

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA Y PRIVADA DE LA SALUD

Trabajo de Investigación

**Análisis, evaluación y propuesta de creación de una
unidad de cuidados paliativos y manejo de dolor crónico
en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - 2019**

Carla Gabriela Alonso Cueva

Para optar el Grado Académico de
Maestro en Gestión Pública y Privada de la Salud

Huancayo, 2022

Repositorio Institucional Continental
Trabajo de investigación



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

Asesor

Mg. Jose Castro Quiroz

Dedicatoria

A mi querido hijo Uxbal, quien me motiva cada instante a dar lo mejor de mí y por quien todo reto se vuelve más dulce y posible. A mi amado esposo que me apoya en cada decisión y me fortalece con su amor. A mi madre por acompañarme en todo momento y ser el ejemplo de perseverancia. A mis hermanos por estar siempre pendientes de mí y ser fuente de energía cuando la necesito. A mi querido maestro Dr. Jaime Guevara, quien me guio cual padre en el momento más necesario de mi carrera profesional y es mi confidente y consultor experto.

Agradecimiento

En primer lugar, deseo expresar mi agradecimiento al asesor de esta tesis de maestría, Dr. José Castro, por la dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo, por el respeto a mis sugerencias e ideas y por la dirección y el rigor que ha facilitado a las mismas. Gracias por la confianza ofrecida desde que llegué a esta maestría.

Asimismo, agradezco a mis compañeros de la maestría su apoyo personal y humano, especialmente a Inés, Iris y Fidel, con quienes he compartido proyectos e ilusiones durante estos años.

Un trabajo de investigación es siempre fruto de ideas, proyectos y esfuerzos previos que corresponden a otras personas. En este caso mi más sincero agradecimiento al Dr. Jaime Guevara, con cuyo apoyo estaré siempre en deuda. Gracias por sus consejos orientadores, sus ilustradas ideas sobre la gestión de un servicio de terapia del dolor y la esencia que debe de tener alguien quien se vaya a dedicar a tratar el dolor de las personas dolientes, su tiempo, su paciencia y su buen humor.

La realización de esta tesis de maestría fue posible, en primer lugar, al apoyo brindado por el Dr. Fortunato Anaya, jefe médico quirúrgico del Hospital Selva Central y Enfermedades Tropicales Hugo

Pecce Pecceto, quien me brindó las facilidades para poder continuar con mis estudios de maestría apostando por el mejoramiento continuo y la capacitación del personal a su cargo. Un Reconocimiento especial por ello.

Por su orientación y atención a mis consultas sobre metodología, mi agradecimiento al señor Huamán y por la revisión cuidadosa que ha realizado de este texto y sus valiosas sugerencias en momentos de duda.

Pero un trabajo de investigación es también fruto del reconocimiento y del apoyo vital que nos ofrecen las personas que nos estiman, sin el cual no tendríamos la fuerza y energía que nos anima a crecer como personas y como profesionales.

Gracias a mi familia, a mi madre y a mis hermanos, porque con ellos compartí una infancia feliz, que guardo en el recuerdo y es un aliento para seguir. Gracias a mis amigos, que siempre me han prestado un gran apoyo moral y humano, necesarios en los momentos difíciles de este trabajo y esta profesión.

Pero, sobre todo, gracias a mi esposo y a mi hijo, por su paciencia, comprensión y solidaridad con este proyecto, por el tiempo que me han concedido, un tiempo tomado a la historia familiar. Sin su apoyo este trabajo nunca se habría escrito y, por

eso, este trabajo es también el suyo. A todos, muchas gracias.

ÍNDICE

Asesor.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
ÍNDICE DE TABLAS	xi
Resumen	xii
Abstract	xiii
Introducción	xiv
Capítulo I: Generalidades.....	17
1.1. Antecedentes.....	18
1.2. Identificación de la realidad - problema.....	21
1.2.1. Problema general.	22
1.2.2. Problemas específicos.....	22
1.3. Justificación del trabajo de investigación.....	23
1.3.1. Justificación práctica.	23
1.3.2. Justificación social.	23
1.3.3. Justificación económica.....	24
1.4. Propósito del trabajo de investigación	24
1.5. Aspectos metodológicos.....	25
1.5.1. Análisis Interno.....	25
1.5.2. Análisis Entorno.	25
1.5.3. Metodología SADCI.....	25
1.5.4. Metodología MACTOR.....	26
1.6. Alcances y limitaciones del trabajo de investigación	26
1.6.1. Alcance.	26
1.6.2. Limitaciones.	27
Capítulo II: Marco Teórico.....	28
2.1. Marco teórico.....	28
2.1.1. Investigaciones previas.....	28
2.1.2. Modelos conceptuales basados en evidencias sobre la realidad problema.	34

2.1.3. Otras bases teóricas.....	49
CAPÍTULO III: EL DIAGNÓSTICO.....	53
3.1. Determinación del problema.....	53
3.1.1. Análisis del proceso problema.....	54
3.1.2. Sustento de evidencias.....	61
3.2. Análisis organizacional.....	66
3.2.1. La Organización.....	66
3.2.2. Análisis Interno.....	70
3.2.3. Entorno organizacional.....	75
3.3. Análisis Alianzas estratégicas.....	78
3.4. Análisis de Stakeholders.....	79
CAPÍTULO IV: LA FORMULACIÓN.....	84
4.1. Determinación de objetivos y medios.....	84
4.2. Árbol de objetivos y medios.....	84
4.2.1. Objetivo General.....	84
4.2.2. Objetivos Específicos.....	84
4.2.3. Sustento de evidencias.....	85
4.3. Actividades.....	91
4.4. Productos.....	92
CAPÍTULO V: LA PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN.....	97
5.1. Identificación de recursos críticos.....	97
5.1.1. Comunicación estratégica.....	97
5.1.2. Incidencia en stakeholders.....	98
5.1.3. Recursos Humanos.....	101
5.1.4. Recursos Financieros.....	102
5.1.5. Recursos Logísticos.....	103
5.1.6. Recurso Tiempo.....	105
5.2. Arquitectura institucional.....	105
5.3. Metas periodo de 3 años.....	107
CAPÍTULO VI: ANÁLISIS DE VIABILIDAD.....	109
6.1. Análisis de Viabilidad.....	109
6.2. MACTOR: Análisis de Viabilidad según análisis de actores.....	116
6.3. Análisis de Viabilidad según evaluación estratégico – gerencial.....	119

CAPÍTULO VII: SEGUIMIENTO	120
7.1. Desarrollo de Indicadores para seguimiento.....	120
7.2. Desarrollo de Indicadores de resultado.....	121
7.3. Evaluación.....	123
CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES	124
CAPÍTULO IX: RECOMENDACIONES	127
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128
ANEXOS.....	138
Anexo A: Glosario de términos.....	138
Anexo B: PRODUCTO 1	139
Anexo C: Producto 2	145
Anexo D: Producto 3	149
Anexo E: Producto 4.....	153
Anexo E: Producto 5.....	156

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Árbol de problema y de causas.	53
Figura 2. Proceso de cuidados paliativos y tratamiento del dolor crónico en el Hospital Ramiro Prialé Prialé	56
Figura 3. Estructura del Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico	58
Figura 4. Estructura Orgánica de la Red Asistencial Junín – EsSalud.....	67
Figura 5. Estructura Orgánica de Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – EsSalud	69
Figura 6. Mapa de stakeholders de la Red asistencial Junín	80
Figura 7: Actores involucrados con el Jefe deservicio Asistencial	82
Figura 8: Actores involucrados con el Médico	83
Figura 9. Diagrama de árbol de objetos y medios.	85
Figura 10. Diagrama del círculo del poder. Adaptado de: Bourne (2005).	100
Figura 11. Mapa de procesos de la Unidad del Dolor.....	106
Figura 12. Estructura Orgánica del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé	107

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Nudos críticos del Hospital nacional Ramiro Prialé Prialé.....	59
Tabla 2. Alineamiento de nudos críticos.....	62
Tabla 3. Sustento de evidencias de los nudos críticos	64
Tabla 4. Responsables y funciones de los elementos que conforman los nudos críticos del Subsistema Estructural	71
Tabla 5. Responsables y funciones de los elementos que conforman los nudos críticos del Subsistema Sicosocial	73
Tabla 6. Nudo crítico de subsistema administrativo.....	74
Tabla 7. Stakeholders de las partes interesadas internas	80
Tabla 8. Stakeholders de las partes interesadas externas	81
Tabla 9. Actividades de los productos.....	91
Tabla 10. Conformación del equipo multidisciplinario cuidados paliativos y tratamiento de dolor	101
Tabla 11. Metas de la propuesta periodo 3 años.....	107
Tabla 12. Codificación de las actividades de los productos propuestos	110
Tabla 13. Evaluación de la gravedad DCI	112
Tabla 14. Tipo de ambiente.....	116
Tabla 15. Análisis de viabilidad según actores	117
Tabla 16. Relación de los actores con los productos propuestos	1206
Tabla 17. Indicadores de seguimiento.....	120
Tabla 18. Indicadores de logro	123
Tabla 19. Infraestructura de la unidad de cuidado por nivel de atención	140
Tabla 20. Distribución de profesionales en la Unidad de de Cuidados Paliativos y Manejo de Dolor Crónico	152
Tabla 21. Área de cada ambiente de la unidad de dolor y cuidados paliativos ..	155

Resumen

La presente propuesta busca que la población de la Región Junín tenga acceso al tratamiento del dolor crónico y cuidados paliativos mediante el diseño de varios productos o soluciones que permitirán la creación de la unidad de cuidados paliativos y terapia del dolor crónico dentro del Servicio de Anestesiología del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, de acuerdo a las diversas disposiciones políticas y del marco legal que apoyan la formación de este tipo de servicios. Además del interés de entidades a nivel internacional en desarrollar e implementar políticas de cuidados paliativos en Perú y Latinoamérica. El desarrollo del trabajo consistió en la revisión de los antecedentes y evidencias a través de la literatura relacionada al tema de cuidados paliativos; asimismo, se utilizó la metodología Kast y Rosenzweig para el análisis interno y del entorno institucional. Tras ello, se identificaron los recursos críticos para la formulación de nuestra propuesta de creación de una unidad de cuidados paliativos y manejo del dolor crónico, siendo uno de los principales los stakeholders y la infraestructura necesaria. Seguidamente se diseñó un plan de trabajo con metas a tres años, un cronograma de actividades y un presupuesto para su ejecución. Se confirmó la viabilidad y factibilidad de la propuesta a través de la metodología SADCI y MACTOR, y luego se definieron los mecanismos de monitoreo necesarios para realizar posteriores evaluaciones que garanticen una efectiva implementación de la propuesta. Por ello, es posible considerar los cuatro productos presentados como factibles y pertinentes, siendo su adecuada implementación una herramienta para alcanzar los objetivos trazados de forma sostenible, acorde a la normatividad que el Ministerio de Salud establece. En consecuencia, se recomienda la implementación de la propuesta de creación de una unidad de cuidados paliativos y manejo del dolor crónico para el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé

Palabras claves: Cuidado paliativo, Infraestructura, Dolor crónico, Región Junín.

Abstract

The present proposal seeks that the population of the Junín Region have access to the treatment of chronic pain and palliative care through the design of various products or solutions that will allow the creation of the palliative care unit and chronic pain therapy in the Anaesthesiology Service of the Ramiro Prialé Prialé National Hospital, according to the political interest and legal framework that supports the formation of palliative care units in reference hospitals. In addition to the interest of international entities in developing and implementing palliative care policies in Peru and Latin America. The development of the work consisted of the review of the antecedents and evidences through the literature related to the topic of palliative care; also, the Kast and Rosenzweig methodology was used for the internal analysis and the institutional environment. After that, critical resources were identified for the formulation of our proposal for the creation of a palliative care unit and chronic pain management, one of the main stakeholders being the necessary infrastructure. Next, a work plan with three-year goals was designed, a schedule of activities and a budget for its execution. The feasibility and feasibility of the proposal was confirmed through the SADCI and MACTOR methodology, and then the necessary monitoring mechanisms were defined to carry out subsequent evaluations that guarantee an effective implementation of the proposal. For this reason, it is possible to consider the four products presented as feasible and pertinent, being their proper implementation a tool to achieve the objectives set in a sustainable manner, according to the regulations that the Ministry of Health establishes. Consequently, the implementation of the proposal for the creation of a palliative care unit and chronic pain management for the Ramiro Prialé Prialé National Hospital is recommended.

Key words: Palliative care, Infrastructure, Chronic pain, Junín Region.

Introducción

El Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé (EsSalud-Huancayo) se ha caracterizado por su gran labor asistencial, y ser uno de los hospitales regionales de referencia con alta demanda de atención, lo que hace evidente la gran variedad de patologías y pacientes en situaciones que van desde lesiones leves hasta enfermedades graves y debilitantes. Uno de los servicios de especialidad que brinda es el área de oncología, que como es común a nivel nacional, se observan penosos casos de pacientes con cáncer en diferentes estadios, esencialmente los estadios más avanzados, con lo cual se le expresa al paciente un pronóstico de sobrevida desalentador. Esto genera una serie de alteraciones de salud, que no solo abarcan lo físico, sino también lo psicológico y emocional; que en la mayoría de los casos origina problemas de episodios depresivos que agravan más la situación de salud al presentarse más de una patología.

