HEARING CENTER LIMA

Importadora y Centro Auditivo dedicado a la importación directa y la adaptación de dispositivos médicos, Audífonos, para personas con pérdida auditiva.

Administración

Julio 2007 – diciembre 2017

Droguería: Dirigir y administrar la droguería en temas de asuntos regulatorios, aprobaciones sanitarias para dispositivos médicos, trámites para certificaciones de Buenas Prácticas de Almacenamiento, Distribución y Transporte; implementación de Sistemas de Calidad; presentación en procesos de Licitaciones y compras que realiza el Estado.

Centros Auditivos: Capacitación al personal en uso de software para programación de Audífonos de alta tecnología digital. Responsable de la supervisión y seguimiento de procedimientos de buenas prácticas de atención al cliente.

CENTRO AUDITIVO SAB

Centro especializado en la adaptación de dispositivos médicos audífonos a pacientes Hipoacúsicos

Servicio técnico, Laboratorio de prótesis a medida

Abril 1999 - Junio 2006

Primer Centro Auditivo de Arequipa que ofrecía el servicio completo de exámenes de evaluación Audiológica, encapsulados de prótesis auditiva y Adaptación de Audífonos marca Bernafon AG.

Mi capacitación en el extranjero (Suiza) y por extranjeros en el Centro Auditivo SAB marcó el inicio de mi carrera en la audioprótesis pues obtuvimos como conocimiento la mejor tecnología Digital del momento implementando implementando uno de los primeros Laboratorio Otoplástico UV en el Perú.

Como Jefe de servicio Técnico y del Laboratorio de prótesis a medida coberturamos la ciudad de Arequipa, Bolivia y Chile.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Maestría en Fonoaudiología Pontificia Universidad Católica de Perú	2020 - Actualidad
Seminario Inteligencia Artificial Experiencia del Cliente GN ReSound America Latina LIMA (terminado)	2019
Técnicas para mejora de empatía y Carisma	2018
Diplomado Innovación y Emprendimiento ESAN (terminado)	2017
Curso de Buenas Prácticas de Almacenamiento, Distribución y Transporte Dispositivos Médicos CEQUIFAR LIMA	2016
Curso Modificatoria según DS 016-2011-SA en Registro Sanitario CEQUIFARM (terminado)	2016
Seminario Audiología y Técnicas de venta GN ReSound América Latina Panamá (terminado)	2016
Entrenamiento de Servicio y reparación de Audífonos Bloomington Massachusetts USA (terminado)	2018

IDIOMAS

Inglés – Nivel básico

MANEJO DE PROGRAMAS

Microsoft Office – Nivel avanzado

Corel Draw, – Nivel básico

Excel -Nivel Básico

RESUMEN EJECUTIVO

Maestría en: Gerencia de Servicios de Salud

Título de la Tesis: “Plan de Negocio para Implementar “CUID@R - T”, empresa de Servicios de Cuidados Paliativos para Pacientes con Enfermedades Crónicas Avanzadas y/o terminales en Lima”

Autores: Rosmery Gudelia Aliaga López
Joseph Vidal Pezo Medina
Romina Andrea Vera Mujica
Sandra Yungo Suero de Cardeña
Ana María Valverde Bejar

Resumen

En el Perú, existen muy pocas empresas privadas que se encargan de ofrecer cuidados paliativos, pero en su mayoría brindan sus servicios exclusivamente a pacientes oncológicos, excluyendo al resto de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y/o terminales.

El presente trabajo tiene por objetivo un Plan de Negocios para Implementar un Servicio de Cuidados Paliativos para Pacientes con Enfermedades Crónicas Avanzadas y/o terminales en la ciudad de Lima, para tal efecto se plantea los siguientes objetivos:

- Evaluar la implementación de una empresa privada que ofrezca servicios de cuidados paliativos o de fin de vida de forma integral y multidisciplinaria a domicilio y/o por teleconsulta en Lima Metropolitana.
- Establecer el plan de operaciones en base a las principales actividades a desarrollar en la empresa, tales como atención médica y de enfermería a domicilio, a partir del plan de marketing.
- Evaluar financiera y económicamente, el plan desarrollado para implementar una empresa privada que brinde servicios de cuidado paliativo y de fin de vida en Lima Metropolitana.

Se considera oportuno implementar una empresa privada que oferte este tipo de servicios de salud especializados a domicilio y por teleconsulta, teniendo en cuenta que las enfermedades

crónicas avanzadas, sobre todo de índole no transmisible, tienen un índice de mortalidad igual al 70%.

La empresa se ubicará en la ciudad de Lima, donde se proyecta una demanda potencial que requieren el servicio de cuidados paliativos, 6,384 hogares, habiendo la disposición de contratar el 89% (50% totalmente dispuesto y 39% dispuesto), habiendo un 42% de los hogares cuya preferencia se dirige hacia los servicios de salud privada. La característica principal que definen los hogares que caracteriza un servicio de cuidados paliativos es la atención rápida, el diagnóstico y experiencias claras además de la excelencia en la atención al paciente. Los distritos de mayor interés de compra del servicio son los distritos de Santiago de Surco (24%), San Borja (16%), Miraflores (14%), San Isidro (11%) y La Molina (10%).

Los servicios a brindarse en torno a los cuidados paliativos y de fin de vida son a domicilio, por teleconsultas, servicios de enfermería a domicilio, administración de medicamentos, terapias complementarias a la atención médica y alquiler de equipos. El servicio se dispone bajo los siguientes elementos: (a) Información del portafolio de servicios y planes, (b) toma de pedidos por aplicaciones, (c) sistema de facturación a través de planes o servicio individualizados, (d) mecanismos de pago virtual, (e) atención las 24 horas en los 365 días del año, (f) hospitalidad y cuidado diferenciado.

Para desarrollar el plan de negocios, se ha calculado una inversión de S/. 542,686, en el que se ha considerado el capital de trabajo equivalente a dos meses de gastos de personal, gastos de marketing, gastos de alquiler de oficina, gastos de mantenimiento de vehículo y gasto de servicios básicos. A partir del análisis de costos elaborado, se determinó el estado de pérdidas y ganancias por año con rendimiento mínimo del 20% manejándose esta tasa como el costo de los fondos obteniéndose un VAN de S/ 27,591. En relación con los riesgos asumidos en el contexto macroentorno o riesgo país definimos el escenario probable de participación de mercado en el año 1 del 2.3%, siendo los escenarios extremos (optimista y pesimista de 2.4% y 1.8% respectivamente).

Finalmente, luego de establecer el análisis y las respectivas evaluaciones se concluye que una empresa dedicada a brindar servicios de cuidados paliativos y de fin de vida es viable en términos de mercado y financiero, los cuales son atractivos en términos de inversión interna.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), los cuidados paliativos son un campo de la medicina cuyo objetivo es prevenir y aliviar el sufrimiento, así como también brindar, en la medida de lo posible, una mejor calidad de vida a los pacientes que presentan una enfermedad grave y/o avanzada que este comprometiendo su vida, y que altere tanto su bienestar como el de su familia. Actualmente, a nivel mundial, una de las principales limitaciones para la implementación de cuidados paliativos ha sido la falta de un consenso sobre la definición de este servicio, cuando debe aplicarse, a quienes y por quienes.

La OMS define el término de Cuidados Paliativos en el año 2002, y es en la Conferencia de la International Association for Hospices & Paliative Care llevada a cabo el 2019, que se plantea una serie de desafíos, tal como limitar los cuidados paliativos a problemas relacionados con enfermedades potencialmente mortales, en lugar de englobar a pacientes con afectaciones graves, crónicas y complejas. La definición acotada a cuidados paliativo-pediátricos es aún más antigua y propone desafíos similares. Una de las principales causas de la falta de acceso a estos servicios son reglamentos excesivamente restrictivos del uso de opioides como la morfina y de otros fármacos paliativos que son esenciales para proporcionar este tipo de atención a los pacientes.

El término de cuidados paliativos se atribuye a un planteamiento destinado a la mejora de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad terminal (tanto adultos como niños) y de las personas de su entorno, cuando afrontan problemas inherentes a una patología de este tipo. Los cuidados paliativos se encargan de prevenir y aliviar el sufrimiento a través de la identificación temprana y oportuna, la evaluación, así como el tratamiento correcto del dolor y de otros problemas, sean de orden físico, psicosocial y/o espiritual (OMS, 2020).

1.1. Antecedentes

La U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services define enfermedad terminal como un conjunto de procesos físicos, intelectuales, emocionales y sociales causados por una patología en etapa avanzada, que conlleva a la disminución de la “capacidad” de la persona, afectando su pronóstico y posibilidad de curación; teniendo naturaleza multicausal, y presentando una expectativa de vida menor a los seis meses (Runzer-Colmenares et al., 2019).

De acuerdo con Gaspar y col. (2021), se ha propuesto que los cuidados paliativos son una responsabilidad ética de los sistemas de salud y que su incorporación en los sistemas de salud pública es esencial para lograr una cobertura universal en la salud, así como su desarrollo

sostenible. Lidar con el sufrimiento supone ocuparse no sólo de problemas que abarquen los síntomas físicos, sino también aquellos que abarcan la esfera emocional, espiritual y social del paciente. Los programas de asistencia o cuidados paliativos hacen uso del trabajo en equipo para ofrecer apoyo a los pacientes y a quienes les asisten en su cuidado. Dicha labor engloba la atención de necesidades prácticas, así como de apoyo psicológico a la familia, incluso al momento del duelo.

Es así como los cuidados paliativos ofrecen un sistema integrado de apoyo para propiciar que los pacientes vivan tan activamente como les sea posible hasta la muerte. Por ello se afirma que la asistencia paliativa se enmarca en la práctica del derecho humano a la salud, por lo que requiere que estas atenciones sean ofrecidas a través de servicios de salud de forma integral y centralizada en las necesidades de la persona y su familia (OMS, 2020).

Se proyecta que aproximadamente 40 millones de personas en el mundo requieren de cuidados paliativos; y cerca de 78% de ellas residen en países de bajos y medianos ingresos. A nivel mundial, sólo un 14% de personas reciben este tipo de asistencia. Esta demanda insatisfecha seguirá incrementándose como consecuencia de la gran carga de enfermedades no transmisibles y del proceso natural de envejecimiento de la población. Es por ello que el conocimiento y la implementación en cuidados paliativos, debiera ser parte de las competencias que un profesional de la salud tendría que adquirir durante su formación profesional, dado que son una necesidad en potencial crecimiento para pacientes de diversos grupos etarios, ya sea portadores de enfermedades oncológicas, cardiovasculares, degenerativas, entre otras (Runzer-Colmenares y col. 2019).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) existe una gran variedad de patologías que demandan de cuidados paliativos. La mayoría de los adultos que son tributarios de este tipo de servicios, padecen las siguientes dolencias: enfermedades crónicas cardiovasculares (38.5%), neoplasias malignas (34%), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), HIV estadio SIDA (5,7%) y diabetes mellitus (4,6%), entre otras. Otras afecciones que también pueden requerir asistencia paliativa son: enfermedad renal crónica avanzada, hepatopatías crónicas avanzadas, enfermedades neurológicas limitantes (esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, demencia, entre otras), anomalías congénitas, artritis reumatoide, etc.

El profesional de la salud tendría que realizar un tamizaje en sus pacientes para lograr un adecuado discernimiento sobre quienes son tributarios de tratamiento curativo y quienes no,

todo ello con criterios claros y objetivos de medicina basada en evidencia, aplicados con previa capacitación y siendo sujetos a principios bioéticos (Fortín-Magana y col., 2019; Sandman y col., 2015). Así mismo, la escasa oferta en nuestro país de este tipo de servicios precipita una gran demanda insatisfecha en donde los principales afectados son los pacientes que sufren el deterioro progresivo de su calidad de vida a causa de enfermedades potencialmente mortales, así como la familia que acompaña muchas veces de forma solitaria al paciente en su agonía (OMS, 2020).

En líneas generales, la sobrevivencia de las personas con este tipo de enfermedades ha aumentado; sin embargo, la información en torno a calidad de vida, así como calidad de fallecimiento de las personas con patologías crónicas, aunado a la infraestructura sanitaria y otros factores en el Perú son aún muy pobres (Chen y col., 2018). Pero a través de los cuidados paliativos se mejora la calidad de vida, tanto en pacientes como en sus familias, proporcionando el apoyo necesario para afrontar problemas de orden físico, social, psicológico y/o espirituales propios de una enfermedad discapacitante y mortal. (OMS, 2020).

En el Perú, la educación tradicional en salud tiende a fomentar que la única meta a alcanzar es la curación de la enfermedad o, cuando esto no pueda llevarse a cabo, adoptar un manejo del cuadro clínico dirigido exclusivamente a la supervivencia del paciente. Sin embargo, el dolor encabeza uno de los síntomas más frecuentes y graves que experimentan los pacientes que requieren de cuidados paliativos. Fármacos como los analgésicos opiáceos son pilar esencial para el alivio del dolor asociado a muchas afecciones progresivas y avanzadas. Aproximadamente, 80% de los pacientes con HIV estadio SIDA o cáncer, y alrededor de 67% de los pacientes con patología cardiovascular o enfermedades pulmonares crónicas obstructivas, experimentarán dolor con moderada y severa intensidad en el final de sus vidas (OMS, 2020).

De acuerdo a la normativa regional latinoamericana, en Uruguay, existe legislación desde el año 2008 que incluye la Asistencia Paliativa (Runzer-Colmenares y col., 2019). Mientras que, en Argentina, cada provincia adopta de forma independiente las leyes nacionales, y no existe una ley de Cuidados Paliativos; aunque en 2012 fue aprobada la ley de muerte digna.

En cambio, Brasil tiene desde el año 1998, un Plan Nacional de Cuidados Paliativos y de Control del dolor crónico, dirigido por el Ministerio de Salud y por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria. Por su parte, en Chile, el régimen de garantías explícitas en salud también

incorporó el Programa de Cuidados Paliativos y de alivio del dolor dentro del marco del sistema de acceso universal a los servicios de salud.

En el Perú, se creó la Ley que se proyecta como la base del Plan Nacional de Cuidados Paliativos, tanto para patologías oncológicas como no oncológicas, plan que deberá ser elaborado por el Ministerio de Salud (Ley N° 30846, 2018). Se propone que sea similar al de Colombia, donde los cuidados paliativos forman parte del manejo integral de pacientes con enfermedades oncológicas y de su familia. En México, en el año 2019, se incluyó el derecho a recibir cuidados paliativos dentro de la Ley General de Salud; y desde el año 2014, se declararon mandatorios los esquemas de manejo integral de la asistencia paliativa.

Siguiendo la elaboración del Plan Nacional de Cuidados Paliativos, el Ministerio de Salud del Perú (MINSa) ha convocado a entidades públicas y privadas del sector, así como asociaciones y sociedades científicas relacionadas a la especialidad para trabajar de forma conjunta en la redacción de dicha normativa. El documento en mención atiende a patologías crónicas progresivas que consecuentemente generan dependencia y constituyen amenazas para la vida, además, señala que la atención debe contar también con apoyo espiritual y psicológico, con enfoque intercultural, en la atención que demandan los pacientes con enfermedades crónicas terminales (MINSa, 2015). En relación con los cuidados paliativos en el hogar, se ha identificado que existen en Perú dos empresas, HomeCare e Intensive Home Care, las cuales serían competidores directos del negocio que se pretende implementar.

1.2. Problema de la investigación

Según el Código de Ética del Colegio Médico del Perú, el profesional médico tiene como misión la preservación de la salud del paciente, y solo cuando esto no fuese posible, el alivio de sus dolencias, asimismo, en cualquiera sea el caso, debe otorgar consuelo tanto a él como a su familia. La gran cantidad de pacientes con enfermedades crónicas en estadíos avanzados, así como enfermedades terminales y con necesidad de atención en cuidados paliativos, demandan la implementación de estos servicios de salud en el marco de un plan de trabajo articulado que permita afrontar estas necesidades de atención.

Entonces el problema se define como la existencia de un creciente grupo poblacional de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y/o terminales que no reciben servicios de cuidados paliativos de forma oportuna y de calidad. Esto, es algo que no sólo repercute en el individuo sino también en sus familias, traduciéndose en una alta demanda insatisfecha de este tipo de servicios de salud y la cual no está siendo atendida en su totalidad.

En el Perú, existen muy pocas empresas privadas que se encargan de ofrecer cuidados paliativos, pero en su mayoría brindan sus servicios exclusivamente a pacientes oncológicos, excluyendo al resto de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y/o terminales. Es así que, el concepto de integrar el cuidado físico con el psicológico no se aplica actualmente, por lo que se pretende dar una atención integral al paciente y a sus cuidadores, combinando diversas especialidades médicas, tales como geriatría, medicina familiar, medicina interna, psiquiatría, anestesiología (terapia de dolor), con psicología y otros servicios complementarios como nutrición, fisioterapia, y atención de enfermería.

1.3. Objetivos de la investigación

El objetivo general de la presente investigación es: Evaluar la implementación de una empresa privada que ofrezca servicios de cuidados paliativos o de fin de vida de forma integral y multidisciplinaria a domicilio y/o por teleconsulta en Lima Metropolitana.

Para alcanzar el propósito general del estudio es necesario alcanzar los siguientes objetivos específicos:

- Analizar el entorno, tanto a nivel macro como micro, con el fin de determinar las oportunidades y amenazas que enfrenta el proyecto.
- Desarrollar un estudio de mercado que reúna la opinión de expertos, de empresas aseguradoras y de potenciales clientes del nivel socioeconómico A, B y C, que actualmente sean pacientes que requieren cuidados paliativos o tengan un familiar en estas condiciones.
- Proponer la estrategia a seguir, detallando metas y acciones.
- Desarrollar el plan de marketing, en función de los resultados de la investigación de mercado.
- Establecer el plan de operaciones en base a las principales actividades a desarrollar en la empresa, tales como atención médica y de enfermería a domicilio, a partir del plan de marketing.
- Crear el plan de recursos humanos, para definir el perfil del personal que se requiere para implementar los procesos detallados en el plan de operaciones y poder así prestar los servicios descritos en el plan de marketing.
- Precisar el uso de la tecnología de información a emplearse para el desarrollo de algunos servicios de nuestra empresa privada.

- Evaluar financiera y económicamente, el plan desarrollado para implementar una empresa privada que brinde servicios de cuidado paliativo y de fin de vida en Lima Metropolitana.

1.4. Justificación de la investigación

El motivo de la presente investigación traduce la alta demanda insatisfecha de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y/o terminales para recibir atención de cuidados paliativos en forma oportuna y con calidad. Todo esto con el objetivo de mejorar su calidad de vida, hasta que llegue el momento de la muerte. Siendo el fin de la vida, algo que no sólo repercute en el individuo, sino también en sus familias. Por lo que se considera oportuno implementar una empresa privada que oferte este tipo de servicios de salud especializados a domicilio y por teleconsulta. Teniendo en cuenta que las enfermedades crónicas avanzadas, sobre todo de índole no transmisible, tienen un índice de mortalidad igual al 70%.

Se propone ofrecer una atención multidisciplinaria que incluya especialistas en medicina familiar, médicos geriatras, médicos internistas, médicos psiquiatras, médicos anestesiólogos especialistas en terapia del dolor, y médicos oncólogos; así como profesionales de áreas afines, tales como licenciados en psicología, nutrición, fisioterapeutas, licenciadas de enfermería y servidores sociales. Esto con el fin de ofrecer una atención que busque mejorar la calidad de vida del paciente, así como aliviar su dolor y el de su familia en el último tramo de su vida.

1.5. Alcances

Los alcances de la presente investigación son los siguientes:

- Geográficamente, la presente tesis y el proyecto adherente a la misma, busca su implementación en el área de Lima Metropolitana.
- Demográficamente, se han incluido hogares de los niveles socioeconómicos A, B y C. No se establecieron delimitaciones en torno a la cantidad de personas por hogar, ni a la edad de los mismos.
- Se han definido como enfermedades que requieren cuidados paliativos aquellas descritas en los criterios de McNamara.
- La elaboración de los planes de trabajo y protocolos de atención está a cargo del grupo de tesis con apoyo de especialistas en temas de salud, de marketing, de tecnología y de otras áreas vinculadas a la gestión empresarial en el sector sanitario.

1.6. Limitaciones

Las limitaciones que se presentaron durante el desarrollo del presente plan de negocio fueron:

- No se encontró un plan nacional para brindar cuidados paliativos que tuviese estrategias o directrices para el establecimiento de una empresa privada en esta área.
- No existen investigaciones previas en Perú sobre el impacto de las enfermedades descritas en los criterios de McNamara. Por tanto, no hay conocimientos previos sobre la cantidad exacta de pacientes y el porcentaje que no recibe cuidados paliativos.
- Se cuenta con múltiples planes de negocio enfocados únicamente en satisfacer la demanda sanitaria, pero no se abocan en otorgar un valor económico a la mejora en la calidad de vida de los pacientes.
- Se requiere de la aprobación del presente proyecto para su posterior implementación y mediante ello poder medir el impacto real de su efecto en la población objetivo.

1.7. Contribución de la investigación

Al desarrollar esta investigación esperamos contribuir en:

- Con el desarrollo e implementación de esta tesis se pondrá en evidencia la necesidad de cuidados paliativos y de fin de vida para personas que presenten o que puedan presentar en el futuro, alguno de los padecimientos incluidos en la lista de McNamara.
- Se contribuirá al sector de salud a nivel nacional, tanto público como privado, al crear procesos para brindar cuidados paliativos y de fin de vida a un grupo de la población, los cuales podrían aplicarse a otros grupos o incluso en áreas fuera de Lima Metropolitana.
- Todos los estudiantes de carreras de gestión asociadas con servicios de salud contarán con un modelo para el desarrollo de futuros planes de negocio, que incluye el diseño de un servicio a partir de las necesidades de un segmento de la población, hasta la evaluación económica-financiera.
- Al implementar el plan de negocio se brindará un beneficio directo a los pacientes que requieren ser atendidos, así como a sus familiares cercanos.

CAPÍTULO II. MODELO DE NEGOCIO

2.1. Factores críticos de éxito

Los factores críticos de éxito son “puntos clave que, cuando están bien ejecutados, definen y garantizan el desarrollo y crecimiento de una empresa y su negocio, logrando sus objetivos. Por el contrario, cuando estos mismos factores se pasan por alto o se ignoran, contribuyen al fracaso de la organización” (Venki, 2019, p. 1). Es así que, los factores críticos de éxito en este caso son:

- Rapidez, atendiendo a los pacientes en el momento en que lo requieran.
- Calidad, con diagnósticos adecuados y un servicio que realmente brinde mejoría al paciente, en términos de aliviar su dolor y padecimiento.
- Calidez, dando un trato humano y no sólo un servicio técnico.
- Tecnología, para acercarse a los pacientes y a sus familiares, como mecanismo de contacto.

2.2. Modelo Canvas

Según Osterwalder y Pigneur (2011), la propuesta de valor de una idea de negocio se refleja o se delinea mediante la construcción del modelo Canvas, que está integrado por nueve elementos. En la Figura 1 se presenta el modelo de Canvas que se ha diseñado y cuyo contenido se explica a continuación.

2.2.1. Segmento de clientes

Si bien el servicio se brindará directamente a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, de acuerdo a la lista de McNamara, los clientes suelen ser sus familiares quienes contratarán el servicio para el usuario (paciente). Se trata de personas que habitan en hogares de los niveles económicos A, B o C, ubicados en cualquier distrito de Lima Metropolitana, y en los que habita un paciente que requiere de cuidados paliativos o de fin de vida.

2.2.2. Propuesta de valor

La propuesta de valor se basará en lo siguiente: (a) servicio en la comodidad del hogar del paciente, sin necesidad de que se traslade; (b) se mejora la calidad de vida del paciente; (c) integración de especialidades médicas y otros servicios para atender a los pacientes con una visión holística; y (d) uso de la tecnología para dar servicios presenciales y también a través de teleconsultas.

2.2.3. Canales

La relación con el cliente-usuario será de manera directa, sin intermediarios, de igual forma será la venta del servicio. Como los servicios se brindarán en el hogar de los pacientes no se requiere de un establecimiento físico para la atención del cliente y del usuario; pero sí se necesita contar con equipos para la atención en el hogar, que se describirán en otro punto, junto con vehículos para la movilidad de médicos y personal de salud en general. Los principales canales de comunicación se darán a través de aplicativo móvil, página web de la empresa, redes sociales y vía telefónica, servicios al que el cliente podrá hacer cualquier consulta y acceder a un médico las 24 horas del día.

2.2.4. Relación con clientes

Se establecerá una relación directa con atención personalizada durante el servicio, a través de la interacción del personal de la empresa con los clientes y con los pacientes. La atención será frecuente pero además continua, en función de las necesidades de cada persona. Habrá protocolos estrictos para que todo el personal (enfermeras, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, etc.) brinde un servicio de alta calidad.

2.2.5. Ingresos

Los ingresos se darán por el cobro de los servicios a los pacientes o a los familiares encargados. Pero se establecerán distintas formas de cobro: (a) una membresía mensual que cubre un máximo de cuatro teleconsultas al mes; (b) una membresía mensual que cubre hasta cuatro teleconsultas, más la visita de un médico especialista una vez al mes y algún otro servicio que el cliente requiera de manera permanente o con una frecuencia previamente establecida; y (c) cobro de cada servicio de manera individual.

2.2.6. Recursos claves

Los recursos claves de este proyecto son:

- Médicos: En las especialidades previamente indicadas y debidamente colegiados. Estos médicos trabajarán en horarios previamente establecidos.
- Personal de salud: Incluye a enfermeras, nutricionistas, fisioterapeutas, y cualquier otro que los servicios requieran.

Figura 1. Modelo Canvas del plan de negocio

Socios clave	Actividades clave	Propuesta de valor	Relaciones con clientes	Segmento de clientes
<p>1. Distribuidor farmacéutico</p> <p>2. Empresa dedicada al alquiler de equipos médicos y hospitalarios</p> <p>3. Empresa dedicada a la venta de equipos médicos de un solo uso</p> <p>4. Proveedor de equipos médicos (estetoscopios, Rayos X, ecógrafos, etc.)</p> <p>5. Proveedor de equipos de protección personal (EPP)</p>	<p>1. Contratación y capacitación de personal de salud</p> <p>2. Consultas médicas a domicilio y teleconsultas</p> <p>3. Prestación a domicilio de servicios de salud</p> <p>4. Entrega de equipos</p> <p>5. Mantenimiento del aplicativo y la página web</p> <p>6. Cobranza</p>	<p>Servicio prestado en la comodidad del hogar del paciente, sin necesidad de que se traslade. Para mejorar la calidad de vida del paciente, al integrar distintas especialidades médicas y otros servicios. Uso de la tecnología para dar servicios presenciales y también teleconsultas. Con atención rápida o inmediata</p>	<p>Relación directa, a través del aplicativo, página web de la empresa, teléfono y WhatsApp. Habrá un protocolo estricto para que todo el personal brinde atención estandarizada, de alta calidad</p>	<p>Hogares donde habita un paciente que padece una enfermedad crónica (de acuerdo a la lista de McNamara)</p> <p>El paciente será el usuario, mientras que el cliente será el familiar a cargo de su cuidado</p>
	<p>Recursos clave</p> <p>1. Médicos y personal de salud</p> <p>2. Personal de apoyo y logística</p> <p>3. Personal de atención al cliente y administrativos</p> <p>4. Vehículos</p> <p>5. Equipos médicos diversos</p>		<p>Canales</p> <p>Los principales canales de comunicación son: Aplicativo móvil, página web de la empresa, redes sociales y vía telefónica. Para obtener servicios o hacer consultas y acceder a un médico las 24 horas del día</p>	<p>Nivel socioeconómico A, B y C de Lima Metropolitana</p>
<p>Estructura de costos</p> <p>1. Honorarios por servicios, para personal que trabaje bajo esta</p> <p>2. Sueldo mensual o planilla</p> <p>3. Pago a proveedores, por el alquiler y compra de equipos u otros insumos, incluyendo medicamentos y EPP</p> <p>4. Alquiler de espacio de bodega y oficinas</p> <p>5. Mantenimiento de aplicativo, página web y redes sociales</p>		<p>Fuentes de ingresos</p> <p>1. Membresía mensual que cubre solamente teleconsultas</p> <p>2. Membresía mensual que cubre teleconsultas, la visita de un médico especialista una vez al mes y algún otro servicio que el cliente requiera de manera permanente o con una frecuencia previamente establecida</p> <p>3. Cobro de cada servicio de manera individual</p>		

Fuente: El lienzo del modelo de negocio. Elaboración: Autores de esta tesis.

- Personal de apoyo y logística: Para el transporte de personal, el delivery cuando sea requerido o la instalación de equipos.
- Personal de atención al cliente y administrativos: Para dar respuesta rápida a través de cualquier canal, cuidar los activos de la empresa y tener mecanismos de control que sean eficaces y eficientes.
- Vehículos para trasladar al personal, los equipos y medicamentos requeridos para cada atención que se brinde.
- Equipos médicos diversos como por ejemplo camas hospitalarias, monitores, medidores de presión, respiradores, oxígeno, unidad para electrocardiograma, equipo portátil de Rayos X, equipo portátil de ecografía, etc.

2.2.7. Actividades claves

Como actividades claves principales, para este plan de negocio se identifican las siguientes:

- Contratación y capacitación de personal de salud.
- Consultas médicas a domicilio y por teleconsulta.
- Prestación a domicilio de los servicios de salud que cada paciente requiera.
- Recepción, trámite y entrega de equipos y/o medicamentos requeridos por cada paciente.
- Mantenimiento del aplicativo y de la página web.
- Anunciarse por redes sociales, manteniendo información (historias) actualizadas.
- Cobrar a cada paciente, de acuerdo al tipo de membresía que tiene y a los servicios que va a recibir.

2.2.8. Socios estratégicos

Con la finalidad de implementar este plan de negocio, para su éxito y sostenibilidad se identificaron las siguientes alianzas con socios estratégicos:

- Distribuidor farmacéutico, para la adquisición de medicamentos con menor costo que el precio de venta al público.
- Empresa dedicada al alquiler de equipos hospitalarios, para establecer un acuerdo de alquiler al por mayor.

- Empresa proveedora de equipos médicos de uso personal.
- Empresa proveedora de equipos de protección personal (EPP).

2.2.9. Estructura de costos

Los costos que se han identificado son los siguientes:

- Pago de honorarios médicos y de otros profesionales que serán contratados por sus servicios, con recibos por honorarios, en función del tiempo dedicado.
- Pago de salario mensual a personal contratado fijo, como enfermeras. Incluye también al personal de atención al público, logística y administración.
- Pago a proveedores, por el alquiler y compra de equipos u otros insumos, incluyendo medicamentos y EPP.
- Alquiler de espacio para bodega y oficina.
- Mantenimiento del aplicativo para teléfonos móviles, de la página web y de las redes sociales.

CAPÍTULO III. PLAN ESTRATÉGICO

3.1. Análisis del macro-entorno

El análisis del macroentorno se realizará utilizando el esquema PESTE: (a) factores políticos y legales, (b) factores económicos, (c) factores sociales y demográficos, (d) factores tecnológicos, y finalmente, (e) factores ecológicos.

3.1.1. Factores políticos y legales

En el año 2018, se promulgó la Ley que Crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y no Oncológicas (Ley N° 30846, 2018). La misma establece que le corresponde al Poder Ejecutivo la elaboración de dicho plan, a través del Ministerio de Salud, con el objetivo de que se garantice la mejor calidad de vida posible para el paciente y para su entorno familiar, así como para los cuidadores. Dentro de este plan se comprenden “enfermedades crónicas progresivas que generan dependencia y constituyen amenazas para la vida” (Artículo 3). Por tanto, los pacientes y sus familiares requieren de apoyo médico, psicológico y espiritual.

Con la Ley N° 30846, se incluyen los cuidados paliativos dentro del Sistema Nacional de Salud, dándoles la importancia que merecen al exponer la necesidad que tienen los pacientes. El propósito es aliviar el sufrimiento de las personas que padecen enfermedades incurables; lo cual contempla el alivio del dolor físico, pero también de problemas psicológicos, respiratorios, digestivos o de movilidad. Por lo que el acompañamiento es esencial, uniendo a todas las especialidades médicas para dar una atención integral al paciente (“Crean plan de cuidados,” 2018).

Con la Resolución Ministerial RM 766-2019 MINSa se creó en 2019 la Comisión Sectorial a cargo de preparar el proyecto de Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas. Dicha comisión estuvo integrada por 10 personas, representando al Viceministerio de Salud Pública, a la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, a la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, y a diversos hospitales e instituciones de salud pública. Finalmente, el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológica 2021-2023 se publicó en julio de 2021, siguiendo los “lineamientos y principios emitidos por la OMS que menciona que los cuidados paliativos previenen y alivian el sufrimiento, a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correcto del dolor y otros

problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual” (Ministerio de Salud, 2021a, p. 3).

Dentro del entorno político actual es importante indicar que a raíz del Covid-19, el gobierno peruano ha impulsado el teletrabajo. Ya en el año 2013, el Congreso de la República lo había regulado mediante la Ley N° 30036 en la cual se establece que las empresas privadas deben proveer a su personal de las herramientas que requieran para adoptar esta modalidad de trabajo. La empresa debe respetar las horas de descanso del trabajador, quien fuera de su horario laboral no debe permanecer conectado; mientras que el empleado se compromete a guardar estricta confidencialidad sobre todos los datos que maneje (Andina, 2021). Así mismo, se cuenta con la Ley marco de telesalud, la cual tiene por objeto “establecer los lineamientos generales para la implementación y desarrollo de la telesalud como una estrategia de prestación de servicios de salud, a fin de mejorar su eficiencia y calidad e incrementar su cobertura mediante el uso de tecnologías de la información y de la comunicación (TIC)” (Ley N° 30421, 2016, Artículo 1).

En el ámbito político, en el Perú hubo cambio de gobierno en julio de 2021. En la actualidad se vive un ambiente de incertidumbre política, lo que afecta la percepción que los empresarios y la población en general tiene del futuro económico del país. La incertidumbre política afecta la confianza, por lo que las personas posponen sus planes de inversión y se paraliza la contratación, así como las compras (“Incertidumbre política,” 2021). Además, el Covid ha venido a sumar presión en esta coyuntura, al traer un repunte de la pobreza y obligar al gobierno a generar políticas de emergencia, lo que pone más incertidumbre sobre el futuro (Díaz-Cassou et al., 2020).

3.1.2. Factores económicos

El Covid-19 ha sumido al Perú en una grave crisis económica, las acciones para evitar la propagación de la enfermedad han generado un descenso en el PBI del 11.1%, una disminución en el empleo del 20% y un incremento de la pobreza igual al 27%, que llevó a dos millones más de peruanos a ser pobres. En el año 2020, el déficit fiscal se incrementó a 8.9%, comparado al del año anterior que fue de apenas 1.6%, lo que se dió como consecuencia de una fuerte caída en los ingresos; culminando el año con una deuda pública que asciende al 35% del PBI, cuando el máximo legal es de 30% (Banco Mundial, 2021).

El Gobierno peruano aprobó un presupuesto para el año 2020 de S/ 177.4 mil millones para el sector público, lo que representa un 5.5% de incremento con respecto al año anterior.

Esto con la idea de reactivar el crecimiento económico, y buscando un manejo eficaz de los recursos, por lo que priorizó el gasto en educación y salud. Para estos dos sectores se autorizó un aumento de S/ 970 millones más que en el año 2019; lo que considera el incremento de la remuneración docente y para trabajadores del sector salud (Ministerio de Economía y Finanzas, 2019). Finalmente, como consecuencia del Covid-19 el presupuesto de salud tuvo que incrementarse, lo que se hizo de forma desarticulada para poder atender la emergencia, y ascendió a US\$ 1,705 millones, equivalente a 0.86% del PBI, siendo menor al de países como Brasil o Colombia (Instituto Peruano de Economía, 2021).

En un afán por reactivar la economía nacional, la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (2020), indicó que considerando el contexto epidemiológico que vivía el país a consecuencia del Covid-19, las empresas y sus trabajadores podrían reiniciar labores, siempre que se cumpliesen con rigurosidad los protocolos diseñados por las autoridades competentes. Así mismo, el sector informal también debía adoptar protocolos de bioseguridad, como la adecuada utilización de dos mascarillas, el distanciamiento social de por lo menos un metro de distancia, y otras normas de higiene. Además, se solicitó que el Estado diera prioridad a las micro y pequeñas empresas peruanas como proveedores del Estado. Otra medida que implementó el gobierno, para ayudar a las familias durante la pandemia, fue la entrega de bonos a personas en situación de vulnerabilidad, junto con el denominado Bono para la Reactivación Económica que se entregó a trabajadores del sector público. Es así que, dentro del personal de salud se beneficiaron los siguientes: (a) personal médico, de los organismos públicos y de las unidades ejecutoras de salud de los gobiernos regionales, un bono de S/ 3,000; (b) personal no médico, CAS y nombrado del DL 1153 un bono por S/ 2,500; (c) personal técnico asistencial, auxiliar asistencial y personal administrativo nombrado (Decreto Legislativo N° 276), CAS y nombrado del DL 1153 bono de S/1,500 (“Bono para la reactivación,” 2020).

La aparición de la pandemia en el Perú puso en evidencia las falencias del sistema nacional de salud, lo cual desencadenó el colapso de la red de hospitales. Esto como consecuencia de la baja inversión que por años se ha hecho en salud; lo que llevó a que para el 2021 se aprobase un presupuesto de S/ 20,000 millones para este sector, el mayor monto de la historia; con el cual se fortalecerá el primer nivel de atención, con el mejoramiento e incremento de las postas médicas, teniendo como finalidad el aliviar la atención de los grandes hospitales, con un funcionamiento adecuado en el primer nivel de atención (Editora Perú, 2021).

El sistema de salud público es el responsable de atender a la mayor parte de la población, dado que, en el Perú, sólo el 5% de las personas cuentan con un seguro médico

privado. A pesar de que el 35% desearía contar con una cobertura en la cual logren atenderse todas las enfermedades, y el 26.5% demanda una atención efectiva, rápida y oportuna. Sin embargo, a raíz de los altos costos de los seguros de salud privados, solo un pequeño porcentaje de la población puede acceder a ellos (“Cuánto cuesta en el Perú,” 2019).

Salazar y Rossi, (2021), elaboraron una base de datos para evaluar la cobertura, contratos y tarifas de las principales clínicas privadas y empresas prestadoras de salud, que actualmente son cinco. El SIS (Seguro Integral de Salud) y Essalud cubren al 90% de la población, lo que corresponde a 30.7 millones de personas, y le siguen los seguros administrados por las Fuerzas Armadas, y el sector privado, con 924,000 afiliados. La población que accede a la atención médica particular se ve perjudicada por incrementos en los costos de las pólizas (entre 60% y 77%) una vez que llegan a los 61 años, dado que los riesgos de enfermedades se elevan. Para culminar con el análisis de los factores económicos se revisa la situación de la Población Económicamente Activa (PEA), que para finales del 2020 representaba el 62.1% de la población en edad de trabajar; aunque solo un 85.5% de la PEA se encontraba ocupado y el otro 15.5% en situación de desempleo. En el caso de los adultos mayores, que se refiere a personas que tienen 60 años o más solo un 55.4% se considera PEA; con importante diferencia entre los dos sexos, porque entre los hombres la PEA es de 65.7%, mientras que en las mujeres representa al 46.2%, como se aprecia en la Tabla 1 (INEI, 2020a).

Tabla 1. Perú: Población adulta mayor según condición de actividad. Trimestre: Enero – Febrero - Marzo 2019 – 2020 (porcentaje)

Condición de actividad	Ene-Feb-Mar 2019			Ene-Feb-Mar 2020			Variación porcentual		
	Total	hombre	Mujer	Total	hombre	Mujer	Total	hombre	Mujer
PEA	58.2	69.5	48.1	55.4	65.7	46.2	-2.8	-3.8	-1.9
No PEA	41.8	30.5	51.9	44.6	34.3	53.8	2.8	3.8	1.9
Total	100	100	100	100	100	100			

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2020a)

Nota. PEA se refiere a Población Económicamente Activa.

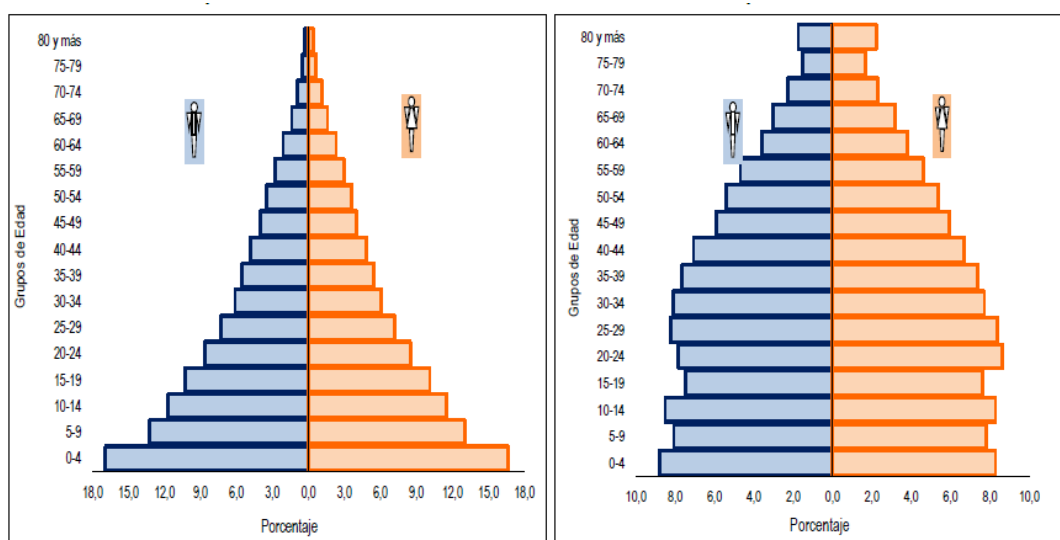
3.1.3. Factores sociales y demográficos

Para el año 2020, el Perú tenía una población cercana a 33 millones de personas. Dentro de la cual, los mayores de 60 años, o adultos mayores, representaban el 12.7%; mientras que para el año 2021 se espera que sean el 30.1%, siendo un grupo en el que predominan las personas del sexo femenino (INEI, 2019b).

De acuerdo con el INEI (2021b), se conoce como envejecimiento al proceso de variaciones en la organización de la población, según el sexo y la edad, los cuales se vienen incrementando en relación con la población en general, comúnmente por causas de un declive en los nacimientos, y la probable emigración de jóvenes. Al analizar la pirámide de la población (ver Figura 2) que se tiene del año 1950 al año 2021, se visualiza el efecto que ha tenido la disminución en el número de hijos por mujer, que pasó de 7.0 a 2.2, así como el incremento en la esperanza de vida, que para el año 2021 era de 77 años, mientras que en 1950 ascendía a 43.8 años. Además, se ha producido un drástico descenso en el fallecimiento de niños al nacer y menores de un año, de 159.5 por mil nacidos en el año 1950, a solo 12.5 por cada mil nacidos en el año 2021.

El envejecimiento, visto como un fenómeno poblacional, consiste en el aumento porcentual de la población adulta mayor, en relación directa a la disminución gradual de la fecundación, y la tasa de crecimiento en la población en general; también está relacionado a los adelantos en la medicina humana. El Perú no es ajeno a esta situación, dado que se han visto cambios importantes en su estructura poblacional durante los últimos años. En la década de los 50, el país estaba compuesto fundamentalmente por niños, el 42% eran menores de 15 años; mientras que actualmente es de 25%. Así mismo, la población adulta mayor era de 5.7%, y actualmente asciende a 12.7% (Acosta et al., 2019).