Los pacientes con enfermedades crónicas, ya sean relacionadas al cáncer u otras patologías, suelen padecer de dolor crónico el que les genera malestar físico asociado a los síntomas propios de la enfermedad, esto un largo sufrimiento al paciente, y a su entorno familiar y amical. Ante ello, los establecimientos de salud suelen brindar sedantes y calmantes de diversos tipos para que puedan ser suministrados en domicilio que, aunque pueda ser una idea favorable para el paciente, termina siendo a veces todo lo contrario, debido a la ausencia de los familiares por temas laborales u otra índole lo que genera una desatención del paciente; y cuando se encuentran internados en el hospital, comparten camas con otros pacientes que padecen patologías distintas. Por tal motivo resulta necesario una unidad de cuidados paliativos y manejo de dolor crónico en los establecimientos, específico para pacientes con patologías terminales o que padecen dolor crónico.

Diversas investigaciones revisadas y citadas en el presente trabajo exponen la necesidad de tener unidades de cuidados paliativos en los establecimientos de salud de alto nivel de complejidad, con la consigna de brindar una adecuada atención del paciente terminal hasta su lecho de muerte, como lo establecen las leyes universales de salud, el derecho de morir con dignidad.

Esto lleva a analizar y evaluar estrategias necesarias para combatir este mal que aqueja a miles de pacientes terminales quienes, ante la imposibilidad de una cura, requieren de cuidados para una sobrevida con calidad y sin dolor, demostrando el lado integral y humano del sistema de salud.

Con lo expuesto se considera oportuno la implementación y capacitación progresiva de personal tanto médico como de apoyo involucrado en el cuidado del paciente para la creación de una Unidad de Cuidados Paliativos y Manejo de Dolor Crónico, así como el incremento de recursos humanos y materiales para mayor solvencia. Este sistema de cuidados al paciente terminal viene siendo implementada a nivel mundial, específicamente en regiones de Europa y parte de Latinoamérica, publicando sus resultados muy favorables en el cuidado del paciente y mayor afrontamiento de los familiares. De concretarse, sería el primer servicio especializado a nivel regional, y modelo para posteriores adaptaciones en otras partes del Perú. Este nuevo modelo humano de atención al paciente terminal proporcionará una atención más humana, respeto por la vida, mejor bienestar psicológico del paciente y de la familia.

En el primer capítulo se presenta las generalidades sobre el dolor y los cuidados paliativos desde la cosmovisión de la dualidad dolor-muerte de la cultura maya hasta la creación de unidades de cuidados paliativos, además se desarrolla la necesidad actual de implementar una unidad de cuidados paliativos y manejo del dolor crónico en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, para ello se establece aspectos metodológicos del análisis de creación de la unidad, así como los alcances y limitaciones de la presente investigación.

En el segundo capítulo se presenta diversos estudios actuales sobre la necesidad e implementación de unidad de cuidados paliativos y manejo del dolor, para ello se utilizó motores de búsqueda como Pubmed, proQuest central, revisión de tesis, entre otros repositorios. También se presenta el sustento teórico del dolor, la evolución de la definición del dolor y los cuidados paliativos.

En el capítulo tres se presenta el diagnóstico de los procesos de la atención al paciente que brinda el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé sobre los cuidados paliativos y manejo del dolor crónico, en este sentido se identifica los nudos críticos

que existe en el hospital desde el proceso clínico asistencial hasta en aquellos relacionados con la gestión directiva. También se presenta el análisis del entorno organizacional para la identificación de problemas que permitirá la formulación de alternativas de solución.

En el capítulo cuatro y continuando con el capítulo anterior después de la identificación de los puntos críticos en el proceso de atención de cuidados paliativos y manejo del dolor, en este capítulo se plantea una propuesta de solución, la cual establece los objetivos, productos y actividades que se pondrá en marcha para concretizar la creación de la Unidad de cuidados paliativos y manejo del dolor crónico en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé.

En el capítulo quinto se detallan los pasos, etapas y metas a alcanzar en la implementación de la unidad de cuidados paliativos y manejo del dolor en el hospital de estudio, para ello se establece los recursos necesarios como el requerimiento del recurso humano, financiero, logístico y de la arquitectura del ambiente que en articulación se conseguirá un funcionamiento sostenible.

En el capítulo seis se analiza la viabilidad de la propuesta a través de la metodología SADCI, la evaluación de la viabilidad toma en cuenta distintas aristas como la política, social y presupuestal para su ejecución. También se presenta el análisis de la viabilidad según la metodología MACTOR que incorpora el análisis de los actores.

En el capítulo siete se establece el proceso de monitoreo, evaluación y seguimiento de los productos desarrollados en la propuesta de creación de la unidad de cuidados paliativos y manejo de dolor crónico en el hospital y de esta forma verificar el cumplimiento de las metas establecidas.

Finalmente, en los capítulos ocho y nueve se realizan las conclusiones y recomendaciones.

La autora.

Capítulo I: Generalidades

En el primer capítulo se presenta las generalidades sobre el dolor y los cuidados paliativos desde la cosmovisión de la dualidad dolor-muerte de la cultura maya hasta la creación de unidades de cuidados paliativos, además se desarrolla la necesidad actual de implementar una unidad de cuidados paliativos y manejo del dolor crónico en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, para ello se establece aspectos metodológicos del análisis de creación de la unidad, así como los alcances y limitaciones de la presente investigación.

Si hacemos un poco historia, la Cultura Maya anuncia el dolor como símil de la muerte: "Dicen que el Dolor, es el hijo del aire y de la tierra, que son elementos indispensables para la vida, dicen que se viste con amplios ropajes blancos y emblade un puñal, y que se hermana con aquella que viste de negro y siempre lleva una guadaña. Parece, pues, que el dolor es el compañero inseparable de la Muerte, la constatación y la prueba del sufrimiento último, que paradójicamente es el cese de todas las emociones" (Pérez-Cajaraville et al, 2005).

Todos hemos conocido o tenido algún familiar que falleció de cáncer, algunos hemos padecido con ellos, casi siempre, un largo y terrible proceso en el que se espera la muerte, esperando que sean menos los días de sufrimiento y más los días en los que estén menos enfermos. A veces con sesiones intoxicantes de quimioterapia, pérdida de funciones esenciales como el poder comer o dormir por el dolor intenso que ocasiona la enfermedad, someterse a cirugías que no remediarán la enfermedad, pero que podrían disminuir o retrasar el avance despiadado que hará sufrir más a la persona y su entorno afectivo.

Según la OMS, se entiende por cuidados paliativos a aquella rama de la medicina que se encarga de prevenir y aliviar el dolor, además de brindar una mejor calidad de vida posible a pacientes afectados por una enfermedad grave y que compromete su vida. Se realizan actividades integradas y multidisciplinarias para paliar este sufrimiento; el dolor es uno de los síntomas más importantes que limitan y acrecientan el sufrimiento en estos pacientes, por lo que debe ser intervenido de

manera adecuada y oportuna, así mismo no solo en pacientes terminales, sino en pacientes jóvenes, post operados, con lesiones nerviosas o de otras índoles distintas al cáncer, necesitan y merecen un tratamiento adecuado y oportuno de su dolor para poder reinsertarse en sus actividades y en la sociedad, ya que la carga social que trae implícito el dolor crónico es alta.

La creación de unidades de cuidados paliativos y terapia de dolor crónico en Latinoamérica se han incrementado; no obstante, resulta insuficiente frente a los porcentajes cada vez en aumento de dolor crónico en los niveles primarios de atención, los pocos pacientes que reciben tratamiento adecuado son atendidos en clínicas de dolor o en unidades de cuidados paliativos, donde la cobertura es insignificante con respecto al número total de personas que sufre dolor a nivel mundial. Esto es especialmente cierto en países en vías de desarrollo, donde los centros especializados son escasos y generalmente de difícil acceso (Pastrana et al., 2013).

1.1. Antecedentes

En la actualidad hay más de 40 millones de personas en el mundo que necesitan de cuidados paliativos por cada año. Una de las causas es el envejecimiento y el aumento de enfermedades no transmisibles, esta situación ha conllevado a que exista una necesidad de cuidados paliativos, sin embargo hay muchos desafíos que se deben enfrentar para llevar a cabo esta práctica de manera eficiente, como la falta de conocimiento, la falta de regulación, falta de formación adecuada de profesionales de salud, de integración en los sistemas de salud y cambios en las practicas establecidas por estos mismos sistemas (Organización Mundial de la Salud, 1999).

Asimismo, existe una necesidad de inclusión de los cuidados paliativos en el cuidado continuo, y estos mayormente en la salud primaria, donde hay una inadecuada integración de estos cuidados en los sistemas sociales y de salud, siendo uno de los factores principales que influye en la falta de acceso equitativo al cuidado paliativo (Organización Mundial de la Salud, 1999).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estiman que cada año más de 20 millones de pacientes requieren cuidados paliativos al final de sus vidas; asimismo, si bien la mayor parte de cuidados paliativos se ofertan en países de altos ingresos, aproximadamente el 80% de la necesidad procede de países de ingresos bajos y medios (De Lima, 2015). Esta última situación revela la insuficiente cobertura de atención a la demanda de tratamiento de dolor y cuidados paliativos, lo que es corroborado por reportes donde se indica que en países de bajos y medianos ingresos existe insuficiente cobertura de la demanda, agravada por menores recursos disponibles y una limitada opción terapéutica paliativa (Abdulaziz y Zahid, 2016). Los cuidados paliativos y tratamiento de dolor constituyen elementos indispensables para mejorar o mantener la calidad de vida de pacientes afectados de enfermedades incurables, crónicas o terminales (Astudillo et al., 2009). A partir de estas descripciones es posible apreciar que no solo existe una demanda generalizada de atención de dolor y cuidados paliativos no atendida, sino que la calidad del manejo no es del todo óptimo.

A nivel de Latinoamérica –similar a lo que sucede en el mundo–, el dolor es el problema más frecuente en la mayoría de pacientes con cáncer, por lo que su manejo inadecuado es un grave problema de salud pública que puede y debe afrontarse (Contreras y Sanhueza, 2016). Si bien se ha realizado importantes avances en materia de manejo de dolor maligno - los países como Chile, Costa Rica y Uruguay son los que presentan mejor desarrollado los servicios de cuidados paliativos- , todavía son numerosos los países que no consideran a los cuidados paliativos y manejo de dolor como un asunto público y no los incluyen en su agenda de salud (Astudillo et al., 2009). En Colombia existen algunos avances en el tema de cuidados paliativos; sin embargo, Colombia está lejos de atender el acceso al tratamiento del dolor y cuidado paliativo para la población que lo requiere, la formación médica en cuidados paliativos y manejo del dolor es deficiente privilegiándose el nivel de postgrado (Sarmiento, 2011). Por otro lado, investigadores de México establecen que la calidad con la que se brinden los cuidados paliativos determinará la calidad de vida de nuestros pacientes;

así como la forma oportuna en la aplicación de las intervenciones (Ignorosa y Gonzales, 2014).

En el Perú, aún el servicio de cuidados paliativos no está muy desarrollado, y básicamente los que existen se encuentran implementados en los hospitales del sector público, contando con solo 12 unidades de cuidados paliativos en las instituciones de salud del país, distribuido en 7 unidades en hospitales de 3er nivel (59%), 1 unidad en hospitales de 2do nivel (8%) y 4 equipos multinivel (33%). Además, según el indicador de nivel de desarrollo propuesto por Lynch y cols. (2002) citado por Pastrana *et. al.* (2013), el Perú está en la categoría de “Provisión aislada” respecto al servicio de cuidados paliativos. Asimismo, según el presidente de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) en nuestro país hay 130,000 pacientes que requieren de terapia de dolor y cuidados paliativos, no obstante, aún no se dispone de suficientes profesionales especializados en esta área (Gestión, 2018). Solo por mencionar algunas cifras, en el Hospital Rebagliati de la Seguridad Social se atienden alrededor de 5 mil pacientes con terapias de manejo de dolor y cuidados paliativos, de los cuales entre un 60% a 70% son adultos mayores con enfermedades crónicas múltiples; asimismo, son atendidos con un equipo multidisciplinario que incluye médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales (Essalud, 2015a). Si bien la Norma Técnica de Salud de las Unidades de Tratamiento Dolor establecen que instituciones hospitalarias de nivel II y III se encuentran en la facultad de realizar la apertura de unidades de este tipo, muchas no disponen del personal, equipo, material e infraestructura necesario para poner en marcha una unidad o servicio de manejo de dolor. Esto es aún más importante si se tiene en cuenta que los cuidados paliativos generan un impacto positivo en la mejora de la calidad de vida conservando de esta manera el derecho a morir con dignidad (Barzola y Loayza, 2016).

Asimismo, en nuestro país, existe un manejo incipiente del cuidado paliativo y del dolor crónico, centralizado principalmente en los hospitales de la ciudad de Lima; los cuidados paliativos y manejo del dolor crónico son

prácticamente excluidos de las regiones del interior, como Junín, donde existe un escaso acceso de la población a terapia del dolor crónico y cuidados paliativos, y una demanda de pacientes oncológicos, de neurocirugía, terminales y jóvenes con dolor crónico. Además, dada la capacidad resolutoria de algunos hospitales de la Región como el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Essalud, no cuentan con una unidad de terapia de dolor crónico y cuidados paliativos, que sea orgánica y funcionalmente dependiente del Departamento de Anestesiología.

La finalidad de esta investigación, es proponer la creación de una unidad de cuidados paliativos y manejo del dolor crónico en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de la Región Junín.

1.2. Identificación de la realidad - problema

A nivel regional, Essalud cuenta con una Red Asistencial en Junín, cuyo hospital base o de mayor complejidad es el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, no existe una unidad de cuidados paliativos para pacientes con enfermedades crónicas o con cáncer, sumándose la demanda insatisfecha de pacientes que requieren terapia de dolor y cuidados paliativos. Esta realidad, hace necesario que se implementen unidades o servicios de cuidados paliativos en los hospitales del país, en ese sentido, la presente investigación tiene como finalidad Evaluar y Proponer la Creación de una Unidad de Cuidados Paliativos y Manejo de Dolor Crónico en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – 2018.

En particular, los pacientes del HNRPP que presentan algún dolor crónico producto de alguna patología oncológica, son derivados al Servicio de Oncología, y si el dolor fuera neuropático es derivado al Servicio de Neurología, en caso el dolor no pueda ser controlado es derivado a la Unidad de Terapia del Dolor y Cuidados Paliativos del “Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”. Asimismo, existe un área de anestesiología que debería ser la encargada de asistir a estos tipos de pacientes, sin embargo, no dispone de las subespecialidades requeridas atendiéndose a todos los

pacientes sean pediátricos, adultos y adultos mayores, además carece de una atención multidisciplinaria siendo perjudicial para los pacientes. Por otro lado, no existe dentro del área una adecuación óptima de las normas vigentes sobre los cuidados paliativos y terapia del dolor crónico. Además, el personal profesional médico, carece de competencia técnica pues no tienen en su mayoría conocimiento profundo de la importancia de los cuidados paliativos y terapias de dolor crónico.

Por último, se ha evidenciado que no hay la suficiente infraestructura y equipamiento para la cantidad de pacientes que demandan cuidados paliativos.

1. Débil gestión de unidades dependientes dentro del servicio de anestesiología.
2. Desconocimiento de la importancia de los cuidados paliativos y de terapia del dolor
3. Falta de profesionales capacitados en cuidados paliativos y de terapia de dolor crónico
4. Falta de ambientes exclusivos destinados para el cuidado paliativo y terapia de dolor crónico.
5. Poca adecuación a las normas vigentes sobre servicios de paliativos y terapia de dolor crónico.

Luego de haber analizado esta realidad, se han identificado los siguientes problemas:

1.2.1. Problema general.

Escaso acceso de la población a terapia del dolor crónico y cuidados paliativos en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Huancayo.

1.2.2. Problemas específicos.

1. Débil gestión de unidades dependientes dentro del servicio de anestesiología.

2. Desconocimiento de la importancia de los cuidados paliativos y de terapia del dolor
3. Falta de profesionales capacitados en cuidados paliativos y de terapia de dolor crónico
4. Falta de ambientes exclusivos destinados para el cuidado paliativo y terapia de dolor crónico.
5. Poca adecuación a las normas vigentes sobre servicios de paliativos y terapia de dolor crónico.

1.3. Justificación del trabajo de investigación

1.3.1. Justificación práctica.

El presente trabajo realizará una revisión bibliográfica que ponga en evidencia la actual demanda de atención por tratamiento de dolor y cuidados paliativos, pues solo de esta manera se podrá tomar mayor conciencia de la necesidad de extender la oferta de unidades y/o servicios de manejo de dolor y también de ampliar el enfoque de atención. Es natural –y comprensible– que el dolor crónico genere en el paciente no solo un dolor en el plano físico, sino también en su esfera social y psicológica; por ende, es necesario que su abordaje sea multidisciplinario. Así la creación de una unidad de cuidados paliativos y terapia de dolor crónico podrá brindar alivio al dolor, y el manejo adecuado de síntomas que conlleva una enfermedad, basándose en una atención integral para mejorar la calidad de vida del paciente, cubriendo sus principales necesidades como un ser bio-psico-social y espiritual.

1.3.2. Justificación social.

En el marco de la actual política de humanización de los servicios asistenciales el brindar cuidado paliativo y terapia para el dolor crónico de paciente terminales y no terminales proporcionará una mejor calidad de vida para los pacientes y su entorno.

1.3.3. Justificación económica.

La creación de una unidad de cuidados paliativos y terapia de dolor crónico generará ganancias a la institución en el sentido de una mejor calidad de atención a pacientes terminales como a los pacientes no terminales que presenten dolor crónico, a los que se les proporcionará una mejor calidad de vida, disminuyendo estancias hospitalarias por la asistencia domiciliaria que implica el cuidado paliativo. Se les podrá dar la oportunidad de reinsertarse a sus actividades económicas, disminuyendo las tasas de ausentismo laboral o cese por incapacidad por dolor, así como el costo social que implica esto.

1.4. Propósito del trabajo de investigación

Los cuidados paliativos aluden a aquellos cuidados brindados dedicados a prevenir y aliviar el sufrimiento y dar apoyo de la mejor calidad posible a las personas con una enfermedad que pone en peligro su vida, con especial énfasis en la comunicación interdisciplinaria y en la coordinación entre los valores del paciente y de su familia. El dolor, a pesar de no ser el único síntoma, es el que más angustia genera al paciente y la familia, por ello es prioritario abordarlo de una forma eficaz y precoz. Esta situación determina un enfoque terapéutico diferente, ya que en el paciente terminal el tiempo adquiere una dimensión crucial. La atención integral y la promoción de la calidad de vida en las fases más avanzadas de las enfermedades crónicas evolutivas y de los enfermos terminales, deben ser consideradas como un derecho fundamental de las personas y una prioridad para las administraciones, organizaciones sanitarias y sociales (Secpal, 2014). Por estas razones, es que se realiza una revisión actual con el propósito de poner en evidencia el grado de cobertura de las demandas de atención de dolor y paliativas. Además, el valor público de la presente investigación será contribuir con mejorar la calidad de vida de la población.

La misión de Essalud es “Ser una entidad pública de Seguridad Social de Salud que tiene como fin la protección de la población asegurada brindando prestaciones de salud, económicas y sociales con calidad, integralidad,

eficiencia y buen gobierno corporativo, colaborando con el Estado Peruano en alcanzar el Aseguramiento Universal en Salud”, de este modo el propósito de este análisis, evaluación y propuesta de creación de una unidad de cuidados paliativos y manejo de dolor crónico en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, es fundamental para poder cubrir la demanda de atención que surge en la población coberturada por Essalud que no cuenta con cuidados paliativos en enfermos terminales ni de manejo de dolor crónico, siendo un hospital de referencia del centro del Perú con nivel para tener una unidad de este tipo.

1.5. Aspectos metodológicos

1.5.1. Análisis Interno.

Para el análisis interno de la institución se utilizará el modelo Kantz y Rosenzweig, ya que a través de este método se podrá llevar a cabo un análisis completo de la organización. Este análisis estará basado en varios subsistemas como el tecnológico, estructural, psicosocial, gestión y la razón de ser. En este análisis se identificará los aspectos positivos y negativos de la organización donde debemos intervenir.

1.5.2. Análisis Entorno.

Para el análisis del entorno de la institución se utilizará el modelo Collerette y Schneider, ya que a través de este método se podrá describir el entorno de forma práctica, dividiendo el mismo en tres niveles: inmediato, intermedio y de tendencias globales. En este análisis se detectará la necesidad de contar con una Unidad de Cuidados Paliativos que atienda la demanda de pacientes para la Región Junín.

1.5.3. Metodología SADCI.

El SADCI cuyas siglas son Método del Sistema de Análisis y Desarrollo de la Capacidad Institucional es el flujo de información que cualquier decisor puede comenzar, desarrollar, actualizar y posteriormente institucionalizar. Este método ayudará a identificar el

grado de capacidad institucional actual para llevar a cabo determinadas actividades, para luego evaluar cada una de estas, y en caso corresponda, eliminar obstáculos, establecer acciones y planes necesarios para alcanzar los objetivos de la propuesta de creación de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Ramiro Prialé Prialé.

1.5.4. Metodología MACTOR.

Luego de realizar el análisis institucional se utilizará el método MACTOR, el cual complementará la información recogida a través del SADCI. El SADCI prueba la viabilidad institucional de nuestras propuestas de solución. El MACTOR se utilizará para conocer el vínculo de las fuerzas entre los actores de esta propuesta de investigación, así como estudiar sus convergencias y divergencias con respecto a sus posturas y objetivos. Este método permite ayudar a tomar decisiones para la puesta en marcha de la propuesta de creación de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Ramiro Prialé Prialé.

1.6. Alcances y limitaciones del trabajo de investigación

1.6.1. Alcance.

Lo realizado en este estudio es aplicable a todo profesional que preste servicios de salud: personal médico/técnico encargado de pacientes que hayan pasado por cirugías, personal médico/técnico al cuidado de adultos mayores con enfermedades terminales, enfermos oncológicos y no oncológicos que padecen dolor crónico.

La presente investigación permitirá conocer la propuesta de implementación de la unidad de cuidados paliativos y terapia del dolor en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, ubicado en la ciudad de Huancayo, departamento de Junín.

1.6.2. Limitaciones.

La investigación tendrá las limitaciones de acceso a la información propia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé para conocer a detalle las actividades realizadas y falencias de la unidad de anestesiología.

También habrá limitaciones por la falta de registro de auditorías de la unidad de anestesiología, los registros brindan información de la capacidad de gestión interna del hospital nacional.

Capítulo II: Marco Teórico

A continuación, en este capítulo se presenta diversos estudios actuales sobre la necesidad e implementación de unidad de cuidados paliativos y manejo del dolor, para ello se utilizó motores de búsqueda como Pubmed, proQuest central, revisión de tesis, entre otros repositorios. También se presenta el sustento teórico del dolor, la evolución de la definición del dolor y los cuidados paliativos.

2.1. Marco teórico

2.1.1. Investigaciones previas.

Etkind et al. (2017) publicaron el estudio titulado “How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services”, el cual tuvo como objetivo estimar la necesidad futura de atención paliativa de la población en dos países de altos ingresos (Inglaterra y Gales). Usaron las estadísticas de mortalidad de ambos países entre el 2006 y 2014. Posterior a su análisis, se prevé para el 2040, si las proporciones específicas por edad y sexo con necesidades de cuidados paliativos siguen siendo las mismas que en 2014, el número de personas que requieren cuidados paliativos crecerá en un 25%. Pero si continúa la tendencia ascendente observada de 2006 a 2014, el aumento sería del 42.4%. Indicaron también que las principales enfermedades que impulsarán esta mayor necesidad, serán la demencia y el cáncer. Los autores concluyeron que los sistemas de salud deben comenzar a adaptarse al crecimiento relacionado con la edad en muertes por enfermedades crónicas, centrándose en la integración y el aumento de cuidados paliativos en salud.

Santos, Fiterman y Fiterman (2014) publicaron en Brasil su artículo “La estructuración de un servicio de cuidados paliativos en Brasil - Relato de una experiencia”, en donde comparten su experiencia de trabajo en un hospital de referencia en oncología del estado de Maranhão. Los autores relatan que, si bien en el hospital se contaba

con un servicio de dolor y cuidados paliativos ambulatorios, este no contaba con camas especializadas. Les causo mucha preocupación que los pacientes en fase terminal estén ubicados en salas comunes. Ante esta problemática, iniciaron un proceso de sensibilización por medio de iniciativas como un concurso de fotografías y la creación de una sala de enfermería. Concluyeron que esta experiencia puede ser replicada y desarrollada en otros servicios de cuidados paliativos oncológicos. Asimismo, indicaron que estas iniciativas favorecen a un importante número de pacientes dada su eficacia demostrada, siendo relevante la concesión de fármacos para el control de los síntomas, la humanización, la multidisciplinariedad, y la sensibilización y educación de los profesionales para la estructuración de un servicio de cuidados paliativos.

Torralba, Miquel y Darba (2014) presentaron un artículo “Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa Pain Proposal”, un estudio donde se muestra las directrices y opiniones del Pain Proposal referidas al modelo actual de atención del dolor crónico en España. El Pain Proposal fue una iniciativa de los sectores involucrados en el dolor crónico de 15 países europeos. Del análisis realizado por la iniciativa Pain Proposal, se encontró que las carencias del sistema sanitario español sobre el manejo del dolor crónico fueron el no tener plan estratégico nacional sobre el dolor crónico, la falta de una visión global e integradora sobre la complejidad a la hora de tratar el dolor crónico, la propia carencia de estudios económicos específicos que muestren la carga económica y social que el dolor crónico supone para el sistema sanitario y la sociedad en general, la carencia de especialización por parte de los profesionales de la salud en dolor crónico de forma normada, falta de coordinación entre los distintos niveles de atención lo que ocasiono un consumo innecesario de recursos sanitarios, y por último, la falta de concienciación social sobre el dolor crónico y la necesidad de su tratamiento específico. Los autores concluyeron que es necesario reflexionar sobre la necesidad

de un plan nacional, una mejora en la formación, divulgación de protocolos, guías específicas en el tratamiento del dolor crónico.