Figura 2. Comparación de la pirámide poblacional peruana de 1950 y 2020

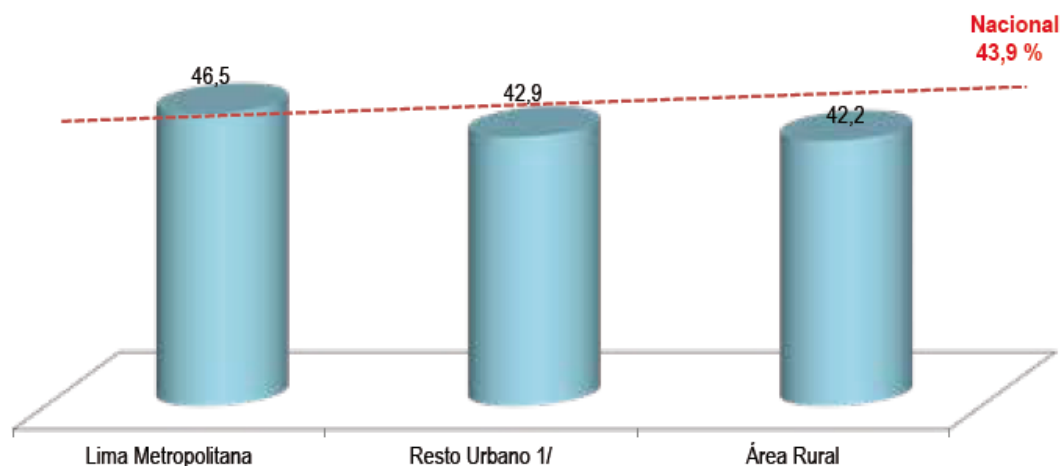


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (2020c).

Nota. El primer cuadro corresponde al año 1950. El segundo cuadro corresponde al año 2020.

Según información del INEI (2020a), para el año 2020, el 43.9% de los hogares peruanos tenía al menos un adulto con 60 años o más. Si se analiza la información por regiones, se tiene que en Lima Metropolitana este tipo de hogares asciende al 46.5%, mientras que en el resto del país, pero con condiciones urbanas, llega a 42.9% y en el área rural es de 42.2%, como se aprecia en la Figura 3.

Figura 3. Perú: Hogares con algún miembro adulto/a mayor, según área de residencia - Trimestre: Enero – Febrero - Marzo 2020 (porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (2020c).

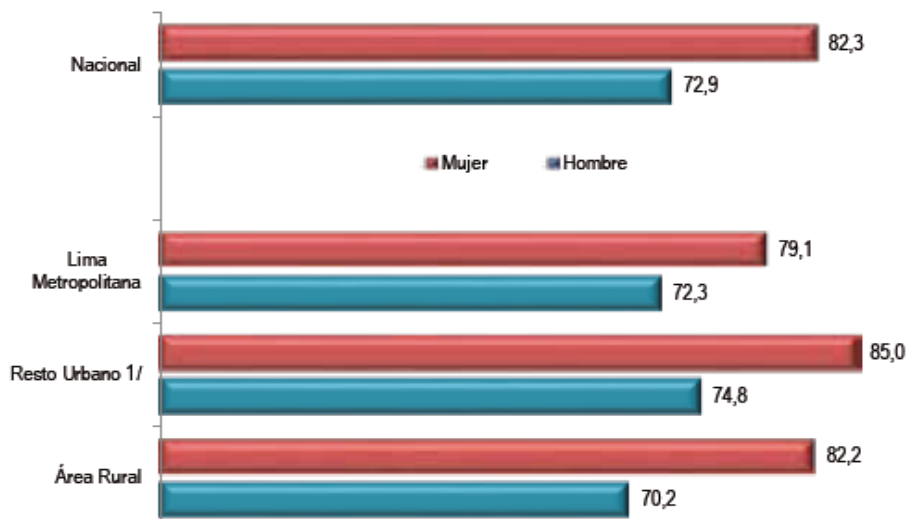
Más del 30% de la población del Perú está concentrada en la región Lima, específicamente en Lima Metropolitana, donde los distritos con más población son San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres, Ate, Comas, Villa María del Triunfo y Villa el Salvador; los de menor población son Santa María del Mar, Punta Negra y San Bartolo; siendo Surquillo el distrito con mayor densidad poblacional, seguido por Breña, La Victoria, Magdalena y Santa Anita. En referencia a los servicios básicos como agua, desagüe, y electricidad, más del 94% de los pobladores cuentan con estos servicios; mientras que en el tema de tecnologías de la información y comunicación, el 75.9% de las personas mayores o iguales a seis años en Lima acceden a internet, televisión por cable y telefonía (INEI, 2020a).

Dentro de la provincia de Lima, el 42% de la población que tiene 15 años o más, cuenta con educación superior, cifra que se reduce al interior del país. Respecto a los sistemas de salud, el 74.3% de la población limeña tiene algún seguro de salud, de ellos, el 33% es de Essalud y el 29.9% del SIS (INEI, 2020b).

En relación con la salud crónica en el Perú, el INEI (2020c) indicó que, en el adulto mayor de sexo femenino, el 82.3% presenta alguna dolencia crónica, mientras que en el adulto mayor

de sexo masculino el 72.9% está afectado (ver Figura 4). Este porcentaje varía por zona geográfica, siendo las mujeres del área urbana (excluyendo a Lima Metropolitana) las más afectadas, con un 85.0%; seguidas por las residentes en el área rural, con 82.2%. Mientras que, entre los residentes de Lima Metropolitana, los más afectados son los adultos mayores de sexo masculino, con el 79.1%.

Figura 4. Perú: Población adulta mayor con algún problema de salud crónico, según sexo y área de residencia- Trimestre: Enero – Febrero - Marzo 2020 (porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (2020c)

Nota. Problema de salud crónico comprende a la población que reportó padecer enfermedades crónicas (artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, TBC, VIH, colesterol, etc.) o malestares crónicos. 1/ Excluye Lima Metropolitana - P/ Preliminar.

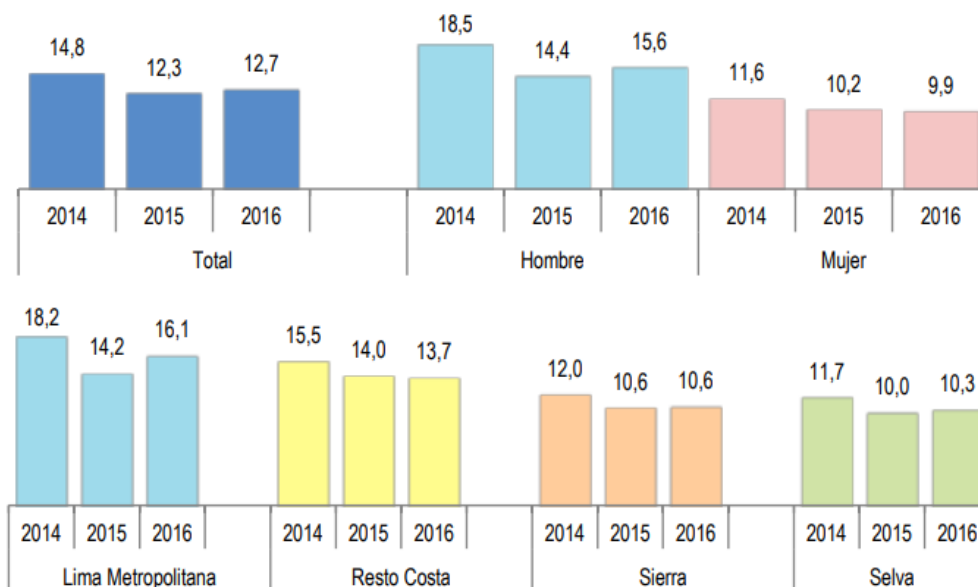
Desde finales del año 2020, se ha registrado un incremento en el número de atenciones médicas a distancia, conocidos como teleconsultas, en especial de pacientes que padecen enfermedades crónicas (cardiología, dermatología, endocrinología, neurología, nefrología, geriatría y neumología), La razón de ello es la pandemia que afecta al mundo, y Perú no es ajeno a ello, que ha llevado a las personas a buscar nuevas formas de atención médica. Los pacientes que presentan anemia, diabetes, problemas hormonales y tiroideos, neoplasias e hipertensión entre otras patologías, pueden atenderse por ese medio evitando recurrir a la automedicación, la que genera reacciones adversas, como la resistencia antimicrobiana, entre otras consecuencias negativas que incluso puede llevar al fallecimiento del paciente. Otra ventaja de este sistema es que el paciente continúa su tratamiento con la asistencia de un médico, evitando traslados y costos adicionales; y sobre todo, evitando contagiarse del Covid-19 (Andina, 2020).

Sin embargo, Essalud (2021) señaló que en el año 2020 se registró un incremento en el consumo de antibióticos sin prescripción médica de casi el 70%. A pesar de que se han hecho campañas para comunicar a la población que la ingesta de medicamentos, sin que un médico los prescriba, es peligroso e irresponsable. Esta práctica puede generar un aumento en las complicaciones a la salud de la población, llevando a cuidados intensivos a personas que pudieron desarrollar solamente una enfermedad leve, complicando innecesariamente su condición. El uso indebido de diversos fármacos, sin prescripción médica, disminuye la respuesta inmune del organismo; generando reacciones adversas, como pueden ser hemorragias digestivas, resistencia antimicrobiana o retención de líquidos.

Según el Ministerio de Salud (2011), el componente necesario, para hablar del síndrome de hipertensión arterial, es una alteración anormal de al menos uno de los valores en la presión arterial sistólica o diastólica, y con dos mediciones consecutivas en un intervalo por lo menos de dos semanas; esto es relacionado a factores de riesgo cardiovascular, y también afecta a otros órganos, como riñón, corazón, cerebro u ojos. Se ha establecido que existe hipertensión cuando se presentan valores por encima de los normales, es decir, presión sistólica (PAS) \geq 140 mm Hg y la diastólica (PAD) \geq 90 mm Hg. Estos valores son una estimación para una persona que se encuentra en situaciones estándares para la medición (INEI, 2016b).

En la Figura 5 se presentan los resultados de la evaluación de la presión arterial de personas con 15 años o más, lo que permitió identificar que el 12.7% se encontraban con presión arterial alta. Esto es un 0.4% mayor que durante el año anterior. En el sexo masculino se estableció una prevalencia del 15.6% en comparación con un 9.9% en el sexo femenino. A nivel de regiones, se reconoce que en Lima Metropolitana la hipertensión arterial tiene mayor impacto, afectando al 16.1% de la población; mientras que en las regiones de la sierra y selva manifestaron una prevalencia menor, con 10.3% y 10.6% respectivamente. En la costa peruana, excluyendo a Lima Metropolitana, la penetración alcanzó el 13.7%.

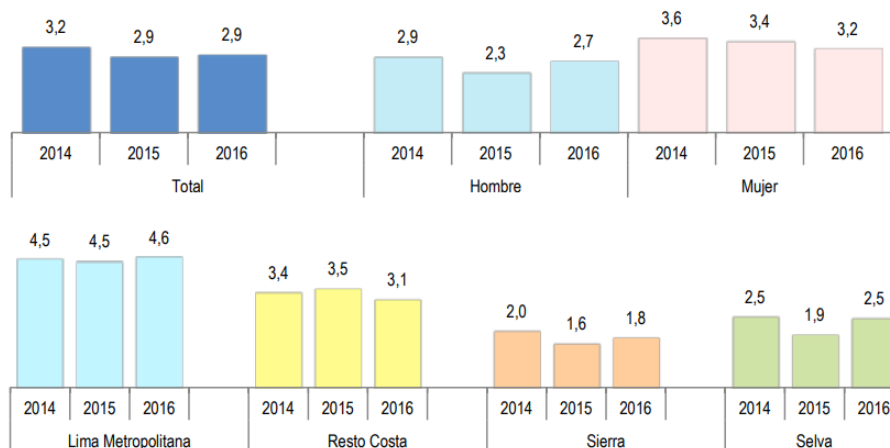
Figura 5. Perú: Personas de 15 y más años, con presión arterial alta, según sexo y región natural, 2014 – 2016 (porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (2016a).

Para el INEI (2016a), la diabetes mellitus es considerada una enfermedad crónica, la cual se caracteriza por niveles elevados de glucosa en sangre, definiéndose este cuadro técnicamente como hiperglicemia. Su diagnóstico se basa en niveles de glucosa sérica en ayunas mayores o iguales a 126 mg/dl y/o glucosa postprandial (o posterior al test de tolerancia a la glucosa) mayor o igual a 200 mg/dl. La diabetes mellitus no diagnosticada y/o no controlada oportunamente genera complicaciones sistémicas irreversibles. En la Figura 6 se aprecia que dentro de la población con 15 años o más, un 2.9% presentaba esta enfermedad para el 2016, similar valor al del año anterior. Entre ellos, el sexo femenino fue más afectado que el sexo masculino, con valores de 3.2% y 2.7% respectivamente. Por regiones, los más afectados fueron los residentes de Lima Metropolitana, y los de menor afectación fueron los de la sierra, con valores de 4.6% y 1.8% respectivamente.

Figura 6. Perú: Personas de 15 y más años, con diabetes mellitus, según sexo y región natural, 2014 – 2016 (en porcentaje)

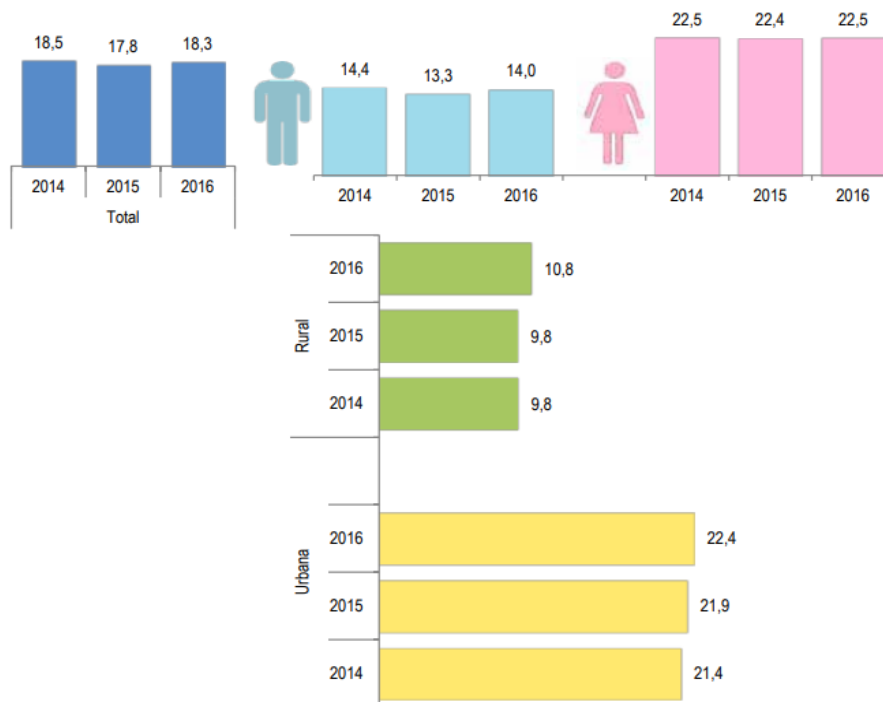


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (2016a).

La obesidad, según lo presentado por el INEI (2016b) se define como la presencia de abundante tejido adiposo en el cuerpo, lo que comúnmente se le denomina grasa corporal, siendo medida a través del índice de la masa corporal, definido como la relación entre el peso y la talla. En la encuesta desarrollada en el año 2016 (ver Figura 7), se aprecia que el 18.3% de la población sufre de obesidad, habiéndose incrementado en 0.5% con respecto al 2015. En la evaluación por sexo, el 14.0% de hombres la padecen, mientras que en mujeres el porcentaje se incrementa al 22.5%. En las áreas urbanas se evidencia mayor presencia de esta enfermedad, con un 22.4%, mientras que en el área rural se presenta en el 10.8% de la población.

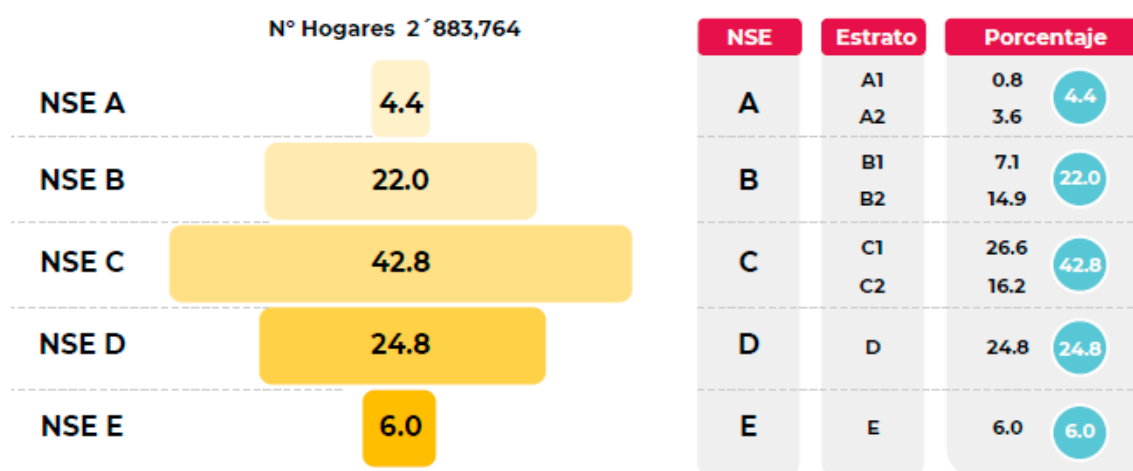
En relación con los niveles socio económicos, que determinan la capacidad de acceder a diversos productos y servicios, en Lima metropolitana, el 42.8% de los hogares pertenecen al estrato C, dividiéndose en C1 y C2, y su participación es del 26.6% y 16.2% de los hogares respectivamente (ver Figura 8). El siguiente grupo de hogares son los pertenecientes al estrato D, con el 24.8%. En tercer lugar, se conoció que un 22.0% de los hogares peruanos se encuentran catalogados como del nivel B. Mientras que los hogares sumidos en condiciones de pobreza extrema son el 6.6% (nivel E), lo que contrasta con los de mayores ingresos o de estrato A que son el 4.4% del total (Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercado APEIM, 2020).

Figura 7. Perú: Personas de 15 y más años, con obesidad, según sexo y región natural, 2014 – 2016 (porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (2016a).

Figura 8. Distribución de hogares según NSE 2020, Lima Metropolitana



Fuente: Asociación Peruana de Empresas e Inteligencia de Mercados APEIM (2020).

3.1.4. Factores ecológicos

El Perú tiene problemas de contaminación ambiental, y el 70% de esta es provocada por el parque automotor peruano que se caracteriza por ser deficiente y de muchos años de antigüedad; al que se agrega el uso de combustible de baja calidad y genera mayor contaminación en el ambiente. Dentro de los contaminantes hallados en el Perú están el dióxido

de azufre, y el dióxido de nitrógeno, sustancias que causan enfermedades respiratorias, alergias y cefaleas frecuentes (“Efectos a la salud,” 2018).

Ciertos países han evolucionado en su legislación y son llamados de primer mundo, entre otras cosas, buscan la protección del medioambiente y a los consumidores con un aumento en los procesos productivos de las fábricas con miras a reducir los tóxicos que se generan en los procesos productivos. Asimismo, la información manejada por los consumidores los hace preferir a proveedores que sean amigables con el medioambiente y que cuenten con las certificaciones ecológicas en su proceso productivo; gustan de moda sostenible, nuevos materiales, fibras y tintes ecológicos. La sociedad en general viene colaborando con ello, y especialmente las organizaciones no gubernamentales, mostrando el accionar de las empresas fabricantes en Latinoamérica que no colaboran con la actitud internacional de apoyo al medioambiente y laboral (Muñoz-Valera, 2020).

3.2. Análisis del micro-entorno

El máximo potencial de beneficios que se obtendrán de aplicar este Plan de Negocios debe ser analizado dentro del contexto del modelo de las cinco fuerzas de la competencia de Porter. De esta forma, el plan de negocio que se está elaborando permitirá que la empresa tenga una posición sólida dentro del sector de servicios privados de salud, al defenderse adecuadamente de las fuerzas. A continuación, se realiza el análisis de las siguientes áreas: (a) poder de negociación de los proveedores, (b) poder de negociación de los clientes, (c) amenaza de ingreso de nuevos competidores, (d) amenaza de sustitutos, y (e) rivalidad entre competidores.

3.2.1. Poder de negociación de los proveedores

Se establece que el poder de negociación de los proveedores, en lo que se refiere a equipos e insumos, es bajo dado que hay gran cantidad de proveedores con distintos niveles de calidad y ofreciendo productos de distinto origen, desde fabricados en Alemania o Estados Unidos, hasta los manufacturados en China. En relación con los profesionales de la salud que trabajarán bajo la modalidad de honorarios por servicios profesionales, se tiene que el poder de negociación de ellos es medio, dado que la cantidad de médicos especialistas en Perú, así como de licenciadas en enfermería, es limitada; mientras que sí hay disponibilidad de técnicas en enfermería.

3.2.2. Poder de negociación de los clientes

El poder de negociación que tendrán los clientes es bajo, dado que se trata de personas individuales. Además, la empresa establecerá un tarifario con distintos planes de atención y las

personas podrán seleccionar el que más se adecue a sus necesidades, considerando su capacidad de gasto. No se espera que los pacientes o sus familiares puedan concentrarse en un frente común para exigir reducción de precios o cambios en el diseño de los servicios; sin embargo, en función de la demanda existe o de variaciones en ella, la gerencia tiene que estar dispuesta a realizar cambios en el modelo de negocio para lograr una alta penetración en el mercado.

3.2.3. Amenaza de entrada de nuevos competidores

En el mediano plazo, y en la medida en que la empresa obtenga beneficios económicos, se espera que otros emprendedores se sientan atraídos por este giro de negocio, lo que incrementará la amenaza de que haya nuevos competidores. Sin embargo, existen barreras para la implementación del negocio, lo que representa una limitación para el ingreso de nuevos inversionistas. Por ejemplo, la capacidad para atraer a profesionales de la salud, los permisos necesarios, el acceso a la inversión requerida para contar con los equipos necesarios, así como vehículos. Además, desde el inicio, Cuid@r-T debe esforzarse por posicionar a su marca, como prestador de servicios de salud de alta calidad, con excelente atención al paciente y capacidad de respuesta inmediata; lo cual será difícil de imitar. Por lo anterior, se define el nivel de amenaza como medio.

3.2.4. Amenaza de servicios sustitutos

La mayoría de las familias que requieren cuidados paliativos para uno de sus miembros recurren a servicios sustitutos para la atención de estos pacientes. Dentro de los servicios que hay en el mercado peruano está la contratación directa de enfermeras licenciadas, técnicas o personal que realice las labores de atención a pacientes, aunque no sea de manera profesional. También hay médicos que trabajan de manera particular y realizan visitas domiciliarias, o los familiares trasladan a los pacientes hasta las clínicas privadas o a centros de atención públicos. Entonces, se considera que la amenaza de servicios sustitutos es alta, especialmente en un contexto donde la población está habituada a la contratación de servicios individuales o incluso a la informalidad.

3.2.5. Rivalidad entre competidores

Actualmente, en el mercado peruano existen dos empresas que brindan servicios similares al que se pretende ofrecer. Por un lado está Home Care que cuenta con enfermeras (no especifica si técnicas o licenciadas) para la atención de pacientes a domicilios, así como con médicos para atención virtual o presencial. Además, Home Care brinda servicio de alquiler y venta de camas clínicas, aspiradores y sillas de ruedas; también laboratorio, terapias, salud

ocupacional y la atención de tópicos en clubs, empresas o condominios (HomeCare, 2021). Esta empresa no realiza publicidad, sino que su difusión se ha fundamentado en el boca a boca. La otra empresa que brinda cuidados paliativos es Intensive HomeCare, ubicada, también en la ciudad de Lima, pero sin presencia en Internet, y que carece de publicidad.

A pesar de la existencia de estos dos competidores, la rivalidad en la industria de cuidados paliativos es baja, y esto se manifiesta en que las empresas existentes no cuentan con estrategias agresivas para captación de clientes. Cuid@r-T se diferenciará a través de un portafolio amplio de servicios, para cuidar de forma integral al paciente y a sus familiares, en lo que se refiere al manejo del síndrome del cuidador. Por tanto, se considerará no solo el alivio de síntomas físicos, sino también la atención psicológica profesional. Se estima que en el corto y mediano plazo, en la medida ingresarán nuevos competidores, pero aún habrá poca rivalidad porque la demanda existente es amplia. Sin embargo; en el largo plazo sí se espera que haya un alto niveles de rivalidad, compitiendo por captar clientes y ser rentable.

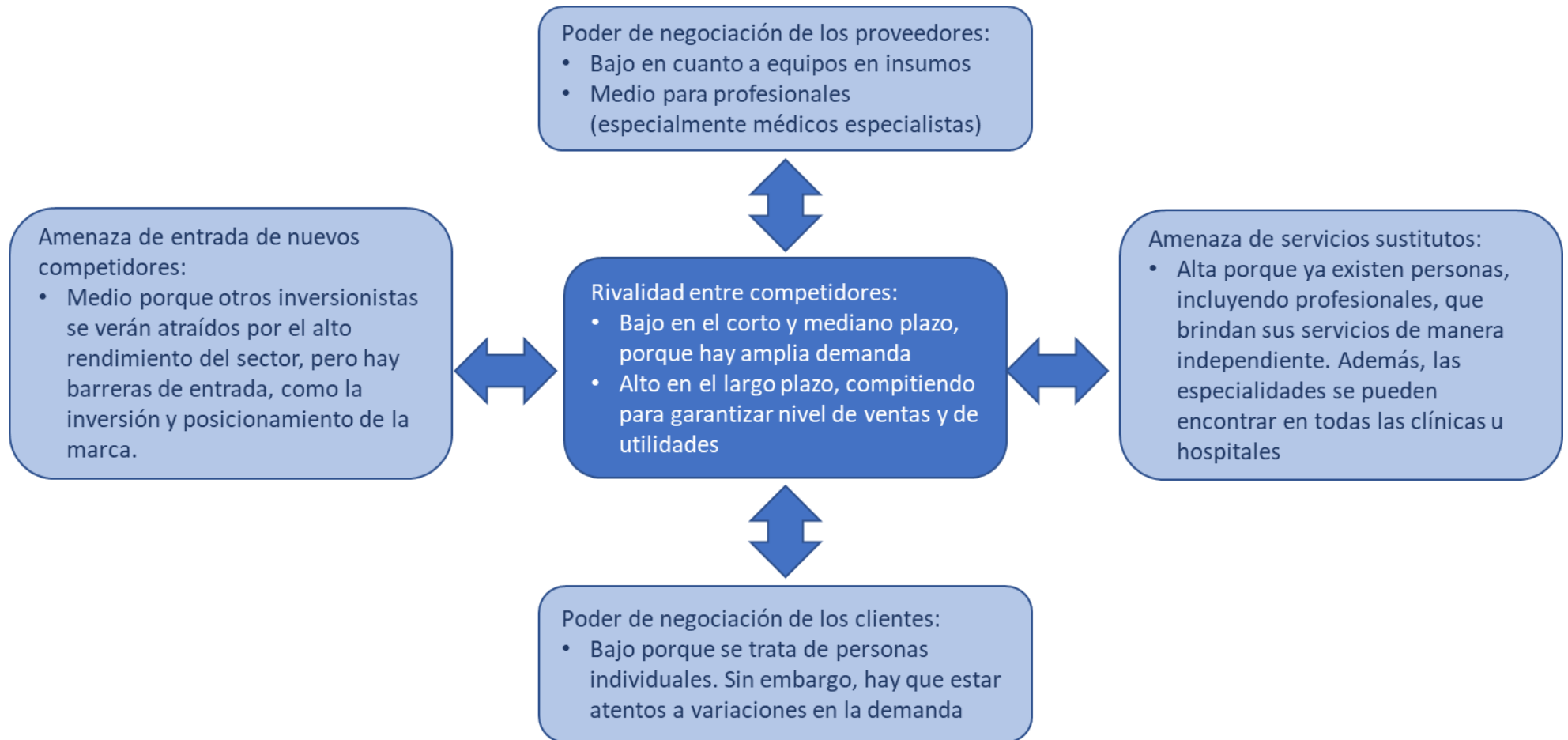
En la Figura 9 se presenta un resumen del análisis de las cinco fuerzas de Porter que se ha desarrollado.

3.3. Análisis de los *stakeholders* externos

A continuación, se describen los principales grupos de interés que podrían afectar al programa de implementación del curso de promoción y prevención de enfermedades no transmisibles en las empresas privadas del país:

- CONFIEP
- Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo
- Ministerio de Salud
- Colegio Médico del Perú
- Colegio de Nutricionistas del Perú

Figura 9. Modelo de las cinco fuerzas de Porter



Elaboración: Autores de la tesis, en base a Porter (1998).

- Gobiernos Regionales
- Sociedad Peruana de Cardiología
- Sociedad Peruana de Nefrología
- Sociedad Peruana de Endocrinología
- Sociedad Peruana de Neurología
- Sociedad Peruana de Oncología

3.4. Oportunidades y Amenazas

3.4.1. Oportunidades

Las oportunidades que se aprecian en el análisis del macroentorno son las siguientes:

- Ley de cuidados paliativos lo que contribuye a generar conciencia sobre la importancia de aliviar los padecimientos de las personas que padecen una enfermedad crónica, o que están en la etapa final de su vida.
- Concentración de la población en la región Lima y específicamente en Lima Metropolitana. La mayoría de ellos pertenecen a los NSE A, B y C.
- La población de adultos mayores (60 años o más) está creciendo.
- Hay diversos programas que buscan reactivar la economía luego del impacto negativo que ha tenido el Covid-19. Esto debe representar mejoras en los ingresos de las familias.
- Incremento del presupuesto del Gobierno, el año 2020, de un 5.5%, orientado a los sectores de salud y educación.
- En el 43.9% de los hogares peruanos habita por lo menos un adulto mayor; cifra que en Lima Metropolitana aumenta a 46.5%. Asimismo, el 82.3% de adultos mayor de sexo femenino presenta alguna dolencia crónica, mientras que en el adulto mayor de sexo masculino disminuye a un 72.9%.
- Aumento en el porcentaje de la población que padece enfermedades crónicas.

3.4.2. Amenazas

Dentro del macroentorno, se han advertido las siguientes amenazas a considerar:

- Las consecuencias en la economía peruana por el Covid 19 han sido devastadoras, un descenso del PBI durante el año 2020 del 11.1%, junto con una disminución del 20%

en la tasa de empleo y un incremento de la pobreza del 27%. Esto reduce la capacidad adquisitiva de muchas familias.

- El consumo de medicinas sin prescripción médica en el Perú es de casi el 70% en la pandemia, aunque esta práctica causa un aumento en las complicaciones del paciente.
- Incremento en los costos de operación al incluir los protocolos de bioseguridad en la atención.
- Hay clínicas que ofrecen atenciones médicas, sobre todo en enfermedades crónicas, a través de teleconsultas, generando mayor competencia en este rubro.

3.4.3. Matriz Evaluación de Factores Externos

Ahora que se han identificado las oportunidades y amenazas que enfrenta Cuid@r-T se procede a elaborar la Matriz de Evaluación de los Factores Externos, la cual se presenta en la Tabla 2.

3.5. Matriz Perfil Competitivo

Para elaborar la Matriz Perfil Competitivo (MPC) el primer paso es identificar los competidores, que son HomeCare e Intensive Home Care. Además, se seleccionan como competidores a las clínicas particulares que brindan consultas presenciales y teleconsultas, específicamente se ha seleccionado a SANNA, porque tiene una amplia red de atención que cubre varios distritos de Lima, por lo que aunque no hacen visitas a domicilio sí están cerca de los pacientes.

Como otro potencial competidor (sustituto) se presenta a los profesionales independientes, es decir, que prestan sus servicios de manera individual. En este grupo se tienen médicos, licenciados y técnicos en enfermería, psicólogos, nutricionistas, etc. Su principal ventaja es la disponibilidad para atender a los pacientes, pero no tienen una calidad estándar y no ofrecen opciones o distintos planes tarifarios. En la Tabla 3 se presenta la MPC desarrollada, en la cual se aprecia que el proyecto de Cuid@r-T tiene ventaja competitiva sobre Sanna y también sobre los profesionales que brindan servicios de salud de manera independiente.

Tabla 2. Matriz Evaluación de Factores Externos

Factores determinantes de éxito		Peso	Valor	Ponderación
Oportunidades				
1	Ley de cuidados paliativos lo que contribuye a generar conciencia	0.06	3	0.18
2	Concentración de la población en Lima Metropolitana, siendo la mayoría de los NSE A, B y C.	0.10	4	0.40
3	Aumento continuo de la población de adultos mayores (60 años o más)	0.12	4	0.48
4	Diversos programas para reactivar la economía nacional	0.06	2	0.12
5	Incremento del presupuesto del gobierno, orientado a los sectores de salud y educación.	0.05	3	0.15
6	En el 43.9% de los hogares peruanos habita por lo menos un adulto mayor; cifra que en Lima Metropolitana es 46.5%	0.11	4	0.44
7	Aumento en el porcentaje de la población que padece enfermedades crónicas.	0.12	4	0.48
Sub-total oportunidades		0.62		2.25
Amenazas				
1	Descenso del PBI como consecuencia del Covid-19, con aumento en desempleo y en la pobreza	0.10	1	0.10
2	El consumo de medicinas sin prescripción médica en el Perú es de casi el 70%	0.12	1	0.12
3	Incremento en los costos de operación al incluir los protocolos de bioseguridad	0.08	2	0.16
4	Competencia de clínicas que ofrecen atenciones médicas a través de teleconsultas	0.08	2	0.16
Sub-total oportunidades		0.38		0.54
Total		1.00		2.79

Elaboración: Autores de la tesis

3.6. Estrategias y metas

Se propone una estrategia genérica de diferenciación, atendiendo a un segmento de la población que hasta el momento no cuenta con un servicio similar. Se ha escogido la diferenciación porque el enfoque está en la calidad, apoyado en los conocimientos del personal,

sus habilidades y su calidez; que se manifiesta principalmente a través de la atención de las enfermeras, tanto técnicas como licenciadas. Así como en la tecnología y los procesos, para brindar atención rápida y completa. Esto permitirá alcanzar las siguientes metas:

1. En cinco años, se habrá logrado atender a más de 2,000 pacientes.

Tabla 3. Matriz Perfil Competitivo

Factores claves de éxito	Cuid@r-T			HomeCare		Intensive Home Care		Sanna		Profesionales independientes	
	Peso	Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.
1 Calidad del servicio (estandarización)	0.17	4	0.68	3	0.51	2	0.34	3	0.51	2	0.34
2 Portafolio de servicios	0.14	3	0.42	3	0.42	2	0.28	4	0.56	1	0.14
3 Precios y planes tarifarios	0.12	4	0.48	2	0.24	2	0.24	3	0.36	2	0.24
4 Equipos médicos y paramédicos	0.12	3	0.36	4	0.48	3	0.36	4	0.48	2	0.24
5 Rapidez en la atención	0.16	4	0.64	1	0.16	1	0.16	2	0.32	3	0.48
6 Comunicación con el paciente	0.14	4	0.56	2	0.28	2	0.28	2	0.28	4	0.56
7 Atención integral a domicilio	0.15	4	0.60	3	0.45	2	0.30	1	0.15	2	0.30
Total	1.00		3.74		2.54		1.96		2.66		2.30

2. El tiempo de atención ante una llamada de emergencia será en promedio de 30 minutos con atención presencial y dos minutos por teleconsulta.
3. Las ventas del primer año de operaciones ascenderán a S/ 1.8 millones; y para el quinto año habrán ascendido a S/ 9 millones.
4. El rendimiento sobre el patrimonio del negocio, evaluado en un período de cinco años será mínimo del 20%.

CAPÍTULO IV. INVESTIGACIÓN DE MERCADO

La investigación de mercado se ha dividido en tres partes, dependiendo del público objetivo y del tipo de investigación diseñada: (a) focus group con expertos, (b) estudio cuantitativo a clientes finales, utilizando como método la encuesta en línea; y (c) estudio cualitativo a empresas aseguradoras, a través de entrevistas a profundidad.

4.1. Focus group con expertos

Se hizo un *focus group* con médicos, considerados expertos en cuidados paliativos. En el Anexo 1 se presenta la transcripción de la sesión y a continuación se listan los principales datos recopilados:

- Principales enfermedades crónicas (avanzadas o terminales) que se atienden en el Perú:
 - a. Oncológicas
 - b. Enfermedades respiratorias, oxígeno dependiente.
 - c. Enfermedad renal crónica
 - d. Enfermedades transmisibles
 - e. Enfermedades cardiovasculares
 - f. VIH, sida
 - g. Diabetes Mellitus
- Se debe tomar muy en cuenta los conceptos antes de iniciar cualquier emprendimiento: los cuidados paliativos tratan patologías crónicas que pueden empeorar o empobrecer la actividad cotidiana del paciente; los cuidados de fin de vida o de hospicio van a paliar eventos catastróficos de fin de vida en un tiempo corto y predecible.
- Existe una empresa competidora Total Care; y algunas instituciones médicas como el INEN que tienen un área de cuidados paliativos.
- Es importante que cuente con servicios de teleconsulta, y el uso de historia clínica a través de un aplicativo, y que éste sirva también para que los cuidadores del paciente puedan reportar cualquier novedad o cambio.

- Como terapias adicionales se sugiere la salud mental-emocional y calidad de vida, el caminar sobre el césped, el cannabis medicinal, un servicio de capellanía; siempre respetando la intimidad del paciente.
- El servicio debe ofrecerse de forma multidisciplinaria, contando con 24 horas de atención, los siete días de la semana.
- El tema de cuidados paliativos no se habla en el pregrado, no hay políticas claramente definidas, y una restricción de fármacos esenciales (opiáceos o técnicas alterativas).
- Es importante la presencia de un articulador, alguien que dirija el trabajo con el paciente y las diferentes disciplinas que lo puedan atender.
- Es importante considerar la parte quirúrgica, a veces, por ejemplo, es necesario realizar procedimientos para que el paciente pueda alimentarse y necesita una gastrostomía o una yeyunostomía.
- Ganarse la confianza de los pacientes y de sus familiares es imprescindible, para obtener el permiso de ingreso a sus hogares.

4.2. Estudio cuantitativo a clientes finales

Se trata de un estudio descriptivo porque se pretende caracterizar a los clientes y a los consumidores, es decir, a aquellas personas que contratarían el servicio, así como a los pacientes. El diseño es de enfoque cuantitativo, por lo que se recopilaron datos que fueron luego analizados de forma numérica, con el apoyo de estadísticos como la media o la mediana.

4.2.1. Objetivos de la investigación

Los objetivos de esta fase del estudio de mercado son:

- Determinar la demanda potencial de servicios de cuidados paliativos en el hogar.
- Caracterizar a los potenciales clientes, así como a los consumidores, del servicio.
- Definir cuáles son los servicios específicos que se brindarán, entendiendo que el cuidado paliativo se extiende a pacientes con enfermedades oncológicas, así como a cualquier otra enfermedad avanzada según los criterios de McNamara.
- Conocer los atributos principales que debe tener el servicio, y aquellas características que no agregan valor a los clientes.

- Definir los precios que debe tener el servicio, y la metodología de cobranza.
- Conocer la manera en que los clientes desean contratar o solicitar los servicios.
- Identificar las mejores estrategias de promoción y/o canales de comunicación para ofrecer los servicios de cuidados paliativos.

4.2.2. Población y muestra

La población de esta fase de la investigación estuvo integrada por los hogares de nivel socio económico A, B y C ubicados en Lima Metropolitana, que tienen a un paciente que requiere cuidados paliativos. Se están considerando los hogares y no las personas, porque el consumidor puede ser un miembro de dicho hogar (el paciente) y el cliente o contratante otra persona (un familiar).

Los cálculos del tamaño de población se presentan en la Tabla 4, se inició con el número de hogares de la región Lima, para de allí calcular cuántos corresponden a Lima Metropolitana (INEI 2019a; 2021). Luego, se calcula cuántos de estos hogares pertenecen a los niveles socioeconómicos A, B y C; y finalmente, se estima cuántos de esos hogares cuentan con un paciente que requiere cuidados paliativos, para lo que se utilizó el dato publicado por La República, medio que señaló que en Perú hay 124,000 personas en estas condiciones, lo que equivale a un 0.4%.

Tabla 4. Población de hogares A, B y C de Lima Metropolitana con pacientes que requieren cuidados paliativos

Descripción	Año 2020
Número de hogares Lima (región)	2,418,047
Porcentaje de hogares en Lima Metropolitana vs. Lima región	90.4%
Número de hogares Lima Metropolitana	2,185,957
Porcentaje de hogares A, B y C	69.20%
Hogares de Lima Metropolitana A, B y C	1,512,682
Porcentaje de personas con enfermedades que requieren cuidados paliativos	0.4%
Hogares de Lima Metropolitana A, B y C que tienen paciente que requieren cuidados paliativos	6,384

Nota. Elaboración propia con datos de Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (2019a), Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (2021a), Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados

(2020), y de “Solo el 0.3% de pacientes que requieren cuidados paliativos reciben atención,” por La República, 2020

Ahora que se conoce el tamaño de la población, se procede a determinar el tamaño de la muestra, para lo cual se utilizará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}, \text{ donde:}$$

- n = tamaño de la muestra, que se va a determinar.
- N = tamaño de la población, equivalente a 6,384 hogares.
- Z = Nivel de confianza, el cual para 92% es 1.75 en base a datos con una distribución normal.
- p = probabilidad de que cualquier pequeña o mediana empresa forme parte de la muestra, que es 0.50 o 50%.
- q = probabilidad de que cualquier pequeña o mediana empresa sea excluida de la muestra, que es 0.50 o 50%.
- d = error estadístico, igual a 8% o 0.08.

Al sustituir todos estos valores en la fórmula se conoce que la muestra debe estar integrada por 116 hogares. De esta manera se obtendrán resultados que podrán ser extrapolados a toda la población, con un nivel máximo de error del 8%.

4.2.3. Instrumento

Para recopilar la información que lleve a lograr los objetivos del estudio de mercado se preparó un cuestionario en base a preguntas cerradas, de modo tal que permita la tabulación y posterior análisis estadístico de las respuestas obtenidas. La ventaja de usar este instrumento es que los resultados pueden ser escalados al total de la población, además de que se aplican de una manera rápida (Patten, 2017). En el Anexo 2 se construye el instrumento, a partir de los objetivos del estudio de mercado; luego, en el Anexo 3 se presenta el cuestionario que finalmente se aplicó a la muestra.

Para confirmar que las personas que respondían al cuestionario efectivamente pertenecieran a los niveles socio económicos A, B y C se incluyó una pregunta sobre los ingresos del hogar. Los montos utilizados fueron obtenidos de Ipsos (2021).

4.2.4. Resultados del estudio

La investigación se llevó a cabo entre los meses de junio y julio del 2021, período en el que se recopilaron 220 respuestas al cuestionario, pero luego de las preguntas filtro, se consiguieron solamente 116 respuestas completas, lo que corresponde a un tamaño de muestra con 92% de confianza y un error estadístico igual a 8%. En el Anexo 4 se presenta un análisis gráfico de las respuestas obtenidas, en base al cual se han establecido las siguientes conclusiones:

- La encuesta fue respondida tanto por hombres (42%) como por mujeres (53%), que pertenecen a los niveles socioeconómicos A (37%), B (37%) y C (26%); los cuales en su gran mayoría (64%) tienen entre 36 y 55 años.
- Hay una amplia disposición a contratar el servicio de cuidado en el hogar, al obtenerse una media igual a 4.34 en un rango de 1 a 5. El 50% de los encuestados señaló estar totalmente dispuesto y a esto se le añade un 39% que indicó estar dispuesto.
- En la mayoría de los casos, los servicios se contratarían para padres o suegros (con 37%), seguido por los abuelos (33%).
- El 64% de los pacientes tiene 66 años o más, seguidos por un 16% que tiene entre 56 y 65; por lo que se concluye que se trata de personas con edad avanzada.
- Un 54% indicó que escogería tener atención pública para su familiar, dado que el paciente está asegurado (Essalud o SIS), no cuenta con el presupuesto para acceder a servicios privados o por la ubicación. Además, 13 personas, que corresponde al 12% de las respuestas, señaló que es el sistema público es mejor que el privado.
- El 42% señaló que prefiere acceder a los servicios de salud privada porque es mejor, cuentan con el presupuesto, hay mejores médicos y técnicos, el paciente está asegurado y tienen confianza.
- La persona que requiere cuidados paliativos o de fin de vida es principalmente un paciente oncológico (35% de los casos), seguido por aquellos que tienen padecimientos cardíacos (23%); mientras que en tercer lugar, con la misma cantidad de respuestas (10%) aparecen la insuficiencia respiratoria, hepática y renal.