Figueredo (2013) realizaron una investigación titulada “Intervención de Cuidados Paliativos domiciliarios para mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama avanzado”. Cuyo objetivo fue de demostrar que la intervención de cuidados paliativos mejora en la calidad de vida de los pacientes. La metodología fue un estudio de tipo descriptivo y cuasi-experimental, mediante el instrumento de la entrevista, para explorar las causas en los procesos de adaptación de cada paciente y una escala auto-administrable que favoreció reconocer las dimensiones específicas de calidad de vida (ex ante y ex post), la intervención se les aplicó a 52 mujeres en su domicilio. La estrategia principal se basó en cuatro etapas: caracterización clínica y sociodemográfica; identificación de las afectaciones en los procesos de adaptación según el modelo teórico de Callista Roy y de las dimensiones de calidad de vida y la evaluación de los resultados de la intervención. Las dimensiones que alcanzaron mayor frecuencia de afectación fueron: el comportamiento, sintomatología física, interferencia del dolor en las actividades y el descanso, vida social y familiar. Los resultados después de la intervención se observaron cambios favorables en los procesos adaptivos y en las dimensiones de calidad de vida, como también por la valoración de la satisfacción global con la vida, todo mediante por el test estadístico de Wilcoxon que presentó cambios altamente significativos ($p < 0.000$). Concluyendo que la intervención de cuidado paliativo es necesario y ventajoso para disminuir esta afectación de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama avanzado.

Pastrana et. al. (2013) realizaron una investigación titulada “Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica” con el objetivo de evaluar el grado de desarrollo de los cuidados paliativos en América Latina. El tipo de estudio fue descriptivo, comparativo. La técnica de recolección

fue la encuesta, y el instrumento utilizado fue un cuestionario semi-estructurado. La muestra estuvo conformada por 19 países latinoamericanos, con lenguaje oficial español o portugués. El tiempo de recolección de data fue 4 meses y se entrevistaron a 59 personas. Entre los resultados observados, fue que Chile, Cuba, México y Brasil son los países que cuentan con la mayor cantidad de equipos de cuidados paliativos de atención domiciliaria. Asimismo, Venezuela, Costa Rica y Honduras son los países que cuentan con la mayor cantidad de consultorios o centros comunitarios de cuidados paliativos. Respecto al cuidado paliativo realizado en residencias tipo hospicio, los países que cuentan con la mayor cantidad de hospicio que brinda este servicio son Argentina, México, Brasil y Venezuela. Entre los países que cuentan con la mayor cantidad de servicios o equipos multinivel son Chile, Costa Rica, Brasil y Argentina. En cuanto a los servicios o equipos de apoyo hospitalario (equipos móviles), los países que brindan este servicio son Argentina, Chile y Brasil. Respecto a los países que brindan cuidados paliativos en hospitales de segundo y tercer nivel, los de mayor cobertura son Chile, Argentina y México. Asimismo, 11 países cuentan con asociaciones profesionales de cuidados paliativos. Además, Chile, Argentina, México, Cuba, Colombia, Perú, Panamá, República Dominicana y Brasil cuentan con grupos de investigación en cuidados paliativos. Solo 3 países cuentan con leyes nacionales sobre cuidados paliativos (Chile, Colombia y México). En conclusión, Chile (277 servicios), Argentina (151 servicios), México (119 servicios) y Brasil (93 servicios), son los países que cuentan con la mayor cantidad de servicios en cuidados paliativos. Por el contrario, los países que cuentan con la menor cantidad de servicios en cuidados paliativos en hospitales de segundo y/o tercer nivel son: Honduras (2 servicios), El Salvador (4 servicios), Paraguay (4 servicios), Bolivia (4 servicios), Guatemala (7 servicios), República Dominicana (8 servicios), Panamá (3 servicios), Ecuador (7 servicios), Perú (12 servicios) y Nicaragua (12 servicios).

Novoa et al. (2008) publicaron un estudio “Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá”, en el cual evaluaron la calidad de vida y el bienestar psicológico de pacientes oncológicos con diagnóstico de enfermedad avanzada y que al momento de la evaluación se encontraban en cuidado paliativo en la ciudad de Bogotá. Fueron 83 personas mayores de edad de ambos sexos, con diversos tipos de enfermedad oncológica y con diagnóstico de enfermedad avanzada las que participaron del estudio. En cuanto al análisis de la relación entre el tipo de cáncer y el estadio, frente al bienestar psicológico, los pacientes percibieron su vida y su estado emocional de manera no óptima, aunque no se identificaron correlaciones significativas. La percepción de bienestar psicológico y la calidad de vida en los pacientes, se mostró en gran parte perturbada por la presencia del dolor constante y la sensación de dependencia. Los autores concluyeron que a partir de los resultados obtenidos se puede afirmar que el bienestar psicológico y la calidad de vida de los pacientes adultos de oncología, en cuidado paliativo, se ve claramente afectada.

Rubens, Joao, Fernando y Ayla (2008) publicaron un artículo titulado “Cómo implementar cuidados paliativos de calidad en la unidad de terapia intensiva” con el objetivo de demostrar que se requiere mejorar los cuidados paliativos en pacientes con dolores físicos y con síntomas de desconformidad significativos. La unidad de cuidados paliativos incluye la participación de profesionales de distintas especialidades médicas como enfermeros, asistentes sociales, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas, farmacéuticos, consejeros espirituales, sacerdotes y otros. Cada uno de los profesionales mencionados son importantes, puesto que la medicina paliativa resuelve problemas internos en el plano emocional y físico. La investigación revela que la dificultad de comunicación entre los profesionales de salud, los pacientes y familiares son un gran problema en el área de terapia intensiva, la comunicación es el pilar

de la medicina paliativa. Gracias a una comunicación efectiva se puede reducir rápidamente los síntomas sin efectos colaterales, la comunicación de una noticia debe ser técnicamente planeada y se puede aplicar diversas estrategias. En conclusión, la educación de los profesionales de salud es fundamental, desde el inicio de su formación y entrenamiento, para que el ejercicio médico no se pierda en el tiempo. También los autores afirman que la presencia de cuidados paliativos en el tiempo apropiado del paciente, tornaría la medicina general preventiva.

Ojeda et.al. (2007) publicaron un artículo titulado “La evaluación del impacto de programas de cuidado paliativos: un estudio de la calidad de vida en pacientes de un hospital universitario” con el objetivo de determinar que los programas de cuidado paliativo mejoren la calidad de vida de los pacientes de un hospital universitario. El diseño de investigación fue de una evaluación longitudinal, con dos cortes de evaluaciones sucesivos: el inicial (basal, ex ante) y después de la intervención (ex post), se les aplicó a 130 pacientes un cuestionario propuesto por Peñacoba y cols. De trece preguntas con formato de respuestas dicotómica (si/no), las diez primeras preguntas son de aspectos de calidad de vida y las tres últimas su satisfacción. Los resultados se observaron que los síntomas de los pacientes mejoraron significativamente especialmente en el dolor, al principio presentaron 75 personas con dolor y después de la intervención de un buen control sintomático solo presentaron 17 pacientes. Seis de los treces ítems de calidad de vida y satisfacción ofrecieron cambios favorables medianamente o muy significativos (cambios de humor, sintomatología física, adaptación a limitaciones funcionales, independencia en el autocuidado, limitaciones por el dolor en las actividades, interferencia del dolor en el descanso), y los otros ítems sobrantes no alcanzaron significación porque son favorables desde el mismo inicio o porque presentan casillas diminutas para el

procesamiento del test McNemar, pero su preferencia muestra el impacto de la mejoraría de las afectaciones con la intervención.

2.1.2. Modelos conceptuales basados en evidencias sobre la realidad problema.

A. *Época antigua.*

A través de la historia el concepto de dolor ha sido tema de amplio debate, desde su aparición en la edad antigua (Chen, 2011).

El dolor siempre ha existido, es una verdad irrefutable, no podemos predecirlo ni definirlo con certeza, a pesar de las diversas investigaciones relacionadas al tema. Según doctrinas cristianas después de la traición de Eva hacia Dios ella fue castigada con el dolor de parto, sin embargo, según las teorías evolucionistas, el dolor ya existía en las fases más primitivas de la vida. Sea como fuese se sabe que cuando aparece del hombre sobre la faz de la tierra también aparece el dolor y siempre lo acompaña, es así que también se inicia la lucha contra este.

Se piensa que el periodo neolítico (10 000 – 7 000 a.c) aparecen los primeros curanderos, descritos como personas encargadas de aliviar los dolores, usualmente se asociaba a la presencia de espíritus malignos por lo que su trabajo era sacarlos del cuerpo de la “persona en posesión”, usualmente realizaban rituales específicos para lograr convencer al espíritu maligno de abandonar el cuerpo y así lograr su recuperación. Como se aprecia en la descripción el concepto del dolor en esa época tenía un significado mágico-religioso, se llegó asociar también al enojo de algún Dios. Curiosamente este concepto predominó en varias culturas antiguas de diferentes partes del mundo (García et al, 2016).

Los denominados sacerdotes hacían uso de plantas en sus rituales con la finalidad de brindar alivio un ejemplo reportado es

el de la primera referencia que se tienen del uso del opio por parte de los Sumerios en el año 4 000 a.c. En Perú los incas creían que la hoja de coca fue un regalo de Manco Capac (hijo del sol), era utilizada para calmar el dolor al masticarlo o como emplasto en las heridas. Una técnica que se empleaba fueron las trepanaciones craneanas compartida por los egipcios, que también las realizaban, la finalidad era generar una salida para los espíritus malignos y de esa manera conseguir el alivio del dolor (García et al, 2016).

En la medicina tradicional China el termino dolor apareció por primera vez en el antiguo libro médico de Huang Di Nei Jing hace ya más de 3000 años atrás, en este libro se postula que el dolor surge debido a un desequilibrio entre el Ying y el Yang, es probablemente la primera descripción de los síntomas y signos del dolor. Basado en ese principio cualquier tratamiento del dolor en la medicina china, se ha centrado en la restauración de ese equilibrio, incluido el uso de analgesia y acupuntura (Chen, 2011).

Es en la antigua Grecia donde surgen diferentes teorías acerca del origen del dolor. Alcmeon, estableció una relación entre los sentidos y el cerebro (sensorium commune) por medio de canales, una perturbación en estos generaba dolor (García et al, 2016).

Hipócrates y sus discípulos publicaron una colección de 53 libros denominados “Corpus Hippocraticum” (420-350 a.c), en él se menciona que el cuerpo presenta 4 “humores” en su interior: bilis amarilla, bilis negra, flema y sangre. Cuando hay alteraciones de estos surge el dolor y la enfermedad, por lo que se buscaba el equilibrio entre ellos (García et al, 2016).

Conceptos antiguos hasta la fecha, evolución del concepto y con qué escuela se está manejando actualmente, como ha evolucionado

B. Dolor.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés), define al dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrito en términos de dicho daño”. Esta definición declara que el dolor es netamente subjetivo y no tiene que estar siempre relacionado con un estímulo. Asimismo, indica que la actividad inducida en el nociceptor y las vías nociceptivas por un estímulo nocivo no es dolor, sino que es un estado psicológico, a pesar de que frecuentemente tenga una causa física próxima (International Association for the Study of Pain, 2018).

El dolor tiene varias dimensiones importantes: una dimensión sensorial: dónde duele y cuánto duele; una dimensión emocional: cuán desagradable es la experiencia; y una dimensión cognitiva: cómo interpretamos el dolor en función de nuestra experiencia previa, causa miedo y ansiedad, y cómo respondemos a la amenaza planteada por el dolor. (Crofford, 2015). Es por eso que el dolor crónico tiene un impacto significativo en la calidad de vida y las actividades diarias del paciente. Además, implica un elevado costo significativo relacionado con la atención médica y el empleo de sistemas de apoyo social (Turk, 2002).

C. Dolor crónico.

El Grupo de Trabajo para la Clasificación del Dolor Crónico conformado por expertos de la IASP y la OMS en el 2015 define al dolor crónico como aquel dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses (Treede, y otros, 2015). Generalmente, este dolor tiene algún elemento de sensibilización central. Sin

embargo, cualquier combinación mecánica -nociceptiva, neuropática y central- puede estar presente. Además, el dolor crónico es una experiencia sensorial y emocional compleja que varía de persona a persona según el contexto, el significado del dolor y el estado psicológico (Crofford, 2015).

Respecto a los factores cognitivos y emocionales, se ha descrito que estos tienen una influencia importante en la percepción del dolor. Por ejemplo, un estudio evidenció que una expectativa negativa puede revertir por completo el efecto analgésico de una dosis clínica del opioide remifentanilo, y otro estudio indicó que la expectativa de alivio del dolor es un componente importante de la analgesia con placebo. Diversos ensayos clínicos y experimentales muestran que incluso una simple manipulación psicológica, como la distracción, afecta la percepción del dolor. Lo mismo pasa con el estado emocional. Un estado emocional negativo aumenta el dolor, mientras que un estado positivo disminuye el dolor. En la actualidad estudios han demostrado que los pacientes con dolor crónico tienen alteraciones en las regiones cerebrales implicadas en la modulación cognitiva y emocional del dolor. (Bushnell, Ceko, & Low, 2013)

D. Clasificación del dolor crónico.

El Grupo de Trabajo para la Clasificación del Dolor Crónico conformado por expertos de la IASP y la OMS ha desarrollado una clasificación nueva y pragmática de dolor crónico para la 11ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). En base a un enfoque sistemático y después de una considerable investigación y discusión, han identificado 7 principales categorías de dolor crónico: (Treede, y otros, 2015)

- Dolor primario crónico
- Dolor crónico de cáncer
- Dolor posquirúrgico y postraumático crónico

- Dolor neuropático crónico
- Dolor de cabeza crónico y dolor oro facial
- Dolor visceral crónico
- Dolor musculo esquelético crónico

A continuación, se procederá a definir cada una de ellas, en relación a las consideraciones establecidas por los expertos del IASP y OMS.

a. Dolor primario crónico.