- En la actualidad, el cuidado de los pacientes en el hogar está principalmente a cargo de un miembro de la familia o de varios que comparten la tarea (54%); mientras que en un 34.5% de los casos son atendidos por una empleada doméstica y solo el 10.3% recae en una enfermera. Entre los otros servicios que se requieren son: (a) aplicación de medicamentos o inyectables, (b) traslados a consultas médicas, (c) delivery de medicamentos, y (d) monitoreo de signos vitales.
- Son diversas las características que debe tener el servicio, pero las tres más importantes son: (a) atención rápida o inmediata una vez que se solicita, ya sea mediante visitas a domicilio o por teleconsulta; (b) diagnóstico y las explicaciones claras; y (c) excelente atención al paciente.
- No hay una clara mayoría en cuanto a la disposición a pagar por un paquete global, o en su defecto, por servicios individuales. Esto puede deberse a que el concepto de paquete global no está claro, porque varios encuestados señalaron que primero requieren saber qué contiene el paquete, dado que cada paciente es un caso único.
- Es necesario que se ofrezcan múltiples medios de pago, porque si bien hay preferencia por las transferencias bancarias (38%), un grupo importante (21%) prefiere utilizar tarjeta de crédito o débito, y otras personas (16%) se inclinan por los aplicativos como Yape o Plin.
- En relación con el monto actual que las familias gastan en cuidar de un paciente con las enfermedades descritas, la mayoría (36%) eroga entre S/ 1,000 y S/ 1,999 al mes; seguidos por un 33% que gasta menos de S/ 1,000. Solamente el 6% gasta más de S/ 3,000.
- La disposición a pagar un monto similar por el servicio de cuidado paliativo o de fin de vida es variable, dado que hay un grupo importante que considera que al tratarse de un servicio integral, el costo total debe ser menor (43%), mientras que otro grupo piensa que el precio debe depender de la calidad del servicio (30%).
- Sí hay disposición a pagar una membresía, pero no hay un acuerdo en torno al monto de la misma, dado que va a depender de cuáles servicios estén incluidos. Entonces como marco para establecer los precios es conveniente utilizar el gasto mensual que actualmente tienen las familias, y luego considerar cuáles servicios estarán dentro del paquete y cuáles serán adicionales.

- El medio de contratación más importante es el aplicativo en el teléfono móvil, seguido por la página web; mientras que el medio menos relevante son las llamadas telefónicas. Adicionalmente, tres personas indicaron que requieren una oficina física para ir, verificar la existencia del servicio y contratar; mientras que a otros dos les gustaría contactarse con un vendedor.
- Desarrollar una aplicación para los teléfonos móviles le agregaría valor al servicio, de acuerdo con 71% de los participantes.
- Los distritos donde se concentran la mayoría de los pacientes son: (a) Santiago de Surco con 24%, (b) San Borja con 16%, (c) Miraflores con 14%, (d) San Isidro con 11%, y (e) La Molina con 10%.

4.3. Estudio cualitativo a empresas de seguros

Es una parte de la investigación en la que se pretendía recolectar información muy amplia sobre la disposición que tienen las empresas de seguro para pagar por cuidados paliativos o de fin de vida en el hogar. El instrumento que se utilizó fue una guía de entrevista, con preguntas abiertas y se seleccionaron ejecutivos de dos empresas aseguradoras para recolectar la información.

4.3.1. Resultados del estudio

En el Anexo 5 se presentan las respuestas a las preguntas que se plantearon a dos ejecutivos, uno de Pacífico Seguros y otro de Mapfre Perú Compañía de Seguros y Reaseguros. Los principales hallazgos son los siguientes:

- Las empresas de seguros ofrecen distintas pólizas y cada una cubre servicios diversos, o tienen diferentes deducibles. Pero en general, los servicios de salud que las empresas cubren son las consultas médicas (presenciales o por teleconsulta), los medicamentos recetados en dichas consultas y los exámenes de diagnóstico que el médico requiera. También cubren hospitalización y cirugías en clínicas.
- Hay disposición a cubrir los servicios que la empresa a implementar brindaría, pero no todos ellos, sino los que ya están incluidos en las pólizas actuales. Por ejemplo, podrían cubrir las consultas médicas y los exámenes, así como algunas terapias, pero no el costo de tener una enfermera en casa.

- Cada empresa tiene un proceso para admitir a un nuevo proveedor de servicios médicos. Principalmente se requiere que la empresa tenga experiencia probada y una infraestructura suficiente para dar un servicio de calidad.
- Las empresas aseguradoras no brindan promoción ni publicidad a sus proveedores. Le corresponde a la empresa que se va a constituir diseñar su estrategia de promoción y contar con presupuesto suficiente.

CAPÍTULO V. PLAN DE MARKETING

5.1. Tamaño del mercado

En el capítulo previo se calculó un mercado total o potencial de 6,384 hogares, equivalente al mismo número de pacientes que requieren cuidados paliativos o de fin de vida. Esta cifra abarca exclusivamente a pacientes con padecimientos incluidos en la lista de McNamara, que habitan en Lima Metropolitana y viven en hogares que pertenecen a los niveles socio económicos A, B o C (ver Tabla 4).

5.2. Mercado potencial y demanda esperada

A partir de los datos recopilados con la investigación de mercado cuantitativa se ha proyectado el tamaño de mercado disponible, y luego el efectivo; considerando una participación de mercado estimada, la cual se irá incrementando en la medida en que la empresa tenga más años en el mercado. Los resultados del estudio desarrollado muestran que hay una amplia disposición a contratar el servicio de cuidado en el hogar, dado que el 50% de los encuestados señaló estar totalmente dispuesto y adicionalmente, el 39% indicó estar dispuesto, lo que suma 89%. Si además se espera capturar el 2.3% del mercado al final del primer año e ir subiendo hasta llegar al 9% luego de cinco años, se tienen los resultados que se presentan en la Tabla 5.

Tabla 5. Mercado potencial, mercado objetivo y demanda esperada

	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Mercado potencial	6,384	6,426	6,551	6,636	6,722	6,810
Disponibilidad para adquirir los servicios		5,719	5,830	5,906	5,983	6,061
Participación de mercado		2.3%	4.8%	6.2%	7.5%	9.0%
Demanda esperada		130	280	366	449	545

Elaboración: Autores de esta tesis.

A través de la investigación cualitativa se determinó que actualmente las compañías aseguradoras privadas no tienen interés en cubrir cuidados paliativos en el hogar; principalmente porque requieren que primero la empresa proveedora cuente con experiencia probada. Por tanto, luego de los cinco años en que se está evaluando el proyecto, se recomienda capturar el mercado de los pacientes que cuentan con seguros privados, logrando que las aseguradoras cubran los costos. Así mismo, en ese momento también se deberá contactar a

Essalud, para brindar estos mismos servicios a sus pacientes, a través de una alianza con Padomi.

5.3. Plan de marketing

El plan de marketing que se ha diseñado para lograr alcanzar la penetración esperada se presenta a continuación. Es importante mencionar que este diseño obedece principalmente a la información recopilada a través de la investigación de mercado (*focus group* con expertos, encuestas a clientes potenciales, entrevistas a profundidad con empresas aseguradoras).

Producto: Como se ha mencionado anteriormente se brindarán servicios de cuidado paliativo y de fin de vida a domicilio y a través de teleconsultas; así como atención psicológica a los cuidadores. En detalle, los servicios incluirán los siguientes y para cada paciente podrán contratar los que se requieran únicamente:

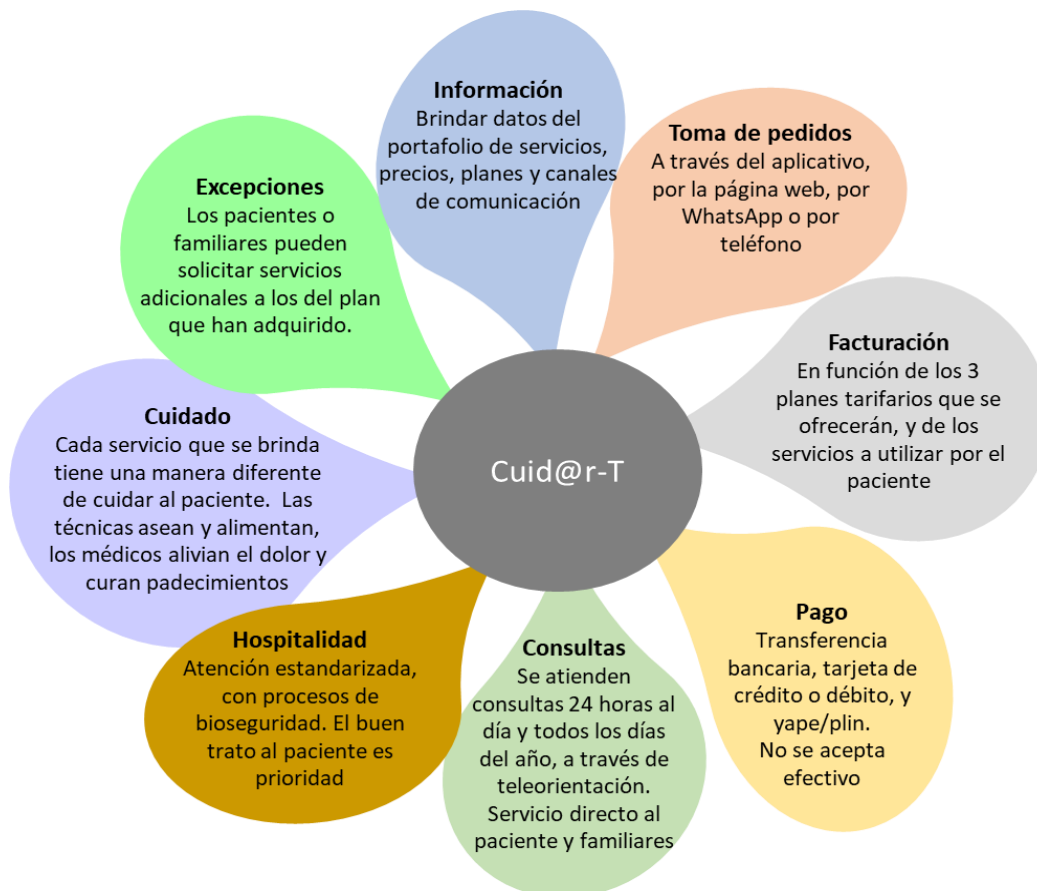
1. Visitas a domicilio de médicos especializados: Oncólogos, cardiólogos, internistas, geriatras, nefrólogos, y psiquiatras, así como cualquier otra especialidad que se demande.
2. Teleconsultas con médicos internistas o intensivistas las 24 horas del día y los siete días de la semana. También se ofrecerán teleconsultas con médicos de otras especialidades como por ejemplo oncólogos, pero en horarios previamente establecidos.
3. Servicios de enfermería a domicilio, los cuales se podrán contratar por períodos de 12 o 24 horas. También habrá disponibilidad de contratar la atención de un técnico en enfermería de manera semanal o mensual, según lo requiera la situación del paciente.
4. Colocación de medicamentos, por licenciadas en enfermería y siempre que el paciente cuente con la receta u orden médica. Esto incluye la colocación de inyecciones endovenosas e intramusculares.
5. Terapias respiratorias.
6. Fisioterapias.
7. Consulta de nutricionistas, con diseño de menús.
8. Radiografías y ecografías a domicilio.

- Alquiler de equipos para hospitalización en el hogar o para brindar mayor calidad de vida al paciente. Por ejemplo, camas hospitalarias, monitores de signos vitales, sillas para la ducha, andaderas, sillas de ruedas, mantas eléctricas, etc.

Se ha decidido alquilar equipos mediante una alianza con un proveedor de los mismos, en lugar de tener la propiedad de este activo. Dicha situación se ha tomado para tener la capacidad de ofrecer continuamente equipos de última generación a los clientes, sin que se requiera de inversión. Así mismo, no se necesitará espacio de almacenaje, gastos de mantenimiento y preservación del inventario. Incluso el servicio de entrega de los equipos dependerá del proveedor, pero el paciente podrá a través de Cuid@r-T obtener en un solo lugar todo lo que requiere para su atención.

El diseño del servicio se ha realizado en base a la Flor de Lovelock, que se presenta en la Figura 10. Adicionalmente, se ha desarrollado un plan de manejo de riesgos para anticiparse a los potenciales problemas y poder así brindar un servicio a los clientes que sea siempre de alta calidad (ver Capítulo IX).

Figura 10. Flor de Lovelock aplicada a Cuid@r-T



Fuente: Elaboración propia, en base a Lovelock y Wirtz (2009).

Precio: Se ha establecido el precio en función del valor percibido por el cliente; es decir, en base a la calidad del servicio brindado y a la confiabilidad del mismo, pero desde la perspectiva del cliente, que en este caso es el familiar del paciente (Kotler & Keller, 2012). Considerando la anterior se han establecido tres formas de pago:

1. Membresía mensual de S/ 200 que incluye un máximo de cuatro teleconsultas al mes, y cualquier servicio adicional que el paciente requiera será cobrado de manera individual.
2. Paquete mensual de servicios diseñado a la medida del cliente, incluye hasta cuatro teleconsultas y una visita presencial del médico. En este paquete se pueden incluir fisioterapias, aplicación semanal de inyecciones, enfermera durante los fines de semana o durante las noches, y cualquier otro servicio que se detalle. El costo de este paquete se calculará en base a los precios individuales que se presentan en la Tabla 6. La ventaja que tiene el cliente es que al hacer el pedido con antelación, se programa y tiene prioridad en seleccionar a los profesionales de su preferencia.
3. Cobro de cada servicio de manera individual, en base a las tarifas que se presentan en la Tabla 6; sin pertenecer a ningún programa en particular.

Tabla 6. Precio de los servicios a ofrecer

Descripción del servicio	Precio
Consultas a domicilio	250
Teleconsultas	100
Técnica en enfermería (24 horas)	384
Técnica en enfermería (1 semana por 2 turnos de 12 horas c/u)	2,660
Técnica en enfermería (1 mes por 2 turnos de 12 horas c/u)	10,800
Colocación de endovenosa por licenciada en enfermería (por hora)	50
Colocación de inyectable intramuscular por licenciada en enfermería	40
Terapia respiratoria	60
Consulta psicológica	140

Elaboración: Autores de esta tesis.

Ahora que se conocen los precios de los servicios de manera individual, se muestran en la Tabla 7 los costos para los clientes de cada uno de los paquetes que se ofertarán.

Tabla 7. Precio de los planes a ofrecer

Plan tarifario	Descripción	Precio
Plan 1	Máximo de cuatro teleconsultas durante un mes	320
Plan 2	Hasta cuatro teleconsultas más una consulta presencial al mes.	520
Plan 3	Contratación de servicios de manera individual de acuerdo con las necesidades del paciente	Según precios de la Tabla 6

Elaboración: Autores de esta tesis.

Plaza: Los servicios se brindarán en toda Lima Metropolitana y los clientes podrán solicitar atención a través de un aplicativo para teléfonos móviles, a través de una llamada telefónica o por WhatsApp.

Promoción: La promoción se hará combinando los siguientes medios:

- Redes sociales, con presencia en Instagram, Facebook y otras que vayan surgiendo. Se transmitirán videos con mensajes claros sobre los servicios y explicando cómo son una solución para el problema que muchas familias atraviesan, resaltando los atributos diferenciadores (calidad, calidez y eficiencia o rapidez).
- Página web de la empresa, con el apoyo de publicidad a través del buscador Google. El objetivo es que cuando una persona busque palabras claves como “paliativo” la empresa aparezca entre las primeras dos opciones.
- Folletos impresos que se distribuirán en consultorios de oncólogos y otros especialistas que atienden pacientes con enfermedades crónicas.

No se considera al aplicativo como una herramienta de promoción, sino como un canal de comunicación con el paciente o con el familiar a cargo de su cuidado. Es por ello que el costo de desarrollar la aplicación, y posteriormente mantenerla, no se incluirá dentro del presupuesto de marketing, sino que se registrará dentro del presupuesto de operaciones.

Postventa: La estrategia genérica que se seleccionó es la de diferenciación, por lo que es indispensable conocer si el servicio brindado ha satisfecho los requerimientos de sus clientes y de los usuarios. Para lograrlo es indispensable tener al personal clave, capacitado y contar con procesos que permitan estandarizar el servicio; pero también hay que monitorearlo, por lo que se establecerán las siguientes medidas: (a) Encuesta de satisfacción a clientes; (b) buzón

digital de sugerencias, usando distintos canales como el aplicativo, la página web o el WhatsApp; y (c) libro de quejas y reclamos, tal y como lo exige la legislación peruana.

Personas: Este es quizás el aspecto más importante en el diseño del servicio, porque dependiendo de la atención que el médico, y en general todo el personal, brinde será la satisfacción de los pacientes (usuario) y sus familiares (cliente). Deben poseer el conocimiento necesario de acuerdo a su especialidad, pero además contar con calidez para atender al paciente con respeto, haciéndolo sentirse cuidado y atendido. Así mismo, los servicios que se brinden tienen que realmente mejorar las condiciones de vida del paciente, aliviándolo del dolor.

Procesos: Se contará con procesos establecidos para que el servicio sea estandarizado. Cada proceso detallará las actividades que lo componen, los insumos requeridos y el *output* o resultado. Así mismo, se indicará el tiempo estimado por actividad y el responsable, para evitar que se hagan retrabajos, pero también para que cada miembro del equipo conozca exactamente sus funciones y el momento en que debe ejecutarla. Posteriormente, dentro del plan de operaciones se detallarán los procesos.

5.4. Presupuesto de marketing

El presupuesto de marketing mes a mes para el primer año se presenta en la Tabla 8, y seguidamente, en la Tabla 9 se muestran los cinco años en que se evalúa el proyecto. Esto se ha preparado en base a los siguientes supuestos:

- El costo de construir la página web es de US\$\$ 1,000 una única vez, y luego mensualmente US\$ 50 por mantenimiento; considerando una tasa de cambio igual a S/ 4.10 por cada dólar.
- Se ha considerado crear el perfil en tres redes sociales con un costo de US\$ 300 cada uno; y luego US\$ 400 cada mes para el mantenimiento, lo que incluye la creación y publicación de contenido.
- Folletos, con un costo de S/ 1 se realizarán 1,000 folletos antes del inicio de operaciones y posteriormente se irán haciendo folletos durante los años de operaciones, con un costo unitario de S/ 1.1 a partir del primer año. Estos se distribuirán en consultorios, centros de quimioterapia y de diálisis, entre otros. Se realizan 500 folletos en el mes 1 (enero) y otros 550 en el mes 7 (julio).

Tabla 8. Presupuesto de marketing, mes a mes del año 1, en soles

Concepto	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Año 1
Mantenimiento página web	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	2,460
Gestión de redes sociales	1,640	1,640	1,640	1,640	1,640	1,640	1,640	1,640	1,640	1,640	1,640	1,640	19,680
Elaboración de videos/contenido		1,230	1,230	1,230	1,230	1,230	1,230	1,230	1,230	1,230	1,230	1,230	1,230
Folletos	550						550						1,100
Total	3,625	3,075	3,075	3,075	3,075	3,075	3,625	3,075	3,075	3,075	3,075	3,075	38,000

Elaboración: Autores de esta tesis.

Tabla 9. Presupuesto de marketing, año 1 al 5, en soles

Concepto	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Construcción página web	4,100					
Mantenimiento página web		2,460	2,558	2,661	2,767	2,878
Creación de perfiles en redes sociales	3,690	0				
Gestión de redes sociales		19,680	20,467	21,286	22,137	23,023
Elaboración de videos/contenido	4,920	14,760	15,350	15,350	15,350	15,350
Folletos	1,000	1,100	1,100	1,100	1,100	1,100
Total	13,710	38,000	39,476	40,397	41,355	42,351

Elaboración: Autores de esta tesis.

CAPÍTULO VI. PLAN DE OPERACIONES

En este capítulo, plan de operaciones, se detallan los procedimientos que se llevarán a cabo en la organización, así como los servicios ofrecidos como son, atención de consulta personalizada, teleconsulta, enfermería (separando la atención de las licenciadas y la de las técnicas), gestión del aplicativo, plan tarifario, y postventa. Este plan de operaciones contribuirá a visualizar las actividades que integran cada proceso, para posteriormente definir el recurso humano requerido para implementar estas operaciones.

6.1. Objetivo del plan de operaciones

Los objetivos del presente plan de operaciones, es definido a continuación:

- Visualizar el procedimiento de cada actividad o servicio a ofrecer en la organización que se plantea, tiempos de atención, recursos y personal requerido para la implementación de la empresa.
- Establecer los parámetros y la operatividad de las actividades de la empresa por cada actividad del proceso.
- Evaluación de los procesos y puntos críticos para la optimización de los recursos de la empresa.

6.2. Procesos

La empresa requiere conocer cada uno de los procesos establecidos en la organización para optimizar los recursos disponibles; así como para definir el grado de integración entre el personal, la organización y los pacientes. Los procesos definidos en el presente proyecto son: (a) incorporación de pacientes al sistema, (b) consulta médica presencial, (c) teleconsulta, (d) plan tarifario, (e) enfermería, y (f) postventa.

En vista que la empresa va a operar desde un aplicativo que se encuentra en el celular del paciente, los procesos inician generalmente con el ingreso al aplicativo, en el caso de que esta actividad se le complique al paciente o tutor, por temas de tecnología, se prevé la participación de un operador que apoye con el proceso.

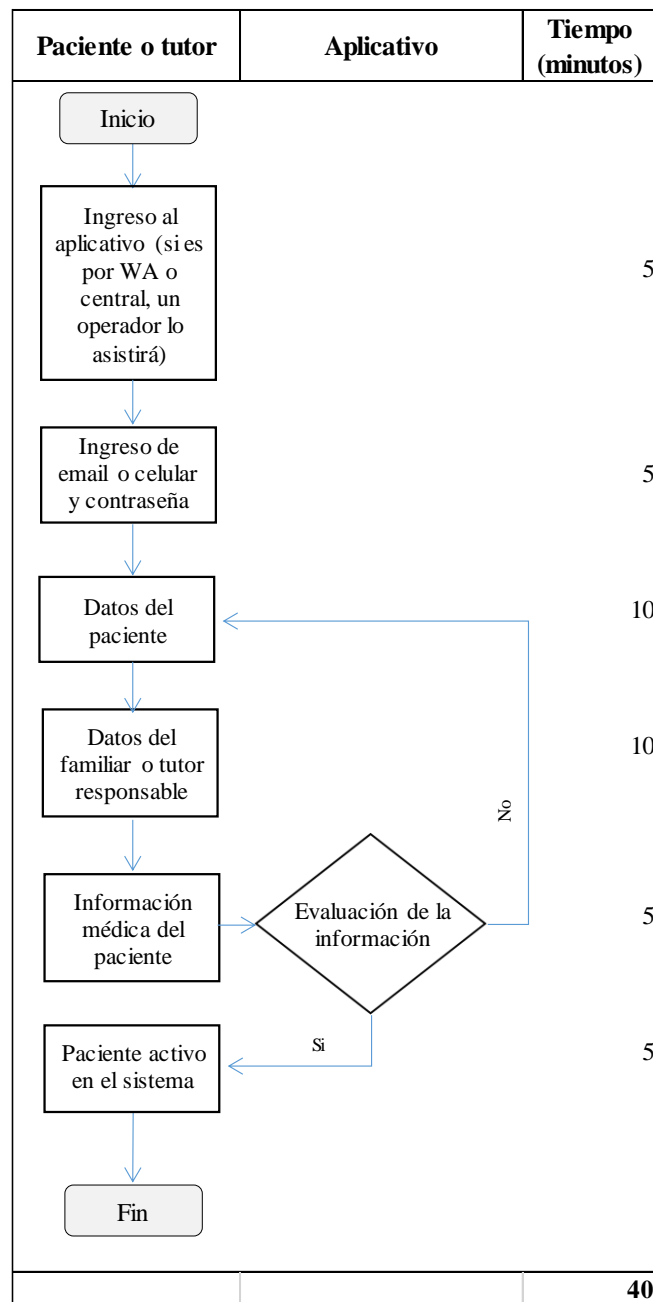
6.2.1. Incorporación de pacientes al sistema

En la incorporación de pacientes al sistema, se aprecia que el proceso es iniciado por el paciente o tutor (ver Figura 11), quien va a participar en casi todas las actividades del proceso,

iniciando por la creación de una cuenta con su email o número celular y una contraseña de su elección; así como el ingreso de su información personal y médica.

La organización evalúa internamente que todos los campos solicitados sean debidamente llenados, valida que la información sea la correcta para una efectiva incorporación del paciente, y envía un email para que el paciente lo autentifique y de su aprobación. La incorporación del paciente finaliza con la recepción de conformidad del paciente y su ingreso al sistema como paciente activo (Figura 11).

Figura 11. Proceso de incorporación de pacientes al sistema



Elaboración: Autores de esta tesis.

6.2.2. Consulta médica presencial

El proceso que se aprecia en la Figura 12 de la consulta médica presencial inicia con el ingreso al aplicativo, hay una interacción de actividades entre el paciente o tutor, el aplicativo y el médico tratante, culminando con la generación de la receta u orden de atención por parte del médico tratante.

El paciente hace su solicitud de atención médica en el aplicativo, especificando especialidad y médico tratante, el aplicativo confirma la atención y registra la cita en el calendario del médico asignado; el proceso finaliza con las actividades del médico, quien se dirige al domicilio del paciente y termina con la emisión de la receta médica o la orden de atención si el caso lo requiere.

6.2.3. Teleconsulta

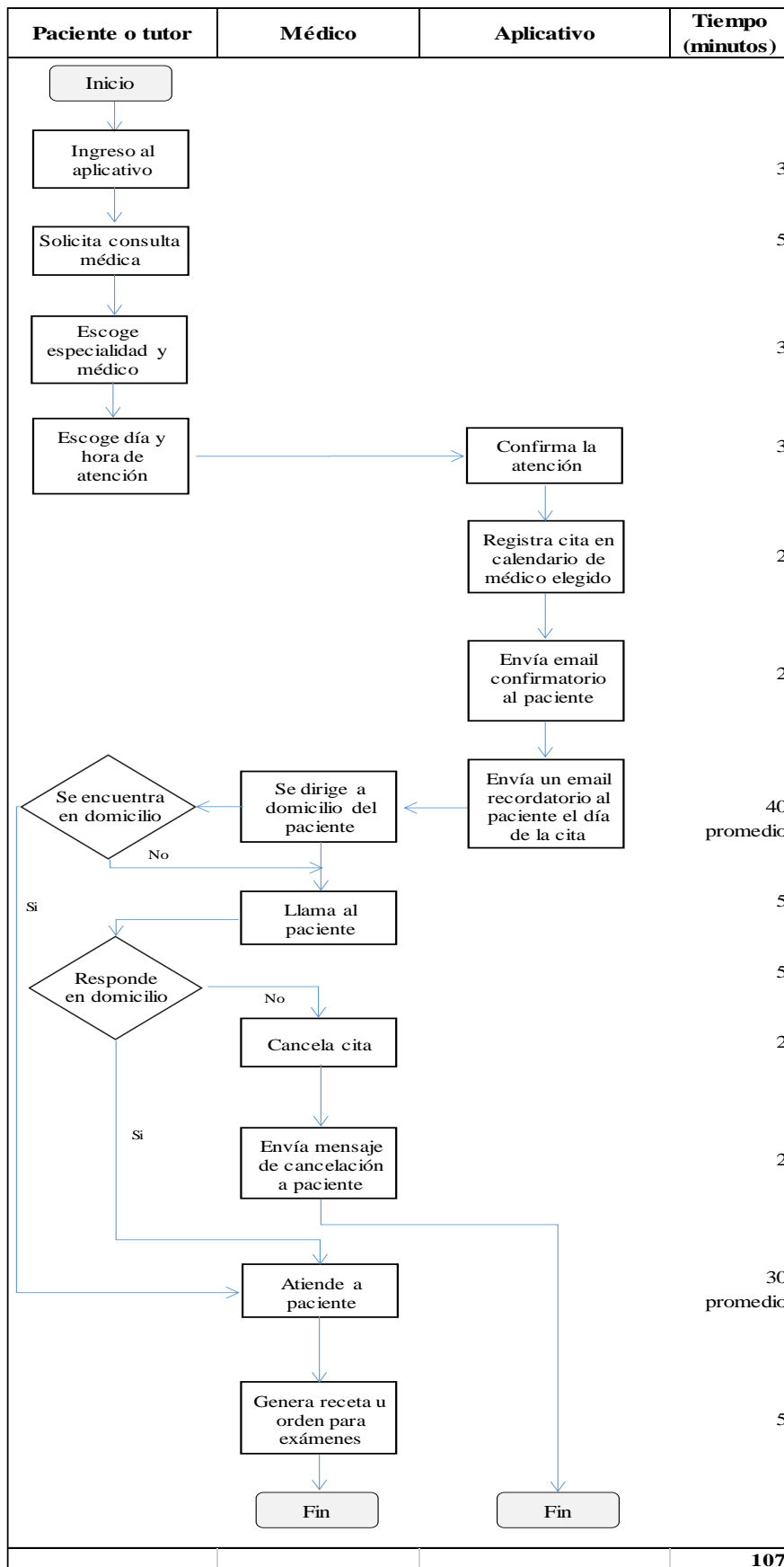
La Figura 13 muestra el proceso de teleconsulta, el cual se inicia también con el ingreso al aplicativo, y en las actividades que se considera en este proceso participan el paciente o tutor, el médico tratante y el aplicativo; siendo, en líneas generales, similar a la consulta médica presencial.

Los participantes en las actividades también son el paciente o tutor, el aplicativo y el médico tratante; se inicia con el ingreso al aplicativo y culmina con la receta médica o la orden de atención. La diferencia radica en que el médico tratante no va al domicilio del paciente, sino que la atención la realiza mediante una comunicación en video, con una plataforma de uso público y fácil acceso; ya sea mediante una computadora o por el mismo celular del paciente.

6.2.4. Plan tarifario

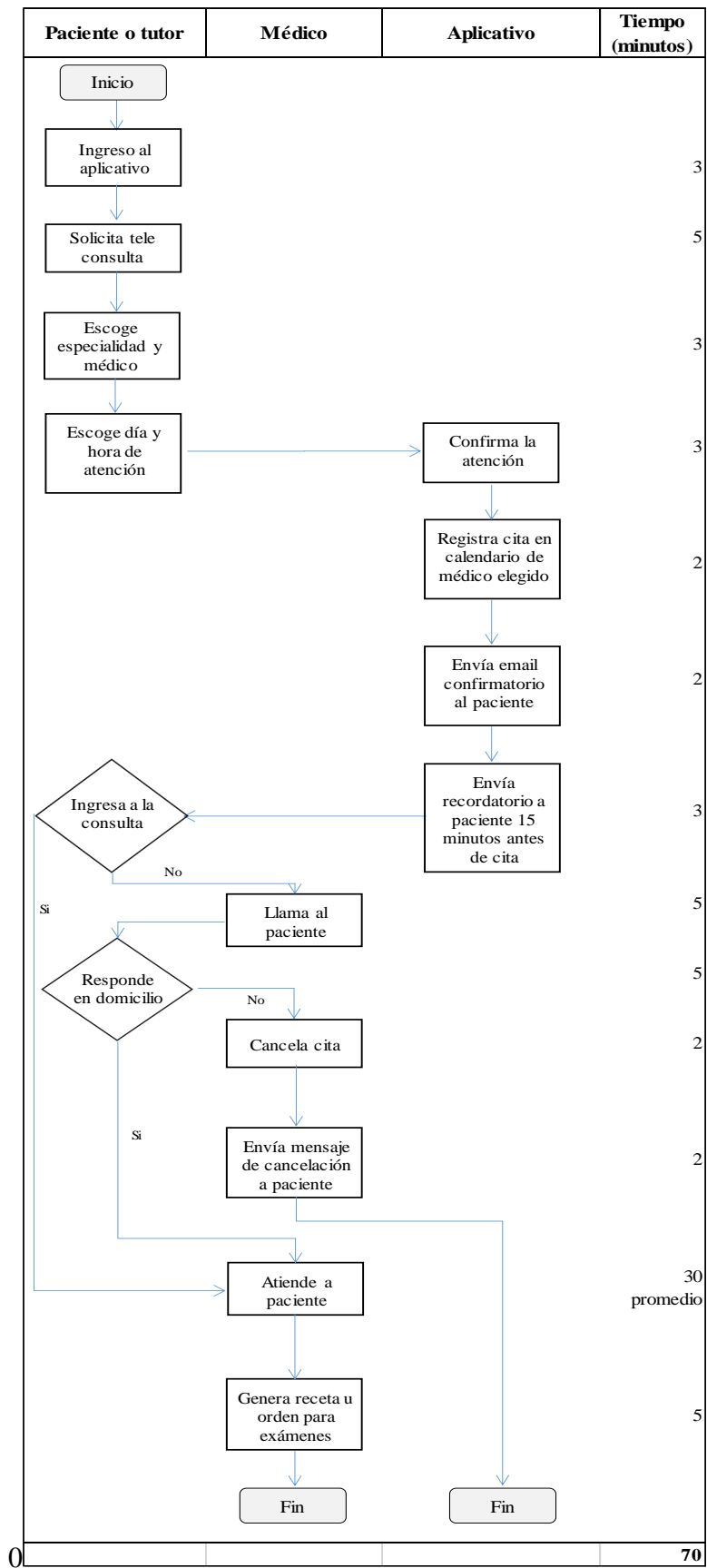
En este proceso se puede ver que la interacción se da entre el paciente y el aplicativo, iniciando las actividades con el ingreso al sistema y culminando con un email de confirmación de la actividad que se le envía al paciente. Una vez ingresado al aplicativo, el paciente debe ingresar el plan de atención que más se le acomoda, según se mencionó en el plan de marketing (Tabla 7); luego, especifica la forma en que va a realizar el pago; el aplicativo confirma el pago y lo registra en el sistema como paciente activo con plan de atención (Figura 14).

Figura 12. Proceso de consulta médica presencial



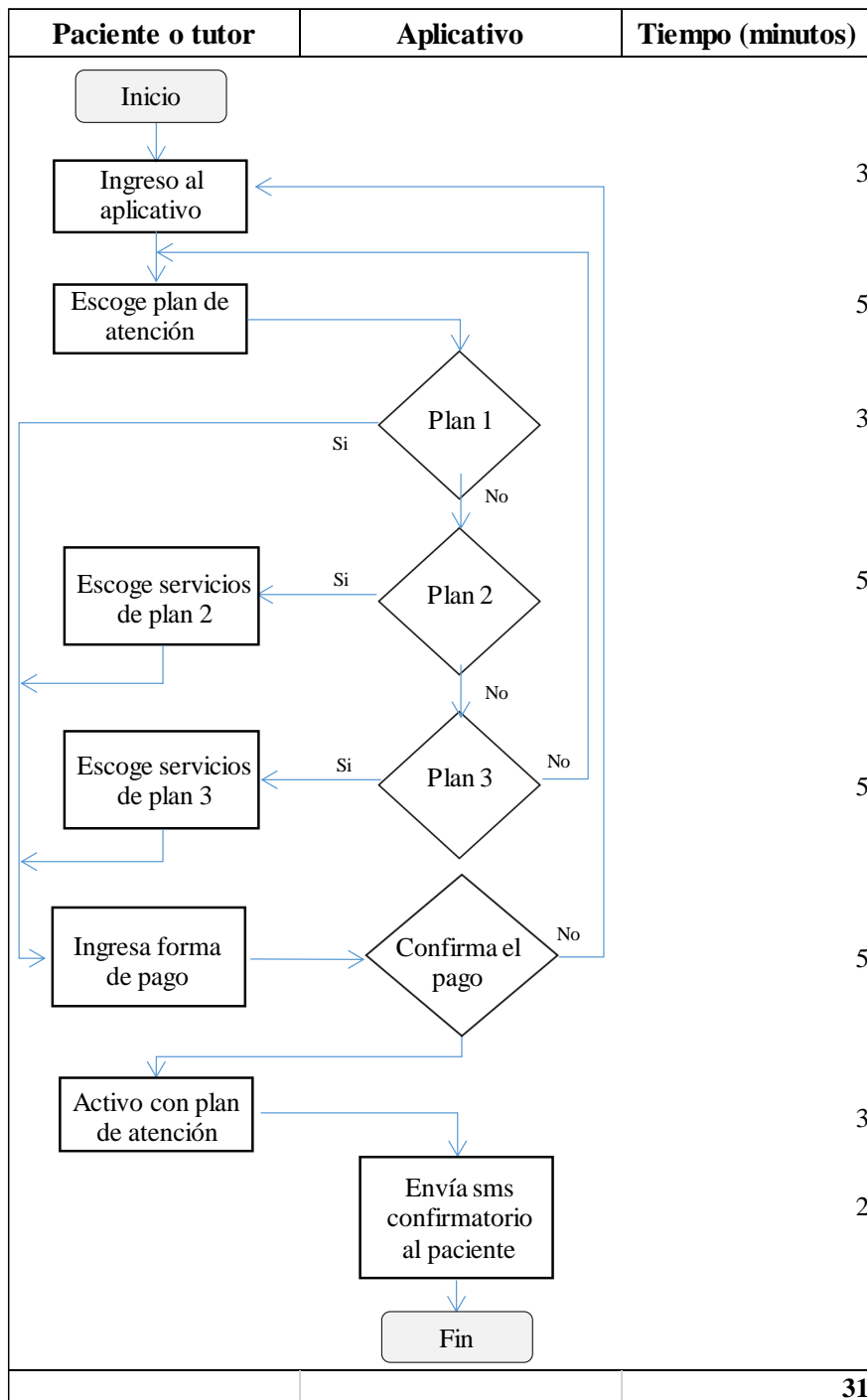
Elaboración: Autores de esta tesis.

Figura 13. Proceso de teleconsulta



Elaboración: Autores de esta tesis.

Figura 14. Proceso de plan tarifario



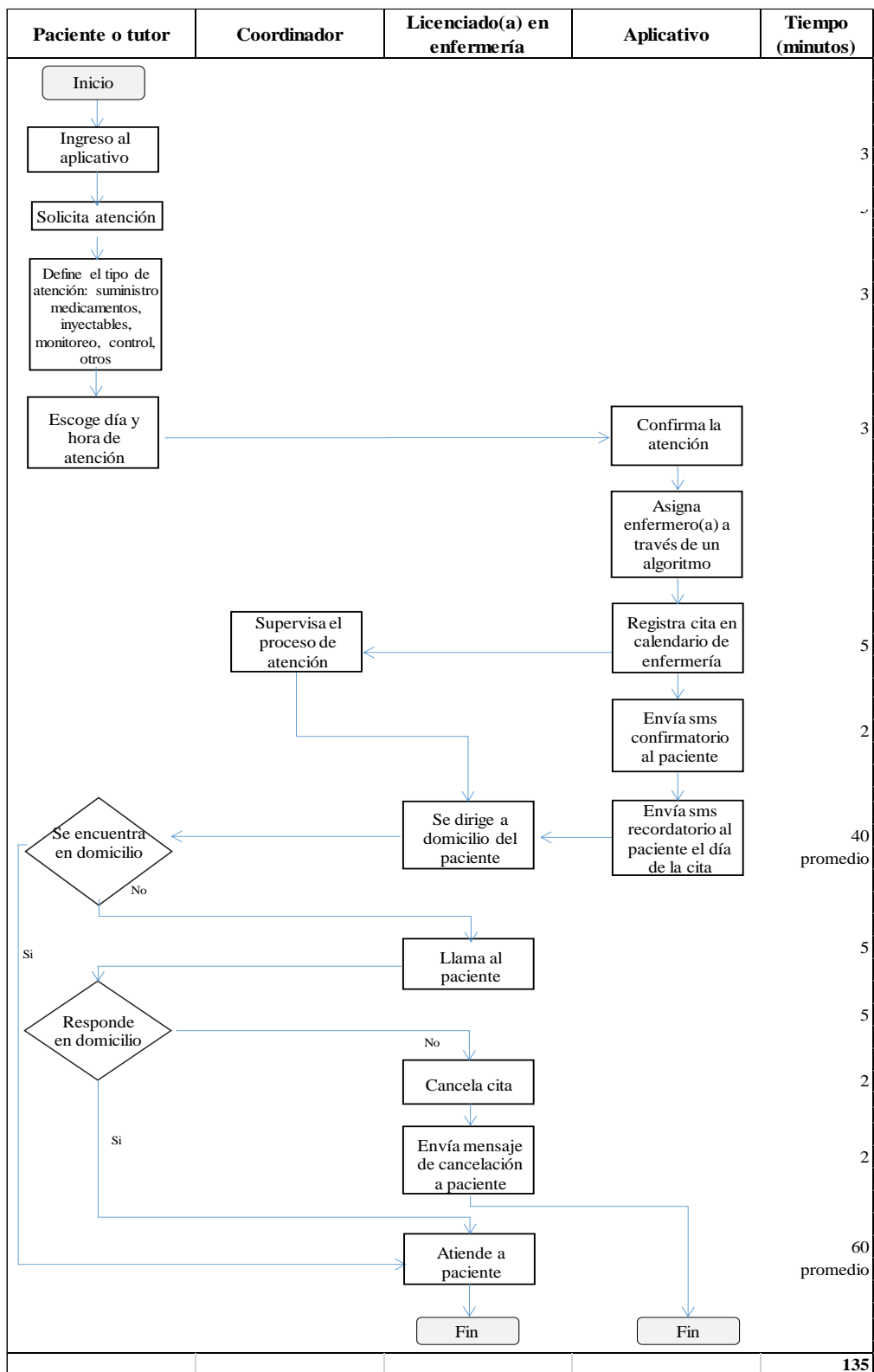
Elaboración: Autores de esta tesis.

6.2.5. Servicios de enfermería

Este proceso se divide en dos, dependiendo de los requerimientos del paciente o sus familiares. Las enfermeras licenciadas son las que aplican medicamentos, hacen curaciones y monitorean los signos vitales de los pacientes; mientras que las técnicas en enfermería se encargan de labores como el aseo, la movilidad y alimentación del paciente. En el caso de los

servicios de enfermera licenciada, se presenta la Figura 15, donde se aprecia que una vez que se ha solicitado el servicio, el aplicativo mediante un algoritmo selecciona a la persona que dará la atención

Figura 15. Proceso de enfermería, brindado por licenciada



Elaboración: Autores de esta tesis.

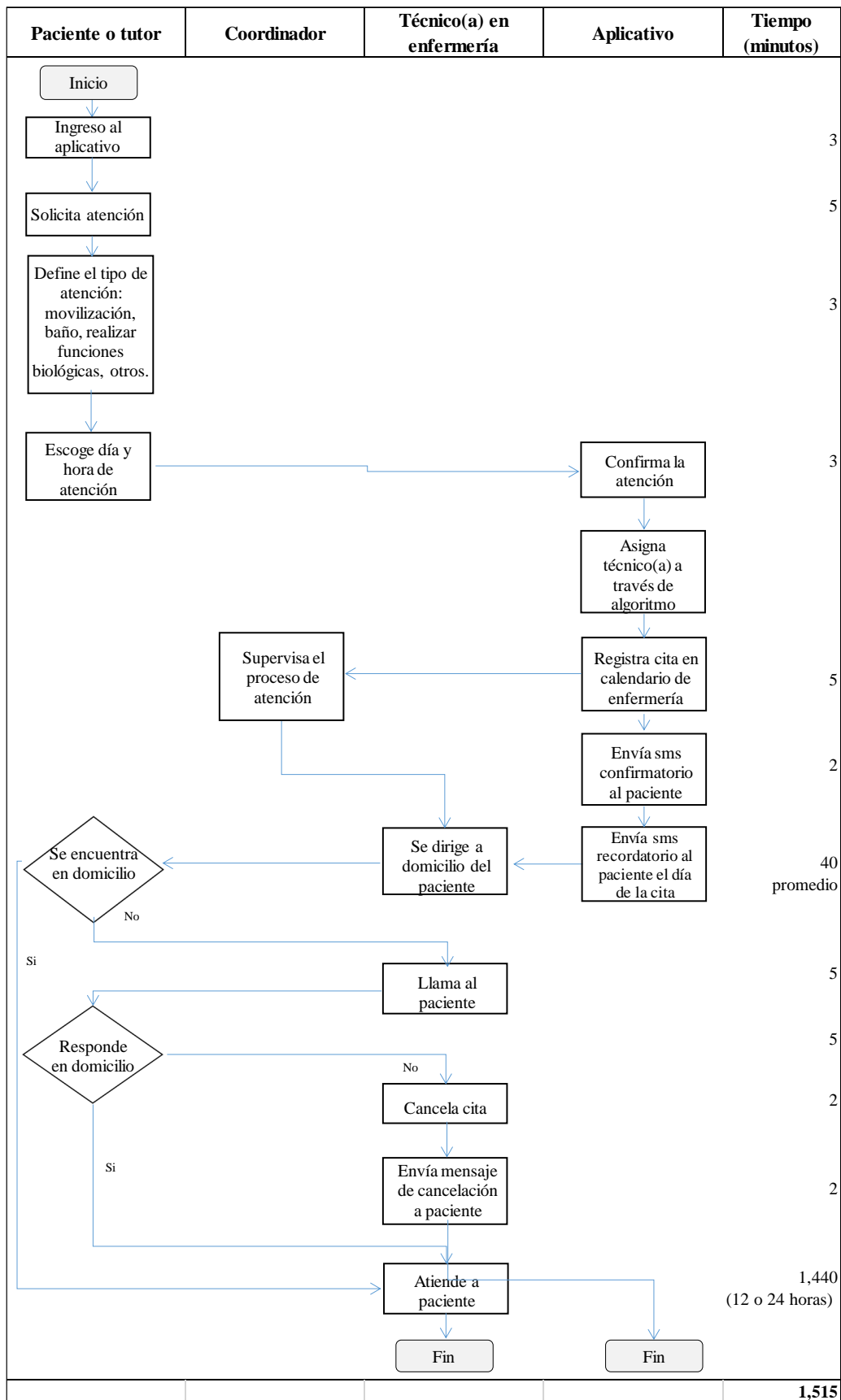
Los actores que participan en este proceso son: la técnica en enfermería, y el jefe de los técnicos de enfermería, el paciente o tutor, el técnico(a) de enfermería y el aplicativo; la Figura 16, presenta como inicio de las actividades el ingreso al aplicativo y la solicitud de atención, el tipo de atención que requiere, para que el enfermero(a) asigne al técnico o enfermero que va a asistir para la atención; terminando con la atención al paciente en su domicilio. El proceso continúa con la elección del técnico(a) por parte del paciente, el día y hora de atención; el aplicativo confirma la atención y registra la cita en la agenda del técnico(a). El proceso culmina con la participación del técnico(a) quien se dirige al domicilio del paciente y posterior atención.

6.2.6. Postventa

En el proceso de postventa se presenta una encuesta al paciente para evaluar los diferentes servicios ofrecidos por la empresa. En las actividades participan el paciente o tutor, el aplicativo y el área de calidad, quien evaluará las respuestas y tomará acciones según sea el caso.

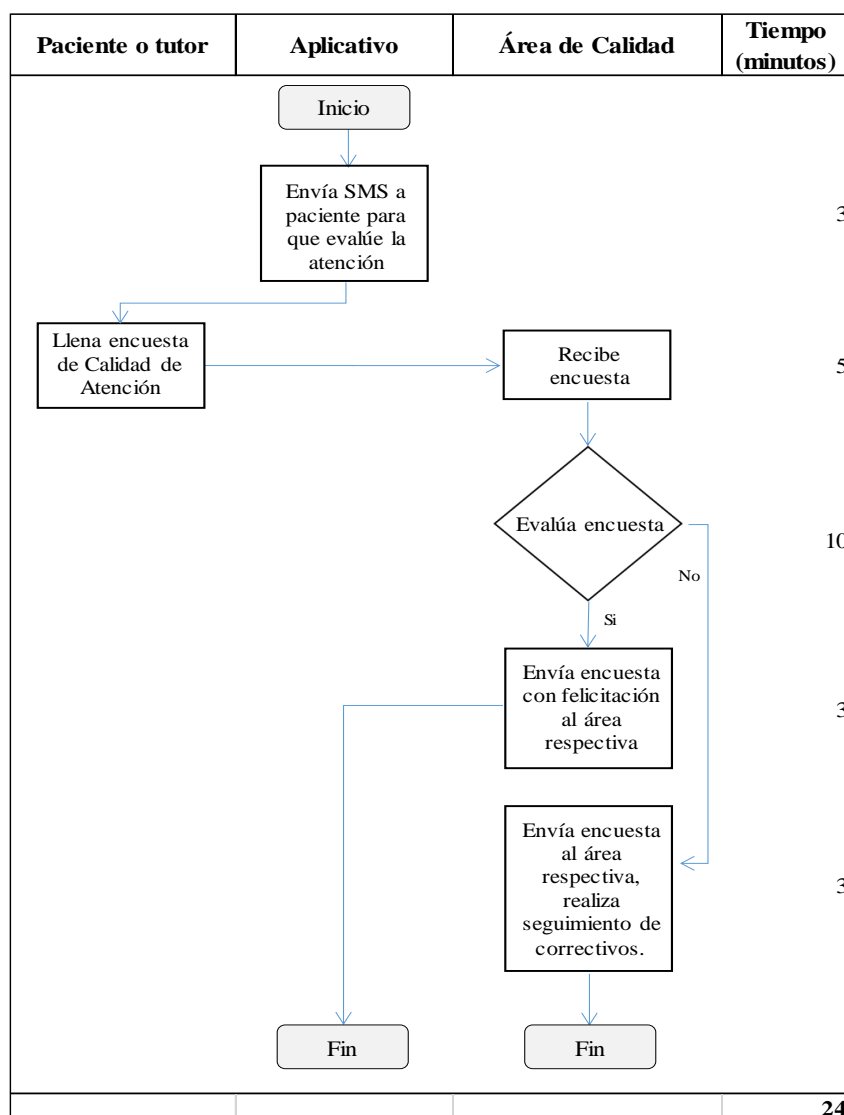
El inicio es el envío por parte del aplicativo de una encuesta al paciente, quien llena el formato y lo devuelve al aplicativo; posteriormente, el área de calidad recibe la encuesta, la evalúa y la envía al área respectiva para su conocimiento o para tomar medidas correctivas en la atención, según corresponda. El área de calidad hará el seguimiento respectivo de las encuestas para optimizar el servicio brindado (Figura 17).

Figura 16. Proceso de técnico(a) de enfermería



Elaboración: Autores de esta tesis.

Figura 17. Proceso de postventa



Elaboración: Autores de esta tesis.

6.3. Implementación de la empresa

La empresa será constituida como una Sociedad Anónima Cerrada (SAC), cuyas características son (Elevación Digital, 2019): (a) mínimo dos y máximo 20 accionistas, (b) se crea mediante escritura pública, la cual es inscrita en la Superintendencia de Registros Públicos; (c) su capital tiene que estar totalmente suscrito y pagado desde su constitución, (d) la responsabilidad es limitada, lo que implica que los accionistas no responden con su patrimonio personal; y (e) sus acciones no pueden ser inscritas en el mercado de valores. Luego de la creación de la empresa, se solicita el Registro Único de Contribuyente (RUC) y se inscriben los libros contables en la SUNAT.

Seguidamente, se solicita la Licencia de Funcionamiento a la municipalidad que corresponda, para lo cual se debe acondicionar la oficina y cumplir así con las condiciones de seguridad en la edificación. Luego, hay que registrar a la empresa como institución prestadora de servicios de salud (IPRESS) en el registro nacional que corresponde (Reinpress) (Gobierno del Perú, 2021); para lo cual es indispensable contar con un certificado de compatibilidad de uso que otorga la municipalidad. Finalmente, hay que registrarse en la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud),

CAPÍTULO VII. PLAN DE RECURSOS HUMANOS

En este capítulo se desarrolla el plan de recursos humanos, el cual contempla los siguientes puntos: (a) objetivos del plan de RR.HH., (b) organigrama o estructura organizacional, (c) perfil o descripción de cargos, y (d) presupuesto de los recursos humanos.

7.1. Objetivos del plan de recursos humanos

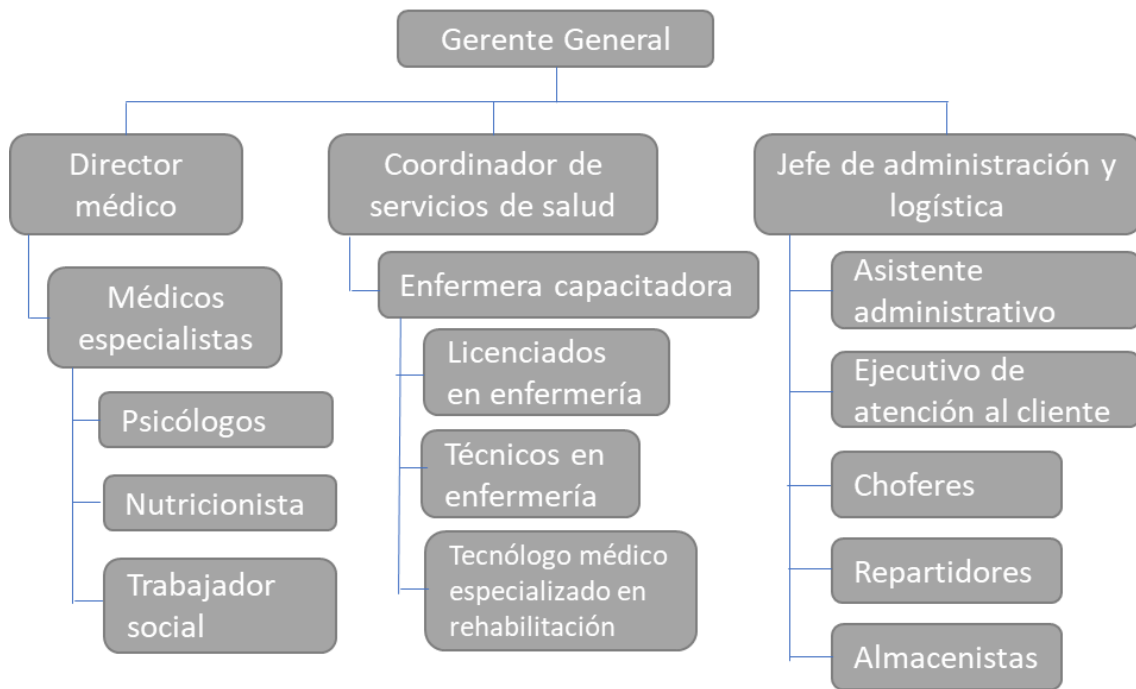
Los objetivos del plan de recursos humanos se indican a continuación:

- Definir la estructura organizacional u organigrama que se utilizará para la implementación y posterior administración de Cuid@r-T.
- Desarrollar los perfiles o descripciones de cargo, de modo tal que cada colaborador conozca sus funciones y responsabilidades.
- Estimar el presupuesto anual por concepto de pago a personal, más todas las cargas laborales. Esto se hará para los cinco años en que se está evaluando la idea de negocio

7.2. Estructura organizacional

De acuerdo con Rubió (2016), la estructura organizacional es una herramienta que permite definir cuáles son las distintas áreas de la empresa, así como la jerarquía o relación que hay entre ellas; lo cual a su vez determina el control y la responsabilidad. La estructura que se ha escogido es jerárquica, bajo el liderazgo de un Gerente General. Se escogió esta forma de organización porque se trata de una empresa donde el personal debe ser altamente especializado, y responder a instrucciones y procesos claros. Además, la estructura jerárquica tiene como ventaja que promueve la agilidad y es importante atender con rapidez las solicitudes de los clientes. En la Figura 18 se muestra la estructura que se ha diseñado para Cuid@r-T.

Figura 18. Organigrama Cuid@r-T



Elaboración: Autores de esta tesis.

7.3. Descripción de cargos

En este apartado se describen los principales cargos, en base al organigrama previamente presentado. La empresa estará liderada por un Gerente General, y luego se divide en tres áreas: Servicios médicos, otros servicios de salud, y administración. Las responsabilidades y funciones de los mandos altos y medios de la organización se describen de manera detallada en los perfiles de puesto que se presentan en el Anexo 6: (a) Gerente General, (b) Director médico, (c) Coordinador de servicios de salud, y (c) Jefe de administración y logística.

7.4. Presupuesto de recursos humanos

En base al organigrama que se ha presentado y tomando en consideración el perfil de los cargos, se ha preparado un *headcount*, o registro de la cantidad de empleados por cargo que se tendrá anualmente (ver Tabla 10). Luego, se generó un presupuesto de recursos humanos para cada uno de los cinco años en que se está evaluando la idea de negocio Cuid@r-T. Estos presupuestos de recursos humanos se presentan en el Anexo 7, mientras que en la Tabla 11 se muestra el que corresponde al 2022 o año 1, mes a mes. Es relevante mencionar que en este primer año no se están considerando gratificaciones ni CTS porque la empresa será registrada como Micro y Pequeña Empresa, dado su nivel de ventas y la cantidad de personal a contratar. Pero a partir del segundo año la empresa pasará al régimen regular o convencional. En cuanto

a las vacaciones, se ha considerado el pago para las personas que sustituirán a los empleados que les corresponda descansar; pero esto no aplica a los cargos de jefatura.

Tabla 10. Headcount, año 1 al 5

Headcount	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	
Gerente General		1	1	1	1	
Director médico		1	1	1	1	
Coordinador de servicios de salud		1	1	1	1	
Enfermera capacitadora		1	1	1	1	
Licenciadas en enfermería		3	5	7	9	10
Técnicas en enfermería		40	76	82	90	94
Jefe de administración y logística		1	1	1	1	1
Asistente administrativo		1	1	1	1	1
Ejecutivo de atención al cliente	1 hasta junio y luego 2	2	2	2	2	2
Choferes	1 hasta junio y luego 2	2	2	2	2	2
Almacenistas		1	1	1	1	1
Total		54	92	100	110	115

Elaboración: Autores de esta tesis.

La cantidad de enfermeras que se requiere, tanto licenciadas como técnicas, depende de la demanda, tal cual se detallará en el Capítulo VIII de análisis financiero. Las enfermeras, licenciadas y técnicas, estarán en planilla, dado que trabajarán jornada completa de seis días a la semana. Mientras que los médicos, tecnólogos, nutricionistas y psicólogos estarán contratados mediante el sistema de pago de recibos por honorarios, en función de la cantidad de horas que hayan trabajado en cada período (mes) y que se registrarán semanalmente. A todos empleados se les brindará la protección de una EPS (Empresa Prestadora de Salud), que de acuerdo con Pacífico (2021) tiene un costo de 2.5%. Es así que se reduce el pago a Essalud, que pasa de ser 9% del salario a ser 2.5%, por lo que no se eleva el costo para el empleador (Pacífico, 2021). Adicionalmente, se contratará a una empresa de servicios contables y por ello no se registra el cargo de contador en la estructura organizacional.

Tabla 11. Presupuesto de recursos humanos, mes a mes del año 1, en soles

Cargo	N°	Sueldo												Mes 11	CTS	Mes 12	Grat.
		mensual	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Grat.	Mes 8	Mes 9	Mes 10				
Gerente General	1	8,500	8,500	8,500	8,500	8,500	8,500	8,500	8,500	8,500	4,250	8,500	8,500	8,500	8,500	8,500	4,250
Director médico	1	7,200	7,200	7,200	7,200	7,200	7,200	7,200	7,200	7,200	3,600	7,200	7,200	7,200	7,200	7,200	3,600
Coordinador de servicios de salud	1	5,200	5,200	5,200	5,200	5,200	5,200	5,200	5,200	5,200	2,600	5,200	5,200	5,200	5,200	5,200	2,600
Enfermera capacitadora	1	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	3,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	3,000
Licenciadas en enfermería	Varía	3,400	3,400	6,800	6,800	6,800	6,800	6,800	10,200	10,200	3,400	10,200	13,600	13,600	17,000	20,400	7,083
Técnicas en enfermería	por mes	2,400	43,200	48,000	57,600	62,400	72,000	72,000	81,600	96,000	30,400	105,600	120,000	139,200	158,400	182,400	66,800
Jefe de administración y logística	1	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	2,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	2,000
Asistente administrativo	1	2,100	2,100	2,100	2,100	2,100	2,100	2,100	2,100	2,100	1,050	2,100	2,100	2,100	2,100	2,100	1,050
Ejecutivo de atención al cliente	*	2,200	2,200	2,200	2,200	2,200	2,200	2,200	4,400	4,400	1,283	4,400	4,400	4,400	4,400	4,400	2,200

Choferes	*	1,500	1,500	1,500	1,500	1,500	1,500		3,000	3,000	875	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	1,500	
Almacenistas	1	1,500	1,500	1,500	1,500	1,500	1,500		1,500	1,500	750	1,500	1,500	1,500	1,500	1,500	750	
Total		44,000	84,800	93,000	102,600	107,400	117,000	0	133,700	148,100	53,208	157,700	175,500	194,700	217,300	0	244,700	94,833

Nota: * Una persona (1) hasta junio y luego dos (2). Grat. Significa gratificación y se paga en los meses de julio y diciembre. Vac. Es vacaciones

Elaboración: Propia del grupo de tesis.

CAPÍTULO VIII. PLAN FINANCIERO

8.1. Objetivos del plan financiero

El propósito principal de este capítulo es analizar el plan de negocio propuesto para determinar si es o no viable económica y financieramente. Mientras que los objetivos específicos que se persiguen son:

- Conocer la inversión inicial que se requiere para implementar una empresa de servicios de cuidados paliativos y de fin de vida con cobertura en Lima Metropolitana.
- Proyectar los estados de financieros, para que las ventas sirvan como meta de marketing y los gastos se usen para el control presupuestario.
- Obtener un valor actual neto positivo.

8.2. Inversión inicial

En la Tabla 12 se detalla la inversión inicial que se requiere para implementar la empresa Cuid@r-T. Se observa que el monto asciende a S/ 542,686. Para ello se ha considerado lo siguiente:

- Obras civiles para adecuar la oficina que se alquile, dado que debe haber un área para teleconsulta, depósito para equipos y materiales de atención al paciente, incluyendo los implementos de bioseguridad. Así mismo, habrá un área con puestos de trabajo para el Gerente General y los jefes de área, incluyendo también a la enfermera capacitadora.
- Para el cálculo del mobiliario se consideraron 13 puestos de trabajo a un costo individual de S/ 2,200 que contempla un escritorio, una silla con ruedas y un archivador o estante. La cantidad de puestos de trabajo incluye a: (a) Gerente General, (b) Director médico, (c) Coordinador de servicios de salud, (d) enfermera capacitadora, (e) un puesto para las licenciadas de enfermería entre sus salidas a atender pacientes, (f) Jefe de administración y logística, (g) asistente administrativo, (h) almacenista, (i) cuatro puestos para teleconsulta, en el que irán rotando los médicos asignados. En total 13 puestos.
- El equipo de cómputo tiene un costo de US\$ 4,100 a una tasa de cambio igual a S/ 4.1 por dólar. Se necesita un equipo para cada puesto de trabajo.
- Los equipos para atención presencial a pacientes tienen un costo promedio de S/ 2,000 (incluye estetoscopio, termómetro, tensiómetro, etc.); y se requieren cuatro,

considerando que el máximo que habrá en los primeros dos años es de cuatro especialistas para la atención a domicilio.

- Las tablets para médicos tienen un costo de US\$ 400 y se requieren cuatro, considerando que el máximo que habrá en los primeros dos años es de cuatro especialistas para la atención a domicilio.
- Las tablets para licenciados en enfermería también cuestan US\$ 400 por unidad y se necesitan 3, en base al *headcount* presentado previamente.
- Los celulares son dos, dado que habrá dos choferes, y el costo de cada unidad es US\$ 250 por S/ 4.1 por dólar.
- Se comprarán dos vehículos a un precio de US\$ 12,500 cada uno. La decisión de adquirir dos unidades es para atender la demanda proyectada, dado que hay que trasladar a los médicos a domicilio y a las enfermeras que administrarán medicamentos.
- Dentro de los intangibles se ha considerado la constitución de la empresa, la solicitud de licencia y permisos detallados en el Plan de Operaciones, el registro de los libros contables y la contratación de personal. Para este último punto se contratará a una empresa especializada, a la cual se le paga un sueldo por empleado contratado (Director médico, Coordinador de servicios de salud, Enfermera capacitadora, Jefe de administración y logística, Asistente administrativo, Ejecutivo de atención al cliente, Choferes y Almacenista).

Tabla 12. Inversión inicial, en soles

Descripción	Cantidad	Costo	Total
Activos tangibles			
Obras civiles para adecuación de oficina y depósito	1	20,000	20,000
Mobiliario (estaciones de trabajo)	13	2,200	28,600
Computadoras y otros equipos para teleconsulta	13	4,100	53,300
Equipos para atención presencial a pacientes	4	2,000	8,000
Tablets para médicos	4	1,640	6,560
Tablets para enfermeros (licenciados)	3	1,640	4,920
Celulares para choferes	2	1,025	2,050
Vehículos	2	51,250	102,500
Total activos tangibles			225,930
Activos intangibles			
Constitución de la empresa, registro de marca, licencias y permisos	1	4,500	4,500
Registro de libros	1	800	800
Contratación de personal	1	29,700	29,700
Material promocional			13,710
Total activos intangibles			48,710
Capital de trabajo			
2 Meses de gastos de RR.HH., alquiler, marketing		268,046	268,046
Total inversión inicial			542,686

Elaboración: Autores de esta tesis.

8.3. Proyección de estados financieros

8.3.1. Ventas

La proyección de las ventas (Tabla 16 y Tabla 17) se hizo a partir de la demanda que se presentó en la Tabla 5 y los precios de la Tabla 6. Los pasos que se siguieron para estimar las ventas se detallan a continuación, y el resultado es la proyección mes a mes para el primer año:

- La cantidad de pacientes totales a atender cada mes (o año) se determinó en la Tabla 5.
- El total de pacientes se distribuyó entre los tres planes que se ofrecen: (a) 33% en el Plan 1, (b) 33% en el Plan 2, y (c) 34% en el Plan 3.
- El precio del Plan 1 es S/ 320 y del Plan 2 es S/ 520 como se detalló en la Tabla 7. Mientras que el Plan 3 no tiene un cobro fijo.

- Los pacientes demandarán otros servicios, además de los incluidos dentro de sus planes, como por ejemplo, colocación de medicamentos, técnicas en enfermería, consultas psicológicas, etc. El porcentaje de pacientes que demandarán cada tipo de servicio, según en plan, se muestra en la Tabla 13.

Tabla 13. Porcentaje de pacientes que demanda los servicios, en función del plan

Demanda de cada servicio	Plan		
	1	2	3
	Varía	Varía	Varía
Técnico en enfermería	anualmente	anualmente	anualmente
Colocación de medicamento (1 vez al mes)	18%	35%	50%
Consulta psicológica (1 vez al mes)	10%	20%	20%
Terapias (2 veces al mes)	10%	20%	20%
Consultas presenciales (1 por mes -adicional a lo incluido en cada plan-)	8%	15%	15%
Teleconsultas (1 por mes)			15%

Elaboración: Autores de esta tesis.

- Entonces, el ingreso por cada tipo de servicio se obtiene de multiplicar la cantidad de pacientes por el porcentaje que demanda ese servicio, y por el precio que está en la Tabla 6. Por ejemplo, para calcular el ingreso del Mes por consultas psicológicas para pacientes del Plan 2 se multiplica 19 (la cantidad de pacientes en Plan 2), por el 20% (porcentaje que demanda el servicio de psicología), por S/ 140. Entonces, el total es S/ 532 como se aprecia en la Tabla 16.
- El cálculo de la cantidad de servicios de enfermería (técnicas) que se necesitan se presenta en la Tabla 14, y se ha estimado de la siguiente manera:
 - Se parte del total de pacientes, que se dividen entre los tres planes, como se explicó previamente.
 - Demanda de cuidados de enfermería en el hogar (20% en el Plan 1, 40% en el Plan 2, y 40% en el Plan 3).
 - Cantidad total de pacientes que requieren del servicio de cuidados de enfermería en su hogar. Se calcula multiplicando el número de pacientes de cada plan por el porcentaje de demanda, y luego se suma el resultado de los tres planes. Por ejemplo, en el Mes 2 se toma la cifra de 21 pacientes por un 20%, lo cual se suma por 21 multiplicado por 40% (Plan 2), y también se le añade 23 por 40%

(Plan 3). Esto totaliza 22 pacientes, que necesitarán el servicio de enfermeras en el hogar.

- Se establece que un 40% contratarán estos servicios con la tarifa diaria, 35% semanal y 25% mensual.
- La cantidad de veces que requerirán los servicios en un mes varía, siendo 3 veces cuando el contrato es por 24 horas, una vez cuando es semanal y también una vez cuando es mensual.
- El ingreso por plan se calculó de la siguiente forma: Pacientes del Plan 1 por porcentaje de pacientes que toman el servicio, por porcentaje que lo contrata en el formato diario, por las tres veces que lo contratan dentro del mes, por el precio que se presentó en la Tabla 7. A esto se le suma, el monto que corresponde al servicio semanal y luego lo del servicio mensual. Lo mismo se hace para el Plan 2 y finalmente para el Plan 3.
- La cantidad de días de trabajo que hay en cada mes se ha calculado así: (a) del servicio diario se toma la cantidad total de pacientes que usarán servicio de cuidado de enfermeras, por el porcentaje que contrata el formato diario y por la cantidad de veces al mes que usan el servicio, que es tres; (b) del servicio semanal se toma la cantidad total de pacientes que demanda el servicio de cuidado de enfermeras, multiplicado por el porcentaje que contratará el formato semanal, por una vez al mes y por siete días que contiene una semana; y (c) del servicio mensual, se utiliza la cantidad total de pacientes que requieren el servicio por el porcentaje que selecciona el formato mensual por 30 días en el mes.
- Para estimar la cantidad de turnos de 24 horas que se requieren se ha dividido el total del punto anterior, es decir, la cantidad de días de trabajo al mes entre 24 considerando que en un mes hay 24 días laborables, dado que se descansa como mínimo un día a la semana.
- Finalmente, la cantidad de técnicas que se requieren es el resultado de multiplicar el número de turnos de 24 horas requeridos por dos, dado que las técnicas trabajarán en turnos de 12 horas continuas.

Luego, en la Tabla 15 se presenta la misma proyección de las ventas por servicio de cuidados de enfermería y la cantidad de técnicas de forma anualizada.

Tabla 14. Venta de servicios de enfermería (técnicas), mes a mes del año 1

	Base	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Año 1
Pacientes totales		57	65	74	85	96	110	126	143	164	187	213	243	130
Pacientes en Plan 1		19	21	24	28	32	36	41	47	54	62	70	80	43
Pacientes en Plan 2		19	21	24	28	32	36	41	47	54	62	70	80	43
Pacientes en Plan 3		19	23	26	29	32	38	44	49	56	63	73	83	44
Demanda de cuidados de enfermería														
Demanda en Plan 1		20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%
Demanda en Plan 2		40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%
Demanda en Plan 3		40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%
Cantidad de pacientes que utilizan servicio de técnica en enfermería		19	22	25	28	32	37	42	48	55	62	71	81	43
Pacientes contratan a diario	40%	8	9	10	11	13	15	17	19	22	25	28	32	17
Pacientes contratan semanal	35%	7	8	9	10	11	13	15	17	19	22	25	28	15
Pacientes contratan mensual	25%	5	5	6	7	8	9	11	12	14	16	18	20	11
Número de veces														
Veces que contratan (plan diario)		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Veces que contratan (plan semanal)		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Veces que contratan (plan mensual)		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ventas por concepto de cuidados de enfermería		77,545	89,048	101,587	115,423	131,675	150,682	172,016	196,120	223,500	254,735	291,303	332,319	2,135,954
Ingresos del Plan 1		15,550	17,187	19,642	22,916	26,190	29,464	33,556	38,466	44,195	50,743	57,290	65,475	420,674
Ingresos del Plan 2		31,100	34,374	39,285	45,832	52,380	58,927	67,111	76,933	88,391	101,486	114,580	130,949	841,348
Ingresos del Plan 3		30,895	37,487	42,660	46,675	53,105	62,292	71,349	80,721	90,914	102,507	119,432	135,895	873,932
Cantidad de días de trabajo al mes		211	243	277	314	359	411	469	534	609	694	794	905	485
Cantidad de turnos de 24 horas		9	10	12	13	15	17	20	22	25	29	33	38	20
Cantidad de técnicas (trabajan turnos de 12 horas)		18	20	24	26	30	34	40	44	50	58	66	76	40

Elaboración: Autores de esta tesis.

Tabla 15. Venta de servicios de enfermería (técnicas), año 1 al 5

	Base	Año 1 2022	Año 2 2023	Año 3 2024	Año 4 2025	Año 5 2026
Pacientes totales		130	276	363	444	540
Pacientes en Plan 1		43	92	121	148	180
Pacientes en Plan 2		43	92	121	148	180
Pacientes en Plan 3		44	92	121	148	180
Demanda de cuidados de enfermería						
Demanda en Plan 1		20%	16%	13%	11%	9%
Demanda en Plan 2		40%	33%	25%	21%	18%
Demanda en Plan 3		40%	33%	25%	21%	18%
Cantidad de pacientes que utilizan servicio de técnica en enfermería		43	75	76	78	79
Pacientes contratan a diario	40%	17	30	30	31	32
Pacientes contratan semanal	35%	15	26	26	27	28
Pacientes contratan mensual	25%	11	19	19	19	20
Número de veces						
Veces que contratan (plan diario)		3	4	4.5	5	6
Veces que contratan (plan semanal)		1	1.5	1.75	2	2
Veces que contratan (plan mensual)		1	1	1	1	1
Ventas por concepto de cuidados de enfermería		2,135,954	4,226,108	4,556,548	4,970,251	5,182,682
Ingresos del Plan 1		240,708	845,222	911,310	994,050	1,036,536
Ingresos del Plan 2		485,947	1,690,443	1,822,619	1,988,101	2,073,073
Ingresos del Plan 3		1,409,299	1,690,443	1,822,619	1,988,101	2,073,073
Cantidad de días de trabajo al mes		485	955	1,028	1,119	1,166
Cantidad de turnos de 24 horas		19	38	41	45	47
Cantidad de técnicas (trabajan turnos de 12 horas)		38	76	82	90	94

Elaboración: Autores de esta tesis.

En la Tabla 16 se presentan las ventas proyectadas, mes a mes durante el primer año y que se han calculado de la forma en que se detalló. Seguidamente, en la Tabla 17 se muestran las ventas desde el año 1 hasta el año 5.

Tabla 16. Ventas detalladas, mes a mes del año 1, en soles

Plan tarifario	Unidades	%	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Año 1
Plan 1															
Cantidad de pacientes	Personas	33%	19	21	24	28	32	36	41	47	54	62	70	80	43
Precio unitario	Soles		320	320	320	320	320	320	320	320	320	320	320	320	3,840
Ventas básico	Soles		6,080	6,720	7,680	8,960	10,240	11,520	13,120	15,040	17,280	19,840	22,400	25,600	164,480
Servicios adicionales															
Técnico en enfermería															
(promedio entre contratación diaria, semanal y mensual)	Soles	Varía	15,550	17,187	19,642	22,916	26,190	29,464	33,556	38,466	44,195	50,743	57,290	65,475	420,674
Colocación de medicamento (1 vez al mes)	Soles	18%	1,862	2,058	2,352	2,744	3,136	3,528	4,018	4,606	5,292	6,076	6,860	7,840	50,372
Consulta psicológica (1 vez al mes)	Soles	10%	1,026	1,134	1,296	1,512	1,728	1,944	2,214	2,538	2,916	3,348	3,780	4,320	27,756
Terapias (2 veces al mes)	Soles	10%	1,026	1,134	1,296	1,512	1,728	1,944	2,214	2,538	2,916	3,348	3,780	4,320	27,756
Consultas presenciales (1 adicional)	Soles	8%	770	851	972	1,134	1,296	1,458	1,661	1,904	2,187	2,511	2,835	3,240	20,817
Ventas adicionales	Soles		20,234	22,364	25,558	29,818	34,078	38,338	43,662	50,052	57,506	66,026	74,545	85,195	547,375
Ventas Plan 2	Soles		26,314	29,084	33,238	38,778	44,318	49,858	56,782	65,092	74,786	85,866	96,945	110,795	711,855
Plan 2															

Cantidad de pacientes	Personas	33%	19	21	24	28	32	36	41	47	54	62	70	80	43
Precio unitario	Soles		520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	520	6,240
Ventas básico	Soles		9,880	10,920	12,480	14,560	16,640	18,720	21,320	24,440	28,080	32,240	36,400	41,600	267,280
Servicios adicionales															
Técnico en enfermería															
(promedio entre contratación diaria, semanal y mensual)	Soles	Varía	31,100	34,374	39,285	45,832	52,380	58,927	67,111	76,933	88,391	101,486	114,580	130,949	841,348
Colocación de medicamento (1 vez al mes)	Soles	35%	7,448	8,232	9,408	10,976	12,544	14,112	16,072	18,424	21,168	24,304	27,440	31,360	201,488
Consulta psicológica (1 vez al mes)	Soles	20%	532	588	672	784	896	1,008	1,148	1,316	1,512	1,736	1,960	2,240	14,392
Terapias (2 veces al mes)	Soles	20%	456	504	576	672	768	864	984	1,128	1,296	1,488	1,680	1,920	12,336
Consultas presenciales (1 adicional)	Soles	15%	713	788	900	1,050	1,200	1,350	1,538	1,763	2,025	2,325	2,625	3,000	19,275
Ventas adicionales	Soles		40,249	44,486	50,841	59,314	67,788	76,261	86,853	99,563	114,392	131,339	148,285	169,469	1,088,839
Ventas Plan 2	Soles		50,129	55,406	63,321	73,874	84,428	94,981	108,173	124,003	142,472	163,579	184,685	211,069	1,356,119
Plan 3															
Cantidad de pacientes		34%	19	23	26	29	32	38	44	49	56	63	73	83	44
Servicios requeridos															

Consultas presenciales (1 por mes)	Soles	15%	708	859	977	1,069	1,217	1,427	1,635	1,849	2,083	2,348	2,736	3,113	20,021
Teleconsultas (1 por mes)	Soles	15%	283	344	391	428	487	571	654	740	833	939	1,094	1,245	8,009
Técnico en enfermería (promedio entre contratación diaria, semanal y mensual)	Soles	Varía	30,895	37,487	42,660	46,675	53,105	62,292	71,349	80,721	90,914	102,507	119,432	135,895	
Colocación de medicamento (1 vez al mes)	Soles	50%	5,285	6,412	7,297	7,984	9,084	10,656	12,205	13,808	15,552	17,535	20,430		
Consulta psicológica (1 vez al mes)	Soles	20%	528	641	730	798	908	1,066	1,220	1,381	1,555	1,753	2,043	2,325	
Terapias (2 veces al mes)	Soles	20%	453	550	625	684	779	913	1,046	1,184	1,333	1,503	1,751	1,993	12,814
Ventas Plan 3	Soles		38,152	46,293	52,681	57,639	65,580	76,924	88,109	99,682	112,270	126,586	147,487	167,817	1,079,219

Ventas totales	Soles	114,59	130,78	149,240	170,29	194,32	221,76	253,064	288,777	329,528	376,030	429,118	489,681	3,147,193
		5	2		1	5	3							
Ventas sin IGV	Soles	97,114	110,83	126,474	144,31	164,68	187,93	214,461	244,726	279,261	318,670	363,659	414,984	2,667,113
			2		5	3	4							

Elaboración: Autores de esta tesis.

Tabla 17. Ventas detalladas, año 1 al año 5, en soles

Plan tarifario	Unidades	%	Año 1 2022	Año 2 2023	Año 3 2024	Año 4 2025	Año 5 2026
Plan 1							
Cantidad de pacientes	Personas	33%	43	92	121	148	180
Precio unitario	Soles		3,840	3,840	3,840	3,840	3,840
Ventas básico	Soles		164,480	353,280	464,640	568,320	691,200
Servicios adicionales							
Técnico en enfermería (promedio entre contratación diaria, semanal y mensual)	Soles	Varía	420,674	359,933	359,933	359,933	359,933
Colocación de medicamento (1 vez al mes)	Soles	18%	50,372	108,192	142,296	174,048	211,680
Consulta psicológica (1 vez al mes)	Soles	10%	27,756	15,456	20,328	24,864	30,240
Terapias (2 veces al mes)	Soles	10%	27,756	13,248	17,424	21,312	25,920
Consultas presenciales (1 adicional)	Soles	8%	20,817	20,700	27,225	33,300	40,500
Ventas adicionales	Soles		547,375	517,529	567,206	613,457	668,273
Ventas Plan 1	Soles		711,855	870,809	1,031,846	1,181,777	1,359,473
Plan 2							
Cantidad de pacientes	Personas	33%	43	92	121	148	180
Precio unitario	Soles		6,240	6,240	6,240	6,240	6,240
Ventas básico	Soles		267,280	574,080	755,040	923,520	1,123,200
Servicios adicionales							
Técnico en enfermería (promedio entre contratación diaria, semanal y mensual)	Soles	Varía	841,348	1,793,665	1,633,195	1,678,007	1,700,682
Colocación de medicamento (1 vez al mes)	Soles	35%	201,488	432,768	569,184	696,192	846,720
Consulta psicológica (1 vez al mes)	Soles	20%	14,392	30,912	40,656	49,728	60,480
Terapias (2 veces al mes)	Soles	20%	12,336	26,496	34,848	42,624	51,840
Consultas presenciales (1 adicional)	Soles	15%	19,275	41,400	54,450	66,600	81,000
Ventas adicionales	Soles		1,088,839	2,325,241	2,332,333	2,533,151	2,740,722
Ventas Plan 2	Soles		1,356,119	2,899,321	3,087,373	3,456,671	3,863,922
Plan 3							
Cantidad de pacientes		34%	44	92	121	148	180
Servicios requeridos							
Consultas presenciales (1 por mes)	Soles	15%	20,021	41,400	54,450	66,600	81,000
Teleconsultas (1 por mes)	Soles	15%	8,009	16,560	21,780	26,640	32,400
Técnico en enfermería (promedio entre contratación diaria, semanal y mensual)	Soles	Varía	873,932	1,793,665	1,814,661	1,864,452	1,889,647
Colocación de medicamento (1 vez al mes)	Soles	50%	149,494	618,240	813,120	994,560	1,209,600
Consulta psicológica (1 vez al mes)	Soles	20%	14,949	30,912	40,656	49,728	60,480
Terapias (2 veces al mes)	Soles	20%	12,814	26,496	34,848	42,624	51,840
Ventas Plan 3	Soles		1,079,219	2,527,273	2,779,515	3,044,604	3,324,967
Ventas totales	Soles		3,147,193	6,297,403	6,898,734	7,683,051	8,548,362
Ventas sin IGV	Soles		2,667,113	5,336,782	5,846,385	6,511,061	7,244,375

Elaboración: Autores de esta tesis.

8.3.2. Costo de ventas

Una vez que se estimaron las ventas, se procede a presentar el cálculo del costo de ventas, que corresponde a los costos variables (ver Tabla 18 para datos mes a mes durante el año 1, y Tabla 19 para estimaciones del año 1 al año 5). Por tanto, se ha considerado lo siguiente:

- Las enfermeras, técnicas y licenciadas son empleadas fijas de la empresa, por lo que no se consideran dentro del costo variable.
- El primer rubro que se aprecia son las teleconsultas. La cantidad proviene de la cantidad de pacientes en el Plan 1 y en el Plan 2 multiplicados por cuatro servicios al mes que están incluidas en sus planes. A esto se le añade la cantidad total de pacientes en el Plan 3, por el porcentaje que requiere teleconsultas, por una vez al mes. Mientras que el costo de S/ 42 corresponde a un tercio del costo de una consulta presencial que se paga a los médicos. Se considera que un galeno demora en promedio 20 minutos en cada teleconsulta, por lo que podría atender tres pacientes en una hora, que es lo que se estima para la consulta presencial y parte del traslado.
- El siguiente rubro de costo de ventas es el de las consultas presenciales. La cantidad corresponde a: (a) pacientes del Plan 1 por el porcentaje que demanda este servicio, una vez al mes; más (b) total de pacientes del Plan 2, a quienes se les incluye una consulta presencial; más (c) pacientes del Plan 3, multiplicado por el porcentaje que requiere consultas presenciales. El monto que se paga a cada médico por una consulta presencial es el 50% del precio que se cobra al cliente final.
- Para los costos de consultas psicológicas y terapias se ha tomado la cantidad de pacientes en cada plan y se ha multiplicado por el porcentaje que solicita dichos servicios (varía por plan). El monto del costo es el 50% del precio que se cobra al cliente.
- Los materiales de bioseguridad tienen un costo de S/ 2.59 por kit, que incluye mascarilla descartable, par de guantes para examen, gorro descartable, mandil descartable y una parte de la careta plástica (tiene varios usos). En el costo se ha considerado un kit para cada consulta presencial, para cada consulta psicológica y para cada terapia. Además, se ha estimado que cada licenciada de enfermería requiere un kit cuando visita a un paciente para colocar medicamento; mientras que las técnicas en enfermería se cambian el kit cada seis horas.

Tabla 18. Costo de ventas detalladas, mes a mes del año 1, en soles

Plan tarifario	Unidades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Año 1
Teleconsultas														
Cantidad	Consultas	155	171	196	228	261	294	335	383	440	505	571	652	4,192
Costo unitario	Soles	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
	Soles	6,451	7,143	8,163	9,512	10,869	12,238	13,939	15,975	18,347	21,058	23,789	27,186	174,670
Consultas presenciales														
Cantidad	Consultas	23	26	30	34	39	44	51	58	66	76	86	98	633
Costo unitario	Soles	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125
	Soles	2,907	3,251	3,714	4,297	4,908	5,551	6,327	7,240	8,298	9,505	10,774	12,307	79,079
Consulta psicológica														
Cantidad	Consultas	9	11	12	14	16	18	21	24	27	31	36	41	261
Costo unitario	Soles	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
	Soles	663	762	869	987	1,126	1,289	1,471	1,677	1,912	2,179	2,491	2,842	18,269
Terapias														
Cantidad	Procedimiento	19	22	25	28	32	37	42	48	55	62	71	81	522
Costo unitario	Soles	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	Soles	568	653	745	846	965	1,105	1,261	1,438	1,638	1,867	2,136	2,436	15,659
Materiales de bioseguridad														
Personal por honorarios														
	Soles	134	152	174	199	227	258	295	336	384	439	500	571	3,669

Personal fijo	Soles	3,110	3,732	4,354	4,665	5,287	6,220	7,153	7,775	9,019	10,263	11,818	13,684	87,082
		3,244	3,884	4,528	4,864	5,514	6,478	7,448	8,112	9,404	10,702	12,318	14,255	90,751
Costo de ventas totales	Soles	13,834	15,693	18,018	20,506	23,383	26,661	30,446	34,442	39,598	45,312	51,509	59,026	378,428

Elaboración: Autores de esta tesis.