El dolor primario crónico es aquel dolor en una o más regiones anatómicas que persiste o recurre por más de 3 meses y se asocia con angustia emocional significativa o discapacidad funcional significativa, es decir, que interfiere con las actividades cotidianas y la participación en roles sociales. Esta es una nueva definición fenomenológica, creada porque la etiología es desconocida para muchas formas de dolor crónico. (Treede, y otros, 2015)

Por ejemplo, se consideran como dolor primario crónico a:

- Dolor de espalda que no se identifica como dolor musculo esquelético o neuropático
- Dolor crónico generalizado
- Fibromialgia
- Síndrome del intestino irritable

b. Dolor crónico de cáncer.

A medida que la detección y la supervivencia de los pacientes con cáncer han mejorado, el dolor se ha convertido en un desafío creciente. Este tipo de dolor crónico incluye el dolor causado por el cáncer en sí (el tumor primario o metástasis) y el dolor causado por el tratamiento del mismo (cirugía, quimioterapia, radioterapia y otros). A la

fecha, no existe un sistema de clasificación estandarizado del dolor crónico de cáncer. Una barrera importante para una mejor comprensión del dolor crónico por cáncer es la falta de criterios de diagnóstico consistentes (Paice, y otros, 2017).

Generalmente, el dolor por cáncer a menudo se ha organizado por su intensidad (leve, moderada o grave), su curso temporal esperado (agudo o crónico), su supuesta fisiopatología subyacente (nociceptivo o neuropático), su ubicación (por ej., dolor de cuello), o sus mecanismos putativos (por ej., relacionados con el tumor, relacionados con el tratamiento, dolor no relacionado con el tumor o el tratamiento) (Paice, y otros, 2017).

El grupo de trabajo IASP-OMS ha planteado esta categoría por separado de las otras debido a la existencia de pautas de tratamiento específicas para el dolor crónico en pacientes con cáncer. A su vez indican que este se subdividirá según su ubicación en visceral, óseo (o musculo esquelético) y somatosensorial (neuropático); y se describirá como continuo (dolor de fondo) o intermitente (dolor episódico) si está asociado con un movimiento físico o procedimientos clínicos. El dolor relacionado con el tratamiento estará en relación con la categoría de dolor posquirúrgico y dolor neuropático (Treede, y otros, 2015).

El dolor de huesos, el dolor de cáncer de páncreas (ambos relacionado con el tumor) y la neuropatía periférica inducida por quimioterapia (relacionado con el tratamiento), son los dolores crónicos por cáncer más reconocidos por su alta prevalencia y estudio. Respecto a las características principales del dolor óseo inducido por cáncer (DOIC), este es una mezcla de dolor de fondo continuo (descrito como

molesto, sordo, mordiente, etc.), dolor evocado o espontáneo (descrito como eléctrico o similar a un shock) en uno o más lugares en relación con la distribución de las lesiones óseas, y dolor asociado con el movimiento y/o el peso o que puede ocurrir espontáneamente. La distribución del dolor puede ser localizada, radicular o ambas (Paice, y otros, 2017). El dolor óseo de tipo severo (generalizado) puede ocurrir debido a la presencia de múltiples lesiones óseas o la expansión resultante de la médula ósea a partir de metástasis en los huesos (Falk & Dickenson, 2014). La enfermedad metastásica de los huesos ocurre comúnmente debido a cáncer de mama, pulmón y próstata y mieloma (Rizzoli, y otros, 2013).

También se indica que el DOIC es un estado de dolor específico con características superpuestas pero distintas de los procesos de dolor agudo nociceptivo, inflamatorio y neuropático. En cuanto al dolor de fondo asociado a DOIC, generalmente responde a analgésicos opioides, solo o junto con fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Por el contrario, el dolor espontáneo (sin estímulos desencadenantes específicos) y el dolor evocado (en respuesta a estar de pie, soportar peso, moverse, tocar u otros estímulos) son difíciles de tratar desde el inicio debido a su naturaleza intermitente, que tiende a ser muy rápido en el inicio, intenso y de corta duración (Paice, y otros, 2017). De todas formas, los AINES son el tratamiento de preferencia para el DOIC (Portenoy, 2011).

El dolor de cáncer de páncreas (DCP) es un dolor abdominal superior con extensión frecuente a la espalda: hacia la región lumbar o la región entre las escápulas que se extiende lateralmente, asociado a pérdida de peso inexplicable. El

dolor a menudo se describe como sordo, doloroso, mordiente o espasmódico y la intensidad puede fluctuar a lo largo del día con la posición (por ej., posición supina), la ingestión de alimentos, y lo avanzado de la enfermedad (Paice, y otros, 2017). El tratamiento conservador del dolor en el cáncer de páncreas se basa en que los analgésicos deben administrarse utilizando las reglas de la escalera analgésica (OMS). En el primer paso, se usarán los medicamentos no opioides (paracetamol, AINES, etc.). Si estos son insuficientes, como segundo paso se agregan opioides débiles (codeína o tramadol). En el tercer paso, si los opiáceos débiles son insuficientes, se cambian a opiáceos fuertes (morfina, oxycodona, petidina o buprenorfina). Asimismo, en cada etapa es posible administrar medicamentos adicionales para tratar el dolor neuropático: antidepresivos tricíclicos, anticonvulsivos y congéneres de anestésicos locales (antiarrítmicos clase I). Todos los medicamentos deben administrarse preferiblemente por vía oral, a intervalos regulares y antes del inicio del dolor. La dosis de opiáceos se ajusta a cada paciente (Dobosz, Kaczor, & Stefaniak, 2016).

En cuanto a la neuropatía periférica inducida por quimioterapia (NPIQ), la prevalencia de esta condición está aumentando a medida que se introducen un mayor número de agentes neurotóxicos y que los pacientes viven más tiempo con las consecuencias de la neuropatía. La NPIQ es a menudo la razón principal de la reducción o interrupción de la terapia (Carozzi, Canta, & Chiorazzi, 2015). La característica cardinal de la NPIQ es una neuropatía predominantemente sensorial simétrica distal (distribución en media y guante) gradualmente progresiva, que puede estar asociada con una función motora disminuida, pérdida sensorial,

entumecimiento, hormigueo, entre otros (Jaggi & Singh, 2012).

Los signos y síntomas de NPIQ, incluido el dolor, comúnmente comienzan en las extremidades inferiores y generalmente progresa a las extremidades superiores, ambos en sentido proximal (Hausheer, Schilsky, Bain, Berghorn, & Lieberman, 2006). La NPIQ es un efecto secundario de la dosis administrada de los agentes quimioterapéuticos basados en platino (cisplatino, carboplatino y oxaliplatino), alcaloides de la vinca (vincristina o vinblastina), taxanos (paclitaxel o docetaxel), bortezomib, talidomida, lenalidomida, eribulina, y ixabepilone principalmente (Miltenburg & Boogerd, 2014).

Las opciones de tratamiento para NPIQ incluyen la reducción de la dosis de la quimioterapia, el cambio de la quimioterapia y el tratamiento de NPIQ con terapia adyuvante. Esta última consiste en agentes tópicos, antidepresivos tricíclicos y anticonvulsivos (pregabalina, gabapentina, etc.), sin embargo, estos han demostrado una eficacia limitada. Un ensayo aleatorizado, doble ciego, cruzado, de fase III encontró que los pacientes tratados con 60 mg diarios de duloxetina tuvieron una disminución promedio mayor en el puntaje de dolor que aquellos que recibieron placebo, independientemente de la quimioterapia utilizada (Piccolo & Kolesar, 2014).

c. *Dolor posquirúrgico y postraumático crónico.*

Esta categoría ha sido establecida específicamente ante la persistencia del dolor después de la cirugía y algunos tipos de lesiones más allá de haber logrado la curación. Estos se definen como el dolor que se desarrolla después de un

procedimiento quirúrgico o una lesión tisular (cualquier trauma, incluido las quemaduras) y persiste al menos 3 meses después de la cirugía o el trauma tisular (Paice, y otros, 2017). El dolor neuropático inducido por lesiones nerviosas es una de las principales causas de dolor posquirúrgico persistente, siendo este más grave que el dolor nociceptivo y, a menudo, afecta con mayores deficiencias varios dominios importantes de la calidad de vida relacionada con la salud (Jensen, Chodroff, & Dworkin, 2007). Aproximadamente, el 20% de los pacientes que asisten a clínicas de dolor crónico mencionan que la cirugía (tanto procedimientos mayores como menores) es la causa de su dolor crónico. Se ha descrito que la técnica quirúrgica puede influir en el desarrollo del dolor crónico posquirúrgico. Asimismo, cambios en el sistema nervioso central contribuyen al desarrollo del dolor persistente después del trauma quirúrgico y la lesión iatrogénica del nervio (Reddi & Curran, 2014). Otros estudios han indicado que el dolor neuropático inducido por lesiones nerviosas, dependiendo del tipo de cirugía, tiene una prevalencia promedio del 30% con un rango de 6% a 54% o más (Haroutiunian, Nikolajsen, Finnerup, & Jensen, 2013).

d. Dolor neuropático crónico.

Para entender los aspectos del dolor neuropático es importante comprender lo que es el sistema nervioso somatosensorial. El sistema somatosensorial es aquel que proporciona información al sistema nervioso central sobre el estado del cuerpo (incluidos la piel, el aparato locomotor y los órganos viscerales) y su interacción con el medio externo (Koeppen & Stanton, 2009). Es importante señalar que el medio externo designa todo lo que se halle fuera del sistema nervioso (Serra-Catafau, 2007). Comprendido esto, podemos

decir que el dolor neuropático crónico es causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial. Se dice que esta patología afecta hasta al 8% de la población mundial (Gilron, Baron, & Jensen, 2015). El dolor neuropático puede ser espontáneo o evocado, como una respuesta aumentada a un estímulo doloroso (hiperalgesia) o una respuesta dolorosa a un estímulo normalmente no doloroso (alodinia). Para su diagnóstico se requiere un historial de lesión del sistema nervioso, como un accidente cerebrovascular, un traumatismo nervioso o una neuropatía diabética, y una distribución del dolor neuroanatómicamente plausible (Paice, y otros, 2017). Por ejemplo, se sabe que el dolor neuropático crónico se desarrolla en aproximadamente el 40% de las personas después de una lesión de la médula espinal, siendo además notoriamente difícil de tratar (Félix, 2014).

e. *Dolor de cabeza crónico y dolor orofacial.*

La International Headache Society (IHS) en su clasificación de dolor de cabeza hace diferencia entre cefalea primaria (idiopática), secundaria (sintomática) y dolor orofacial, incluidas las neuralgias craneales. En la categoría propuesta por el grupo de trabajo IASP-OMS sobre dolor crónico, solo incluye dolor de cabeza crónico y dolor crónico orofacial. Según esta propuesta, ambos se definen como dolores de cabeza o dolores orofaciales que ocurren al menos en el 50% de los días durante al menos 3 meses (Paice, y otros, 2017). Originalmente, el término dolor de cabeza crónico se estableció para describir los dolores de cabeza que ocurren en todos o la mayoría de los días del mes, específicamente en 15 días por mes y con una duración de 4 horas o más al día. Este tipo de dolor puede subdividirse en formas primarias o secundarias según una patología específica. Se ha descrito

que el dolor crónico orofacial puede ser una presentación localizada de un dolor de cabeza primario (Benoliel, Eliav, & Sharav, 2010). Los dolores orofaciales crónicos más comunes son los trastornos temporomandibulares (TTM), los cuales se definen como una colección de síntomas y signos que involucran a los músculos de la masticación, las articulaciones temporomandibulares o ambos. Los pacientes con TTM típicamente refieren dolor en los músculos de la masticación, en el área preauricular o en las articulaciones temporomandibulares. El dolor oro facial es común en las cefalalgias autonómicas del trigémino, menos común en las migrañas y rara en las cefaleas tensionales (Bender, 2014). Hay que tener en cuenta que varios dolores crónicos orofaciales, como el dolor neuropático trigeminal postraumático, el dolor orofacial idiopático persistente y el síndrome de boca ardiente se clasifican como dolor crónico primario y dolor neuropático (Paice, y otros, 2017). Entre las terapias farmacológicas para el dolor de cabeza crónico se incluyen amitriptilina, gabapentina, onabotulinumtoxinA, propranolol, tizanidina, topiramato y valproato. Los tratamientos no farmacológicos incluyen técnicas de relajación, terapia de comportamiento cognitivo, acupuntura, manipulación osteopática y ejercicios cervicales (Yancey, Sheridan, & Koren, 2014).

f. *Dolor visceral crónico.*

A diferencia del dolor en otros tejidos (piel, articulaciones y músculo) que son generalmente fáciles de localizar, el dolor crónico visceral es característicamente difuso y pobremente localizado, además de ser producido por diferentes estímulos. El carácter difuso y la localización deficiente del dolor visceral crónico es el resultado de una extensa diseminación intraespinal de las terminales aferentes viscerales, incluida la

médula espinal contralateral, así como la convergencia de las entradas de otras vísceras y de los tejidos no viscerales a las neuronas espinales de segundo orden (Schwartz & Gebhart, 2014). El grupo de trabajo IASP-OMS define al dolor visceral crónico como el dolor persistente o recurrente que se origina en los órganos internos de la región de la cabeza y el cuello y las cavidades torácica, abdominal y pélvica. Además, indica que se percibe en los tejidos somáticos de la pared del cuerpo (piel, subcutis, músculo) en áreas que reciben la misma inervación sensorial que el órgano interno en el origen del síntoma (dolor visceral referido); pudiéndose presentar hiperalgesia secundaria (aumento de la sensibilidad a los estímulos dolorosos en áreas distintas del sitio primario de la entrada nociceptiva). La intensidad del dolor no está necesariamente en relación a la extensión del daño o la estimulación visceral nociva (Paice, y otros, 2017).

g. Dolor musculoesquelético crónico.