Tabla 19. Costo de ventas detalladas, año 1 al año 5, en soles

Plan tarifario	Unidades	Año 1 2022	Año 2 2023	Año 3 2024	Año 4 2025	Año 5 2026
Teleconsultas						
Cantidad	Consultas	4,192	8,998	11,834	14,474	17,604
Costo unitario	Soles	42	42	42	42	42
	Soles	174,670	374,900	493,075	603,100	733,500
Consultas presenciales						
Cantidad	Consultas	633	1,352	1,779	2,176	2,646
Costo unitario	Soles	125	125	125	125	125
	Soles	79,079	169,050	222,338	271,950	330,750
Consulta psicológica						
Cantidad	Consultas	261	552	726	888	1,080
Costo unitario	Soles	70	70	70	70	70
	Soles	18,269	38,640	50,820	62,160	75,600
Terapias						
Cantidad	Procedimiento	522	883	1,162	1,421	1,728
Costo unitario	Soles	30	30	30	30	30
	Soles	15,659	26,496	34,848	42,624	51,840
Materiales de bioseguridad						
Personal por honorarios						
	Soles	3,669	7,225	9,502	11,622	14,135
Personal fijo						
	Soles	87,082	165,145	185,672	209,930	222,060
		90,751	172,370	195,174	221,553	236,195
Costo de ventas						
totales	Soles	378,428	781,456	996,254	1,201,387	1,427,885

Elaboración: Autores de esta tesis.

8.3.3. Estado de ganancias y pérdidas

El estado de ganancias y pérdidas que se muestra en la Tabla 20 (mes a mes para el primer año), y en la Tabla 21 (año 1 al 5), se preparó de la siguiente forma:

- La forma como se estimaron las ventas y el costo de ventas se ha explicado en el punto anterior.

- El gasto de personal fue calculado en el Plan de Recursos Humanos, en base a la cantidad de personas en cada cargo, a su sueldo mensual, el pago de CTS, gratificaciones, vacaciones, EPS y Essalud. En el Anexo 7 se muestran estos cálculos para cada uno de los cinco años que se están analizando.
- Los gastos de marketing provienen del presupuesto que se presentó en el Plan de Marketing.
- La comisión por cobro con tarjeta de crédito corresponde al 2.5% de las ventas (incluyendo IGV) por el 50% de las ventas, dado que se ha estimado que este es el porcentaje de clientes que pagará con tarjetas.
- El alquiler de oficina, con espacio de almacén, se ha estimado en S/ 3,000 al mes. Considerar que no se necesita depósito para equipos, dado que la empresa remitirá a los clientes con un proveedor especializado (camas clínicas, respiradores, aspiradores, etc.).
- El gasto de mantenimiento de vehículos es de S/ 150 por cada auto, por semana.
- El gasto de servicios básicos es S/ 900 al mes, que incluye mantenimiento, luz eléctrica y agua.
- La depreciación y amortización se basa en el activo fijo, dividido entre cinco años y 12 meses cada año. Esto equivale a una depreciación en línea recta.
- El impuesto a la renta es con una tasa del 29.5% de la utilidad neta, pero durante los meses en que hay pérdidas no se genera impuesto. Luego, se consideran las ganancias acumuladas, y por tanto, aunque a partir del Mes 8 la utilidad neta antes de impuesto es positiva, el acumulado del año sigue siendo negativo y no se paga impuesto a la renta; lo mismo que ocurre hasta el Mes 12 inclusive.

Tabla 20. Estado de ganancias y pérdidas, mes a mes del año 1, en soles

	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Año 1
Ventas sin IGV	97,114	110,832	126,474	144,315	164,683	187,934	214,461	244,726	279,261	318,670	363,659	414,984	2,667,113
Costo de ventas	-13,834	-15,693	-18,018	-20,506	-23,383	-26,661	-30,446	-34,442	-39,598	-45,312	-51,509	-59,026	-378,428
Utilidad bruta	83,280	95,139	108,457	123,809	141,299	161,274	184,015	210,284	239,662	273,357	312,150	355,958	2,288,684
Gastos de personal	-120,556	-128,756	-138,356	-143,156	-152,756	-169,456	-183,856	-193,456	-211,256	-230,456	-253,056	-280,456	-2,205,568
Gastos de marketing	-3,625	-3,075	-3,075	-3,075	-3,075	-3,075	-3,625	-3,075	-3,075	-3,075	-3,075	-3,075	-38,000
Comisión por cobro con TC	-1,432	-1,635	-1,865	-2,129	-2,429	-2,772	-3,163	-3,610	-4,119	-4,700	-5,364	-6,121	-39,340
Gastos de alquiler de oficina y almacén	-3,000	-3,000	-3,000	-3,000	-3,000	-3,000	-3,000	-3,000	-3,000	-3,000	-3,000	-3,000	-36,000
Gastos de mantenimiento de vehículos	-1,300	-1,300	-1,300	-1,300	-1,300	-1,300	-1,300	-1,300	-1,300	-1,300	-1,300	-1,300	-15,600
Gastos por servicios básicos	-900	-900	-900	-900	-900	-900	-900	-900	-900	-900	-900	-900	-10,800
Gastos por dep. y amortización	-4,577	-4,577	-4,577	-4,577	-4,577	-4,577	-4,577	-4,577	-4,577	-4,577	-4,577	-4,577	-54,928
Total gastos operativos	-135,390	-143,243	-153,074	-158,137	-168,037	-185,080	-200,421	-209,918	-228,227	-248,008	-271,272	-299,429	-2,400,236
Utilidad neta antes de IR	-52,110	-48,104	-44,617	-34,328	-26,738	-23,806	-16,406	367	11,435	25,349	40,878	56,529	-111,552
Impuesto a la renta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Utilidad neta	-52,110	-48,104	-44,617	-34,328	-26,738	-23,806	-16,406	7,389	11,435	25,349	40,878	56,529	-104,529

Elaboración: Autores de esta tesis.

Tabla 21. Estado de ganancias y pérdidas, año 1 al 5, en soles

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
	2022	2023	2024	2025	2026
Ventas sin IGV	2,667,113	5,336,782	5,846,385	6,511,061	7,244,375
				-	-
Costo de ventas	-378,428	-781,456	-996,254	1,201,387	1,427,885
Utilidad bruta	2,288,684	4,555,326	4,850,130	5,309,674	5,816,490
	-	-	-	-	-
Gastos de personal	2,205,568	4,164,344	4,541,350	4,993,230	5,219,170
Gastos de marketing	-38,000	-39,476	-40,397	-41,355	-42,351
Comisión por cobro con tarjeta	-39,340	-78,718	-86,234	-96,038	-106,855
Gastos de alquiler de oficina y almacén	-36,000	-36,000	-36,000	-36,000	-36,000
Gastos de mantenimiento de vehículos	-15,600	-15,600	-15,600	-15,600	-15,600
Gatos por servicios básicos	-10,800	-10,800	-10,800	-10,800	-10,800
Gastos por depreciación y amortización	-54,928	-54,928	-54,928	-54,928	-54,928
	-	-	-	-	-
Total gastos operativos	2,400,236	4,399,866	4,785,309	5,247,951	5,485,704
Utilidad neta antes de IR	-111,552	155,461	64,821	61,723	330,786
Impuesto a la renta	0	-45,861	-19,122	-18,208	-97,582
Utilidad neta	-111,552	109,600	45,699	43,515	233,204

Elaboración: Autores

8.3.4. Flujo de caja

Luego de haber desarrollado el estado de ganancias y pérdidas, se procede a presentar el flujo de caja; en la Tabla 22 se presenta el análisis mes a mes durante el año 1, y seguidamente, en la Tabla 23 están los datos del año 1 al año 5. Para elaborar el flujo de caja se partió de los siguientes supuestos:

- Todas las ventas son de contado, pero dado que un 50% de los clientes paga con tarjeta de crédito y los emisores de estos medios de pago demoran aproximadamente tres días en abonar el dinero en la cuenta de la empresa, se genera una cuenta por cobrar (ver estado de la situación financiera), y por ende, el monto cobrado cada mes o cada año no corresponde exactamente a las ventas del período.

- El activo fijo bruto proviene de la suma de activos tangibles e intangibles, según se presentó en la inversión inicial (ver Tabla X).
- La depreciación y amortización no se incluye en el flujo de caja, por ello solamente se registra como gasto en el estado de ganancias y pérdidas.
- El pago de proveedores directos, es decir, médicos u otros profesionales de la salud que trabajan bajo el sistema de recibos por honorarios proviene del costo de ventas menos un porcentaje que se registra en cuentas por pagar (5%). A esto se le suma el monto que quedó como deuda en el período inmediatamente anterior.
- Durante el primer año, el pago a los trabajadores se registra por el monto mensual del salario, que se calculó en el presupuesto de recursos humanos (Tabla 10).
- El pago de EPS y Essalud se calcula como el 2.5% más el 6.5% del salario mensual, y posteriormente anualizado.
- La comisión por cobro de tarjeta de crédito se paga en el mismo período en que se generó, dado que las empresas de medios de pago lo cargan en el mismo momento en que el cliente ha pagado.
- El alquiler, el mantenimiento de los vehículos y los servicios básicos se pagan en el mismo período en que se generan.
- El impuesto a la renta se paga en el año siguiente al de su generación.
- Solamente se ha estimado un pago de dividendos en el quinto año, por el monto de S/ 200,000.

Tabla 22. Flujo de caja, mes a mes del año 1, en soles

	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Año 1
Ingresos													
Aporte de accionistas													
Cobro de las ventas	92,258	110,146	125,692	143,423	163,664	186,772	213,134	243,213	277,534	316,699	361,409	412,418	2,646,363
IGV	17,481	19,950	22,765	25,977	29,643	33,828	38,603	44,051	50,267	57,361	65,459	74,697	480,080
Total ingresos	109,739	130,096	148,458	169,399	193,307	220,600	251,737	287,264	327,801	374,060	426,868	487,115	3,126,444
Egresos													
Compra de activos													
Pago de IGV		-17,481	-19,950	-22,765	-25,977	-29,643	-33,828	-38,603	-44,051	-50,267	-57,361	-65,459	-405,383
Pago de costo de ventas	-13,142	-15,600	-17,902	-20,382	-23,239	-26,497	-30,257	-34,242	-39,341	-45,026	-51,199	-58,650	-375,477
Pago de trabajadores	-84,800	-93,000	-102,600	-107,400	-117,000	-186,908	-148,100	-157,700	-175,500	-194,700	-217,300	-339,533	-1,924,542
Pago de EPS y Essalud	-7,632	-8,370	-9,234	-9,666	-10,530	-12,033	-13,329	-14,193	-15,795	-17,523	-19,557	-22,023	-159,885
Pago de gastos de marketing	-3,625	-3,075	-3,075	-3,075	-3,075	-3,075	-3,625	-3,075	-3,075	-3,075	-3,075	-3,075	-38,000
Pago de comisiones por cobro con tarjetas	-1,432	-1,635	-1,865	-2,129	-2,429	-2,772	-3,163	-3,610	-4,119	-4,700	-5,364	-6,121	-39,340
Pago de alquiler	-3,000	-3,000	-3,000	-3,000	-3,000	-3,000	-3,000	-3,000	-3,000	-3,000	-3,000	-3,000	-36,000
Pago de mantenimiento de vehículos	-1,300	-1,300	-1,300	-1,300	-1,300	-1,300	-1,300	-1,300	-1,300	-1,300	-1,300	-1,300	-15,600
Pago de servicios básicos	-900	-900	-900	-900	-900	-900	-900	-900	-900	-900	-900	-900	-10,800
Pago de impuesto a la renta		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pago de dividendos													
Total egresos	115,832	144,360	159,826	-170,617	187,450	266,128	237,502	256,623	287,080	320,492	359,056	-500,061	-3,005,027
Flujo de caja neto	-6,093	-14,264	-11,368	-1,217	5,857	-45,528	14,235	30,641	40,721	53,568	67,812	-12,946	121,417

Caja inicial	268,046	261,953	247,689	236,321	235,104	240,960	195,432	209,668	240,309	281,029	334,597	402,410	268,046
Caja final	261,953	247,689	236,321	235,104	240,960	195,432	209,668	240,309	281,029	334,597	402,410	389,463	389,463

Elaboración: Autores de esta tesis.

Tabla 23. Flujo de caja, año 1 al 5, en soles

	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Ingresos						
Aporte de accionistas	542,686					
Cobro de las ventas		2,646,363	5,305,053	5,841,374	6,504,525	7,237,164
IGV		480,080	960,621	1,052,349	1,171,991	1,303,987
Total ingresos	542,686	3,126,444	6,265,674	6,893,723	7,676,515	8,541,152
Egresos						
Compra de activos	-274,640					
				-	-	-
Pago de IGV		-405,383	-955,266	1,044,705	1,162,021	1,292,988
					-	-
Pago de costo de ventas		-375,477	-745,334	-985,514	1,191,130	1,416,560
		-	-	-	-	-
Pago de trabajadores		1,924,542	4,053,801	4,464,921	4,913,682	5,149,036
Pago de EPS y Essalud		-159,885	-58,170	-60,720	-60,720	-60,720
Pago de gastos de marketing		-38,000	-39,476	-40,397	-41,355	-42,351
Pago de comisiones por cobro con tarjetas		-39,340	-78,718	-86,234	-96,038	-106,855
Pago de alquiler		-36,000	-36,000	-36,000	-36,000	-36,000
Pago de mantenimiento de vehículos		-15,600	-15,600	-15,600	-15,600	-15,600
Pago de servicios básicos		-10,800	-10,800	-10,800	-10,800	-10,800
Pago de impuesto a la renta		0	0	-45,861	-19,122	-18,208
Pago de dividendos		0				-200,000
		-	-	-	-	-
Total egresos	-274,640	3,005,027	5,993,165	6,790,753	7,546,468	8,349,118
Flujo de caja neto	268,046	121,417	272,508	102,970	130,048	192,034
Caja inicial		268,046	389,463	661,971	764,941	894,989
Caja final	268,046	389,463	661,971	764,941	894,989	1,087,023

Elaboración: Autores de esta tesis.

8.3.5. Estado de la situación financiera

El estado de la situación financiera se elabora a partir del estado de ganancias y pérdidas, en conjunto con el flujo de caja. A continuación, los supuestos utilizados para hacer las estimaciones:

- Caja y bancos proviene del flujo de caja, donde se ha denominado caja final y ya incluye todo el movimiento de dinero durante el período.
- Las cuentas por cobrar muestran el saldo cobrado con tarjeta de crédito durante los últimos días. Entonces, se calcula multiplicando las ventas por 50%, dividiendo el resultado entre 30 para tener el promedio diario y luego multiplicando este valor por 3 días.
- En conjunto con el estado de ganancias y pérdidas y el estado de la situación financiera se preparó el flujo de caja que se presenta en la Tabla 13. Aquí se ha incorporado el pago de dividendos a partir del año 2, permitiendo a los inversionistas recuperar el monto que aportaron y obtener una ganancia.
- La depreciación y amortización acumulada proviene del gasto por este concepto que se presentó en el estado de ganancias y pérdidas; lo que se va incrementando mes a mes durante el primer año y luego con una frecuencia anual.
- Las cuentas por pagar a médicos y otros profesionales de la salud corresponden al 5% del costo de cada mes o año.
- Los beneficios laborales por pagar corresponden a la porción de CTS, gratificaciones y vacaciones que cada mes (luego anual) se van calculando, pero que no se hace el pago y por tanto, no se visualiza en flujo de caja; sino que se van acumulando como deuda hasta que se pagan. Por ejemplo, las gratificaciones son en julio y diciembre.
- El impuesto a la renta por pagar corresponde al que se generó en ese período en el estado de ganancias y pérdidas; dado que será pagado al Estado peruano en el período inmediatamente siguiente.

Tabla 24. Estado de la situación financiera, mes a mes del año 1, en soles

	Año 0	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
Activos circulantes													
Caja y bancos	268,046	261,953	247,689	236,321	235,104	240,960	195,432	209,668	240,309	281,029	334,597	402,410	389,463
Cuentas por cobrar		4,856	5,542	6,324	7,216	8,234	9,397	10,723	12,236	13,963	15,933	18,183	20,749
Inventarios													
Total activos circulantes	268,046	266,809	253,231	242,644	242,319	249,195	204,829	220,391	252,545	294,992	350,531	420,593	410,212
Activos fijos													
Activo fijo bruto	225,930	225,930	225,930	225,930	225,930	225,930	225,930	225,930	225,930	225,930	225,930	225,930	225,930
Activo intangible	48,710	48,710	48,710	48,710	48,710	48,710	48,710	48,710	48,710	48,710	48,710	48,710	48,710
Depreciación y amortización		-4,577	-9,155	-13,732	-18,309	-22,887	-27,464	-32,041	-36,619	-41,196	-45,773	-50,351	-54,928
Activo fijo neto	274,640	270,063	265,485	260,908	256,331	251,753	247,176	242,599	238,021	233,444	228,867	224,289	219,712
Total activos	542,686	536,872	518,716	503,552	498,650	500,948	452,005	462,989	490,566	528,436	579,397	644,882	629,924
Pasivo y Patrimonio													
IGV por pagar		17,481	19,950	22,765	25,977	29,643	33,828	38,603	44,051	50,267	57,361	65,459	74,697
IR por pagar		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Beneficios laborales		28,124	55,509	82,031	108,121	133,346	103,861	126,288	147,850	167,811	186,044	202,242	121,142
Cuentas por pagar		692	785	901	1,025	1,169	1,333	1,522	1,722	1,980	2,266	2,575	2,951
Total pasivo circulante	0	46,296	76,244	105,697	135,123	164,159	139,022	166,413	193,623	220,058	245,670	270,276	198,790
Patrimonio													
Capital social	542,686	542,686	542,686	542,686	542,686	542,686	542,686	542,686	542,686	542,686	542,686	542,686	542,686
Utilidades retenidas		-52,110	-100,214	-144,831	-179,159	-205,897	-229,703	-246,109	-245,743	-234,308	-208,958	-168,081	111,552

Total patrimonio	542,686	490,576	442,472	397,855	363,527	336,789	312,983	296,577	296,943	308,379	333,728	374,605	431,134
Pasivo + Patrimonio	542,686	536,872	518,716	503,552	498,650	500,948	452,005	462,989	490,566	528,436	579,397	644,882	629,924

Elaboración: Autores de esta tesis.

Tabla 25. Estado de la situación financiera, año 1 al 5, en soles

	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Activos circulantes						
Caja y bancos	268,046	389,463	661,971	764,941	894,989	1,087,023
Cuentas por cobrar		20,749	52,478	57,489	64,025	71,236
Inventarios						
Total activos circulantes	268,046	410,212	714,450	822,431	959,014	1,158,259
Activos fijos						
Activo fijo bruto	225,930	225,930	225,930	225,930	225,930	225,930
Activo intangible	48,710	48,710	48,710	48,710	48,710	48,710
Depreciación y amortización						
		-54,928	-109,856	-164,784	-219,712	-274,640
Activo fijo neto	274,640	219,712	164,784	109,856	54,928	0
Total activos	542,686	629,924	879,234	932,287	1,013,942	1,158,259
Pasivo y Patrimonio						
IGV por pagar		74,697	80,052	87,696	97,666	108,666
IR por pagar		0	45,861	19,122	18,208	97,582
Beneficios laborales		121,142	173,514	189,223	208,051	217,465
Cuentas por pagar		2,951	39,073	49,813	60,069	71,394
Total pasivo circulante	0	198,790	338,500	345,854	383,995	495,107
Patrimonio						
Capital social	542,686	542,686	542,686	542,686	542,686	542,686
Utilidades retenidas		-111,552	-1,952	43,747	87,261	120,466
Total patrimonio	542,686	431,134	540,734	586,433	629,948	663,152
Pasivo + Patrimonio	542,686	629,924	879,234	932,287	1,013,942	1,158,259

Elaboración: Autores de esta tesis.

8.4. Punto de equilibrio

Una herramienta para evaluar la conveniencia o no de implementar el proyecto es el punto de equilibrio. En la Tabla 26 se presentan los cálculos, donde se ha estimado la cantidad de pacientes que se deben atender para que la empresa no genere pérdidas. Es así que se necesita

contar con 137 clientes, pero la consecuencia de captar solamente 130 durante el primer año es generar utilidades negativas; lo cual cambia a partir del segundo año.

Tabla 26. Punto de equilibrio

	Valor	Unidad
Ingreso unitario	20,491	S/
Costo unitario	2,907	S/
Contribución unitaria	17,584	
Costos fijos totales	2,400,236	
Punto de equilibrio en unidades	137	Pacientes al año
Proyección	130	Pacientes al año

Elaboración: Autores de esta tesis.

8.5. Valor Actual Neto (VAN)

Para el desarrollo del presente proyecto se ha establecido que los inversionistas aportarán la totalidad del monto requerido por concepto de inversión inicial. A cambio, esperan obtener un rendimiento mínimo del 20%, por lo que se utilizó esta tasa como el costo de los fondos. En la Tabla 27 se muestra el análisis realizado, mediante el cual se obtiene un Valor Actual Neto (VAN) igual a S/ 27,591. Para el cálculo se tomó el flujo de caja neto de cada año, y se le añadió el monto de dividendos en el período correspondiente, ya que esto también es dinero que reciben los inversionistas. Luego se descontó el flujo de cada año usando la tasa del 20%. Finalmente, se sumaron los flujos descontados. Al haber obtenido un VAN positivo se confirma que el proyecto es viable en términos financieros, por lo que se recomienda su implementación. Este resultado se verificó con la Tasa Interna de Retorno (TIR), la cual asciende a 22.03% que al ser mayor al costo de oportunidad (20%) ratifica la conveniencia de desarrollar la idea de negocio.

Tabla 27. Evaluación financiera, en soles

	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Inversión inicial	-542,686					
Flujo de caja		121,417	272,508	102,970	130,048	392,034
Factor de descuento		0.8333	0.6944	0.5787	0.4823	0.4019
Flujo descontado	-542,686	101,181	189,242	59,589	62,716	157,550
VAN	27,591					

Elaboración: Autores de esta tesis.

CAPÍTULO IX. PLAN PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS

9.1. Objetivos del plan de riesgo

A lo largo del plan de negocios de Cuid@r-T, se analizó la relación de riesgos que puedan afectar a la empresa, por lo que fue necesario plantear las acciones que permita otorgar a nuestros pacientes, personal de atención y a la empresa acciones preventivas o de mitigación. Es por ello que los objetivos específicos que se persiguen con el plan de riesgos son:

- Establecer la categoría de riesgos atribuidos a Cuid@r-T.
- Describir los riesgos propios de la operación de la empresa Cuid@r-T.
- Determinar la escala que valora la probabilidad y el impacto dentro del desarrollo u operación de la empresa.
- Determinar la lista de riesgos de mayor impacto al proyecto y estrategias de implementación.
- Establecer las posibilidades de riesgo financiero de acuerdo con un escenario optimista y pesimista.
- Conocer los riesgos del país o del entorno macro en función al proyecto Describir los riesgos propios de la operación de la empresa Cuid@r-T.

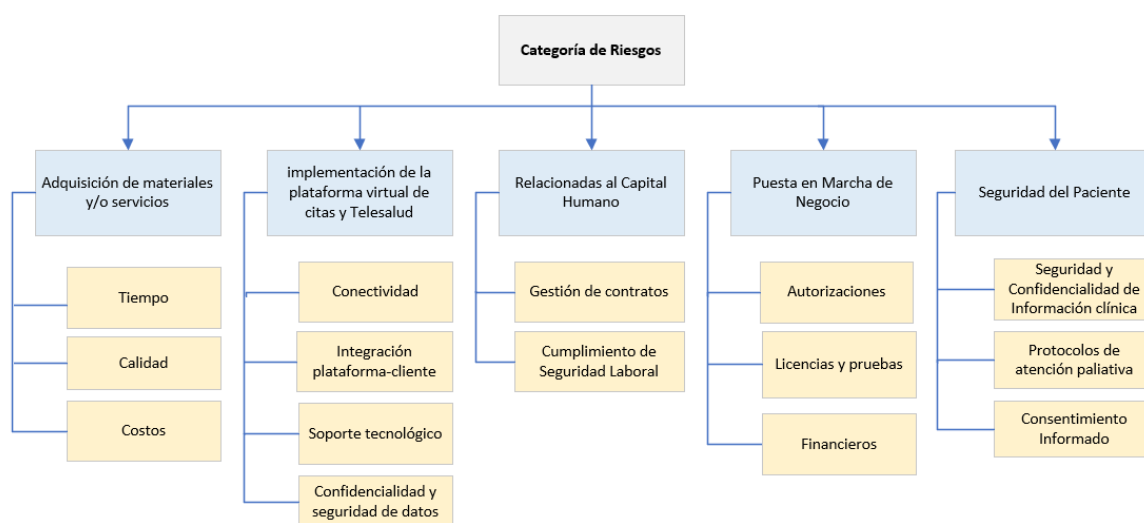
9.2. Identificación de riesgos

Para reconocer los riesgos inherentes al proyecto, describimos los puntos necesarios a desarrollar.

9.2.1. Riesgos categorizados

Mediante lluvia de ideas se creó un listado de los riesgos identificados en el proyecto Cuid@r-T, dentro del ámbito de la gestión de proyectos. A continuación, en la Figura 19 se presenta la clasificación de riesgos que se ha preparado.

Figura 19. Clasificación de riesgos del proyecto Cuid@r-T



Elaboración: Autores de esta tesis.

9.2.2. Escala para valorar la probabilidad e impacto de riesgos en Cuid@r-T

La escala se definió entre el 10 y el 90% en la valorización del análisis cualitativo (ver Tabla 28), a fin de obtener la probabilidad e impacto a emplearse en los riesgos priorizados. La relación de riesgos analizados se puede hallar en el Anexo 8.

Tabla 28. Matriz de Probabilidad-Impacto para priorización de riesgos

Probabilidad		Impacto				
		Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
		0.1	0.3	0.5	0.7	0.9
Muy Bajo	0.1	0.01	0.03	0.05	0.07	0.09
Bajo	0.3	0.03	0.09	0.15	0.21	0.27
Moderado	0.5	0.05	0.15	0.25	0.35	0.45
Alto	0.7	0.07	0.21	0.35	0.49	0.63
Muy Alto	0.9	0.09	0.27	0.45	0.63	0.81

Nivel de riesgo	Mapa de calor
Alto	
Moderado	
Bajo	

Elaboración: Adaptación del mapa de calor de riesgos por los autores de la tesis

9.2.3. Análisis de riesgos priorizados en Cuid@r-T

La lista de riesgos que fueron priorizados de acuerdo a la severidad que les fue asignada en el análisis del Anexo 8. Se concluye en el mapa de identificación de riesgos, que se presenta en la Tabla 29.

Tabla 29. Mapa de probabilidad e impacto en riesgos identificados

Probabilidad		Impacto				
		Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
		0.1	0.3	0.5	0.7	0.9
Muy Bajo	0.1				R5	
Bajo	0.3		R11, R12, R2		R8	R3, R4, R6, R7
Moderado	0.5			R10	R9	
Alto	0.7	R5				R1
Muy Alto	0.9		R7			

Elaboración: Autores de la tesis

9.2.4. Riesgos analizados en Cuid@r-T

En la Tabla 30 se muestra la lista de riesgos priorizados, en función de la severidad que previamente se ha detallado en el Anexo 9.

Tabla 30. Priorización de riesgos

Nro. De Riesgo	Categoría	Descripción de riesgo	Probabilidad	Importancia	Severidad
R1	Seguridad del paciente	Ausencia o limitada documentación de los procedimientos a ejecutarse en la atención a los pacientes en las el servicio virtual y/o presencial.	0.7	0.9	0.63
R4	Capital Humano	Recurso humano que contrae COVID-19 en el período programado de atención	0.3	0.9	0.27
R6	Seguridad del paciente	Omisión del Consentimiento informado en la atención presencial (consulta medica y procedimientos)	0.3	0.9	0.27
R7	Capital Humano	Servicio de enfermería y/o técnico de enfermería que no guarda protocolos de bioseguridad	0.3	0.9	0.27
R3	Capital Humano	Personal contratado para servicios operativos no cumple con asignación de turnos programados	0.3	0.9	0.27
R9	Adquisición de materiales y/o servicios	Limitada capacitación en cuidados paliativos del personal de salud y administrativo	0.5	0.7	0.35
R10	Seguridad del paciente	Lineamientos de seguridad en la atención del paciente en cuidados paliativos de forma limitada, sin prevención de ocurrencia de eventos adversos.	0.5	0.5	0.25
R8	Capital Humano	Flujo de procura del personal asistencial para la atención por alta demanda	0.3	0.7	0.21

Elaboración: Autores de la tesis.

9.2.5. Estrategias Preventivas de riesgo en Cuid@r-T

Las estrategias para cada riesgo o amenazas del proyecto se pueden determinar mediante las estrategias evitar, transferir, mitigar o aceptar. Luego se determinó la estrategia y los responsables que ejecutarán las medidas preventivas planteadas (ver Tabla 31).

Tabla 31. Acciones preventivas de riesgo

Descripción de riesgo	Medidas preventivas	Estrategia	Responsable(s)	Probabilidad Inicial	Probabilidad Final
Ausencia o limitada documentación de los procedimientos a ejecutarse en la atención a los pacientes en las el servicio virtual y/o presencial.	Priorizar la adopción y/o adaptación de guías, vías o flujogramas de actuación asistencial previa a la operación del proyecto. Adicionalmente mantener los documentos virtuales a nivel de sistema de consulta entre el personal asistencial y administrativo	Evitar	Director Médico	70%	10%
Recurso humano que contrae COVID-19 en el periodo programado de atención	Implementación del sistema de vigilancia médico ocupacional con énfasis en prevención y control del COVID 19 en el trabajo	Mitigar	Coordinador de Servicios de Salud	30%	10%
Omisión del Consentimiento informado en la atención presencial (consulta médica y procedimientos)	Adopción y/o adaptación de Consentimiento informado en todos los procesos de atención que determina intervención de salud de acuerdo a lo establecido en la Ley 26842, Ley 29414, R.M. N° 214.	Evitar	Director Médico	30%	0%
Servicio de enfermería y/o técnico de enfermería que no guarda protocolos de bioseguridad	Implementación del Plan de bioseguridad y Acciones de vigilancia y control en materia de bioseguridad en Cuid@r-T	Evitar	Coordinador de Servicios de Salud	30%	0%
Personal contratado para servicios operativos no cumple con asignación de turnos programados	Establecer sistema de administración de personal a través de retenes como contingencia de reemplazo	Mitigar	Director Médico	30%	5%
Limitada capacitación en cuidados paliativos del personal de salud y administrativo	Elaborar plan de capacitación de personal mediante la adquisición de programas especializados en tópicos de atención paliativa.	Eliminar	Jefe de Administración y Logística	50%	10%
Lineamientos de seguridad en la atención del paciente en cuidados paliativos de forma limitada, sin prevención de ocurrencia de eventos adversos.	Establecer sistema de notificación y análisis de eventos adversos	Mitigar	Gerente general	50%	10%
Flujo de procura del personal asistencial para la atención por alta demanda	Implementar Gestión de procesos de selección de personal y administración de candidatos.	Mitigar	Jefe de Administración y Logística	30%	10%

Elaboración: Autores de la tesis

9.3. Escenarios Financieros en función al riesgo

En el Capítulo VIII se presentaron los resultados de la estimación en el escenario más probable, en base a la demanda que previamente se había mostrado en la Tabla 5. Ahora se procede a presentar los resultados del escenario optimista, considerando que la demanda es superior, y del escenario pesimista, donde la demanda es inferior a lo proyectado; en base a lo que se presenta en la Tabla 32.

Tabla 32. Escenarios de evaluación financiera

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
	2022		2024	2025	2026
<u>Escenario más probable</u>					
Participación de mercado	2.3%	4.8%	6.2%	7.5%	9.0%
Demanda esperada	130	280	366	449	545
<u>Escenario optimista</u>					
Participación de mercado	2.4%	5.4%	6.2%	8.6%	11.0%
Demanda esperada	138	312	366	515	667
<u>Escenario pesimista</u>					
Participación de mercado	1.8%	3.1%	4.5%	5.8%	7.0%
Demanda esperada	102	183	266	344	424

Elaboración: Autores de esta tesis.

9.3.1. Escenario optimista de proyecto

En este punto se plantea la posibilidad de que la demanda sea superior a lo esperado, tal y como se mostró en la Tabla 32. Bajo este escenario, las ventas de la empresa se incrementan y con ello las utilidades, elevando así el flujo de caja, lo que a su vez lleva a que el VAN sea igual a S/ 328,871 (ver Tabla 33), lo cual equivale a una tasa interna de retorno de 40.38%, que es muy superior al 20% mínimo requerido por los inversionistas.

Tabla 33. VAN del escenario optimista

	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Inversión inicial	-546,071					
Flujo de caja		176,521	357,886	54,371	392,044	643,929
Factor de descuento		0.8333	0.6944	0.5787	0.4823	0.4019
Flujo descontado	-546,071	147,101	248,532	31,465	189,064	258,781
VAN	328,871					

Elaboración: Autores de esta tesis.

9.3.2. Escenario pesimista de proyecto

También existe la posibilidad ante diversos riesgos, ajenos a la operación de la empresa, es por ello que se pueden generar pérdidas que conlleven a flujos de efectivo negativos como se presentan en la Tabla 34. Por ello, dentro del escenario pesimista se genera un VAN negativo, igual a -S/ 604,860 por lo que bajo estas condiciones no conviene implementar el proyecto.

Tabla 34. VAN del escenario pesimista

	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Inversión inicial	-530,728					
Flujo de caja		-57,923	-169,787	-51,418	72,797	215,723
Factor de descuento		0.8333	0.6944	0.5787	0.4823	0.4019
Flujo descontado	-530,728	-48,269	-117,908	-29,756	35,106	86,694
VAN	-604,860					

Elaboración: Autores de esta tesis.

9.4. Riesgos del país

Los riesgos que actualmente enfrentan las empresas peruanas son los siguientes, indicando a la vez la manera cómo se espera superar esta amenaza:

- Implantación de políticas restrictivas para la actividad privada. Dado que se tiene un modelo de negocio basado principalmente en costos variables, superar una situación de este tipo no sería tan difícil. Además, se tienen registros claros de impuestos por pagar y beneficios por pagar, con un saldo en caja suficiente para su cancelación; y en caso de ser necesario se reducirá el monto de dividendos pagados para hacer frente a las obligaciones de la empresa ante un hipotético caso de cierre del negocio.
- Decrecimiento económico. Ante lo cual se procederá a reducir las proyecciones de la demanda, operando bajo las condiciones del escenario pesimista, por lo que para evitar las pérdidas será necesario reducir los costos fijos.

9.5. Riesgos del negocio

Este es un negocio dedicado a brindar servicios de salud por lo que no está exento de enfrentar demandas por mala praxis. Ante esta situación, el primer paso es que los pacientes o sus cuidadores firmen acuerdos de consentimiento, que serán elaborados por el asesor legal. Otro riesgo propio del negocio son las posibles demandas laborales, especialmente de

profesionales contratados por honorarios, para ello se tendrá asesoría legal para la elaboración de los contratos en los cuales se establecerán esquemas de rotación profesional.

CONCLUSIONES

Al culminar el análisis de la idea de negocio se concluye lo siguiente:

- El establecimiento de una empresa dedicada a brindar servicios de cuidados paliativos y de fin de vida es viable en términos de mercado. Se propone prestar un servicio integral que comprende atención médica con especialistas, a través de teleconsultas o de visitas a domicilio; además se contará con servicio de técnicos en enfermería, de licenciados en enfermería para la aplicación de medicamentos o la realización de curaciones. También se ofrecerán servicios de terapia respiratoria o física, consultas psicológicas y de nutrición, de modo tal que se alivien las dolencias de los pacientes y se mejore la calidad de vida, tanto de ellos como de sus familiares.
- Se comprobó que la idea de negocios es viable en términos operacionales. Para ello hay que crear una estructura organizacional liderada por un Gerente General, mientras que el mando medio está integrado por el Director médico, un Coordinador de servicios de salud y un Jefe de administración y logística. Se diseñaron los principales procesos, logrando visualizar que es factible ejecutarlos y luego garantizar que se cuenta con el personal adecuado para ejecutar las tareas.
- En términos financieros, se concluye que el proyecto es viable, con un Valor Actual Neto igual a S/ 27,591, lo que implica un rendimiento superior al 20% que es el mínimo esperado por los accionistas. Todo el proyecto será financiado con fondos propios, y se tiene una inversión inicial que asciende a S/ 542,686.
- De acuerdo a la investigación de mercado realizada en el presente proyecto, las compañías aseguradoras privadas no tienen interés en coberturar los servicios de cuidados paliativos en el hogar dado que requieren empresas con experiencia en el ámbito. Otro de los factores que podría influir en que las compañías aseguradoras no cubran los servicios paliativos es porque estos superan el costo promedio diario. Cuid@r-T evaluará la posibilidad de ofrecer este servicio a PADOMI, Essalud, MINSA y IAFAS a partir del quinto año, dependiendo de la rentabilidad generada

REFERENCIAS

- Acosta, V., Cuba, V., Rivera, A., & Ynami, V. (2019). *Evaluación económica y social de propuesta integral de atención de enfermedades crónicas para un envejecimiento exitoso en pacientes adultos del Perú* [Tesis de grado, ESAN, Lima-Perú]. https://repositorio.esan.edu.pe/2019_MAGSS_16-1_09_T.pdf
- Andina. (2021, 21 de mayo). *Pleno del Congreso aprueba ley que regula el teletrabajo*. <https://andina.pe/agencia/noticia-pleno-del-congreso-aprueba-ley-regula-teletrabajo-846125.aspx>
- Andina. (2020, 02 de noviembre). *Crece número de teleconsultas para tratar a pacientes con enfermedades crónicas*. <https://andina.pe/agencia/noticia-crece-numero-teleconsultas-para-tratar-a-pacientes-enfermedades-cronicas-819932.aspx>
- Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercado APEIM. (2020). *Niveles socioeconómicos 2020*. Recuperado de <http://apeim.com.pe/wp-content/uploads/2020/10/APEIM-NSE-2020.pdf>
- Banco Mundial. (2021, abril 05). *Perú: Panorama general*. <https://www.bancomundial.org/es/country/peru/overview>
- Bono para la reactivación económica: ¿quiénes lo recibirán, a cuánto asciende y cuándo se realizará el pago? (2020, 05 de diciembre). *El Comercio*. <https://elcomercio.pe/respuestas/bono-para-la-reactivacion-economica-quienes-lo-recibiran-a-cuanto-asciende-y-cuando-se-realizara-el-pago-personal-medico-trabajadores-publicos-gobierno-revtli-noticia/>
- Chen, C. Y., Naessens, J. M., Takahashi, P. Y., Mccoy, G., Borah, B. J., & Borkenhagen, L.S. (2018). Improving value of care for older adults with advanced medical illness and functional decline: cost analyses of a home-based palliative care program. *Journal of Pain Symptoms Management*, 56(6), 928-935.
- Crean plan de cuidados paliativos para males oncológicos. (2018, 20 de septiembre). *El Comercio*. <https://elcomercio.pe/peru/crean-plan-cuidados-paliativos-males-oncologicos-noticia-559351-noticia/>
- Cuánto cuesta en el Perú atenderse con y sin seguro privado de salud. (2019, 21 de marzo). *Gestión*. <https://gestion.pe/tu-dinero/cuesta-peru-atenderse-seguro-privado-salud-261948-noticia/>

- Díaz-Cassou, J., Deza, M., & Moreno, K. (2020). Perú: Desafíos del desarrollo en el post Covid-19. *Banco Interamericano de Desarrollo*.
<https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Peru-Desafios-del-desarrollo-en-el-post-COVID-19.pdf>
- Digemid Minsa. (2002, 17 de enero). *Ley No. 27657 – Digemid*.
<http://www.digemid.minsa.gob.pe/upload/uploaded/pdf/leyn27657.pdf>
- Editora Perú. (2021, 12 de julio). Presupuesto histórico. *El Peruano*.
<https://elperuano.pe/noticia/100391-presupuesto-historico>
- Efectos a la salud por causa de la contaminación ambiental. (2018, 19 de febrero). *RPP Emprende Hoy*. <https://rpp.pe/campanas/contenido-patrocinado/efectos-a-la-salud-por-causa-de-la-contaminacion-ambiental-noticia-1106079>
- Elevación Digital. (2019). *Tipos de empresas*. <https://elevaciondigital.pe/blog/tipos-de-empresas-sac-eirl-peru/>
- Essalud. (2021, 08 de febrero). Mucho cuidado: Essalud advierte riesgos de la automedicación en pacientes con covid-19. *El Peruano*.
<https://elperuano.pe/noticia/114931-mucho-cuidado-essalud-advierte-riesgos-de-la-automedicacion-en-pacientes-con-covid-19>
- Fortín-Magana, M. A, Portillo-Santamaría, K., Gómez-Casanovas, J., & López-Saca, M. (2019). Enseñanza de los cuidados paliativos en las escuelas de medicina de El Salvador. *Educación Médica*, 2019(1), 143-7
- Gaspar, M. V., Gil, N., Lazcano, I. (2021, mayo). Necesidades de pacientes oncológicos y sus familias recibiendo cuidados paliativos en el domicilio. *Pulso Revista del Colegio de Enfermería de Navarra*, 104, 24-27.
https://issuu.com/colegioenfermerianavarra/docs/pulso_104
- Gobierno del Perú. (2021). *Salud*. <https://www.gob.pe/10194-inscribir-tu-institucion-prestadora-de-servicios-de-salud-en-el-renipress>
- HomeCare. (2021). *Servicios*. Recuperado de <https://www.homecare.com.pe/>
- Incertidumbre política: ¿Cuánto afectaría al crecimiento y qué sucedió en elecciones anteriores? (2021, 14 de junio). *El Comercio*.
<https://elcomercio.pe/economia/peru/incertidumbre-politica-cuanto-afectaria-al-crecimiento-y-que-sucedio-en-elecciones-anteriores-noticia/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016a). *Encuesta Demográfica de Salud Familiar*. <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2016/map/principal.html>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016b). *Programas de Enfermedades No Transmisibles*. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1432/cap01.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). *Perú: Estructura Empresarial 2018*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1703/ibro.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas e Investigación INEI. (2019a). *Características del hogar*. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1539/cap06.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas e Investigación INEI. (2019b). *En el 2021 año del Bicentenario de la Independencia el Perú contará con una población de 33 millones 35 mil 304 habitantes*. <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-2021-ano-del-bicentenario-de-la-independencia-el-peru-contara-con-una-poblacion-de-33-millones-35-mil-304-habitantes-11624/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2020a, 02 de junio). *Informe técnico: Situación de la población adulta mayor*. <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2020b, 17 de enero). *La población de Lima supera los nueve millones y medio de habitantes*. <http://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/la-poblacion-de-lima-supera-los-nueve-millones-y-medio-de-habitantes-12031/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2020c). *Situación de la población adulto mayor*.

https://www.inei.gob.pe › boletin_adulto_mayor

- Instituto Nacional de Estadísticas e Investigación. (2021a). *Estadísticas: Población y vivienda*. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/>
- Instituto Peruano de Economía. (2021, 8 de febrero). *Inversión de pandemia*. <https://www.ipe.org.pe/portal/inversion-de-pandemia-salud/>
- Instituto Nacional de Estadísticas e Investigación INEI. (2021b). *Perú: Estado de la población en el año del bicentenario, 2021* Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1803/1ibro.pdf
- International Association for Hospices & Palliative Care. (2019). *Consensus-based definition of palliative care*. <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/>
- Ipsos. (2021). *Perfiles socioeconómicos de Lima Metropolitana 2020*. Recuperado de https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/publication/documents/2021-01/nse_2020_v2.pdf
- Kotler, Pm& Keller, K. (2012). *Dirección de Marketing*. Pearson
- Ley N° 30036. *Ley que regula el teletrabajo*. Congreso de la República, 2013.
- Ley N° 30421. *Ley marco de telesalud*. Congreso de la República, 2016.
- Ley N° 30846. *Ley que crea el plan nacional de cuidados paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas*. Congreso de la República, 2018.
- Lovelock, C., & Wirtz, J. (2009). *Marketing de servicios* (6ta ed.). Pearson Educación.
- Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. (2020, 04 de junio). *Acuerdo Nacional: Unidos para Crecer*. <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/noticias/mesa-nacional/acuerdo-nacional-medidas-inmediatas-para-reactivar-la-economia-y-preservar-la-salud>
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2019, 18 de noviembre). *Presupuesto Público del año 2020 aumenta en 5.5%, priorizando la atención de siete intervenciones de políticas públicas*. <https://www.gob.pe/institucion/mef/noticias/68800-presupuesto-publico-del-ano-2020-aumenta-en-5-5-priorizando-la-atencion-de-siete-intervenciones-de-politicas-publicas>

- Ministerio de Salud. (2021a, 29 de julio). *Ministerio de Salud aprueba Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas*.
<https://www.gob.pe/en/institucion/minsa/noticias/508810-ministerio-de-salud-aprueba-plan-nacional-de-cuidados-paliativos-para-enfermedades-oncologicas-y-no-oncologicas>
- Ministerio de Salud. (2021b, 15 de abril). *Organización del Ministerio de Salud*.
<https://www.gob.pe/7662-ministerio-de-salud-organizacion-de-ministerio-de-salud>
- Ministerio de Salud. (2017, 01 de enero). *Lineamientos de política de promoción de la salud en el Perú: Documento técnico*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/284803-lineamientos-de-politica-de-promocion-de-la-salud-en-el-peru-documento-tecnico>
- Ministerio de Salud. (2015). *Plan Esperanza: Memoria*. Recuperado de <chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fbvs.minsa.gob.pe%2Flocal%2FMINSA%2F3395.pdf&clen=5049240&chunk=true>
- Ministerio de Salud. (2011). *Guía técnica: Guía de práctica clínica para la prevención y el control de la enfermedad hipertensiva en el primer nivel de atención*.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2826.pdf>
- Ministerio de Salud. (2005, 19 de febrero). Resolución Ministerial N° 111-2005-MINSA.
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/252562-111-2005-minsa>
- Ministerio de Salud. (2004, 02 de agosto). Resolución Ministerial N° 771-2004-MINSA.
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/253112-771-2004-minsa>
- Muñoz-Valera, S. (2020). La ecologización de la industria de la moda: actores y procesos. *Anduli*. Recuperado de:
https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/98428/9_Silvia_%20Mu-Valera.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Cuidados paliativos. Recuperado de
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Osterwalder, A., Pigneur, Y, (2011), El lienzo del modelo de negocio: un lenguaje común para describir, visualizar, evaluar y modificar modelos de negocios, En *Generación de modelos de negocio: Un manual para visionarios, revolucionarios y retadores* (pp, 10-51) (45p.), Barcelona, España: Deusto.

- Pacífico. (2021). *Pacífico EPS*.
https://www.pacifico.com.pe/eps?ds_rl=1274926&ds_rl=1275386&ds_rl=1274926&gclid=CjwKCAjw4qCKBhAVEiwAkTYsPPyStagjTFqdhU3CPIObsfbGs1FhAc7Y8-KgpeBm7GvSZIEwTwHZABoCkbYQAvD_BwE&gclidsrc=aw.ds
- Porter, M. (1998). *Competitive strategy: Techniques for analyzing industries and competitors*. Free Press.
- Rosales J. (2020, setiembre). El Covid-19 dejará más obligaciones legales, pero trámites más rápidos. *Semana Económica*. <https://www.semanaeconomica.com/legal-politica/marco-legal/la-herencia-normativa-del-covid-19>
- Rubió, T. (2016). *Recursos humanos: Dirección y gestión de personas en las organizaciones*. Barcelona, España: Octaedro.
- Runzer-Colmenares, F., Parodi, J., Pérez-Agüero, C., Echegaray, K., & Samamé, J. (2019). Las personas con enfermedad terminal y la necesidad de cuidados paliativos: una deuda pendiente de los servicios de salud. *Acta Médica Peruana*, 36(2). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000200010
- Salazar, E. & Rossi, G. (2021, 10 de mayo). Los seguros privados en pandemia: usuarios vulnerables ante cambio de tarifas y pólizas. *Ojo Público*. <https://ojo-publico.com/2546/salud-privada-usuarios-vulnerables-ante-cambios-en-polizas>
- Sandman, L., Molander, U., & Benkel, I. (2015). Developing organisational ethics in palliative care: A three-level approach. *Nurs Ethics*, 24(2), 138-150.
- Solo el 0.3% de pacientes que requieren cuidados paliativos reciben atención. (2020, 26 de febrero). *La República*. Recuperado de <https://larepublica.pe/sociedad/2020/02/26/salud-tres-de-cada-mil-pacientes-que-requieren-cuidados-paliativos-recibe-atencion-organizacion-mundial-de-la-salud-atmp/>
- Venki. (2019). *Factores críticos de éxito: una breve conceptualización*. Recuperado de <https://www.heflo.com/es/blog/planificacion-estrategica/ejemplos-factores-criticos-exito/>

Anexo 1: Resultados del focus group

MONITOR 1

Darles la bienvenida a los doctores que aceptaron venir a esta reunión para darnos su opinión acerca de cuidados paliativos, desde ya les agradecemos mucho el hecho de compartir su tiempo con nosotros hoy domingo, domingo de familia y a esta hora de la tarde en la que deberíamos aprovechar para descansar. Agradecemos de sobremanera el tiempo que nos están brindando para escuchar esta presentación de la empresa.

La empresa que con el título figura en la pantalla, es una empresa que se dedicará a cuidados paliativos ya sea mediante en línea o en casa para pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y terminales ese estudio lo vamos a dirigir en Lima y esperamos contar con vuestro valioso aporte. Mi nombre es Joseph Pezo Medina, soy médico nefrólogo y estoy culminando la maestría de gerencia de servicios de salud en la Universidad de ESAN.

En esta reunión deseamos conocer lo que ustedes piensan acerca del tema de cuidados paliativos y las respuestas que nos vayan a brindar lo pueden hacer en los micrófonos o a través del chat de esta reunión.

Moderador:

La presente reunión será grabada obviamente si es que hay autorización de cada uno de los participantes no sé si algún colega no desea ser grabado.

Dr. Carlos Enrique:

Todo bien, todo bien no hay ningún problema

Moderador:

Muy bien entonces el tema que presentamos es sobre una empresa de cuidados paliativos en línea y a domicilio para pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y terminales en Lima Perú. Para lo cual presentaré a los participantes, colegas que han aceptado ser parte de esta reunión empezando por el doctor:

- Dr. Marcos Miguel Huaco Romero médico anesthesiólogo experto en medicina del dolor y cuidados paliativos de la ciudad de Arequipa, actual subdirector médico de la clínica San Juan de Dios.
- El Dr Roberto paz Manrique médico cirujano Oncólogo miembro de la sociedad de urología oncológica y que trabaja en OncoSalud AUNA Lima.

- El Dr. Iván Maza Medina médico pediatra del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins con la Maestría en Gerencia de Servicios de Salud en ESAN
- El doctor Carlos Tapia Serpa nefrólogo del Centro Nacional de Salud Renal Cayetano Heredia
- La doctora Luz Mujica Calderón médico internista y Geriatra Magíster en Salud Ocupacional docente de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa
- Agradecemos también al doctor Víctor Antonio Ynami Viscaya, médico internista director médico en La Positiva EPS y actual profesor de la Universidad ESAN Lima.
- El Dr Dean Omar Huarachi Sueros director de seguros de Referencia y Contra referencia de la Gerencia Regional de Arequipa.
- Y la Licenciada Cecilia Giraldo psicóloga clínica especialista en psicoterapia familiar y de pareja trabaja en la clínica Clerdisur el proyecto tía María y también hace labor de consultoría en Arequipa.

A todos ellos nuevamente reiteramos nuestro agradecimiento por participar en esta reunión hoy domingo en la tarde.

Bueno, el trabajo que hemos presentado es un plan para formar una empresa de cuidados paliativos para personas que tienen enfermedades crónicas y terminales, entonces para avanzar con este cuestionario, empezaremos con estas 3 preguntas y nos gustaría escuchar sus respuestas a través del chat o a través del audio, recalcar que todo está siendo grabado.

1.- Escriba las enfermedades crónicas avanzadas y terminales de las que usted tiene conocimiento de preferencia pedimos 3

Monitor 1:

Bueno en esta primera pregunta les pedimos a cada 1 de los participantes nos puedan remitir tres enfermedades crónicas avanzadas y terminales. Las cuales ven y manejan, y las que consideren que podrían ser candidatos para tener manejo en casa o en línea a través de este proyecto de cuidados paliativos.

Respuestas en el chat

Dr. Omar Huarachi:

- Cáncer

- IRA
- Todas las crónicas cardíacas respiratorias Oxígeno dependiente.
- Dra. Luz Mujica
- EPOC
- INSUFICIENCIA CARDIACA Y RENAL

Dr. Marcos Huaco

- Enfermedades transmisibles
- Cardiovasculares
- Respiratorias y renales de tipo crónico infecciosas como VIH
- Oncológicas

Dr. Ivan Maza

- Fibrosis pulmonar

Dr. Victor Ynami

- Insuficiencia Renal Crónica terminal
- Insuficiencia cardíaca avanzada
- Enfermedad pulmonar obstructiva Crónica
- Fibrosis pulmonar

Dr. Carlos Enrique Tapia

- Diabetes Mellitus
- ERC
- HTA

Monitor 2

Si hay respuesta de los participantes

Monitor 1:

¿Conoce Ud qué servicios incluyen una empresa de cuidados paliativos? que debería incluir ok no debería faltar de repente podrían ponernos dos o 3 propuestas.

Dr. Carlos Enrique:

Un favor podrían especificar este... este punto en el punto exactamente de qué es lo que ustedes desean que nosotros no tenemos? Exactamente.

Monitor 1:

Claro, nosotros estamos formando una empresa que se va a dedicar a brindar cuidados paliativos para pacientes que tienen enfermedades crónicas o terminales, a los cuales vamos a daremos una atención integral brindando el servicio de acuerdo a la complejidad de cada 1 de los casos; Un ejemplo paciente oncológico de repente puede tener atención por Neumología Cardiología o te repente hasta por geriatría dependiendo del caso y lo que queremos es recibir vuestras opiniones acerca de qué servicios podrían incluir en la atención integral de un paciente que tiene una enfermedad terminal.

Dr. Carlos Enrique

Ok Gracias

Monitor 1:

Puede ser también servicios de enfermería psicología por eso es que también invitamos a una psicóloga a la charla.

Monitor 2:

Así es, yo creo que, justo están escribiendo los participantes, damos unos 5 segundos más, porque creo que todos han dado una opinión, vamos anotando también estas opiniones, yo creo que puedes proseguir Joseph.

Monitor 1:

¿Alguna vez usted como médico atendió o brindo servicios a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y terminales. Si la respuesta es Sí, procede eso, Y ahí les pedimos describir con qué frecuencia si es rara vez, de repente una vez a la semana una vez al mes o es diariamente no? Una respuesta corta y un poquito directa.

Monitor 2

Sí llenando, están llenando todavía. Reitero la pregunta para que se refuerce si es que han visto atienden o dan servicio a este tipo de pacientes y con qué frecuencia? vamos a dar unos 15 segundos más perfecto la doctora Mujica, el doctor Marcos, el doctor Maza, perfecto creo que todos han respondido hasta ahí.

RESPUESTA EN CHAT

Dr. Omar Huarachi:

No

Dra. Luz Mujica

Si. A pacientes terminales a diario a otros 3 veces al día

DR. Marcos Huaco

La frecuencia es diaria y afluencia de pacientes es alta

Dr. Ivan Maza

Solo en el hospital a pacientes oncológicos pediátricos

Dr. Victor Ynami

Rara vez

Dr. Carlos Enrique Tapia

ERC 5 diariamente

Lic. Cecilia Elvira Giraldo

De forma diaria

Monitor 1:

Procedo no?

Monitor 2

Si procede

Monitor 1:

Muy bien continuando, de repente tiene relación con las preguntas previas igualmente hacemos mención a esta pregunta. Mencione usted qué enfermedades crónicas avanzadas y terminales ha tenido contacto o ha brindado servicios? De repente no relacionados necesariamente con la especialidad no?

Dr. Marcos Huaco:

Bueno creo que es algo curioso, de que a veces dejamos de lado en cuidados paliativos enfermedades infecciosas que se forman y acompañan al paciente toda la vida, por ejemplo es

el caso del VIH, es una enfermedad bastante compleja de tratar desde el punto de vista terminal o paliativista.

Monitor 1

Así es,

Monitor 2

Gracias

Monitor 1:

Exacto este es digamos a veces un reto que tenemos como médicos porque no solamente vemos por ejemplo como nefrólogos pacientes en diálisis sino que a veces tienen esta complejidad de una enfermedad infecciosa crónica como hepatitis B, VIH, y que a veces se descuida o lo derivan todo para él nefrólogo y no brindamos realmente una atención integral se puede formar una complicación con HIV.

Monitor 2:

Bienvenido doctor Roberto Paz no se preocupe por el impase que hemos podido tener mire le explico brevemente para no perder más tiempo ahorita estamos en la pregunta número 4 no se preocupe que las 3 anteriores luego yo le hago el alcance. Estamos hablando de una empresa de cuidados paliativos para domicilio y por teleconsulta y en la cuarta pregunta que es en el momento nos encontramos puede usted responder verbalmente o a través del chat. La pregunta es sobre si usted puede mencionar que con que enfermedades crónicas avanzadas o terminales usted tiene contacto y eso lo puede comentar en el chat nosotros estamos tomando pantallazo sí estamos haciendo también una grabación de la presente reunión.

Dr. Roberto Paz

Bueno yo creo que puedo comentarles, este, de todas maneras ahorita lo más importante yo soy cirujano oncólogo entonces yo lío con lo que es cáncer y sí definitivamente el manejo de cáncer cuando llega a una etapa... no terminal que es término que yo no suelo utilizar, sino cuando ya estamos en una etapa avanzada de la enfermedad en la cual ya tenemos que tener control de la enfermedad y no hay posibilidad curativa obviamente sí el equipo De Medicina paliativa y medicina del dolor juegan un rol importantísimo entonces básicamente sí hay que meter enfermedades sería cáncer en todas sus etapas, estadio clínico 4 por ejemplo estadio clínico 3 en el caso de testículo que es el máximo y bueno estadio clínico 3 en algunos tipos de cáncer cuando digamos por efectos del tratamiento, por efectos de la misma enfermedad hay

secuelas, o hay Dolores o si es que hubiera en algún momento de cualquier etapa del cáncer algún tipo de daño este.... Prolongado o por efectos del tratamiento habría que echarle mano igual al departamento De Medicina paliativa y medicina del dolor

Monitor 2:

Perfecto gracias doctor Paz. Entonces continuando como hemos hablado en un principio entonces en esta reunión es sumamente valioso para nosotros tanto sus comentarios de forma verbal como lo están haciendo de forma escrita por el momento simplemente les reiteró el agradecimiento y vamos a continuar con la quinta pregunta Monitor 1 , por favor.

Monitor 1:

En la quinta pregunta es, la respuesta es sencilla con un sí o con un no en el chat. ¿Tiene usted conocimiento de alguna empresa privada o empresas privadas que oferten el servicio de cuidados paliativos?

Dr. Roberto Paz

Estamos participando en algún orden?

Monitor 2:

No. Si quieres puedes comentar verbalmente o si no lo escribes como puedes ver en la ventanita del chat como deseen.

Monitor 1:

Muy bien esta pregunta es más directa no?

la siguiente es si usted trabaja en alguna empresa ya sea privada o pública que ofrezca servicios de cuidados paliativos agradecemos que nos respondan con un sí o con un no en el chat.

Monitor 1

¿Refiere usted a pacientes con este tipo de enfermedades a empresas privadas que ofertan servicios de cuidados paliativos? agradecemos también vuestra respuesta con un sí o con un no y de repente algún comentario extra de algún participante.

Marcos Huaco

Me gustaría aportar ahí de que se vive actualmente creo a nivel nacional la falta no? de servicios de este tipo. Por ejemplo lo que es provincia no me dejarán mentir que aquí en

Arequipa dos constituimos como un centro único lo que es manejo del dolor lo que es cuidados paliativos, terminales o fin de vida, entonces es bien complejo referir.

Monitor 1

¿En el servicio que usted maneja de cuidados paliativos qué especialidades están involucradas o solamente es manejado por Oncología?

Dr. Marco Huaco:

A nivel de clínica si tenemos una forma de manejarlo de tipo multidisciplinario en los que entra encabezando la especialidad de terapia del dolor y medicina del dolor nos acompañamos siempre de psicología, nutrición como un aporte extra siempre entra en la parte clínica lo que sea infecciosos o la parte de Medicina interna, siempre estamos con interconsulta a cualquier otra especialidad. En lo que es la parte privada netamente como consulta del dolor, afuera de la institución en la que yo trabajo en la parte privada que es la clínica si se maneja casi integralmente a cargo e Medicina del dolor y medicina física.

Monitor: ¿Uds. tienen algún criterio de ingreso o reciben a todos los pacientes que tienen este tipo de patologías terminales?

Dr. Marcos Huaco: actualmente si hemos estado tratando de incluir la mayor cantidad de pacientes que tengan enfermedad crónica. Ahí vale la pena aclarar los conceptos que hay que diferenciar lo que es cuidados paliativos netamente de lo que son cuidados de fin de vida. Nosotros no consideramos un estado avanzado en caso de enfermedades oncológicas para recién administrar lo que son cuidados paliativos, nosotros los administramos lo más antes posible. En esta reunión que estamos viendo, está muy ligado a lo que es salud pública, el hecho de iniciar tempranamente esta terapia o este apoyo lo que hace es reducir las consultas exageradas en lo que son servicios, también disminuye hospitalizaciones que muchas veces son en vano y sobretodo futuras complicaciones, además que al momento tenemos la posibilidad de tener técnicas ablativas lo cual disminuye el consumo de fármacos o el uso recurrente de atenciones, sobre todo cuando estamos fiscalizados actualmente por algunas compañías aseguradoras o en si los servicios que brindas instituciones públicas o privadas. Nuestro criterio es incluir lo más tempranamente posible a cualquier patología crónica.

Monitor: Dr. Ud. hizo una diferencia entre tratamiento paliativo y cuidados de fin de vida o de hospicio, cual es la diferencia?

Dr. Marcos Huaco: Los cuidados paliativos van directamente a tratar cualquier patología crónica que pueda empeorar o empobrecer la actividad cotidiana del paciente, en cambio cuidados de fin de vida o de hospicio son cuidados que van a paliar los eventos catastróficos que aparezcan con una patología que van a terminar con la vida en un tiempo predecible (semanas, días u horas) pero no mucho tiempo. Entonces en un cuidado de fin vida, sabes que el paciente está completamente invalidado y sabes que lo único que queda es buscar que ese fin de vida sea con calidad humana. Por ejemplo un paciente con artrosis, o un dolor crónico en una cirugía espalda fallida tu puedes manejar el dolor con neuromoduladores, ahí estás haciendo cuidados paliativos porque el paciente regresara a trabajar, ahorrándose muchas operaciones o tratamiento crónico de tipo opiáceos. Esto no sucederá por ejemplo en un cáncer pulmonar avanzado donde sabes que va a terminar la vida en semanas o días.

Dr. Roberto Paz: Yo trabajo en OncoSalud, y en la parte privada y allí tenemos el Hospital o la Unidad de Cuidados Paliativos (Total Care) y ellos realizan todo el manejo que el dr Huaco ha mencionado, nosotros generalmente en Lima, el equipo lo dirige un anestesiólogo, la actual presidenta de Cuidados Paliativos (anestesióloga) trabaja en el INEN y otras instituciones, también tenemos grupos de colegas anestesiólogos que hacen Unidad de Manejo de Cuidados Paliativos tratando de hacer una integración no solo del manejo del dolor sino el manejo de secuelas o de otro tipo de consecuencias no solo de la enfermedad misma sino también del tratamiento. Como se ha dicho, hay que hacer la diferencia descrita, en el caso de cáncer los cuidados paliativos no solo se dan cuando el paciente está en estado avanzado sino inclusive si el paciente tiene cistitis o proctitis actínica producto de radioterapia en cáncer de próstata, si es que el paciente es derivado oportunamente a gastroenterología, ya se le está dando una atención especial a lo que se produjo por parte de la radioterapia, y eso también es cuidados paliativos. En caso de un paciente en que la enfermedad ya está fuera de control a pesar de haberle dado múltiples tratamiento y que ya sabemos que los 3 pilares de la muerte de un paciente en un cáncer metastásico son dolor, caquexia y la formación de trombos, entonces todos estos elementos van a hacer que la unidad de cuidados paliativos intervenga en estos desarrollos para que retrasemos y llevemos a mejor puerto el desenlace final, para hacer una transición un poco más llevadera.

Monitor: ¿Alguna otra intervención?

Dr. Carlos Tapia: efectivamente, estoy de acuerdo con los colegas anteriores, a mí me parece que el inicio de un proyecto es el nivel conceptual, y me parece que el nivel conceptual tiene un poco de dificultades en este caso. Por ejemplo, cuando nosotros definimos que es

enfermedad terminal, la definimos como aquella enfermedad que tiene una sobrevivida de menos de 50% al año, cualquier condición ya sea cáncer o enfermedad renal u otra. Aquí habría que preguntarse los conceptos de cada una de las entidades como que es terminal, que es avanzada, desde cuando voy a intervenir, cuales son los criterios de entrar. Todo ese nivel conceptual debe ser formulado para que nazca el proyecto de manera adecuada. Lo que he visto de acuerdo a los conceptos de los colegas anteriores y a las preguntas que se han formulado, me parece que habría que formular el nivel conceptual y más ampliamente para tener una idea concreta del proyecto.

Monitor: ¿Alguna otra intervención?

Dr. Victor Ynami: en principio partamos porque los cuidados paliativos y su impulso en el país se da desde el 2018, por lo menos hay la voluntad política, no está implementado, pero al menos hay la voluntad. Existe la ley 30846 que impulsa la implementación de cuidados paliativos como parte de los servicios de salud del sistema nacional, que no se haya cumplido es otra cosa. La presencia de unidades nuevas es importante, leí hace poco que apenas se alcanza a cubrir apenas el 0.3% de la necesidad de los pacientes con cuidados paliativos, entonces el campo de acción es muy grande. Yo no sé si sea lo ideal delimitar el proyecto por enfermedades, si hablan de cuidados paliativos oncológicos o no oncológicos en la mayor parte de empresas que dan este servicio, y por otro lado hay un plan nacional que incluye a la atención de los pacientes oncológicos que están sujetos al SIS gratuito que incluye el proceso de cuidados paliativos, entonces Uds. deberían revisar eso, los servicios que se dan allí. Por otro lado, en el país basta con que revisen cuales son las estadísticas de cuáles son las enfermedades crónicas para que vean cuales son las que realmente tienen impacto.

Recuerden que no solamente es manejo del dolor, sino que también hay que manejar aspectos importantes de salud mental que también han sido impulsados con la última ley de salud mental que tiene poco tiempo en el país y que va a ser una generalización para todos los seguros, pero ese aspecto no lo descuiden. Estos servicios de cuidados paliativos son de tipo multidisciplinarios y no pueden estar enfocados a una enfermedad en específico, no puede salir una empresa de este tipo a solo cobertura hipertensión o diabetes, si se plantea así sería muy corto el nicho.

Monitor: Considera Ud. importante la existencia de una empresa que oferte Considera Ud importante la existencia de una Empresa que oferte servicio de cuidados paliativos a personas con enfermedades crónicas avanzadas y/o terminales. Responda SI o No en el chat.

Todos los participantes: Si (en el chat).

Monitor: ¿Considera útil el uso de Teleconsulta para ofrecer este servicio? Responda SI o No en el chat.

Todos los participantes: Si (en el chat).

Monitor: ¿Considera útil que este servicio se brinde a domicilio? Responda SI o No en el chat.

Todos los participantes: Si (en el chat).

Monitor: ¿Considera importante el uso de Historia Clínica Electrónica para este tipo de servicio? Responda SI o No en el chat.

Todos los participantes: Si (en el chat).

Monitor: en la pregunta anterior les pedimos alguna sugerencia, sobre el uso de algún otro tipo de tecnología de la información que podría ser útil para brindar este tipo de servicio al paciente y para brindar ese acceso al paciente y a los familiares.

Dr. Roberto Paz: Me gustaría comentar la parte de lo que es la historia clínica electrónica que no está solamente vinculada a una laptop, sino también a una aplicación ya sea a través de Android o IOS, que es muy útil, en AUNA manejamos las historias clínicas de manera electrónica, y hay una manera que uno pueda acceder a través de una aplicación a la historia clínica del paciente, eso lo usa Total Care, acude al domicilio del paciente para brindar el servicio de medicina paliativa y tienen a la mano la historia clínica del paciente, incluso acceso a la receta médica, y se les entrega todo a domicilio, es algo estandarizado, cada paciente es visto en casa, recibe su medicina en casa y puede verse la historia clínica a través del celular.

Dr. Víctor Ynami: el uso de redes sociales, para mantenerse comunicados con el familiar y proporcionarle información.

Monitor: ¿Qué profesionales de salud considera Ud. que deberían integrar el equipo de los servicios de cuidados paliativos? Por favor escriba en el chat su respuesta.

Si no te hace daño y al contrario tu sientes un beneficio de alguna clase pues adelante.

Si, comparto lo que dice el Dr. Roberto, nosotros tenemos que respetar mucho la intimidad del grupo familiar del paciente, muchos pacientes vienen y dicen Dr. Cuando estoy acompañado de tal persona o haciendo o practicando tal o cual conducta me siento mucho mejor entonces eso tiene que ir de la mano, hay pacientes que de verdad escuchan música, se

relajan con una canción en específico, por ejemplo lo que hacemos en misión dolor es que muchas veces en la mañana si es posible que el paciente camine sobre el césped, eso tiene ciertas bases en lo que es la reflexología, en lo que es la medicina alternativa como mencionan y de verdad que tienen muchos beneficios, entonces si la medicina alternativa va de la mano con toda la ciencia que podamos aplicarles a estos pacientes.

Excelente aporte Dr.

Permítame participar un momentito. Esto es cierto, lo que yo voy a experimentar con mis pacientes, es siempre poder respetar su cultura, yo tengo pacientes que muchas veces durante la diálisis se ponen súper ansiosos, hay muchos que rezan, hay muchos que antes de entrar a la diálisis, hasta muchas veces este tienen hasta rituales, entonces eso los beneficia muchísimo en su calidad de vida, y eso hace que su día a día sea un poco más ligero, antes del padecimiento que pueden tener y realmente como han dicho los doctores, es cierto, hay pacientes, o sea, también he tenido pacientes que muchas veces dicen señorita, sí que sí puedo tomar el cannabis y yo me siento súper bien, si tú te sientes súper bien y te está yendo bien. Tómalo como una alternativa, entonces también respetar eso del paciente porque es su sentir, es el sentir del paciente y realmente se puede ver muchos cambios, ¿no?

En nuestra institución contamos con un muy buen aporte religioso y es ahí que la espiritualidad del paciente va a estar dirigida por lo que es capellanía o si podemos hablar fuera de especialidades médicas aquí incluiríamos el servicio de capellanía de cada institución. La espiritualidad del paciente, sobretodo, en etapas terminales es algo que lo va a hacer sentir apoyado, lo va a hacer sentir cuidado por más allá de lo que podamos hacer nosotros en el área de la ciencia y como menciono previamente Cecilia, es eso, respetar la intimidad y el grupo de donde viene el paciente.

Muy buen aporte ese tema de la capellanía, no habíamos visto esa parte, muchas gracias por el comentario. Haber, en la pregunta número 11, ¿Consideran ustedes que los servicios de terapia de dolor, psicología, nutrición y entre otros, deberían ofrecerse como un paquete de manejo integral del paciente, con enfermedades crónicas y avanzadas? O ¿es que cada servicio debe ir de manera apartada?

No, el tratamiento de cuidados paliativos es un articulado, aquí no hay un protagonismo apartado de ninguna especialidad, todas deben trabajar de la mano, porque la formación, por eso son especialidades o son ramas, cada uno va a ver las cosas muy diferentes y todo suma, mientras sea por beneficio del paciente. No hay una opinión sin base, sino que en ese momento

de verdad que ver a tu paciente que mejore, si él dice que mejora un poquito, ese poquito es súper importante.

Muy bien, por eso creo que habíamos tocado también una pregunta previa, si considerar necesario el uso de la tecnología de vigilancia a través de servicios móviles de los pacientes con este tipo de enfermedades, creo que si se mencionó que era afirmativa, en medida que están sugiriendo el uso de un APP, a través de los móviles para facilitar el acceso a este tipo de servicios en los pacientes.

Seguimos. La otra pregunta, ¿Consideran ustedes que este servicio debe ofertarse las 24 horas del día o por horarios?

Hay algo que yo uso personalmente cuando me comunico con los pacientes, el dolor, sobre todo en lo que es mi rama, no respeta horarios de oficina, si recién están dando los primeros pasos en lo que es la necesidad de los pacientes, van a levantarse a cualquier hora de la noche, porque acuérdense que final de vida y cuidados paliativos, muchas crisis irruptivas aparecen cuando menos te lo esperas.

Permítame aportar algo, yo creo que es muy importante, o sea, que está esta supervisión puede ser de 24 horas, por qué se trata una calidad de vida para el paciente y también para poderle dar algún tipo de soporte, al cuidador, al familiar, por ejemplo como dice el doctor Marcos a veces esos dolores se presentan en la noche, por ejemplo 2 de la mañana, entonces para poder tener ese alivio de poder llamar a alguien y decirle como puedo manejar eso, que hago, por eso yo creo que si las 24 horas, tendrían que ser. Porque como dicen, eso no avisa.

Muy bien, consideramos que 14 y la 15 también ya han sido tomadas en cuenta en preguntas previas, ya que hasta el momento, la discusión que estamos teniendo, si consideramos importante que esos servicios de cuidados paliativos debe incluir un sistema de engranaje multidisciplinario para el manejo de todos estos pacientes, por lo que vamos a la número 16, preguntarles a cada uno de ustedes, si estarían interesados en trabajar en este tipo de empresas de servicios de cuidados paliativos de manejo multidisciplinario, agradeceremos sus respuestas con un sí o un no, en el chat del grupo.

Si, sería un gusto, la verdad es que el Perú se constituye como uno de los países que menos ha avanzado en lo que es cuidados paliativos.

Muchas gracias por su aporte.

A nivel de Latinoamérica, nuestro nivel de integración en lo que es esta rama de verdad que se queda bastante corto.

Es un muy buen aporte, de repente, como nos podría, en la experiencia que usted tiene, que más nos podría sugerir para implementar este tipo de empresas ¿porque no hay empresas de cuidados paliativos? ¿Qué es lo que, a nosotros como médicos, no nos incentiva a apertura más centros de cuidados paliativos para pacientes terminales? ¿Son los costos? ¿Es la complejidad del paciente? ¿La patología que ellos tienen?

Respecto a tu pregunta, considero dos temas importantes a tratar, creo que todos o la gran mayoría de colegas o de las diferentes especialidades que estamos invitados, en el pre grado nunca se ha hablado de este tema, es un tema virgen para nosotros, el segundo aspecto es que debemos de valorar las dificultades que ofrecen las políticas que tenemos, políticas en salud o cuidado de la persona. Si nos fijamos, más o menos, en el 2014 se trató de universalizar los requerimientos y como deberían ser el prospecto de estos servicios para ofrecerlos al usuario, estamos hablando del 2021 y no tenemos políticas claramente establecidas, hay una restricción de fármacos esenciales, considerados por la autoridad de salud de nuestro país con una restricción de acceso de esos fármacos, unido a los opiáceos, técnicas alterativas y más allá de eso también hay un temor a hablar de que el paciente geriátrico puede llegar a necesitar de cuidados paliativos, entonces cualquier alternativa se queda corta, no solamente porque falta profesionales que manejen esto, sino también por el que no hay también un buen piso por donde podemos partir.

Muchas gracias, doctor Marcos, antes de darle el pase al doctor Paz, queríamos preguntar al doctor Iván Maza, quien había puesto que no estaría interesado en trabajar en este tipo de empresas, nos gustaría saber el porqué de la respuesta negativa. Si es que está por ahí el Dr. Maza.

Buenas tardes, no porque me parezca una mala idea, sino que de repente lo podría hacer con pacientes que no son míos, yo trabajo en cáncer infantil y yo creo que no podría trabajar con esos servicios en mis propios pacientes, solo por eso.

Muchísimas gracias, ahora el doctor Paz nos quería hacer un comentario al respecto.

Definitivamente, yo creo que muchos de los colegas no tocan el tema de cuidados paliativos, por el hecho de que esto implica aceptar una serie de consecuencias, implica, por ejemplo en mi caso, aceptar de que el tratamiento que yo he ofrecido no ha surtido efecto o que mi tratamiento ha traído consecuencias, entonces basado en esta situación, muchos de los

colegas en diversas ramas al ver que el problema sale de control, necesariamente ven la necesidad de evitar el tema y lo derivan a un médico especializado en cuidados paliativos, cuando uno mismo debería de llevar este tema. Por ejemplo, la última edición de las clínicas quirúrgicas en Norteamérica sobre cirugía oncológica, el título de la clínica es cuidados paliativos en cirugía oncológica, son lo que uno tendría que saber, yo como cirujano oncólogo, sección de pacientes para cuidados paliativos en oncología, consideraciones en el manejo de obstrucción intestinal maligna, que es un tema que tengo que ver yo como cirujano, abordaje paliativo al manejo, navegando a través de conversaciones difíciles, como le voy a decir a mi paciente que las cosas no están yendo bien y demás. Entonces, definitivamente, en todas las especialidades tienen que tener conocimiento de cuidados paliativos y lamentablemente no lo quieren asumir y es ahí donde tenemos este déficit que el Doctor ha comentado, pero definitivamente es un punto muy importante

Perfecto, muchas gracias, ya no se preocupen, que ya nos vamos a acercar a terminar. Por favor, prosigue con la siguiente pregunta.

Lo primero, quisiera comentar con respecto al uso de la tecnología. No sé si ustedes tienen que definir, y es bueno también saberlo para poder ofertar un servicio online ¿Cuánto va a resolver? ¿En qué medida se va a resolver el problema de cuidados paliativos de las personas mediante esta tecnología?, yo estimo que hay temas de cuidados paliativos de rehabilitación de algunos procedimientos de repente no se pueden hacer de manera online o de manera domiciliaria, entonces ¿Qué tecnología va a utilizar la empresa y cuánto va a poder resolver con esta tecnología online?

Yendo a las casas de los pacientes. En segundo lugar, comentar o poner el tema de la articulación de la terapia, si bien es cierto, aquí entra un equipo multidisciplinario y es correcto, pero la articulación en general cuando nosotros, por ejemplo, vemos un paciente en medicina interna, el articulador es el internista, es el que lleva más o menos la batuta general y luego las especialidades intervienen en la parte que les corresponde en mayor o menor medida, pero el internista es el articulador, aquí en la empresa ¿Cómo se va a organizar alrededor de que articulador?, porque es vital la participación del articulador. Por ejemplo, si son cuidados paliativos en niños, ¿habrá un pediatra? y son en adultos, ¿un internista? o ¿un ginecólogo para el caso de mujer? O ¿un geriatra? Además de eso es importante porque muchas veces nosotros, lo que vemos es que un paciente que ya es derivado a cuidados paliativos, casi toda la totalidad de los síntomas nuevos ya le achacan al tema por el cual fue referido a cuidados paliativos y entonces a veces no estamos atentos a la aparición de nuevas entidades en esos pacientes.

Entonces la presencia de estos articuladores me parece un tema importante de que lo puedan considerar.

Muchísimas gracias Dr. Tapia, ¿alguna otra cosa más que nos quiera decir? Muchísimas gracias Dr. Tapia por su aporte, yo les hare un comentario, en base al uso de la tecnología, antes de darle la palabra a la Dra. Mujica, nosotros cuando hablábamos del uso de tecnología a través de móviles, lo decíamos más que todo porque estábamos enfocándonos en el seguimiento de los pacientes, por ejemplo están recibiendo tratamiento para terapia del dolor y a veces puede haber una cuidadora o el familiar que se encarga del paciente y ellos puedan reportar a través de una aplicación que la empresa ofertaría, por ejemplo las funciones vitales o la escala del dolor del paciente, de acuerdo a ello se podría hacer un monitoreo o seguimiento a distancia y en tiempo real para poder indicar la modificación de la dosificación de los fármacos para que el paciente, por ejemplo en este caso, no sienta dolor o si se ve alteración de las funciones vitales están seas reportadas a través de un móvil y esto llegue, en este sentido al médico que lleve la batuta, que lo hemos definido por rangos de edad, como bien dijo el Dr. Tapia, lo usaríamos como líder al médico internista y al médico de familia, un médico pediatra, dependiendo también del rango de edad y un medio geriatra, eso es lo que estamos planificando en la empresa que estamos presentando hoy, como ustedes se darán cuenta son preguntas bastantes abiertas las que tenemos, porque precisamente queremos a través de ustedes y de lo que ustedes nos comenten ir consolidando la idea que vamos finalmente a presentar.

Preguntas abiertas. Líderes médico internista, pediatra, médico de familia, médico geriatra.

Dra. Mujica: De acuerdo con el Dr. Carlos Enrique en el sentido que debe existir una coordinación entre el centro de donde parte el paciente hacia los cuidados paliativos y el cuidador y la especialidad que pueda complementar los cuidados paliativos del paciente a través de la tecnología, de la plataforma virtual, definitivamente debe existir una articulación entre el médico que refiere al paciente, el médico internista o el médico que está a cargo con el médico de recepción, el médico paliativa. En la especialidad de geriatría tienen muy bien definidas las patologías oncológicas, las patologías crónicas degenerativas, patologías que demandan el cuidado en domicilio pues la tendencia es la deshospitalización por el agotamiento y ausencia de camas.

Dr. Iván Maza: Para mí es una necesidad tener un centro de cuidados paliativos y no hay en el país un centro que vea para las distintas patologías. Es positivo para los pacientes.

Dr. Huaco: Dentro de las especialidades que están considerando como referentes para este servicio están también las especialidades quirúrgicas, llámese cirugía oncológica, traumatología. Las patologías osteomusculares, las artrosis, las prótesis y el recambio articular, provocan limitación funcional por el dolor en el momento del desplazamiento y es frustrante para el paciente y se asocia a patologías depresivas.

Monitor 2: Si ustedes consideran que este tipo de servicios es un servicio que debería tener el sector público, y si los seguros privados están dando algún tipo de paquete independientemente de oncosalud sobre estos servicios?

Dr. De Cirugía Oncológica: La parte quirúrgica es importante, no solo traumatología, cirugía oncológica o cirugía general, porque a veces necesitamos realizar procedimientos que permitan al paciente alimentarse, por ejemplo, una gastrostomía, una yeyunostomía, para liberar de alguna manera hacer una cirugía paliativa a fin de aliviar los síntomas de un paciente. Un cirujano debe ser parte del equipo. Ahora con respecto a la pregunta de Romina Vera, el INEN tiene una unidad de medicina paliativa y de dolor, ellos tiene su unidad, prácticamente formada hace muchos años, y el INEN es público y ellos tiene esos protocolos, y cuando se ve que el tratamiento se está saliendo de control los enviamos a terapia de dolor, a psicooncología y a nutrición. Entonces definitivamente el INEN tiene el servicio ya bien creado, bien estructurado.

Dr. Inami (no se escucha bien el audio): El ministerio tiene una norma, el problema está en que cada hospital no tiene una unidad formadora por lo cual no se puede establecer vínculos con el tercer segundo o primer nivel de atención. La atención de este tipo de patologías produce un agotamiento en el personal de salud. Implementar en la parte pública va a demorar, por lo que emprender este negocio de manera privada si va a crecer y va a tener demanda y esto lo verá luego la parte pública y verán que son necesarios. Deberían empezar la empresa atendiendo patologías de los más frecuentes y poco a poco ir ampliando.

Dr. Huarachi: el servicio definitivamente se puede tercerizar, al tener deficiencia de servicios tercerizamos, un ejemplo son las hemodiálisis. Y básicamente las empresas firman un contrato para brindar un servicio y asegurar el tratamiento a nivel paliativo.

Dr. Tapia: Te hice una sugerencia a nivel Conceptual, tecnológico, y finalmente otro a nivel organizativo y de sus especialidades como se van a articular. Finalmente quiero hacer un comentario en relación al aspecto económico, es necesario recordar que uno de los principales aspectos que los proyectos no finalizan adecuadamente es el aspecto económico, y ese aspecto

es fundamental a considerar. Primero, entonces lo que les quiero decir, el hecho de acercarse hasta el domicilio de las personas, utilizar mucho ese aspecto y cuanto encarece el servicio que van a brindar, cuanto más? Si esto les hace sectorizar a un grupo de personas con nivel económico más alto que el público en general. A mi EsSalud me da lo mínimo y allí me quedo. Entonces a veces no se cuenta que el proyecto finalice adecuadamente. Entonces de acuerdo a este servicio que están ofertando, que grupo o qué nivel socioeconómico están pensando atraer, y de acuerdo a ello orientar la estrategia de marketing. Desde el punto de vista estratégico debemos ver cuánto se encarece y si es viable. Y esta viabilidad es muy importante. Y si llevamos el proyecto a nivel público, la pregunta sería: ¿en este momento en estas circunstancias actuales, en donde el gobierno está enfocado en la pandemia y en bonos, entonces este servicio encarecido por un tema de ir hasta la casa del paciente, porque esto encarece el servicio, será viable para que el sector público lo contrate? Esto debe responder para establecer la viabilidad del proyecto.

Monitor 2

Monitor 2: Esta reunión es un Focus Group con expertos! Luego tendremos Focus Group con familiares y enfermos y posteriormente haremos nuestro estudio de mercado. Estamos enfocados en un grupo de personas con mayor nivel adquisitivo que el común denominador, nos queremos enfocar en A y B. Queremos enfocarnos en ellos puesto que el servicio que pretendemos brindar demanda un alto costo.

Dr. Ynami: Sobre el tema de aseguramiento privado y los cuidados paliativos. En principio existen a domicilio. Se puede encontrar en google. Algunas IAFAS están especializadas. OncoSalud por ejemplo. Pero no está integrado como beneficio de salud en las entidades de salud y en las EPS, o sea no está incluido como beneficio de plan. Va a ocurrir a corto plazo, sí. Pero todavía no está. Ahora es complicado, si van a domicilio deben tener EPP y ese hecho hace que haya ya un costo adicional, por otro lado, también un poco es la confianza que debe tener la persona que contrata el servicio, pues las personas tienen reserva en dejar entrar a otras personas a sus casas. Y no solo es el aspecto médico sino también es importante el aspecto psicológico. Probablemente se vayan a beneficiar usando adecuadamente la tecnología, la rehabilitación, la evaluación de pacientes porque es enteramente presencial, pero el soporte psicológico si puede darse por el celular a cualquier hora, esa satisfacción de encontrar alguien que te escuche te ayuda de manera importante. El intercambio público privado no es tan sencillo.

Pregunta al Dr. Ynami, comentario sobre entidades privadas y cuidados paliativos

Si existe empresas privadas que brindan el servicio que dan el servicio de CP en domicilio y se puede hallar en la búsqueda en Google, hay algunas IAFAS especializadas que brindan el servicio (como lo mencionó el colega) entre la ellas OncoSalud, sin embargo, aún no están integradas como un beneficio en todos los planes de salud como por ejemplo en las EPS.

Es algo que va a ocurrir en el corto plazo lo va a estar, ahora es cierto que el servicio en estos momentos es complicado porque hay una variante es temporal, porque si se va a domicilio deben tener equipos de protección personal, ese solo hecho hace que sea un costo adicional.