El dolor crónico en el sistema musculoesquelético es cada vez más frecuente y se ha descrito que es el resultado de una compleja interacción de factores mecánicos, bioquímicos, psicológicos y sociales. Una de las definiciones comúnmente utilizadas en la práctica clínica es la que lo define como aquel dolor incesante que dura más de 6 meses o simplemente como “dolor que se extiende más allá de un período esperado de curación” (Uhl, Roberts, Papaliodis, Mulligan, & Dubin, 2014). Por consenso del grupo de trabajo IASP-OMS, el dolor musculoesquelético crónico se define como el dolor persistente o recurrente que surge como parte de un proceso de enfermedad que afecta directamente al hueso(s), articulación(es), músculo (s) o tejido blando relacionado(s). Las entidades incluidas en este enfoque incluyen aquellas caracterizadas por inflamación persistente de etiología

infecciosa, autoinmune o metabólica, como la artritis reumatoide y por cambios estructurales que afectan huesos, articulaciones, tendones o músculos, como la osteoartritis sintomática. El dolor musculoesquelético de origen neuropático tendrá referencias cruzadas al dolor neuropático (Paice, y otros, 2017).

E. Cuidado paliativo.

Al cuidado paliativo también se le conoce como cuidado de apoyo y en el pasado era sinónimo de la atención al final de la vida o que se requieren solo después de que las intervenciones de atención estándar no han logrado el efecto deseado (Ghosh, Dzeng, & Cheng, 2015). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido los cuidados paliativos como un “enfoque para mejorar la calidad de vida de pacientes y familias que enfrentan enfermedades que ponen en peligro la vida, proporcionando alivio del dolor y los síntomas, apoyo espiritual y psicosocial desde el diagnóstico hasta el final de la vida y el duelo” (Organización Mundial de Salud, 2018). Asimismo, estos cuidados no tienen el objetivo de curar la enfermedad en sí, y pueden ser proporcionados a cualquier edad (niños o adultos) o en cualquier etapa de la enfermedad. El cuidado paliativo se centra en el alivio de los síntomas causados por enfermedades graves como la náusea, dolor, cansancio, o dificultad para respirar. Esta atención se debe proporcionar junto con el tratamiento curativo (American Cancer Society, 2018). Se ha demostrado que las intervenciones tempranas de cuidados paliativos aumentan potencialmente la calidad de vida, disminuyen el costo de la atención y mejoran la supervivencia de los pacientes (Ghosh, Dzeng, & Cheng, 2015).

La definición de esta atención se complementa con el principio de que el cuidado paliativo no intenta ni acelerar ni retrasa la muerte, afirma la vida y considera la muerte como un proceso

normal, y ofrece un sistema de soporte a los pacientes para que vivan tan activamente como sea posible hasta la muerte.

Los objetivos fundamentales de los cuidados paliativos son los siguientes:

1. Atención del dolor, otros síntomas físicos y necesidades emocionales, sociales y espirituales, incluyendo aspectos prácticos del cuidado de enfermos y familiares.
2. Información, comunicación y apoyo emocional, asegurando al enfermo ser escuchado, participar en las decisiones, obtener respuestas claras y honestas y expresar sus emociones.
3. Asegurar la continuidad de la atención a lo largo de la evolución de la enfermedad, estableciendo mecanismos de coordinación entre todos los niveles y recursos implicados (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2007).

F. Unidad de tratamiento del dolor.

Una Unidad de tratamiento del dolor (UTD) cuenta con los requisitos funcionales, estructurales y organizativos que garantizan las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender y aliviar el dolor crónico complejo (especialmente el resistente a tratamiento convencional) mediante una asistencia especializada y de carácter multidisciplinario (Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad de España, 2011). En el Perú, según la Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Tratamiento del Dolor N° 062-MINSA/DGSP-V.01, indica que la UTD “es aquella unidad orgánica y funcional que se encarga del tratamiento de dolor, haciendo uso de métodos farmacológicos y procedimientos medianamente invasivos para el alivio del mismo” (Ministerio de Salud, 2009).

2.1.3. Otras bases teóricas.

La salud implica un estado de bienestar, el cual no sólo tiene un reconocimiento jurídico a nivel nacional sino internacional; verbigracia, se cuenta con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, Declaración Americana de los Derechos Humanos, Convención Americana sobre Derechos Humanos - Pacto de San José de Costa Rica, Convención sobre los Derechos Del Niño; los cuales, brindan protección a la vida relacionada con la salud del individuo.

Ahora bien, los derechos fundamentales representan los pilares del ordenamiento jurídico, no existen derechos por encima de ellos, el artículo 7° de la Constitución Política del Perú de 1993 expresa que: Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa (...). Así también, el artículo 9° de la Carta Magna refiere que: El Estado determina la Política Nacional de Salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación (...)

El rol del Estado en esta materia -salud- es de vital importancia, ya que garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas, conforme se establece en el artículo 11° de la Constitución vigente del Perú.

La protección que se brinda al derecho a la salud no solo es de nivel constitucional, pues la Ley N° 26842 -Ley General de la Salud- establece en el artículo 2° que: Toda persona tiene derecho a exigir (...) que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares; de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales.

En ese sentido, el ordenamiento jurídico peruano cuenta también con la Ley N° 29414 -Ley que establece los derechos de las personas

usuarias de los servicios de salud-que modifica a través del artículo 1, el artículo 15 de la Ley General de Salud, estableciendo literalmente que:

Artículo 15.- Toda persona tiene derecho a lo siguiente:

15.3 Atención y recuperación de la salud

- a) A ser atendida con pleno respeto a su dignidad e intimidad sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo (...)
- b) A ser escuchada y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se encuentre disconforme con la atención recibida (...)
- c) A recibir tratamiento inmediato y reparación por los daños causados en el establecimiento de salud o servicios médicos de apoyo, de acuerdo con la normativa vigente (...)

Definitivamente, la seguridad de los pacientes debe ser una prioridad para el Estado, pues una buena atención a los pacientes con dolencias leves a crónicas coadyuva a la gestión de calidad que se le brinda. En ese orden de ideas, el reglamento de la Ley N° 29414 - Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud- literalmente describe que:

Artículo 13.- Derecho a ser informado sobre las condiciones y requisitos para el uso de los servicios de salud:

Toda persona tiene derecho a conocer en forma veraz, completa y oportuna las características del servicio, los horarios de atención y demás términos y condiciones del servicio. Podrá solicitar los costos resultantes del cuidado médico, en tanto exista obligación de pago del usuario (...)

Ahora bien, respecto a la materia de análisis existen normas técnicas como por ejemplo la “Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios Tratamiento del Dolor”, que tiene por objetivo: Establecer las normas técnicas y administrativas para la

implementación de la Unidad Productora de Servicios (UPS) Tratamiento del Dolor en los establecimientos de salud II-1, II-2, III-1 y III-2 públicos y privados.

Esta norma técnica realiza definiciones operativas respecto al dolor, dolor agudo, persistente, crónico, oncológico, Unidad Productora de Servicios Tratamiento del Dolor. Asimismo, se ha estructurado la organización y funcionamiento en los establecimientos de salud en categorías. Es de indicar que el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé pertenece a la categoría III-1. La normativa refiere que: “5.4 Podrán contar con UPS Tratamiento del Dolor, los establecimientos de salud categorizados como III-1 y III-2” (Ministerio de Salud, 2009, p.12).

Se indica en relación a la organización y funcionamiento que en los establecimientos de salud categoría III-1 Y III-2: a) Se podrá contar con la UPS Tratamiento del Dolor, que dependerá del Departamento o Servicio responsable de las funciones de Anestesiología o Neurología, b) El responsable de la UPS, debe ser un médico con especialidad médico-quirúrgica, calificado en la atención del tratamiento del dolor, c) La UPS Tratamiento del Dolor, debe contar con profesionales calificados (...), d) Se brindará atención tanto a pacientes hospitalizados como a los que provengan de la consulta externa y a los pacientes referidos de otros establecimientos de salud, e) Los establecimientos de salud, podrán brindar atención domiciliaria de tratamiento del dolor, de acuerdo a la disponibilidad de los recursos necesarios para tal fin, f) La UPS Tratamiento del Dolor, deberá implementar los siguientes ambientes de trabajo: a. Consultorio b. Sala de procedimientos c. Área de reposo (Ministerio de Salud, 2009, p.13-14).

Otra iniciativa legislativa, que ya era necesaria en el marco que permita mejorar la calidad de vida de los pacientes, sean adultos y niños, como sus allegados cuando están afrontando enfermedades

con mucha posibilidad de muerte, es la ley promulgada en setiembre del 2018, Ley N° 30846, Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas. El objetivo de este plan es “asegurar la inclusión de los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, a fin de lograr la máxima calidad de vida posible para el paciente y para su entorno familiar y cuidadores”. Además, este plan está orientado a atender enfermedades crónicas progresivas que amenacen la vida, y otras medidas que tengan un enfoque intercultural, de acuerdo a lo que exijan los enfermos crónicos y terminales (Ley 30846, 2018). Cabe señalar, que en el Perú, mueren alrededor de 120 mil personas con necesidad de atención en cuidados paliativos, que sería la población favorecida.

CAPÍTULO III: EL DIAGNÓSTICO

En este capítulo se presenta el diagnóstico actual de los procesos de la atención al paciente que brinda el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé sobre los cuidados paliativos y manejo del dolor crónico, en este sentido se identifica los nudos críticos que existe en el hospital desde el proceso clínico asistencial hasta en aquellos relacionados con la gestión directiva. También se presenta el análisis del entorno organizacional para la identificación de problemas que permitirá la formulación de alternativas de solución.

3.1. Determinación del problema

Para poder identificar las posibles soluciones al problema principal de nuestra investigación, como es el escaso acceso de la población a terapia de dolor crónico y cuidados paliativos en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé elaboraremos un árbol de problemas, esto será nuestro recurso para la construcción del árbol de objetivos. Esta conversión estará compuesta de una secuencia encadenada de abajo hacia arriba de causas-efectos que se transformará en un flujo independiente de medios-fines.

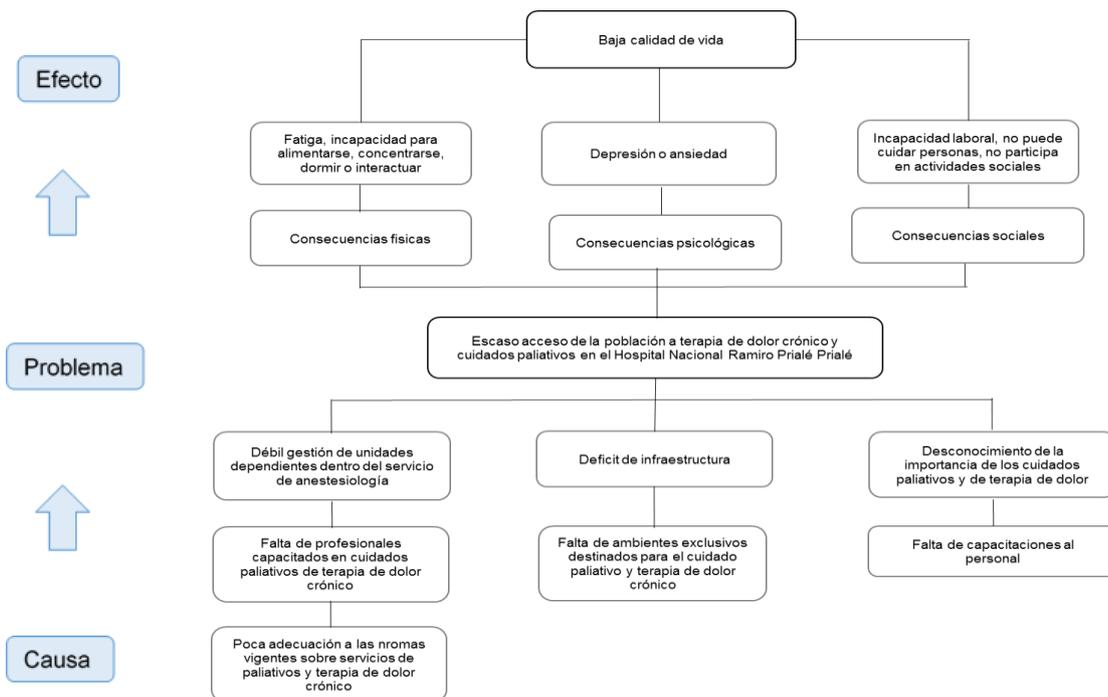


Figura 1. Árbol de problema y de causas.
Fuente: Elaboración propia

3.1.1. Análisis del proceso problema.

De acuerdo con Atehortúa, Bustamante & Valencia (2008), citando a la *Internacional Standardization Organization*, los procesos se refieren a un conjunto de actividades. Aunque este concepto es general, permite disponer de nociones de lo que sería su aplicación al ámbito sanitario; así autores como Varo (1994) precisaron que los procesos asistenciales se refieren a la actividad habitual del núcleo técnico hospitalario, siendo esto los procesos diagnósticos, terapéuticos y de cuidados, incluyendo la información derivada de los mismos. Más precisamente, en el ámbito del manejo de dolor crónico, Muñoz et al. (2008) enunciaron que la identificación de los procesos clave y de apoyo que se integran en unidades del dolor permite la elaboración de un mapa de procesos, y demás herramientas para la mejora del mismo.