Además, es el tema de la confianza de las personas que contratan el servicio y que pueda generar el que presta el servicio en lo común las personas tienen reserva en hacer ingresar a personas ajenas a la casa, salvo condiciones especiales.

En casos de pacientes terminales es una situación especial en el cual la familia está en conflicto y quebrada donde el familiar esta en manejo difícil, no solo por un tema de salud sino también el componente psicológico y emocional de la familia la cual requiere ayuda, ahí es donde pueden ustedes tomar en cuenta desde el punto de vista de la tecnología; probablemente como rehabilitación probablemente tenga que ser presencial pero el soporte emocional y psicológico ya que el solo hecho de responder el teléfono en la madrugada para orientarle , siendo este elemento da tranquilidad de saber que se pueda contar finalmente puede dar la posibilidad del posicionamiento de la empresa.

En relación al sector público -privado no es tan sencillo no tenemos las cosas muy claras, uno de los problemas es que no tenemos tarifario común, la clasificación de procedimientos, va a tenerse trabas, pero vale la pena intentarlo.

Pregunta 17, si contrataría este tipo de empresa...respuesta mayoritaria si

Recomendaría a sus colegas...respuesta mayoritaria es SI

Considero que es importante, en el tema de globalización siendo la telemedicina y los pacientes acceden a mucha información y tienen llegada a una serie de servicios, entonces el nivel resolutivo y la capacidad resolutiva va a definir que el usuario opte por esta alternativa no.

También es importante que no se deje el concepto de farmacoterapia, sino hablamos de intervencionismo, no es lo mismo tener al paciente amarrado a un solo tratamiento a un solo

procedimiento que maneje todo el proceso, además es importante acompañarlo con técnicas quirúrgicas de apoyo

Pregunta 20 (se comentó previamente)

Pregunta 21 (paso)

Pregunta 22 (paso)

Se complica al mencionar un distrito, hay pacientes de todo el nivel económica y de todos los distritos, se facilita las entidades prestadoras, también los autoseguros

Pregunta 24

Población objetivo, hablar de enfermedad terminal es enorme y deben segregarse como enfermedades no transmisibles, oncológica, osteomuscular, pediátrico, adulto, dolor postquirúrgico crónico.

Disponibilidad 24/7

Pide un panelista que se especifique sus paquetes e incluir a las especialidades de manera multidisciplinaria.

Salud mental emocional y calidad de vida

Básicamente población geriátrica con enfermedades oncológicas y crónicas degenerativas

No tendría que ser necesariamente terminal

Especialidades de manera multidisciplinaria

Es cierto comenzar con población focalizada, pero si me preguntas como financiador contrataría que solo trate pacientes solo para pacientes con hipertensión arterial ya que tendría que buscar otra empresa que trate la diabetes.

Es importante el concepto pluripatológico, no podrían salir al mercado que solo vas a atender solo una determinada enfermedad. Lo que si se podría determinar oncológico y otro no oncológico, recomienda el ofrecer una empresa de paliativos a secas y en el tiempo según lo que van encontrando y con el equipo mínimo de 5 especialidades (geriátrica, clínico, pediatra, etc.) con ello podrán manejar las complicaciones del dolor, salud mental, etc.

Ya que no se pedirá el manejo clínico y solo se pide el soporte de la atención.

¿Recomendarían el uso de la empresa?

Respuesta mayoritaria SI

Anexo 2: Matriz de construcción del instrumento (cuestionario)

Objetivos	Variable	Preguntas	Opciones de respuesta
Garantizar que las personas que responden la encuesta pertenezcan a la población de estudio (preguntas filtro)		Solo con el fin de saber si su hogar pertenece al segmento de mercado que se pretende atender, por favor indíquenos a cuánto ascienden los ingresos mensuales de su hogar (Considere que a lo largo de la encuesta no se solicitará en ningún momento datos personales como nombre, número de DNI, correo electrónico, número de teléfono o dirección)	Menos de S/ 4,160 Entre S/ 4,160 y S/ 7,229 Entre S/ 7,230 y S/ 12,999 S/ 13,000 o más No sabe o no contesta
		¿Sufre usted o algún familiar que dependa directamente de usted (para el pago o toma de decisiones) alguna de las siguientes enfermedades: cáncer, insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, deterioro cognitivo o ACV; o requiere de cuidados de fin de vida?	Sí No No sabe o no contesta
Determinar la demanda potencial de servicios de cuidados paliativos en el hogar	Demanda	¿Tiene conocimiento del concepto de cuidados paliativos o cuidados de fin de vida?	Sí No No sabe o no contesta
		En una escala del 1 al 5, donde 1 es nada dispuesto y 5 es totalmente dispuesto ¿Qué tan dispuesto estaría usted de contratar cuidados paliativos o cuidados de fin de vida en el hogar para su persona o su familiar que padece una enfermedad avanzada?	1. Totalmente indispuerto 2. Indispuerto 3. Neutral 4. Dispuesto 5. Totalmente dispuesto No sabe o no responde
		¿Quién se encarga actualmente del cuidado diario del paciente?	Yo mismo / misma Otro miembro de la familia Una empleada doméstica Una enfermera / enfermero

		Otro _____ No sabe o no responde
		Abuelo Padre o madre Hijo Cónyuge Para mi persona Otro: _____ No sabe o no responde
	¿Para quién requiere los servicios de cuidados paliativos o cuidados de fin de vida?	
		Enfermedad oncológica Insuficiencia cardíaca Insuficiencia respiratoria Insuficiencia hepática Insuficiencia renal Deterioro cognitivo o ACV Otro: _____ No sabe o no responde
Caracterizar a los potenciales clientes, así como a los consumidores, del servicio	Consumidores ¿Qué diagnóstico tiene el paciente?	
		Femenino Masculino Prefiere no indicar No sabe o no responde
	¿Cuál es el género del paciente?	
		24 años o menos 25 a 35 años 36 a 45 años
	¿En cuál de los siguientes rangos se ubica la edad del paciente?	

		46 a 55 años
		56 a 65 años
		66 años o más
		No sabe o no responde
		Yo mismo / misma
		Otro miembro de la familia
		Una empleada doméstica
		Una enfermera / enfermero
		Otro: _____
		No sabe o no responde
		Femenino
		Masculino
		Prefiere no indicar
		No sabe o no responde
		24 años o menos
		25 a 35 años
		36 a 45 años
		46 a 55 años
		56 a 65 años
		66 años o más
		No sabe o no responde
		Pública
		Privada
		No sabe o no responde
Sistema	que En caso de que usted o su familiar tuviesen que recurrir al servicio de cuidados paliativos	
actualmente utilizan	o cuidados de fin de vida, ¿escogería tener atención pública o privada?	

	<p>¿Cuáles de los siguientes criterios consideró al decidir entre el sistema público o privado?</p>	<p>El paciente está asegurado Tengo confianza Prefiero no arriesgar Cuento con el presupuesto Hay mejores médicos y técnicos Por la ubicación Por experiencias pasadas Es mejor No cuento con el presupuesto Otro _____</p>
<p>Definir cuáles son los servicios específicos que se brindarán</p> <p>Producto / Demanda</p>	<p>¿Con qué frecuencia requiere cada uno de los siguientes servicios de cuidados paliativos o cuidados de fin de vida?</p> <p>Enfermera en domicilio Visita de médico a domicilio Atención médica por teleconsulta Hospitalización en el hogar Apoyo emocional (psiquiátrico o psicológico) Nutricionista Exámenes de laboratorio Fisioterapia Terapia respiratoria Otro: _____</p>	<p>0. Nunca 1. Una vez al mes 2. Quincenal 3. Semanal 4. Tres veces por semana 5. A diario No sabe o no responde</p>
	<p>¿Cuál otro servicio de cuidado paliativo o de cuidados de fin de vida requerirían?</p>	<p>Pregunta abierta</p>

Conocer los atributos principales que debe tener el servicio, y aquellas características que no agregan valor a los clientes.	Producto	A continuación, le presentamos una lista de características que tendrá el servicio. En una escala del 1 al 5, donde 1 es nada importante y 5 muy importante, indique el grado de importancia que cada una tiene para usted en la contratación del servicio de cuidados paliativos o cuidados de fin de vida para usted o para un familiar	
		Atención rápida cuando se solicita (visitas a domicilio o teleconsultas)	1. Nada importante
		Cumplir con los horarios programados o establecidos	2. Poco importante
		Tener los implementos requeridos	3. Neutral
		Excelente atención con el paciente	4. Importante
		Diagnóstico y explicaciones claras	5. Muy importante
		Medidas de bioseguridad	No sabe o no responde
		¿Cuál otra característica debe tener el servicio de cuidado paliativo o cuidados de fin de vida para que usted lo contrate?	Pregunta abierta
Definir los precios que debe tener el servicio, y la metodología de cobranza.	Precio	A continuación, le presentamos una lista de formatos de precios. En una escala del 1 al 5, donde 1 es totalmente indispuesto y 5 totalmente dispuesto, indique el grado de disposición que tiene a pagar de esta forma por el servicio	1. Totalmente indispuesto
		Paquete global de servicios con cobro quincenal o mensual	2. Indispuesto
		Paquete de visitas médicas a domicilio y/o teleconsultas, pero todos los otros servicios según demanda	3. Neutral
		Pago individual por cada servicio que se solicite	4. Dispuesto
		Otro: _____	5. Totalmente dispuesto
			No sabe o no responde
		¿Qué método de pago prefiere utilizar?	Tarjeta de crédito o débito
			Transferencia bancaria
			Yape, Plin, etc.
			Efectivo

		No sabe o no responde
		Menos de S/ 1,000
		Entre S/ 1,000 y S/ 1,999
	Mensualmente, ¿cuál es el monto que gasta actualmente en los cuidados paliativos o cuidados de fin de vida que el paciente requiere?	Entre S/ 2,000 y S/ 2,999
		Entre S/ 3,000 y S/ 3,999
		S/ 4,000 o más
		No sabe o no responde
		Pagar lo mismo
		Pagar menos que antes
	Con respecto al monto anterior, de contar con un servicio integral estaría dispuesto a:	Pagar más que antes
		Depende de la calidad del servicio
		No sabe o no responde
	En una escala del 1 al 5, donde 1 es nada importante y 5 es muy importante, indique cuál de estos medios utilizaría para la contratación o solicitud de servicios	1. Nada importante
	Llamadas telefónicas	2. Poco importante
	Mensajes de WhatsApp	3. Neutral
	Aplicativo en el teléfono móvil	4. Importante
	Página web	5. Muy importante
	Otro: _____	No sabe o no responde
	¿En cuál distrito habita el paciente?	Pregunta abierta
	¿Considera usted que contar con una aplicación en el teléfono móvil para consultas sobre los cuidados paliativos o cuidados de fin de vida agrega valor al servicio que se brinda?	Sí
		No
		No sabe o no responde

Conocer la manera en que los clientes desean contratar o solicitar los servicios. Plaza

Identificar las mejores estrategias de promoción y/o canales de comunicación para ofrecer los servicios de cuidados paliativos	Promoción	En una escala del 1 al 5, donde 1 es nada importante y 5 es muy importante, indique el nivel de importancia que cada uno de estos medios posee, para conocer los servicios que la empresa de cuidados paliativos o cuidados de fin de vida ofrecerá y sus novedades.	
		Correo electrónico	1. Nada importante
		Llamadas telefónicas	2. Poco importante
		Página web de la empresa	3. Neutral
		Redes sociales (Linkedin, Instagram, Facebook, etc.)	4. Importante
		Visitas a la empresa	5. Muy importante
Otro ¿cuál?	No sabe o no responde		

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 3: Cuestionario

Buenos días/tardes, estamos realizando un estudio de mercado como parte del desarrollo de nuestra tesis para optar al título de Máster en Gerencia de Servicios de Salud. La propuesta es implementar un servicio de cuidados paliativos y cuidados de fin de vida en el hogar, ya sea de manera presencial o por teleconsultas.

1. Solo con el fin de saber si su hogar pertenece al segmento de mercado que se pretende atender, por favor indíquenos a cuánto ascienden los ingresos mensuales de su hogar (Considere que a lo largo de la encuesta no se solicitará en ningún momento datos personales como nombre, número de DNI, correo electrónico, número de teléfono o dirección)¹:

Menos de S/ 4,160
 Entre S/ 4,160 y S/ 7,229
 Entre S/ 7,230 y S/ 12,999
 S/ 13,000 o más
 No sabe o no contesta

2. ¿Tiene conocimiento del concepto de cuidados paliativos o cuidados de fin de vida?

Sí
 No
 No sabe o no contesta

3. ¿Sufre usted o algún familiar que dependa directamente de usted (para el pago o toma de decisiones) alguna de las siguientes enfermedades: cáncer, insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, deterioro cognitivo o ACV; o requiere de cuidados de fin de vida?

Sí
 No
 No sabe o no contesta

4. En una escala del 1 al 5, donde 1 es nada dispuesto y 5 es totalmente dispuesto ¿Qué tan dispuesto estaría usted de contratar cuidados paliativos o cuidados de fin de vida en el hogar para su persona o su familiar que padece una enfermedad avanzada?

1 2 3 4 5 NS/NR

¹ https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/publication/documents/2021-01/nse_2020_v2.pdf

5. ¿Para quién requiere los servicios de cuidados paliativos o cuidados de fin de vida?

- Abuelo
- Padre o madre
- Hijo
- Cónyuge
- Otro _____
- No sabe o no responde

6. ¿Cuál es su género?

- Femenino
- Masculino
- Prefiere no indicar
- No sabe o no responde

7. En caso de que el paciente sea otra persona, ¿cuál es el género del paciente?

- Femenino
- Masculino
- Prefiere no indicar
- No sabe o no responde

8. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica su edad?

- 24 años o menos
- 25 a 35 años
- 36 a 45 años
- 46 a 55 años
- 56 a 65 años
- 66 años o más
- No sabe o no responde

9. Si usted no es el paciente, ¿en cuál de los siguientes rangos se ubica la edad del paciente?

- 24 años o menos
- 25 a 35 años
- 36 a 45 años
- 46 a 55 años
- 56 a 65 años
- 66 años o más
- No sabe o no responde

10. En caso de que usted o su familiar tuviesen que recurrir al servicio de cuidados paliativos o cuidados de fin de vida, ¿escogería tener atención pública o privada?

Pública

Privada

No sabe o no responde

11. ¿Cuáles de los siguientes criterios consideró al decidir entre el sistema público o privado?

El paciente está asegurado

Tengo confianza

Prefiero no arriesgar

Cuento con el presupuesto

Hay mejores médicos y técnicos

Por la ubicación

Por experiencias pasadas

Es mejor

No cuento con el presupuesto

Otro _____

12. ¿Cuál diagnóstico tiene el paciente?

Enfermedad oncológica

Insuficiencia cardíaca

Insuficiencia respiratoria

Insuficiencia hepática

Insuficiencia renal

Deterioro cognitivo o ACV

Otro _____

No sabe o no responde

13. ¿Quién se encarga actualmente del cuidado diario del paciente?

Yo mismo / misma

Otro miembro de la familia

Una empleada doméstica

Una enfermera / enfermero

Otro _____

No sabe o no responde

14. En una escala del 0 al 5, donde 0 es nunca y 5 es todos los días, ¿Con qué frecuencia requiere cada uno de los siguientes servicios de cuidados paliativos o cuidados de fin de vida?

	0	1	2	3	4	5	No sabe o no responde
	Nunca	Una vez al mes	Quincenal	Semanal	Tres veces por semana	A diario	
Enfermera en domicilio							
Visita de médico a domicilio							
Atención médica por teleconsulta							
Hospitalización en el hogar							
Apoyo emocional (psiquiátrico o psicológico)							
Nutricionista							
Exámenes de laboratorio							
Fisioterapia							
Terapia respiratoria							
Otro _____							

15. ¿Cuál otro servicio de cuidado paliativo o de cuidados de fin de vida requerirían?

16. A continuación, le presentamos una lista de características que tendrá el servicio. En una escala del 1 al 5, donde 1 es nada importante y 5 muy importante, indique el grado de importancia que cada una tiene para usted en la contratación del servicio de cuidados paliativos o cuidados de fin de vida para usted o para un familiar

1	2	3	4	5	No sabe o no responde
Nada importante	Poco importante	Neutral	Importante	Muy importante	

Atención rápida cuando se solicita (visitas a domicilio o teleconsultas)

Cumplir con los horarios programados o establecidos

Tener los implementos requeridos

Excelente atención con el paciente

Apoyo emocional (psiquiátrico o psicológico)

Diagnóstico y explicaciones claras

Medidas de bioseguridad

17. ¿Cuál otra característica debe tener el servicio de cuidado paliativo o cuidados de fin de vida para que usted lo contrate?

18. A continuación, le presentamos una lista de formatos de precios. En una escala del 1 al 5, donde 1 es totalmente indispuerto y 5 totalmente dispuesto, indique el grado de disposición que tiene a pagar de esta forma por el servicio

1	2	3	4	5	No sabe o no responde
Totalmente indispuerto	Indispuerto	Neutral	Dispuesto	Totalmente dispuesto	

Paquete global de servicios con cobro quincenal o mensual (membresía)

Paquete de visitas médicas a domicilio y/o teleconsultas (membresía), pero todos los otros servicios según demanda

Pago individual por cada
servicio que se solicite

Otro _____

19. ¿Cuál método de pago prefiere utilizar?

Tarjeta de crédito o débito

Transferencia bancaria

Yape, Plin o similar

Efectivo

No sabe o no responde

20. Mensualmente, ¿cuál es el monto que gasta actualmente en los cuidados paliativos o cuidados de fin de vida que el paciente requiere?

Menos de S/ 1,000

Entre S/ 1,000 y S/ 1,999

Entre S/ 2,000 y S/ 2,999

Entre S/ 3,000 y S/ 3,999

S/ 4,000 o más

No sabe o no responde

21. Con respecto al monto anterior, de contar con un servicio integral, estaría dispuesto a:

Pagar lo mismo

Pagar menos que antes

Pagar más que antes

Depende de la calidad del servicio

No sabe o no responde

22. En caso de que estén dispuestos a pagar una membresía de suscripción mensual ¿cuánto estaría dispuesto a pagar?

S/ 100

S/ 200

S/ 300

Otro monto

No sabe o no responde

23. En una escala del 1 al 5, donde 1 es nada importante y 5 es muy importante, indique cuál de estos medios utilizaría para la contratación o solicitud de servicios.

1	2	3	4	5	No sabe o no responde
Nada importante	Poco importante	Neutral	Importante	Muy importante	

Llamadas telefónicas

Mensajes de WhatsApp

Aplicación en el teléfono
móvil

Página web

Otro _____

24. ¿Considera usted que contar con una aplicación en el teléfono móvil para consultas sobre los cuidados paliativos o cuidados de fin de vida agrega valor al servicio que se brinda?

___ Sí

___ No

___ No sabe o no responde

25. ¿En cuál distrito habita el paciente?

26. En una escala del 1 al 5, donde 1 es nada importante y 5 es muy importante, indique el nivel de importancia que cada uno de estos medios posee, para conocer los servicios que la empresa de cuidados paliativos o cuidados de fin de vida ofrecerá y sus novedades.

1	2	3	4	5	No sabe o no responde
Nada importante	Poco importante	Neutral	Importante	Muy importante	

Correo electrónico

Llamadas telefónicas

Página web de la empresa

Redes sociales (Facebook,
Instagram, etc.)

Otro _____

¡Gracias por su participación!

Anexo 4: Resultados de la investigación cuantitativa

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario a un total de 220 personas, obteniendo de ellas 116 respuestas efectivas, en Lima Metropolitana. Para cada una de las 26 preguntas se presenta una tabla o gráfico con los datos recabados y el análisis de los mismos.

Pregunta 1: Solo con el fin de saber si su hogar pertenece al segmento de mercado que se pretende atender, por favor indíquenos a cuánto ascienden los ingresos mensuales de su hogar:

Como se observa en la Tabla 4.1 correspondiente al nivel de ingresos mensuales de los 220 encuestados, la mayoría, un 59.4%, se encuentran en el rango entre S/ 4,160 y S/ 12,999; y un 20.5% de encuestados están en el rango de S/ 13,000 o más. En adelante, se excluye del estudio al 20.1% de encuestados, dado que respondieron menos de S/ 4,160 o no sabe o no contesta; por lo que no forman parte de la población de la investigación que tienen que ser del nivel socioeconómico A, B y C.

Tabla 4.1. Ingresos mensuales

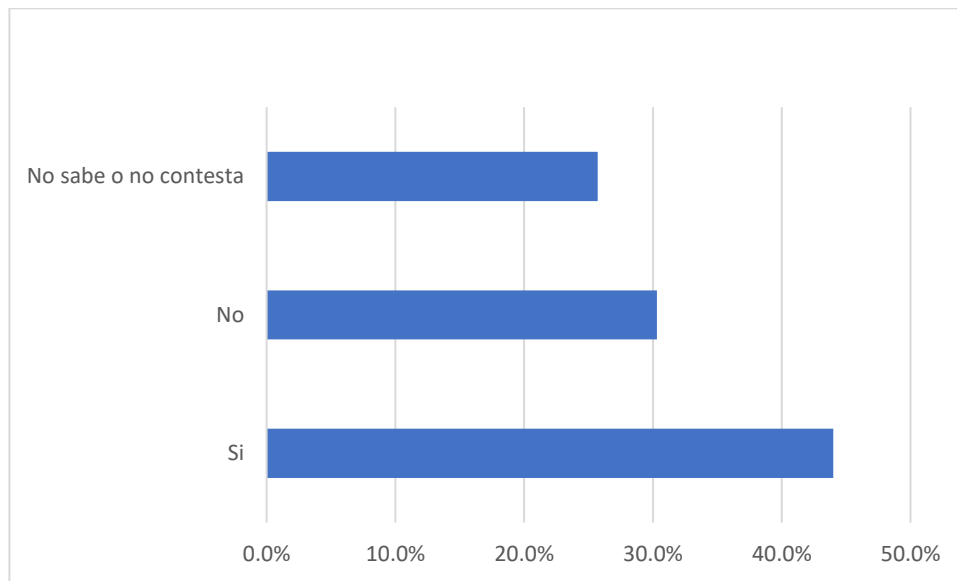
Opciones de respuesta	<i>F</i>	Porcentaje (%)
Menos de S/ 4,160	33	15.2%
Entre S/ 4,160 y S/ 7,229	65	29.7%
Entre S/ 7,230 y S/ 12,999	65	29.7%
S/ 13,000 o más	45	20.5%
No sabe o no contesta	11	4.9%
Total	220	100.0%

Fuente: Elaboración propia. Total de respuestas = 220

Pregunta 2: ¿Tiene conocimiento del concepto de cuidados paliativos o cuidados de fin de vida?

De los 176 encuestados que pasaron a la segunda etapa de la encuesta, en la Figura 4.1 se muestra que el 44% de ellos manifestaron que sí tienen conocimiento acerca de cuidados paliativos o de fin de vida; mientras que un 30.3% reveló no tener conocimiento de estos cuidados. Sólo un 25.7% de ellos manifestó que no sabe o no contesta.

Figura 4.1. Conocimiento de cuidados paliativos



Fuente: Elaboración propia. Total de respuestas = 176

Pregunta 3: ¿Sufre usted o algún familiar que dependa directamente de usted (para el pago o toma de decisiones) alguna de las siguientes enfermedades: cáncer, insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, deterioro cognitivo o ACV; o requiere de cuidados de fin de vida?

De la información recopilada, correspondiente a 176 encuestados, el 65.9% (ver Tabla 4.2) manifestó que en el hogar tienen un miembro de la familia con problemas de salud que requiere cuidados paliativos o de fin de vida. El 33% de los encuestados manifestó que en su hogar no tiene familiares con problemas de salud, y el restante 1.1% indicó que no sabe o no contesta.

Tabla 4.2. Sufrimiento de enfermedad de algún miembro en el hogar

Opciones de respuesta	<i>f</i>	Porcentaje (%)
Si	116	65.9%
No	58	33.0%
No sabe o no contesta	2	1.1%
Total	176	100.0%

Fuente: Elaboración propia. Total de respuestas = 176

El presente estudio considera, en adelante, solamente a los 116 encuestados que declararon tener en el hogar un miembro de familia con problemas de salud, por lo que requieren los servicios de cuidado paliativo o de fin de vida.

Pregunta 4: En una escala del 1 al 5, donde 1 es nada dispuesto y 5 es totalmente dispuesto ¿Qué tan dispuesto estaría usted de contratar cuidados paliativos o cuidados de fin de vida en el hogar para su persona o su familiar que padece una enfermedad avanzada?

En la Tabla 4.3 se aprecia que el 50.4% de los encuestados estaría totalmente dispuesto a contratar cuidados paliativos en el hogar para el familiar que padece una enfermedad avanzada (con el número 5). El 39.1%, que marcó el número 4, manifestó estar dispuesto a contratar los servicios de cuidados paliativos o de fin de vida, mientras que un 6% se mostró neutral (número 3), manifestando que no está de acuerdo ni en desacuerdo con contratar el servicio. Solo un 4.5% de los encuestados marcaron los números 2 o 1, mostrando poca o ninguna disposición a contratar el servicio. La media obtenida es 4.34 lo cual implica una amplia disposición a contratar el servicio.

Tabla 4.3. Disposición a contratar el servicio.

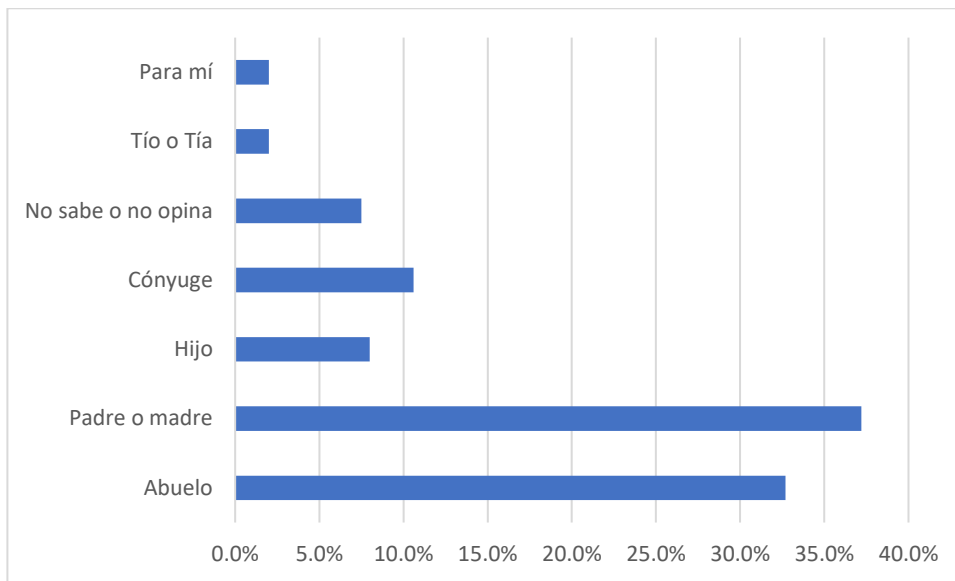
Opciones de respuesta	<i>f</i>	Porcentaje (%)
1 Totalmente indispuesto	2	1.5%
2 Indispuesto	3	3.0%
3 Neutral	7	6.0%
4 Dispuesto	45	39.1%
5 Totalmente dispuesto	58	50.4%
Total	116	100.0%

Fuente: Elaboración propia. Total de respuestas = 116

Pregunta 5: ¿Para quién requiere los servicios de cuidados paliativos o cuidados de fin de vida?

Un 32.7% de los encuestados manifestó requerir los servicios de cuidados paliativos o de fin de vida para el abuelo o abuela, según se aprecia en la Figura 4.2. El mayor porcentaje, un 37.2% dijo que lo necesitaban para sus padres o suegros, siguiendo el cónyuge con un 10.6%; no sabe o no opina respondió un 7.5% de los encuestados. El 4% respondió que lo requería para un pariente (tío o tía) o para sí mismos.

Figura 4.2. Familiar que requiere el servicio

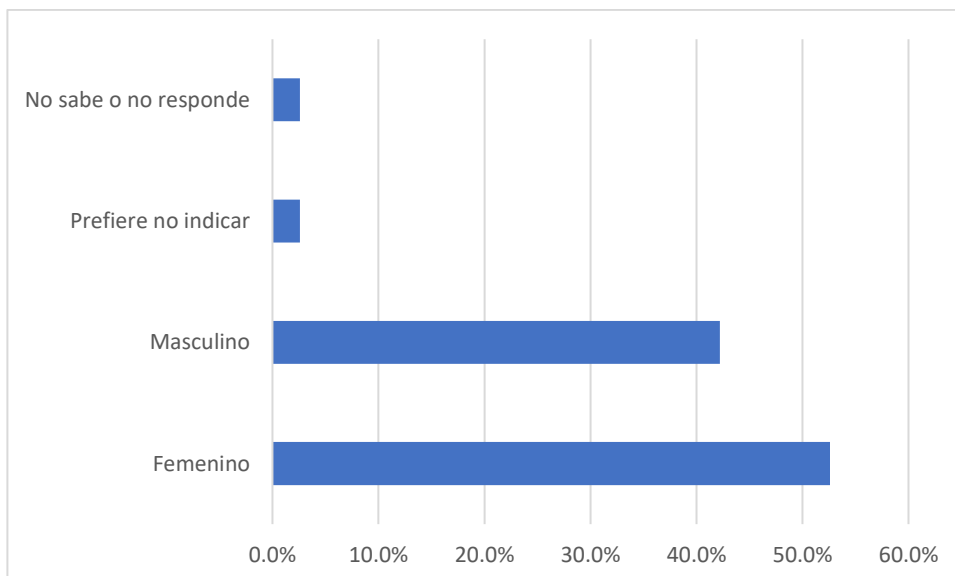


Fuente: Elaboración propia. Total de respuestas = 116

Pregunta 6: ¿Cuál es su género?

En la Figura 4.3 se aprecia que el 52.6% de los encuestados es de género femenino, mientras que el 42.2% es de género masculino. De los encuestados, el 2.6% prefirió no indicar su género, y otro 2.6% marcó no sabe o no responde.

Figura 4.3. Género del encuestado



Fuente: Elaboración propia. Total de respuestas = 116

Pregunta 7: En caso de que el paciente sea otra persona, ¿cuál es el género del paciente?

Según los resultados de la Tabla 4.4, el 50.9% de los pacientes son de género masculino, y el 42% pertenecen al género femenino. Un 2% prefiere no indicar el género, mientras que un 5.1% marcó no sabe o no responde.

Tabla 4.4. Género del paciente

Opciones de respuesta	<i>f</i>	Porcentaje (%)
Femenino	49	42.0%
Masculino	59	50.9%
Prefiere no indicar	2	2.0%
No sabe o no responde	6	5.1%
Total	116	100.0%

Fuente: Elaboración propia. Total de respuestas = 116

Pregunta 8: ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica su edad?

Se puede apreciar en la Tabla 4.5 que el 63.5% de los encuestados fluctúan entre los 36 y 55 años, mientras que el 15.7% se encuentra en el rango de 56 a 65 años. Se tiene que un 18.4% de los participantes en el estudio son menores de 35 años y el 2.4% de los encuestados marcaron no sabe o no opina. No se encontró participantes de 66 años a más.

Tabla 4.5. Edad del encuestado

Opciones de respuesta	<i>f</i>	Porcentaje (%)
24 años o menos	8	7.1%
25 a 35 años	13	11.3%
36 a 45 años	34	29.6%
46 a 55 años	39	33.9%
56 a 65 años	18	15.7%
66 años o más	0	0.0%
No sabe o no opina	3	2.4%
Total	116	100.0%

Fuente: Elaboración propia. Total de respuestas = 116

Pregunta 9: Si usted no es el paciente, ¿en cuál de los siguientes rangos se ubica la edad del paciente?

La Tabla 4.6 muestra, según los encuestados, que los pacientes que tienen 66 años o más representa el 64.3% de la muestra; mientras que el 16.1% se encuentran en el rango de 56 a 65 años. El 7.2% se encuentran en el rango de 36 a 45 años, y el 5.9% estarían en el rango de 46 a 55 años. Los pacientes que tienen 35 años o menos suman un 2.3%; y no sabe o no opina, el 4.2%.

Tabla 4.6. Edad del paciente

Opciones de respuesta	<i>f</i>	Porcentaje (%)
24 años o menos	1	0.9%
25 a 35 años	2	1.4%
36 a 45 años	8	7.2%
46 a 55 años	7	5.9%
56 a 65 años	19	16.1%
66 años o más	75	64.3%
No sabe o no opina	5	4.2%
Total	116	100.0%

Fuente: Elaboración propia. Total de respuestas = 116

Pregunta 10: En caso de que usted o su familiar tuviesen que recurrir al servicio de cuidados paliativos o cuidados de fin de vida, ¿escogería tener atención pública o privada?

De los encuestados, el 54.3% indicó que escogería tener atención pública para su familiar, en caso de necesitar el servicio de cuidados paliativos. Mientras que el 42.2% de los encuestados, refirió que prefieren acudir a una entidad privada. Solamente el 3.5% indicó que no sabe o no responde.

Tabla 4.7. Preferencia por tipo de atención

Opciones de respuesta	<i>f</i>	Porcentaje (%)
Pública	63	54.3%
Privada	49	42.2%
No sabe o no responde	4	3.5%
Total	116	100.0%

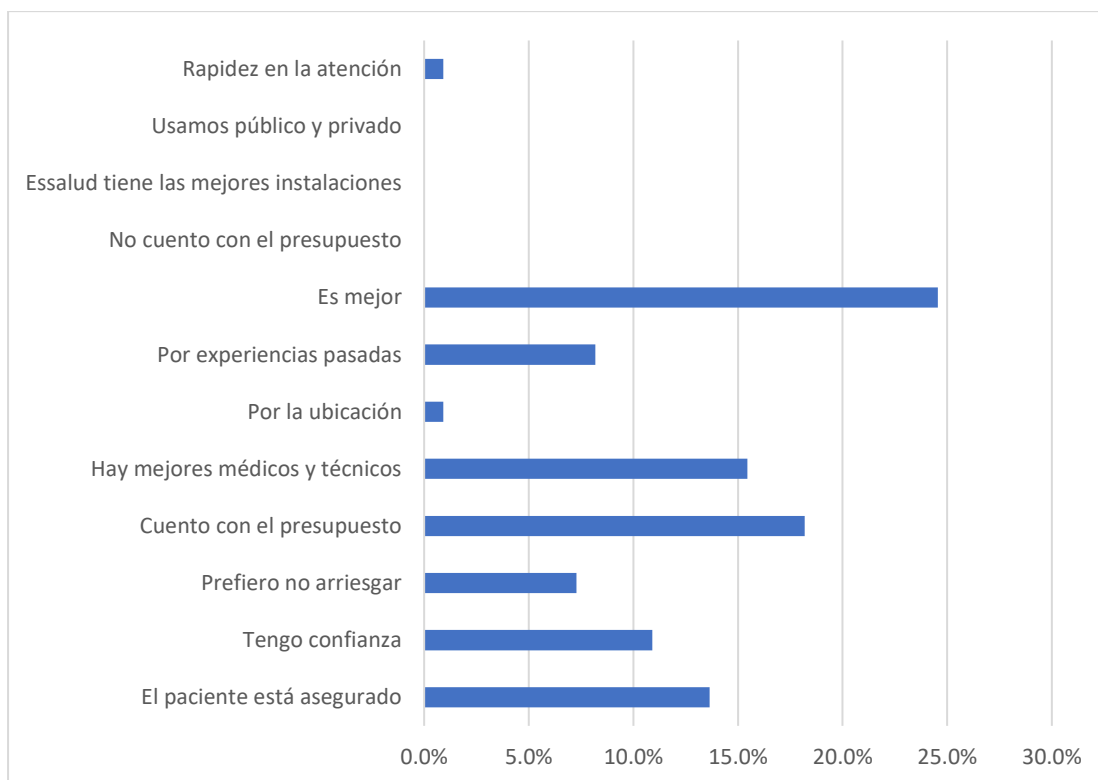
Fuente: Elaboración propia. Total de respuestas = 116

Pregunta 11: ¿Cuáles de los siguientes criterios consideró al decidir entre el sistema público o privado?

Esta pregunta es de respuesta múltiple, por lo que se presenta con un total de 255 respuestas en total, una parte contiene 110 respuestas para la atención privada y en la siguiente contiene 145 respuestas para la atención pública.

En la Figura 4.4.A se muestra 110 resultados de la encuesta para la atención privada. Dentro de los principales criterios a tomar se encuentran que el 24.5% de los encuestados indican que es mejor; el 18.2%, refirieron que cuentan con el presupuesto; y el 15.5% revelan que hay mejores médicos y técnicos. También figura un 13.6%, que manifestaron que el paciente está asegurado; y un 10.9% manifiesta tener confianza. Un 17.3% declaran criterios como, prefiero no arriesgar, por experiencias pasadas, por ubicación y rapidez en la atención.

Figura 4.4.A Decisores por sistema privado

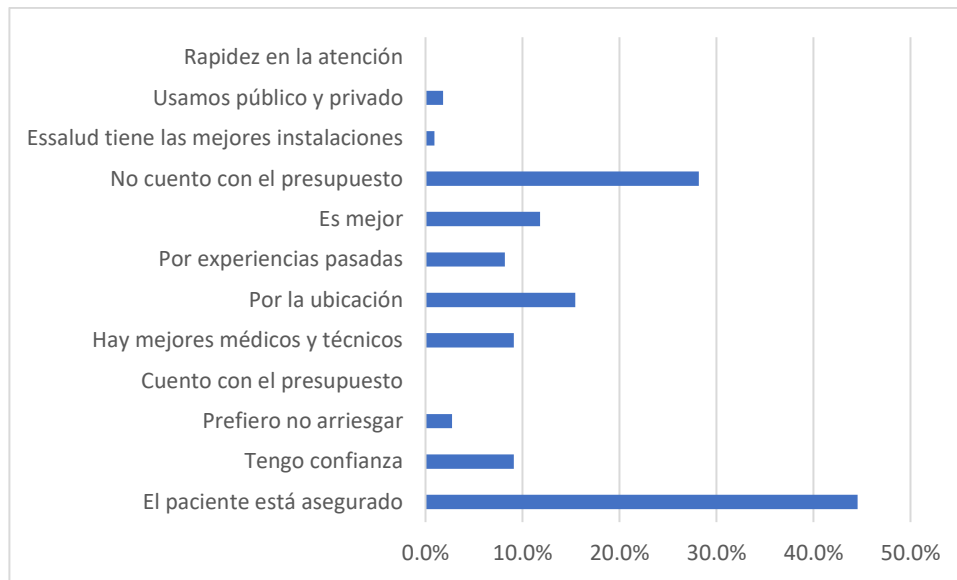


Fuente: Elaboración propia. Total de respuestas = 110

En la Figura 4.4.B se muestra 145 resultados de la encuesta para la atención pública. Dentro de los principales criterios a tomar se encuentran que el 44.5% de los encuestados indican que el paciente está asegurado; el 28.2%, refirieron que no cuentan con el presupuesto; el 15.5% revelan por la ubicación; 11.8% de los encuestados manifiesta que es mejor; el 9.1% indica tengo confianza; y otro 9.1% declara que hay mejores médicos y técnicos.

Por otro lado, un 8.0 % indicaron por experiencias pasadas; el 2.7% prefiero no arriesgar; y un 2.7% restante declararon criterios como salud tiene mejores instalaciones y usamos público y privado.

Figura 4.4.B Decisores por sistema público



Fuente: Elaboración propia. Total de respuestas = 145

Pregunta 12: ¿Cuál diagnóstico tiene el paciente?

De las enfermedades que mencionaron los encuestados se encuentran, un 34.8% enfermedad oncológica; un 22.6% dijeron enfermedad cardíaca. Las enfermedades insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal, y deterioro cognitivo, fueron mencionadas por el 9.6% de los encuestados respectivamente. Como insuficiencia hepática respondió el 7%; y adulto mayor lo hicieron el 3.6%. En el 3.2% restante de los encuestados respondieron, Ileostomía, Alzheimer, no sabe o no responde. Según se desprende de la Tabla 4.8.

Tabla 4.8. Diagnóstico del paciente

Opciones de respuesta	<i>f</i>	Porcentaje (%)
Enfermedad oncológica	40	34.8%
Insuficiencia cardíaca	26	22.6%
Insuficiencia respiratoria	11	9.6%
Insuficiencia hepática	8	7.0%
Insuficiencia renal	11	9.6%
Deterioro cognitivo o ACV	11	9.6%

Adulto muy mayor	4	3.6%
Ileostomía	1	0.9%
Alzheimer	2	1.4%
No sabe o no responde	1	0.9%
Total	116	100.0%

Fuente: Elaboración propia. Total de respuestas = 116

Pregunta 13: ¿Quién se encarga actualmente del cuidado diario del paciente?

En la Tabla 4.9 se aprecia que el 25.1% de los encuestados se encargan ellos mismos del cuidado del paciente; el 29.2%, es encargado a un miembro de la familia diferente al encuestado. El 34.5% deja el cuidado del paciente a una empleada doméstica; mientras que solo el 10.3% encarga el cuidado a una enfermera (o). El 0.9% indicó que no sabe o no responde.

Tabla 4.9. Encargado del cuidado del paciente

Opciones de respuesta	f	Porcentaje (%)
Yo mismo / misma	29	25.1%
Otro miembro de la familia	34	29.2%
Una empleada doméstica	40	34.5%
Una enfermera / enfermero	12	10.3%
No sabe o no responde	1	0.9%
Total	116	100.0%

Fuente: Elaboración propia. Total de respuestas = 116

Pregunta 14: En una escala del 0 al 5, donde 0 es nunca y 5 es todos los días, ¿Con qué frecuencia requiere cada uno de los siguientes servicios de cuidados paliativos o cuidados de fin de vida?

Esta era una pregunta de respuestas múltiples, por lo que se registraron 710 entradas en torno a nueve servicios. El más requerido (ver Tabla 4.10) es la enfermera a domicilio que obtuvo una media de 2.76 en un rango de 0 a 5, y una mediana de 3 que corresponde a semanal. Le sigue el servicio de exámenes de laboratorio, con una frecuencia mensual en su mayoría; y en tercer lugar se registró la hospitalización en el hogar. Las visitas de médicos a domicilio y/o de atención por teleconsulta se necesita principalmente una vez al mes.

Tabla 4.10. Frecuencia de uso de servicios

	Cantidad de respuestas válidas	Media	Mediana
Enfermera en domicilio	84	2.76	3 Semanal
Visita de médico a domicilio	101	1.27	1 Una vez al mes
Atención médica por teleconsulta	91	1.03	1 Una vez al mes
Hospitalización en el hogar	55	1.29	0 Nunca
Apoyo emocional (psiquiátrico o psicológico)	65	1.14	1 Una vez al mes
Nutricionista	88	1.14	1 Una vez al mes
Exámenes de laboratorio	106	1.33	1 Una vez al mes
Fisioterapia	63	1.06	1 Una vez al mes
Terapia respiratoria	57	0.93	0 Nunca

Fuente: Elaboración propia. Total de respuestas = 710

Pregunta 15: ¿Cuál otro servicio de cuidado paliativo o de cuidados de fin de vida requerirían?

Los servicios de cuidados paliativos adicionales mencionados por los encuestados son los siguientes, entre otros:

- Colocación de medicamento. Inyectables.
- Traslados a consultas médicas.
- Delivery de medicamentos.
- Monitoreo de signos vitales.
- Panel de médicos de distintas especialidades como gastro, cardiología, neumología, geriatría.

Pregunta 16: A continuación, le presentamos una lista de características que tendrá el servicio. En una escala del 1 al 5, donde 1 es nada importante y 5 muy importante, indique el grado de importancia que cada una tiene para usted en la contratación del servicio de cuidados paliativos o cuidados de fin de vida para usted o para un familiar.