Es necesario considerar que tan solo un 15% de países en todo el mundo han integrado programas de cuidado paliativo en sus sistemas de atención en salud (MINSALUD, 2016). Evidencia del carácter pasivo de los sistemas de salud latinoamericanos con respecto a la potenciación de la oferta de servicios de atención del dolor crónico implementados en –establecimientos públicos– y al alcance del público general, es el surgimiento de propuestas privadas; estas al identificar dichos nichos de mercado formulan iniciativas de negocio que tienen como público objetivo personas que demandan cuidados paliativos, incluyendo manejo de dolor crónico. Solo por citar algunos casos, Duque, Sánchez y Peñates (2012) propusieron crear el Instituto Colombiano del Dolor Bogotá, entre cuyos servicios se halló la atención del dolor crónico oncológico y no oncológico; así también algunas otras iniciativas privadas en este país colombiano proponen la creación de clínicas específicamente dirigidas al alivio del dolor oncológico (Martínez, 2015). Esto pone en evidencia la magnitud con que el dolor crónico es desatendido, incluso dentro del territorio de un mismo país, y a diferentes niveles asistenciales pues algunas otras propuestas propugnan incluso la creación de centros de

hospitalización (Hidalgo, 2014). El caso peruano no es la excepción a la atención poco adecuada que se le viene dando al dolor crónico y los cuidados paliativos; evidencia de esto son las iniciativas previas que proponen la creación de servicios de cuidados paliativos domiciliarios para pacientes oncológicos adscritos a un hospital público de Lima Este (Arias, Huarcaya, Luna y Mauricio, 2017).

A continuación, se detalla el proceso del problema que actualmente viene ocurriendo, con respecto al manejo del dolor en el Hospital Ramiro Prialé Prialé y que motivó la formulación de la presente propuesta de creación de una Unidad de Cuidados Paliativos y Manejo de Dolor Crónico en dicho establecimiento de salud (Figura 2). Así, el proceso de cuidados paliativos inicia cuando el paciente con dolor crónico acude al HNRPP, siendo luego derivado al Servicio de Oncología, en caso de dolor producto de algún proceso oncológico o derivado a otra especialidad médica, según la patología que se encuentre afectando al paciente. Por ejemplo, un paciente acude con un dolor neuropático se realiza la derivación al Servicio de Neurología y en caso el dolor no remita con el manejo brindado en el HNRPP se efectúa la derivación a la Unidad de Terapia del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI), hecho que obliga al paciente a trasladarse forzosamente junto con la esperanza de conseguir mitigar o el cese de aquel dolor que tanto le aqueja.

Esta situación se repite constantemente, al margen de que la norma faculta a establecimientos de nivel III (HNGAI y HNRPP, en este caso) contar con la misma infraestructura (consultorio, sala de procedimientos y ambiente de reposo), dotación de recursos (humanos, económicos, etc.) e incluso con la posibilidad de brindar atención domiciliaria, además de las prestaciones asistenciales que se realizan intramuro. Vale decir, la norma plantea que aquellos médicos de las Unidades Productores de Servicios de Tratamiento de Dolor han de ser para el nivel III a dedicación exclusiva.

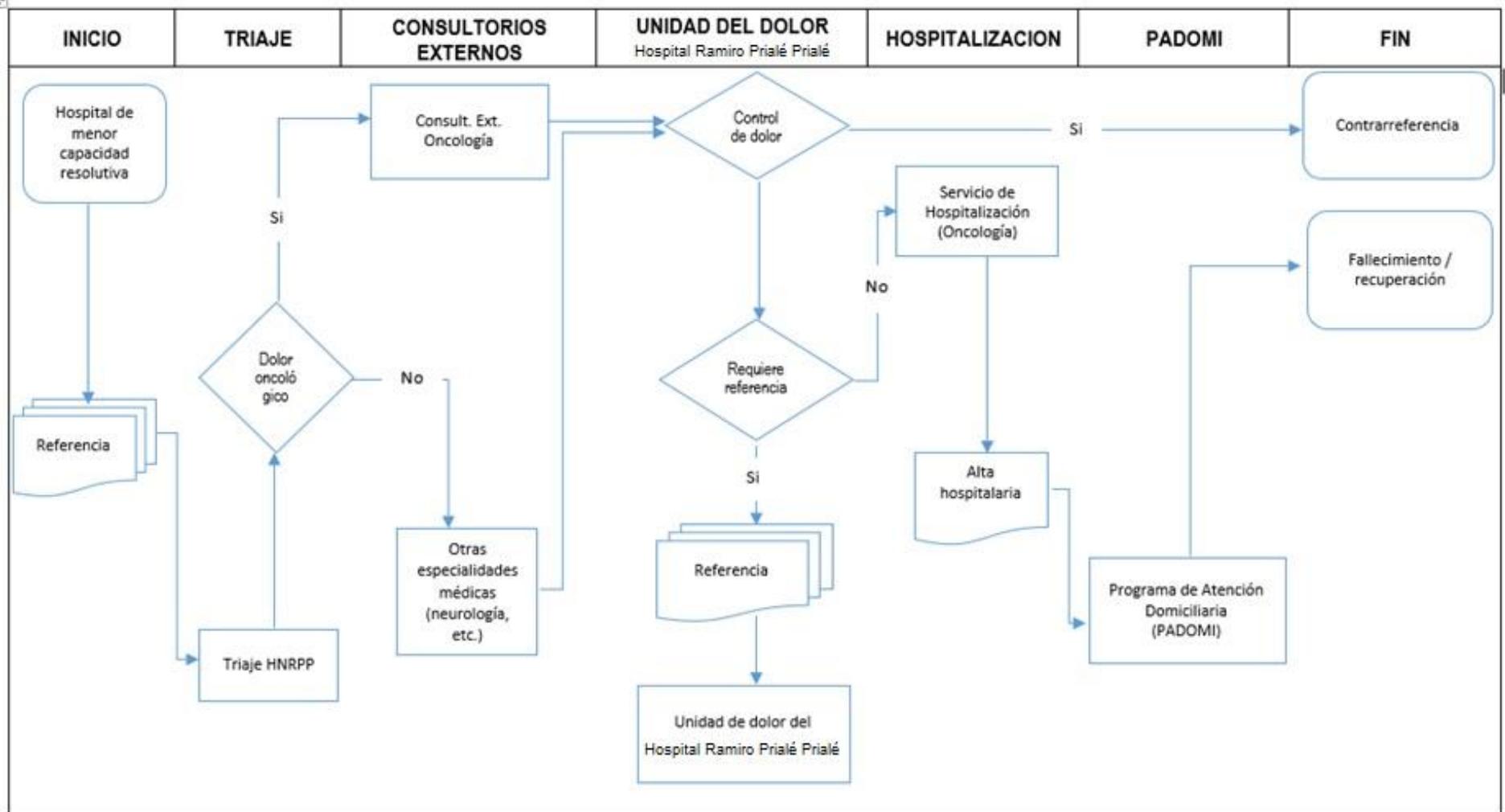


Figura 2. Proceso de cuidados paliativos y tratamiento del dolor crónico en el Hospital Ramiro Prialé Prialé
Fuente: Elaboración propia.

La norma faculta que estas unidades dispongan de otros profesionales como son enfermeras y técnicos de enfermería; asimismo, puede el paciente que requiere de estos cuidados proceder de los Servicios de Emergencia, Hospitalización o Consultorios Externos. Así, el paciente que es atendido en el HNRPP y que es aquejado de dolor crónico, no le queda más que seguir el procedimiento y adicionar la fatiga que genera el movilizarse al gran dolor del que es víctima, cuando podría ser atendido con la misma resolutivez sin salir de la Red Asistencial Junín.

Cuando se trata de un paciente que requiere de cuidados paliativos, de ser necesario su internamiento u hospitalización, es el médico oncólogo quien se encarga de emitir la indicación y brinda el manejo respectivo. Cuando ocurre el alta de este paciente, la naturaleza crónica del dolor obliga a no discontinuar las prestaciones que le fueron brindadas estando hospitalizado; por esta razón, el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) les brinda “atención preferencial en el domicilio a los pacientes con incapacidad para desplazarse a los centros asistenciales, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y darles una atención integral y digna”, tal como indica la consigna que fundamenta su existir. Sin embargo, la realidad es otra, pues la complejidad del dolor hace que los esfuerzos de dicha atención domiciliaria resulten insuficientes pues frecuentemente dichos pacientes presentan constantes reagudizaciones que les motivan acudir por emergencia, e incluso en algunos casos llegar al HNRPP para fallecer a consecuencia de lo avanzado del proceso neoplásico que les afecta.

En el Hospital Ramiro Prialé Prialé cuenta con el Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico, el cual está compuesto básicamente por un Jefe de Servicio Asistencial y un grupo de médicos. Este servicio, como unidad asistencial que es, no cuenta con la suficiente autonomía como la tienen otros departamentos de

medicina, pues se encuentra adscrita y es dependiente del Departamento de Cirugía. Esta situación afecta la capacidad de toma de decisiones e invisibiliza la necesidad que tienen médicos anestesiólogos de diversificar los servicios que brindan a pacientes que requieren manejo de dolor crónico.

A continuación, se presenta en el siguiente gráfico de la organización del Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico:

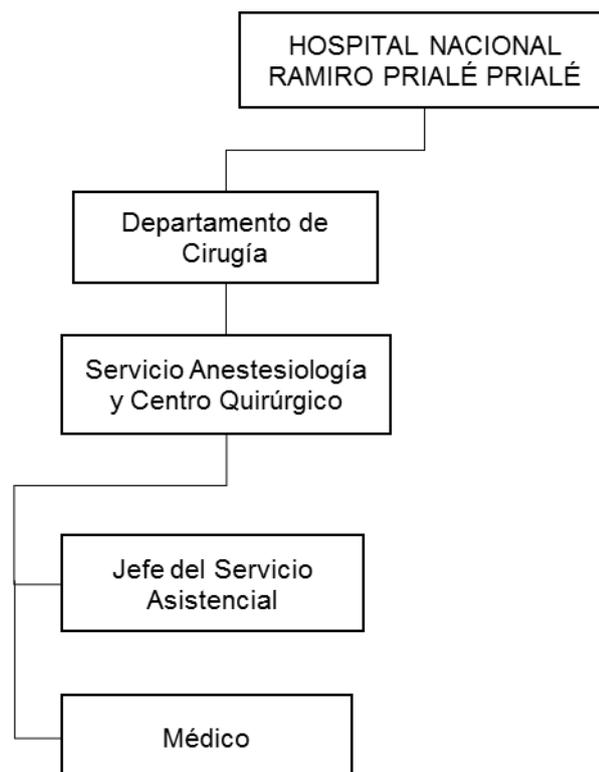


Figura 3. Estructura del Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico

El Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico no dispone de áreas divididas en subespecialidades; por esta razón dentro de dicho servicio se atienden a pacientes pediátricos, adultos y adultos mayores, cada uno con la posibilidad de padecer dolor crónico particular y con necesidades diferentes. Asimismo, el servicio carece de atención multidisciplinaria, lo que es perjudicial para pacientes pues la colaboración de distintas disciplinas permitiría abordar

holísticamente las necesidades de quien es afectado por dolor crónico y requiere de cuidados paliativos.

De otro lado, a pesar que la Jefatura del Servicio Asistencial tiene la potestad de implementar las guías de práctica clínica, procedimientos, participar en la actualización, formulación y controlar su cumplimiento, no existe dentro del área una adecuación óptima de las normas vigentes sobre los cuidados paliativos y terapias del dolor crónico; al tiempo que tampoco se tiene establecido un programa de capacitación a los profesionales de salud que aquí laboran. En la siguiente tabla 1 se muestra en detalle los nudos críticos que existen dentro del Hospital nacional Ramiro Prialé Prialé, específicamente en el Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico.