Al preguntar sobre las características del servicio, se conoció que la más importante es que la atención sea rápida o inmediata una vez que se solicita, ya sea mediante visitas a domicilio o por teleconsulta (media 3.55). Le sigue que el diagnóstico y las explicaciones sean claras (media 3.27), junto con una excelente atención al paciente (media 3.26). Lo menos importante para los encuestados fueron las medidas de bioseguridad, donde aproximadamente la cantidad

de personas para los que no es importante es igual a la cantidad de personas para las que sí importa.

Tabla 4.11. Características del servicio

	Cantidad de respuestas válidas	Media	Mediana
Atención rápida cuando se solicita (visitas a domicilio o teleconsultas)	106	3.55	5 Muy importante
Cumplir con los horarios programados o establecidos	104	3.21	4 Importante
Tener los implementos requeridos	105	3.16	4 Importante
Excelente atención con el paciente	106	3.26	4 Importante
Apoyo emocional (psiquiátrico o psicológico)	103	2.66	4 Importante
Diagnóstico y explicaciones claras	105	3.27	4 Importante
Medidas de bioseguridad	97	2.99	4 Importante

Fuente: Elaboración propia. Total de respuestas = 726

Pregunta 17: ¿Cuál otra característica debe tener el servicio de cuidado paliativo o cuidados de fin de vida para que usted lo contrate?

Los servicios de cuidados paliativos o de fin de vida adicionales que fueron mencionados por los encuestados son los siguientes:

- El personal debe estar vacunado contra Covid.
- Que dé soluciones, que se vea como mejora, que le quiten los dolores.
- Rigurosos en la aplicación de medicinas.
- Integral, ver al paciente como un todo. el problema es que uno va al médico y ve solo un área, necesitamos un servicio integral para la persona.
- Brindar las medicinas e implementos para inyectables.
- Paciencia.
- Limpieza e higiene en los empleados.
- Seguir al pie de la letra las indicaciones del médico.
- Incorporar meditación y técnicas no médicas, no químicas.
- Ser silenciosos, dejar descansar al paciente, cocinar para el paciente y para su persona.

- Eficaz, que den la ayuda que necesitamos al momento.
- Emitir boleta o factura.
- Personal estable, siempre la misma persona; los enfermeros duran poco en el trabajo.
- Atención las 24 horas.
- Alquiler de equipos como sillas de ruedas.
- Preparación en primeros auxilios, resucitación, etc.
- Geriatria.
- Que conozcan la historia del paciente y no pregunten todo de nuevo cada vez que lo atienden.
- Presencia y buen trato del personal hacia el paciente.
- Experiencia y referencias.

Pregunta 18: A continuación, le presentamos una lista de formatos de precios. En una escala del 1 al 5, donde 1 es totalmente indispuesto y 5 totalmente dispuesto, indique el grado de disposición que tiene a pagar de esta forma por el servicio

Los resultados de la Tabla 4.12 indican que no hay una clara mayoría en cuanto a la disposición a pagar por un paquete global o por servicios individuales. Esto puede deberse a que el concepto de paquete global no está claro, porque varios encuestados señalaron que primero requieren saber qué contiene el paquete, dado que cada paciente es un caso único.

Tabla 4.12. Formato de precios por el servicio

	Cantidad de respuestas válidas	Media	Mediana
Paquete global de servicios con cobro quincenal o mensual (membresía)	99	3.48	4 Dispuesto
Paquete de visitas médicas a domicilio y/o teleconsultas (membresía), pero todos los otros servicios según demanda	98	3.06	3 Neutral
Pago individual por cada servicio que se solicite	99	3.05	3 Neutral

Fuente: Elaboración propia. Total de respuestas = 296

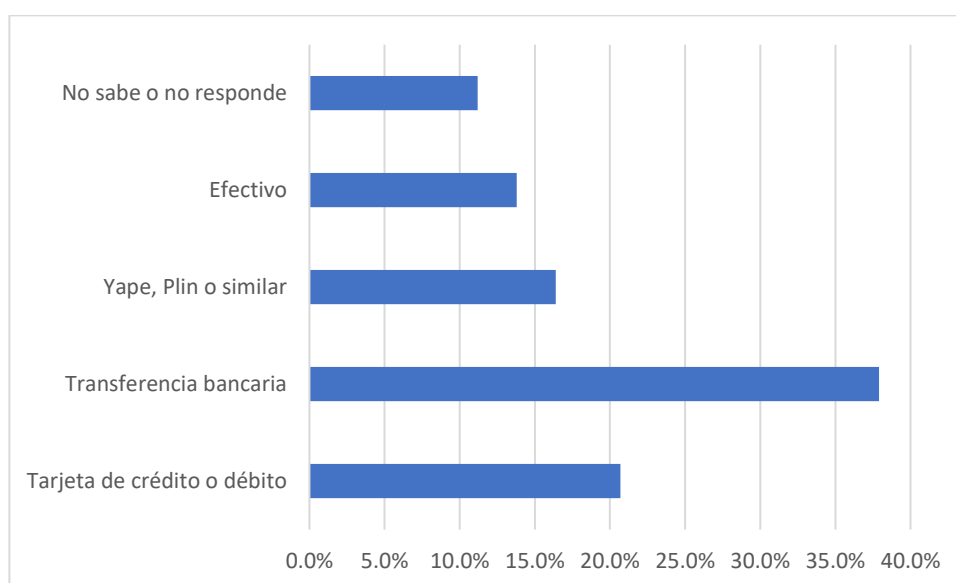
Dentro de los encuestados que escribieron otros en esta pregunta, manifestaron lo siguiente:

- Es irrelevante cómo sea el cobro, lo importante es que el monto sea justo.
- Debo saber el detalle de los paquetes.
- Creo que el paquete se hace a medida del cliente, de las necesidades del paciente.
- Hay que saber qué están metiendo en su paquete. Cada paciente necesita cosas diferentes.
- Que contiene cada paquete.
- Tengo que evaluar los planes.

Pregunta 19: ¿Cuál método de pago prefiere utilizar?

La mayoría de los encuestados, un 37.9%, indicó su preferencia a pagar mediante transferencia bancaria. Mientras que el 20.7% manifestó pagar a través de tarjeta de crédito o débito; y el 16.4% dijo que prefieren pagar con un aplicativo como Yape, Plin o similar. En la Figura 4.5 se aprecia también que hay un grupo, con el 13.8%, que desearía pagar con efectivo; y solo el 11.2% de encuestados marcaron no sabe o no responde.

Figura 4.5 Método de pago

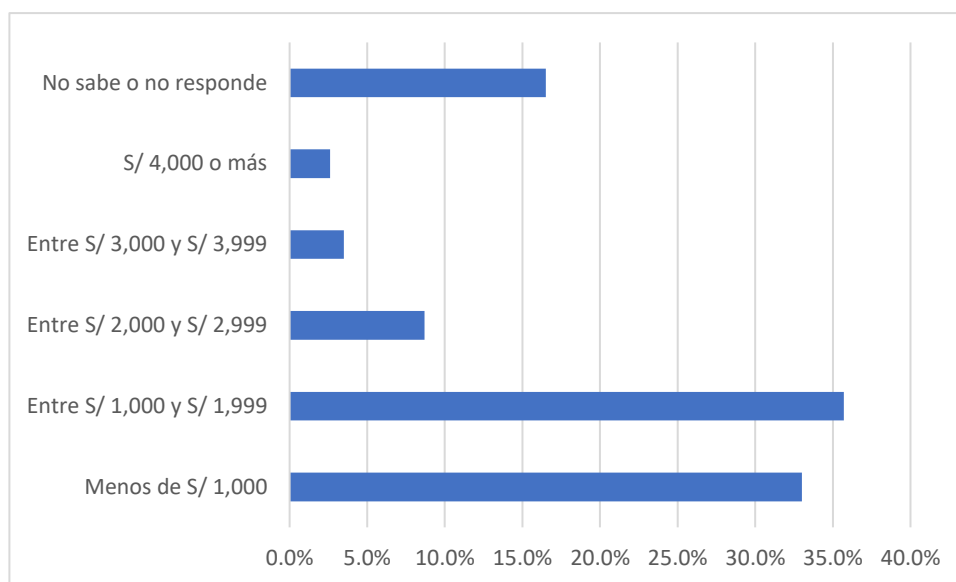


Fuente: Elaboración propia. Total de respuestas = 116

Pregunta 20: Mensualmente, ¿cuál es el monto que gasta actualmente en los cuidados paliativos o cuidados de fin de vida que el paciente requiere?

Se aprecia en la Figura 4.6, que el 35.7% de los encuestados indica que gasta entre S/ 1,000 y S/ 1,999; y un 33.0% gasta menos de S/ 1,000. El 8.3% gasta entre S/ 2,000 y S/ 2,999, mientras que el 6.1% gasta más de S/ 3,000; de los encuestados, el 16.5% manifestó que no sabe o no responde.

Figura 4.6 Gasto mensual en cuidados paliativos



Fuente: Elaboración propia. Total de respuestas = 116

Pregunta 21: Con respecto al monto anterior, de contar con un servicio integral, estaría dispuesto a:

La mayoría de los encuestados, un 42.6%, estaría dispuesto a cambiarse proveedor siempre que paguen menos que antes. Sin embargo, el 29.5% indicó que el monto de pago debe depender directamente de la calidad del servicio.

Tabla 4.13. Disposición al pago por el servicio

Opciones de respuesta	<i>f</i>	Porcentaje (%)
Pagar lo mismo	14	12.2%
Pagar menos que antes	49	42.6%
Pagar más que antes	1	0.9%
Depende de la calidad del servicio	34	29.5%
No sabe o no responde	17	14.8%
Total	116	100.0%

Fuente: Elaboración propia. Total de respuestas = 116

Pregunta 22: En caso de que estén dispuestos a pagar una membresía de suscripción mensual ¿cuánto estaría dispuesto a pagar?

El 30% de los encuestados no sabe cuál debe ser el monto adecuado a pagar por la membresía, lo que probablemente se deba a que no queda claro qué servicios se incluirán dentro de la membresía y cuáles serán adicionales. Luego, 28% señaló que podrían pagar S/ 200 y otro 23% S/ 100.

Tabla 4.14. Monto para pagar por el servicio

Opciones de respuesta	<i>f</i>	Porcentaje (%)
S/100	27	23.3%
S/200	32	27.6%
S/300	7	6.0%
No sabe o no responde	35	30.2%
Otros	15	12.9%
Total	116	100.0%

Fuente: Elaboración propia. Total de respuestas = 116

En el rubro de otros, los encuestados propusieron lo siguiente:

- Es muy bajo para el monto de las medicinas.
- Depende del servicio y lo que esté incluido.
- No estamos dispuestos.
- Los montos me parecen raros.
- Si incluye a la enfermera depende de la cantidad de días y horas.

Pregunta 23: En una escala del 1 al 5, donde 1 es nada importante y 5 es muy importante, indique cuál de estos medios utilizaría para la contratación o solicitud de servicios.

El medio de contratación más importante para los encuestados es la aplicación en el teléfono móvil, con una media de 4.19 y una mediana de 4, equivalente a importante. Le sigue la página web con 4.06; mientras que el medio menos relevante son las llamadas telefónicas.

Tabla 4.15. Medios para la contratación del servicio

	Media	Mediana
--	-------	---------

	Cantidad de respuestas válidas		
Llamadas telefónicas	104	2.90	3 Neutral
Mensajes de WhatsApp	104	3.95	4 Importante
Aplicación en el teléfono móvil	104	4.19	4 Importante
Página web	105	4.06	4 Importante
Otro	8	4.71	5 Muy importante

Fuente: Elaboración propia. Total de respuestas = 425

Los encuestados que marcaron otros, mencionaron lo siguiente:

- Asistencia de un vendedor.
- Quiero ir a la oficina y ver que estoy pagando por algo real, que existe, bien instalado.
- Vendedora.
- Visita a la oficina de la empresa, quiero ver que sea una empresa sólida, con equipos, con personal, con todo.
- Visita.
- Cuando necesito un servicio llamo, no hay tiempo de entrar a la computadora.
- Debe haber distintas maneras de contactarlos.
- Una central de emergencia, llamar con una sola tecla o tres números.
- Por el seguro con carta garantía.

Pregunta 24: *¿Considera usted que contar con una aplicación en el teléfono móvil para consultas sobre los cuidados paliativos o cuidados de fin de vida agrega valor al servicio que se brinda?*

Al preguntar directamente por el aplicativo para celulares, se encontró que para la mayoría (71%) sí añadiría valor. Mientras que solo el 26% indicó que no agregaría valor. El restante 4% no respondió o no supo qué responder.

Tabla 4.16. Aplicativo para celulares

Opciones de respuesta	<i>f</i>	Porcentaje (%)
Si	82	70.8%
No	30	25.7%

No sabe o no responde	4	3.5%
Total	116	100.0%

Fuente: Elaboración propia. Total de respuestas = 116

Pregunta 25: ¿En cuál distrito habita el paciente?

El 24.1% de las personas con el perfil de la población habitan en el distrito de Santiago de Surco, seguido por 15.5% que reside en San Borja. También aparecen con un porcentaje relevante Miraflores (13.8%), San Isidro (11.2%) y La Molina (9.5%). Dentro de otros se registraron distritos con solo uno o dos pacientes.

Tabla 4.17. Distrito de residencia

Distrito	<i>f</i>	Porcentaje (%)
Surco	28	24.1%
San Borja	18	15.5%
Miraflores	16	13.8%
San Isidro	13	11.2%
La Molina	11	9.5%
Jesús María	8	6.9%
Comas	6	5.2%
Los Olivos	4	3.4%
Otro	12	10.3%
Total	116	100.0%

Fuente: Elaboración propia. Total de respuestas = 116

Pregunta 26: En una escala del 1 al 5, donde 1 es nada importante y 5 es muy importante, indique el nivel de importancia que cada uno de estos medios posee, para conocer los servicios que la empresa de cuidados paliativos o cuidados de fin de vida ofrecerá y sus novedades.

El principal medio para difundir el servicio debe ser el correo electrónico, con una media de 4.20; seguido por la página web de la empresa con 3.95. Pero la página web tiene que aparecer en los buscadores como Google, según indicó un encuestado en sus comentarios. Adicionalmente, las redes sociales también son importantes, con una media igual a 3.49.

Tabla 4.18. Medios de difusión del servicio

	Media	Mediana
--	-------	---------

	Cantidad de respuestas válidas		
Correo electrónico	102	4.20	5 Muy importante
Llamadas telefónicas	100	2.82	3 Neutral
Página web de la empresa	103	3.95	4 Importante
Redes sociales (Facebook, Instagram, etc.)	102	3.49	4 Importante
Otro	9	4.33	5 Muy importante

Fuente: Elaboración propia. Total de respuestas = 416

Los encuestados que marcaron otros, indicaron lo siguiente:

- En el hospital me pueden dar la información o quizás en radio.
- Google.
- Información o recomendación a través de mi médico.
- Recomendaciones de otras familias.
- Folletos, trípticos en las oficinas de los doctores.
- La compañía de seguros.
- Radio, en programas de medicinas de salud.
- Folletos con información de lo que ofrecen, algo con detalle con fotos.

Anexo 5: Resultados de la investigación cualitativa

Nombre: Rosalía Tami

Cargo: Gestión de Proyectos

Empresa: Pacífico Seguros

Fecha: 17 de junio 2021

Somos estudiantes de la Maestría en Gerencia de Servicios de Salud de ESAN, y estamos en el proceso de elaboración de nuestra tesis de grado, que consiste en un Plan de Negocio para la Implementación de un Servicio de Cuidados Paliativos y Cuidados de Fin de Vida. En el marco de la realización de la tesis, acudimos a usted para conocer la opinión que las empresas aseguradoras tienen de los servicios que pretendemos brindar.

1. ¿La cobertura de los planes de salud que ustedes ofrecen cubren cuidados paliativos y de fin de vida?

Sí, el monto de la cobertura depende de cada tipo de póliza, lo mismo que el monto del deducible. Ahora bien, hay que definir bien qué son cuidados paliativos porque si por ejemplo piensas en acompañamiento espiritual o en terapias alternativas eso no está cubierto, porque no se trata de una necesidad médica. Te lo menciono porque actualmente estas técnicas alternativas se han puesto de moda, por decirlo de alguna manera, pero su beneficio no está probado.

2. ¿Cuáles son los servicios que sí cubren y cuáles no? (por ejemplo, medicamentos, consultas médicas -en clínicas, en domicilio, teleconsulta-, consultas psiquiátricas o psicológicas, enfermera en el domicilio, hospitalización en domicilio)

Cubrimos todos los servicios que se brindan dentro de las clínicas, siempre y cuando sean los adecuados para el padecimiento del paciente, que estén incluidos dentro del protocolo de su tratamiento. A domicilio, tenemos visitas médicas, delivery de medicinas, toma de muestras para exámenes de laboratorio y desde 2020 también incluimos las teleconsultas. En Sanna por ejemplo hay teleconsultas con médicos generales las 24 horas del día y sin citas, pero si el paciente requiere teleconsulta con una especialidad o con un médico de su preferencia entonces tiene que pedir la cita y pagar su deducible.

Muchas de nuestras pólizas tienen 100% de cobertura en casos oncológicos.

3. ¿Qué tan dispuestos estarían a cubrir los servicios de cuidados paliativos y de fin de vida a domicilio que se pretende brindar?

Ya lo hacemos, pero como indico no todos.

4. ¿Cubren el costo de contratar una enfermera para dar servicios en el domicilio y de la hospitalización en el hogar?

No de manera general, habría que analizar cada caso.

5. ¿Cuál es el procedimiento que se debe seguir para que la empresa se convierta en un proveedor aprobado por la empresa aseguradora donde usted trabaja?

Tiene que ser una empresa legalmente registrada, con todos sus permisos. Lo mismo para su personal, por ejemplo los médicos tienen que estar colegiados. Debe también tener todos sus equipos, como la ambulancia o lo que necesiten. También tenemos que definir muy bien qué servicios van a brindar y los costos de cada uno para la aseguradora y para el paciente o asegurado. Perdón, también evaluamos su capacidad instalada, ¿cuántas emergencias pueden atender? ¿qué zonas cubren?

6. En relación con los precios, ¿cuál es el porcentaje que ustedes suelen cubrir y cuál es el deducible que corresponde a los clientes?

Eso depende de la póliza que el paciente tenga.

7. Hemos pensado en cobrar un monto fijo de afiliación mensual, lo que da a los pacientes el acceso a servicios de teleconsulta a través de una aplicación y consultar por esta aplicación dudas o inquietudes ¿Le parece atractiva esta propuesta? ¿Por qué? ¿Sugiere otra estructura de precios?

Eso lo deben ver ustedes, tienen que hacer su análisis de rentabilidad y definir si es viable o no. Para incluirse como proveedor tienen que mostrar experiencia y capacidad financiera.

8. ¿Cómo son los acuerdos que la aseguradora establece con los distintos centros de prestación de servicios de salud para su promoción o difusión entre los asegurados?

Nosotros los incluimos en la lista de proveedores y damos esa información a los pacientes que lo requieren. Eso es automático.

9. ¿Cuáles otros atributos o características debemos considerar en el diseño del servicio? Deben conocer cuál será la demanda estimada, pero también tienen que evaluar si hay el recurso humano para el servicio que planean prestar. En el campo de la salud hay muchas carencias de especialistas y de enfermeras bien calificadas. La atención a los pacientes con enfermedades crónicas o avanzadas requiere de especialistas, de gente con mucha experiencia. Gracias por su tiempo.

Nombre: Anónimo (la persona pidió que no se revelara)

Cargo: Labora en el área comercial.

Empresa: MAPFRE Perú Compañía de Seguros y Reaseguros

Fecha: 21 de junio 2021

Somos estudiantes de la Maestría en Gerencia de Servicios de Salud de ESAN, y estamos en el proceso de elaboración de nuestra tesis de grado, que consiste en un Plan de Negocio para la Implementación de un Servicio de Cuidados Paliativos y Cuidados de Fin de Vida. En el marco de la realización de la tesis, acudimos a usted para conocer la opinión que las empresas aseguradoras tienen de los servicios que pretendemos brindar.

1. ¿La cobertura de los planes de salud que ustedes ofrecen cubren cuidados paliativos y de fin de vida?

No todas las pólizas son iguales, es importante que el asesor recomiende al cliente la póliza que realmente se ajuste a sus necesidades, y no solo en el corto plazo sino en el largo plazo. Podría afirmar que las pólizas de salud cubren los cuidados cuando el paciente tiene condiciones críticas o cuando está llegando al fin de su vida; pero siempre que ya haya transcurrido el período de carencias o de espera.

2. ¿Cuáles son los servicios que sí cubren y cuáles no? (por ejemplo, medicamentos, consultas médicas -en clínicas, en domicilio, teleconsulta-, consultas psiquiátricas o psicológicas, enfermera en el domicilio, hospitalización en domicilio)

Lo primero es que solo se cubren los medicamentos y exámenes que han sido prescritos por un médico. Aquí hay dos opciones, que el médico esté en nuestra red o que el paciente cuente con una póliza que cubre los reembolsos y vaya a un médico particular.

Dependiendo del tipo de examen que le hayan solicitado, el paciente tiene que tramitar una carta garantía para realizarlo, y en otros casos, la misma clínica lo hace. Pero sí se cubre, lo que verificamos es que el examen sea acorde al diagnóstico que el paciente tiene o a la especialidad del médico que lo ha indicado.

Las consultas psiquiátricas o psicológicas no siempre están cubiertas. La de médicos psiquiatras sí se cubren, pero las de psicólogos no en la mayoría de los casos. Las enfermeras a domicilio no se cubren, pero no hay que generalizar porque podría haber excepciones como ha ocurrido con el Covid-19.

Preguntas por teleconsultas, sí tenemos; o mejor dicho hay clínicas que han desarrollado sus plataformas y dan este servicio, por lo que sí están cubiertas. Para fines del seguro es igual que una consulta física o tradicional.

Muchas de nuestras pólizas tienen 100% de cobertura en casos oncológicos.

3. ¿Qué tan dispuestos estarían a cubrir los servicios de cuidados paliativos y de fin de vida a domicilio que se pretende brindar?

Siempre hay disposición a innovar, nos posicionamos como un servicio con valor agregado, diferente. Entonces digo que sí, sin embargo, tenemos que revisar cuáles servicios son meramente médicos, que eso es lo que cubre la póliza. No se cubren métodos alternativos, ni otras cosas, es una póliza de salud y eso es esencialmente consultas médicas, medicinas, pruebas diagnóstico.

4. ¿Cubren el costo de contratar una enfermera para dar servicios en el domicilio y de la hospitalización en el hogar?

Como indiqué, se han dado casos en que sí se cubre, con el Covid-19 se flexibilizaron algunas cosas. Pero no es lo común y no para las enfermedades o condiciones que necesitan cuidados paliativos que es sobre lo que me estás consultando.

5. ¿Cuál es el procedimiento que se debe seguir para que la empresa se convierta en un proveedor aprobado por la empresa aseguradora donde usted trabaja?

Es un proceso de evaluación o de análisis, como quieras decirle. Exactamente no sé cómo es porque esa no es mi área, pero lo cierto es que tiene que haber un muy buen estándar de calidad, porque de alguna manera todos los servicios representan a la aseguradora. Queremos que el cliente tenga la mejor atención posible.

6. En relación con los precios, ¿cuál es el porcentaje que ustedes suelen cubrir y cuál es el deducible que corresponde a los clientes?

Varía, por ejemplo en las pólizas con reembolso el deducible es 30% pero hay topes máximo para cada tipo de servicio. Si la atención es en una clínica de la red entonces el deducible varía de una clínica a otra, tanto para consultas como para medicinas, hospitalización, cirugía. Para cada cosa hay un deducible distinto, eso se le informa muy bien a cada cliente en su póliza. Es importante ser transparentes y que el cliente no tenga sorpresas al momento de un siniestro.

7. Hemos pensado en cobrar un monto fijo de afiliación mensual, lo que da a los pacientes el acceso a servicios de teleconsulta a través de una aplicación y consultar por esta aplicación dudas o inquietudes ¿Le parece atractiva esta propuesta? ¿Por qué? ¿Sugiere otra estructura de precios?

Hoy en día nos hemos acostumbrado a respuestas rápidas y a acceder a muchos servicios a través de aplicativos, así que podría ser muy útil. Les recomiendo hacer una investigación de mercado para conocer la aceptación de su público objetivo y también para saber cómo deben diseñarlas, eso es clave.

Sobre la afiliación mensual es factible que funcione, es como una especie de seguro, pero tienes que estar 100% seguro de que cuando el cliente necesite el servicio sí tenga acceso al mismo.

8. ¿Cómo son los acuerdos que la aseguradora establece con los distintos centros de prestación de servicios de salud para su promoción o difusión entre los asegurados?

Esa no es mi área, pero te adelanto que nosotros no promocionamos a ninguna empresa, solo nuestro servicio como aseguradora, como empresa que brinda tranquilidad o seguridad. Ya cada empresa tiene que hacer su propia publicidad, tienen que invertir en eso.

9. ¿Cuáles otros atributos o características debemos considerar en el diseño del servicio? Tienen que conocer los requerimientos de sus clientes, qué necesita el mercado. Identifican una necesidad insatisfecha y luego diseñan su servicio.

Gracias por su tiempo.

Anexo 6. Perfil de Puestos y Funciones

Puesto: Gerente General
Descripción del puesto: Es el encargado de la gestión global de la empresa. Debe garantizar que se preste un servicio apropiado, alcanzando las metas de ventas y de calidad que se hayan fijado. Además, debe vigilar que los procesos se ejecuten con eficiencia, porque tiene que maximizar la utilidad y rentabilidad del negocio.
Unidad a la que pertenece: Gerencia general
Puesto al que reporta: Accionistas
Puesto al que Supervisa: Todos los otros cargos de la organización. De manera directa supervisa a: <ol style="list-style-type: none">1. Director médico2. Coordinador de servicios de salud3. Jefe de administración y logística
Objetivo del puesto: <ul style="list-style-type: none">- Garantizar que se alcancen los objetivos y metas definidos por los accionistas.
Formación y Requisitos: <ul style="list-style-type: none">- Formación: Maestría en Gestión de Servicios de Salud o similar.- Experiencia mínima de 3 años, ocupando cargos de dirección o gestión empresarial.- Indispensable experiencia en gestión de personal y atención a pacientes o clientes.- Dominio de Microsoft Office (Word, Excel, Power Point).
Competencias: <ul style="list-style-type: none">- Liderazgo y trabajo en equipo.- Orientación al logro de resultados.- Organizativo y comprometido,- Confidencialidad y compromiso- Integridad y ética.- Buenas relaciones interpersonales.- Negociación.- Enfocado en el servicio a los clientes.
Funciones: <ul style="list-style-type: none">- Planificar, organizar, dirigir y controlar todas las actividades de la empresa.

- Velar por la rentabilidad y sostenibilidad del negocio.
- Garantizar el cumplimiento de los objetivos estratégicos.
- Representar a la empresa ante a las entidades públicas y privadas.
- Tramitar los permisos y requisitos para la operación de la empresa, incluyendo la prestación de servicios médicos y la aplicación de medicamentos.
- Elaborar el presupuesto anual de la operación de la empresa e implementar los controles.
- Elaborar y liderar el plan de capacitación anual.
- Desarrollar y presentar semestralmente al aborar y presentar mensualmente los informes financieros a la junta de accionistas,
- Aprobar las compras y la lista de pagos mensuales.

Elaboración: Propia del grupo de tesis.

Puesto: Director Médico
<p>Descripción del puesto:</p> <p>Encargado de contratar, organizar y supervisar el trabajo de todos los médicos especialistas, quienes laborarán a través de honorarios profesionales, en función de las horas dedicadas cada semana a la empresa. Esto cubre a los médicos que hacen consultas presenciales como a los de teleconsultas.</p>
Unidad a la que pertenece: Servicios médicos
Puesto al que reporta: Gerente General
Puesto al que Supervisa: Todos los médicos que trabajan en la organización, así como nutricionistas, psicólogos y trabajadores sociales
<p>Objetivo del puesto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantizar que se brinden servicios médicos de alta calidad a todos los pacientes de Cuid@r-T. <p>Formación y Requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formación: Médico especialista en oncología, geriatría o internista. - Experiencia mínima de 3 años, ocupando cargos de dirección o gestión empresarial. - Indispensable experiencia en gestión de personal y atención a pacientes o clientes. - Dominio de Microsoft Office (Word, Excel, Power Point). <p>Competencias:</p>

- Organizado y estructurado.
- Liderazgo y trabajo en equipo.
- Enfocado en la atención a pacientes con calidad.
- Orientación al logro de resultados.
- Confidencialidad y compromiso.
- Integridad y ética.
- Buenas relaciones interpersonales.

Funciones:

- Planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades del área de atención médica.
- Coordinar el calendario semanal y diario de atención médica.
- Supervisar que las citas médicas se hagan de manera puntual, y cumpliendo los tiempos establecidos.
- Procesar consultas de los médicos especialistas, cuando se requiera una segunda opinión.
- Convocar y presidir los Consejos Médicos cuando sea necesario.
- Aprobar las compras de insumos médicos.
- Aprobar los pagos de los médicos, en base a las horas de servicio.

Elaboración: Propia del grupo de tesis.

Puesto: Coordinador de servicios de salud
<p>Descripción del puesto:</p> <p>Encargado de contratar, organizar y supervisar el trabajo de todos los licenciados y técnicos que brindan servicios de enfermería y terapia, entre otros. Estos especialistas laborarán a través de honorarios profesionales, en función de las horas dedicadas cada semana a la empresa.</p>
Unidad a la que pertenece: Servicios de salud (no médicos)
Puesto al que reporta: Gerente General
Puesto al que Supervisa: Enfermera capacitadora, junto con todos los licenciados y técnicos que trabajan en la organización, como por ejemplo, enfermeros (licenciados y técnicos), tecnólogos médicos especializados en rehabilitación, técnicos de imágenes, etc.
<p>Objetivo del puesto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantizar que se brinden servicios de salud (no médicos) de alta calidad a todos los pacientes de Cuid@r-T. <p>Formación y Requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formación: Administrador o carrera afín; con especialización en servicio al cliente. - Experiencia mínima de 3 años en empresas prestadoras de salud (consultorios médicos, laboratorios, hospitales, clínicas privadas, etc.). - Indispensable experiencia en gestión de personal y atención a clientes. - Dominio de Microsoft Office (Word, Excel, Power Point). <p>Competencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organizado y estructurado. - Liderazgo y trabajo en equipo. - Enfocado en la atención a clientes. - Orientación al logro de resultados. - Confidencialidad y compromiso. - Integridad y ética. - Buenas relaciones interpersonales. <p>Funciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades del área de servicios de salud. - Coordinar el calendario semanal y diario de todas las atenciones de salud (no médicas).

- Supervisar que las atenciones se hagan de manera puntual, y cumpliendo los tiempos establecidos (fisioterapias, terapias respiratorias, aplicación de medicamentos, cuidados de enfermería, etc.).
- Procesar consultas de técnicos y licenciados, recurriendo al Jefe de médicos cuando sea necesario.
- Aprobar las compras de insumos para atenciones de salud (no médicas).
- Aprobar los pagos de los técnicos y licenciados, en base a las horas de servicio.

Elaboración: Propia del grupo de tesis.

Puesto: Jefe de administración y logística

Descripción del puesto:

Encargado de contratar, organizar y supervisar el trabajo de todos los licenciados y técnicos que brindan servicios de enfermería y terapia, entre otros. Estos especialistas laborarán a través de honorarios profesionales, en función de las horas dedicadas cada semana a la empresa.

Unidad a la que pertenece: Administración y logística

Puesto al que reporta: Gerente General

Puesto al que Supervisa: Su equipo de colaboradores directos está integrado por:

1. Asistente administrativo.
2. Ejecutivo de atención al cliente.
3. Choferes
4. Repartidores
5. Almacenista

Objetivo del puesto:

- Gestionar la operación diaria de la empresa, registrando las actividades, controlando el presupuesto y obteniendo las metas de rentabilidad.

Formación y Requisitos:

- Formación: Administrador o carrera afín; con especialización en administración de empresas.
- Experiencia mínima de 3 años en administración o logística.
- Indispensable experiencia en gestión de personal y atención a clientes internos y/o externos.
- Dominio de Microsoft Office (Word, Excel, Power Point).

Competencias:

- Enfocado en el logro de resultados.
- Planificado y estructurado.
- Capacidad para distribuir o asignar recursos.
- Coordinación entre áreas.
- Liderazgo y trabajo en equipo.
- Enfocado en la atención a clientes.
- Confidencialidad y compromiso.
- Integridad y ética.
- Buenas relaciones interpersonales.

Funciones:

- Elaborar el presupuesto anual, para luego realizar un control mensual.
- Organizar los recursos de la empresa, asignándolos a las distintas áreas.
- Registrar las horas trabajadas y realizar los pagos a todos los colaboradores.
- Coordinar con el contador externo, desde la entrega de documentos hasta la revisión de los estados financieros.
- Analizar los resultados de las encuestas de satisfacción al cliente.
- Aprobar las compras de insumos y materiales.
- Controlar los inventarios de insumos y equipos médicos.
- Preparar los contratos de alquiler de equipos para los clientes.
- Gestionar las relaciones con los proveedores y hacer las compras.
- Gestionar los pagos a proveedores.
- Preparar informes semestrales de gestión.

Elaboración: Propia del grupo de tesis.

Anexo 7: Presupuesto de recursos humanos

Año 2: 2023

Cargo	N° de personas	Sueldo mensual	Gratificaciones	CTS	Vacaciones	Essalud	EPS	Total anual
Gerente General	1	8,500	17000	8,500		6,630	2,550	136,680
Director médico	1	7,200	14400	7,200		7,776	2,160	117,936
Coordinador de servicios de salud	1	5,200	10400	5,200		5,616	1,560	85,176
Enfermera capacitadora	1	6,000	12000	6,000		6,480	1,800	98,280
Licenciadas en enfermería	5	3,400	6800	3,400	3,400	3,672	1,020	295,460
Técnicas en enfermería	76	2,400	4800	2,400	2,400	2,592	720	3,170,112
Jefe de administración y logística	1	4,000	8000	4,000	4,000	4,320	1,200	69,520
Asistente administrativo	1	2,100	4200	2,100	2,100	2,268	630	36,498
Ejecutivo de atención al cliente	2	2,200	4400	2,200	2,200	2,376	660	76,472
Choferes	2	1,500	3000	1,500	1,500	1,620	450	52,140
Almacenistas	1	1,500	3000	1,500	1,500	1,620	450	26,070
Total								4,164,344

Elaboración: Propia del grupo de tesis.

Año 3: 2024

Cargo	N° de personas	Sueldo mensual	Gratificaciones	CTS	Vacaciones	Essalud	EPS	Total anual
Gerente General	1	8,500	17000	8,500		9,180	2,550	139,230
Director médico	1	7,200	14400	7,200		7,776	2,160	117,936
Coordinador de servicios de salud	1	5,200	10400	5,200		5,616	1,560	85,176
Enfermera capacitadora	1	6,000	12000	6,000	6,000	6,480	1,800	104,280
Licenciadas en enfermería	7	3,400	6800	3,400	3,400	3,672	1,020	413,644
Técnicas en enfermería	82	2,400	4800	2,400	2,400	2,592	720	3,420,384
Jefe de administración y logística	1	4,000	8000	4,000	4,000	4,320	1,200	69,520

Asistente administrativo	1	2,100	4200	2,100	2,100	2,268	630	36,498
Ejecutivo de atención al cliente	2	2,200	4400	2,200	2,200	2,376	660	76,472
Chofers	2	1,500	3000	1,500	1,500	1,620	450	52,140
Almacenistas	1	1,500	3000	1,500	1,500	1,620	450	26,070
Total								4,541,350

Elaboración: Propia del grupo de tesis.

Año 4: 2025

Cargo	N° de personas	Sueldo mensual	Gratificaciones	CTS	Vacaciones	Essalud	EPS	Total anual
Gerente General	1	8,500	17000	8,500		9,180	2,550	139,230
Director médico	1	7,200	14400	7,200		7,776	2,160	117,936
Coordinador de servicios de salud	1	5,200	10400	5,200		5,616	1,560	85,176
Enfermera capacitadora	1	6,000	12000	6,000	6,000	6,480	1,800	104,280
Licenciadas en enfermería	9	3,400	6800	3,400	3,400	3,672	1,020	531,828
Técnicas en enfermería	90	2,400	4800	2,400	2,400	2,592	720	3,754,080
Jefe de administración y logística	1	4,000	8000	4,000	4,000	4,320	1,200	69,520
Asistente administrativo	1	2,100	4200	2,100	2,100	2,268	630	36,498
Ejecutivo de atención al cliente	2	2,200	4400	2,200	2,200	2,376	660	76,472
Chofers	2	1,500	3000	1,500	1,500	1,620	450	52,140
Almacenistas	1	1,500	3000	1,500	1,500	1,620	450	26,070
Total								4,993,230

Elaboración: Propia del grupo de tesis.

Año 5: 2026

Cargo	N° de personas	Sueldo mensual	Gratificaciones	CTS	Vacaciones	Essalud	EPS	Total anual
Gerente General	1	8,500	17000	8,500		9,180	2,550	139,230
Director médico	1	7,200	14400	7,200		7,776	2,160	117,936

Coordinador de servicios de salud	1	5,200	10400	5,200		5,616	1,560	85,176
Enfermera capacitadora	1	6,000	12000	6,000	6,000	6,480	1,800	104,280
Licenciadas en enfermería	10	3,400	6800	3,400	3,400	3,672	1,020	590,920
Técnicas en enfermería	94	2,400	4800	2,400	2,400	2,592	720	3,920,928
Jefe de administración y logística	1	4,000	8000	4,000	4,000	4,320	1,200	69,520
Asistente administrativo	1	2,100	4200	2,100	2,100	2,268	630	36,498
Ejecutivo de atención al cliente	2	2,200	4400	2,200	2,200	2,376	660	76,472
Choferes	2	1,500	3000	1,500	1,500	1,620	450	52,140
Almacenistas	1	1,500	3000	1,500	1,500	1,620	450	26,070
Total								5,219,170

Elaboración: Propia del grupo de tesis.

Anexo 8. Riesgos listados y priorizados en Cuid@r-T

Nro. De Riesgo	Categoría	Descripción de riesgo	Causa	Consecuencia
R1	Seguridad del paciente	Ausencia o limitada documentación de los procedimientos a ejecutarse en la atención a los pacientes en el servicio virtual y/o presencial.	Los documentos, guías, vías de procedimiento de actuación asistencial no se desarrollaron antes de la operación de los servicios.	No se obtienen los permisos para el funcionamiento del servicio de salud (SUSALUD, DIRIS) y puede generar incompatibilidad para inicio de operaciones del proyecto.
R2	Implementación de la Plataforma Virtual	Público objetivo con renuencia al uso de la plataforma de registro de citas y/o teleconsulta.	Desconocimiento o desconfianza del funcionamiento de las plataformas de registro de información clínica	Registros incompletos que no permita lograr el objetivo de generar citas ante la demanda.
R3	Capital Humano	Personal contratado para servicios operativos no cumple con asignación de turnos programados.	Servicios competidores que contratan a personal por horas con ventaja económica por servicio prestado y alta demanda de personal de salud.	Pérdida de clientes. Afectaría en la entrega de los servicios con incumplimiento de una de las características clave "rapidez".
R4	Capital Humano	Recurso humano que contrae COVID-19 en el periodo programado de atención.	No se establece medidas de vigilancia, prevención y control del COVID-19 en el personal.	Afectaría la continuidad de las actividades por tiempo mínimo de 20 días y no se cumplen los objetivos del proyecto en consecuencia afecta el ingreso en ventas.
R5	Implementación de la Plataforma Virtual	Procura de pacientes al Sistema que no permita el registro adecuado de datos de salud.	Sistema informático no validado por el público objetivo o familiares de apoyo.	Dilación en la procura de clientes.
R6	Seguridad del paciente	Omisión del Consentimiento informado en la atención presencial (consulta médica y procedimientos).	Falta de consentimiento adecuado a los procedimientos establecidos en la atención presencial y no presencial.	Falta a la Ley General de Salud y Normas de obligatoriedad a Instituciones Prestadoras de salud con generación de posibles multas y/o implicancia

				potencial de demandas legales de tipo penal o civil.
R7	Capital Humano	Servicio de enfermería y/o técnico de enfermería que no guarda protocolos de bioseguridad.	Falta de Incorporación de guías o vías de atención segura adaptadas (lavado de manos, uso seguro de medicamentos, manejo de EPP y otros).	Denuncias legales.
R8	Capital Humano	Flujo de procura del personal asistencial para la atención por alta demanda.	No disponibilidad de Recursos para la atención de la demanda	No cumplir los objetivos financieros y factor crítico en la conducción del proyecto
R9	Adquisición de materiales y/o servicios	Limitada capacitación en cuidados paliativos del personal de salud y administrativo.	Los proveedores de servicios incumplen la calidad del servicio e incrementa la desconfianza respecto a la entrega del servicio.	Resultado del proyecto en situación crítica operacional y financiera.
R10	Seguridad del paciente	Lineamientos de seguridad en la atención del paciente en cuidados paliativos de forma limitada, sin prevención de ocurrencia de eventos adversos.	Ausencia de tecnología blanda en el proyecto, así como planes de capacitación enfocada en Cuidados paliativos	Insatisfacción del cliente con potencialidad en demandas legales
R11	Implementación de la Plataforma Virtual	Demora en el intercambio de información cliente servidor en ingreso de datos, interacción de paquetes.	Lentitud de las redes en horas punta de sistema web.	Insatisfacción del cliente y demora en la adaptabilidad y aceptación del servicio.
R12	Implementación de la Plataforma Virtual	Sistema de registro con dificultad en la acreditación de datos del paciente.	Interfase entre RENIEC y los sistemas informáticos del proyecto presentan dificultades de interconectividad aleatoria sin aviso previo del proveedor.	Dilación del proceso de verificación de datos e insatisfacción del cliente.

Elaboración: Autores de la tesis

Anexo 9. Análisis de Severidad (probabilidad x Importancia) de riesgos listados y priorizados en Cuid@r-T

Nro. De Riesgo	Categoría	Descripción de riesgo	Probabilidad	Importancia	Severidad
R1	Seguridad del paciente	Ausencia o limitada documentación de los procedimientos a ejecutarse en la atención a los pacientes en el servicio virtual y/o presencial.	0.7	0.9	0.63
R2	Implementación de la Plataforma Virtual	Público objetivo con renuencia al uso de la plataforma de registro de citas y/o teleconsulta.	0.3	0.3	0.09
R3	Capital Humano	Personal contratado para servicios operativos no cumple con asignación de turnos programados	0.3	0.9	0.27
R4	Capital Humano	Recurso humano que contrae COVID-19 en el periodo programado de atención	0.3	0.9	0.27
R5	Implementación de la Plataforma Virtual	Procura de pacientes al Sistema que no permita el registro adecuado de datos de salud.	0.1	0.7	0.07
R6	Seguridad del paciente	Omisión del Consentimiento informado en la atención presencial (consulta médica y procedimientos)	0.3	0.9	0.27
R7	Capital Humano	Servicio de enfermería y/o técnico de enfermería que no guarda protocolos de bioseguridad	0.3	0.9	0.27
R8	Capital Humano	Flujo de procura del personal asistencial para la atención por alta demanda	0.3	0.7	0.21
R9	Adquisición de materiales y/o servicios	Limitada capacitación en cuidados paliativos del personal de salud y administrativo	0.5	0.7	0.35
R10	Seguridad del paciente	Líneamientos de seguridad en la atención del paciente en cuidados paliativos de forma limitada, sin prevención de ocurrencia de eventos adversos.	0.5	0.5	0.25
R11	Implementación de la Plataforma Virtual	Demora en el intercambio de información cliente servidor en ingreso de datos, interacción de paquetes.	0.3	0.3	0.09

R12	Implementación de la plataforma virtual	Sistema de registro con dificultad en la acreditación de datos del paciente	0.3	0.3	0.09
-----	---	---	-----	-----	------

Elaboración: Autores de la tesis