Tabla 1.
Nudos críticos del Hospital nacional Ramiro Prialé Prialé

Nudos Críticos	Descripción
Nudo crítico 1: Procesos directivos	<p><u>Director Hospital Base (E4DHB)</u> Funciones básicas: Planificar, organizar, dirigir, controlar y supervisar la gestión del Centro Asistencial a su cargo e impartir las disposiciones del caso.</p> <p><u>Jefatura del Servicio Asistencial (E5JSA)</u> Funciones básicas: Planificar, organizar, ejecutar y controlar el otorgamiento de las prestaciones asistenciales según nivel y categoría del Centro Asistencial con calidad y respeto a las normas.</p> <p>Insuficiente desarrollo de la organización del Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico, el Jefe del Servicio Asistencial no tiene la autonomía para coordinar las actividades de su área, dado que el Jefe y el médico del servicio asistencial reportan al Jefe del servicio de Cirugía General y éste último reporta al Director del Hospital. No existe dentro del servicio atención a los cuidados paliativos ni equipo para la atención de pacientes pediátricos, adultos y adultos mayores; el enfoque es</p>

	<p>hacia el dolor crónico siguiendo los protocolos y guías de práctica clínica.</p> <p>Las actividades del servicio de Anestesiología deben ser protocolizadas con un adecuado soporte documental escrito.</p>
<p>Nudo crítico 2: Paciente que requiere un procedimiento analgésico o paliativo</p>	<p><u>Médico (P1ME)</u></p> <p>Funciones básicas: Brinda atención en consulta externa, hospitalización y emergencia según nivel y categoría del Centro Asistencial con calidad y respeto a las normas.</p> <p>Los médicos del servicio de anestesiología reciben a los pacientes que son derivados por los médicos tratantes, pero muchas veces los dolores requieren una atención especializada o un enfoque integral multidisciplinario que muchas veces el médico del servicio de anestesiología no puede realizar.</p> <p>Falta de profesionales capacitados en cuidados paliativos, así como la inexistencia de información para el diagnóstico y manejo efectivo de pacientes con dolor crónico.</p>
<p>Nudo crítico 3: Procesos clave asistenciales</p>	<p>Falta de equipos de terapia de dolor y de cuidados paliativos</p> <p>Proceso de admisión</p> <p>En el Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico no se cuenta con un inventario exacto de las máquinas y bienes que posee el servicio, pero si se presentaron quejas por parte de los pacientes de la ausencia de máquinas y equipos médicos en general dentro del hospital nacional.</p>
<p>Nudo crítico 4: Docencia e investigación</p>	<p>Importancia de cuidados paliativos y terapia de dolor crónico.</p> <p>Formación de médicos especializados en cuidados paliativos y dolor crónico</p> <p>Dentro del Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico, no existe un programa de capacitaciones para el médico y el personal asistente que interviene en la atención del paciente. Faltan actividades de formación especializada y otros servicios de formación continua dirigido al dolor y cuidados paliativos</p>

Fuente: Essalud - Manual de Organización y Funciones (2014)

Por otro lado, el servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico si bien tiene una participación dentro del hospital nacional la infraestructura del servicio es insuficiente para la cantidad de pacientes que

demandan cuidados paliativos, tanto en infraestructura como en equipos.

El personal profesional dentro del servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico, carece de competencia técnica pues no tienen, en su mayoría, conocimiento profundo de la importancia de los cuidados paliativos y de las terapias del dolor crónico vigentes. Desafortunadamente, la formación en dolor es escasa y en algún caso secundario en la formación del personal médico involucrado en el servicio, esto se agudiza en el caso del dolor crónico infantil.

3.1.2. Sustento de evidencias.

Según Espinoza et al (2018) son diversos los factores o desafíos cuando se desea implementar una iniciativa de mejora de la prestación asistencial para el manejo del dolor, entre estos están: i) falta de competencia técnica, ii) falta de diálogo entre profesionales, iii) ausencia de intervenciones efectivas y ampliamente validadas y consensuadas; iv) listas de espera de pacientes con dolor crónico musculoesquelético, v) falta de definición del foco central de abordaje de la problemática, vi) ausencia de mecanismos que aseguren la sostenibilidad financiera, entre muchos otros. No obstante, conviene no citar de manera desordenada estos factores o nudos críticos, sino más bien agruparlos y así exponer las informaciones o evidencias que sustentan la implementación de la presente propuesta.

Es importante comprender que, para considerar a estos factores como nudos críticos, Álvarez (2004) establece que previamente han de haber sido identificados como “nudos explicativos” (extraídos a partir del análisis de la situación de salud relacionada con el manejo de dolor y cuidados paliativos). Dado que resultaría imposible resolver todos los elementos que están interviniendo en la producción del problema de manejo de dolor y cuidados paliativos en el HNRPP, se procede a seleccionar los llamados “nudos críticos”, entendido esto

como “problemas donde confluye la mayor cantidad de explicaciones del problema priorizado, por lo que, solucionando este Nudo Crítico, se resuelven los problemas confluentes” (Aspiazu, 2015, p.19). Asimismo, Álvarez (2004) indica que estos nudos críticos han de tener las características de: i) capacidad movilizativa sobre el problema o arrastres, y ii) coherencia con la misión del actor, EsSalud en este caso. Dicho esto, a continuación, se presenta el sustento de evidencias con respecto a la problemática abordada en el presente estudio:

Tabla 2.
Alineamiento de nudos críticos

Nudo	Descripción	Nivel	Detalle
Nudo crítico 1	Procesos directivos	Estratégicos	Vinculados al ámbito de las responsabilidades de la dirección y, principalmente, a largo plazo. Se refieren fundamentalmente a todos los procesos de planificación
Nudo crítico 2	Paciente que requiere un procedimiento analgésico o paliativo	Operativos	Ligados de forma directa con la realización del producto o servicio, hablamos de procesos en línea.
Nudo crítico 3	Procesos clave asistenciales		
Nudo crítico 4	Docencia e investigación	De soporte	Procesos que están relacionados con los recursos utilizados y las mediciones realizadas.

Fuente: Elaboración propia.

Respecto al primer nudo crítico, se evidenció la existencia de una falta de autonomía de parte del jefe de anestesiología que depende jerárquicamente del Servicio de Cirugía, que es el área que atiende a los pacientes con dolor crónico u oncológicos. Esta situación no permite que se agilice la protocolización de la atención de los pacientes con dolor crónico o que requieren cuidados paliativos, sabiendo que el Hospital Ramiro Prialé Prialé no cuenta con un área especializada en la atención de estos tipos de pacientes. Además, por largo tiempo no ha existido una normativa nacional que exija a las instituciones de salud la inclusión de una área o servicio de cuidados

paliativos. Recientemente se ha aprobado la creación de una Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas (Ley N° 30846), se espera que con esta ley se permita atender a las personas que sufran de alguna enfermedad crónica progresiva como enfermos crónicos y terminales darle la máxima calidad de vida.

Asimismo, como podrá notarse, el primer nudo crítico identificado se relaciona con los aspectos estratégicos de la prestación asistencial, lo cual cobra gran relevancia cuando se tiene en cuenta que EsSalud, detalló en su Plan Estratégico 2017 tener como objetivo estratégico fortalecer su gestión (Seguro Social del Perú, 2017a). Asimismo, se tiene como segundo y tercer nudo crítico la dotación de RRHH y los procesos asistenciales clave, ubicándose estos en los aspectos operativos de las prestaciones de asistencia sanitaria, lo que es sumamente importante si se considera que EsSalud tiene la consigna de mejorar sus procesos asistenciales agregándoles valor y brindando un enfoque centrado en el paciente (Seguro Social del Perú, 2017a). De otro lado, la docencia e investigación es otro nudo crítico, en relación a que no tiene una participación activa respecto a evidenciar científicamente la necesidad de contar con un servicio de atención al paciente de dolor crónico y cuidados paliativos. Y, en consecuencia, no implementar actividades de formación especializada y otros servicios de formación continua dirigido al dolor y cuidados paliativos. Además, como lo comentan, Huicho, Carreazo, y Gonzáles (2013), los centros de salud tienen “(...) la necesidad imperiosa de promover la investigación, la creatividad (...) para contribuir a la evidencia global que permita que la medicina clínica y la salud continúen avanzando” (s.p.). Es decir, solo con la investigación se podrán apoyar o desestimar ciertas intervenciones en materia sanitaria, siendo esto el soporte de las prestaciones de salud.

A continuación, se muestran evidencias que respaldan la presente propuesta de ampliación de servicios que actualmente se vienen brindando en el HNRPP, específicamente referidos a la creación de una unidad de cuidados paliativos y manejo de dolor crónico.

Tabla 3.
Sustento de evidencias de los nudos críticos

Nivel	Descripción	Responsable*	Detalle**
Estratégicos	Nudo crítico 1: Procesos directivos	Director del HNRPP	- Según MOF EsSalud, este tiene como funciones planificar, organizar, dirigir, controlar y supervisar la gestión del establecimiento a su cargo e impartir las disposiciones del caso, incluyéndose aquí las gestiones referidas a los Servicios de Anestesiología.
		Jefe de Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico del HNRPP	- Según NT de los Servicios de Anestesiología el Médico Jefe en unidades de dolor ha de ser médico anesthesiólogo con entrenamiento específico en tratamiento del dolor.
Operativos	Nudo crítico 2: Paciente que requiere un procedimiento analgésico o paliativo	RRHH (médicos)	<ul style="list-style-type: none"> - Ley N° 29414, que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, incluyendo recibir prestación sanitaria por profesional capacitado. - Espinoza (2014), quien recomienda ampliar las prestaciones asistenciales del anesthesiólogo del HNRPP. - Plan Estratégico Institucional EsSalud 2012-2016, dentro de cuyo objetivo estratégico 4, se encuentra la gestión de RRHH por competencias laborales (Essalud, 2016a), lo que se hace extensivo al profesional de anestesiología la necesidad este de estar capacitado para brindar manejo de dolor crónico y cuidados paliativos. - Art. 32 del ROF EsSalud, donde se precisa que esta institución busca promover la capacitación técnica de sus profesionales de salud. - Según NT de los Servicios de Anestesiología (MINSa, 2005) se ha de contar con Programas anuales de Educación y Capacitación Permanente acorde a las necesidades del RRHH, coordinando con las oficinas de capacitación. - Erlenwein et al. (2017) precisaron la necesidad de fortalecer la anestesiología como disciplina médica para un mejor manejo de dolor crónico y cuidados paliativos. - Dada la naturaleza compleja del dolor agudo, Boezaarr et al. (2013) hacen un llamado a la subespecialización en la anestesiología para el tratamiento adecuado de este dolor crónico así los cuidados paliativos relacionados.

	<i>Nudo crítico 3:</i> Procesos clave asistenciales	Infraestructura y equipos	<ul style="list-style-type: none"> - D.L. N° 1155, que dicta medidas destinadas a mejorar la calidad de servicio y declara de interés público el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud a nivel nacional. - Plan Operativo Institucional EsSalud 2017, que cuenta con lineamiento institucional de "Excelencia y soporte operacional" - Art. 82, 104, 127, 131, 135, se precisa que EsSalud busca organizar, administrar sus equipos e infraestructura, así como su mantenimiento y el control su situación. - Según NT de los Servicios de Anestesiología, las unidades de dolor han de ubicar con un área de poco tránsito, cercano al centro quirúrgico, UCI, etc.
De soporte	<i>Nudo crítico 4:</i> Docencia e investigación	Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación del HNRPP	- Art. 137 del ROF EsSalud donde se precisa que busca promover el desarrollo de estudios de investigación orientados a innovar y mejorar los modelos prestacionales.

* Se refiere al responsable inmediato llamado a atender el problema.

** Se refiere al sustento técnico-científico que atribuye responsabilidad al responsable.

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede apreciar en la tabla 3, y en los párrafos previos son diversas las evidencias que sustentan el abordaje de los nudos críticos identificados, desde el nivel estratégico hasta el nivel operativo. Esto quiere decir que para poner en marcha la iniciativa de creación de la Unidad de Manejo de Dolor en el HNRPP, se requiere –para empezar– de la movilización de todos los niveles de la organización partiendo desde la alta directiva (involucrados con la planificación y la formulación de políticas en materia de salud a nivel HNRPP), pasando por los aspectos operativos (que involucra al personal que brinda directamente el servicio de manejo de dolor crónico y cuidado paliativo) hasta los niveles de soporte (que involucra a personal o procesos que brinda asistencia o soporte a las actuaciones del nivel operativo, encontrándose aquí la investigación en materia de dolor crónico).

3.2. Análisis organizacional

3.2.1. La Organización.

Según el Reglamento de Organización y Funciones de la Red Asistencial Junín, la red asistencial Junín es el órgano desconcentrado de Essalud, responsable de brindar prestaciones de salud, económicas y sociales mediante la articulación de sus centros asistenciales y unidades operativas. Se brindan específicamente prestaciones de atención integral, ambulatoria y hospitalaria especializada con objeto de recuperar y rehabilitar la salud a través de servicios clínico –quirúrgicos de alta complejidad. La competencia de la red asistencial Junín es el departamento del mismo nombre y las funciones generales de la red asistencial son:

- Organizar y otorgar las prestaciones de salud en forma integral a los asegurados y derecho habitantes de la red asistencial.
- Otorgar prestaciones asistenciales de atención integral ambulatoria y hospitalaria con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud a través de servicios de salud clínico-quirúrgicas de alta complejidad
- Brindar apoyo a los centros asistenciales de menor nivel de atención asignados a través del hospital base.
- Articular los centros asistenciales de diferentes niveles de complejidad y unidades operativas que integran la red asistencial para que brinden prestaciones integrales a los asegurados.
- Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del sistema de referencia y contrarreferencia institucional.
- Administrar los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos de acuerdo a los lineamientos de política institucional y a las normas vigentes.
- Desarrollar actividades de capacitación, investigación y docencia de acuerdo a las prioridades sanitarias regionales y locales.
- Recepcionar, registrar, atender y dar solución a quejas y reclamos presentados por los asegurados sobre los servicios brindados.

- Cumplir con los dispositivos legales y procedimientos por los órganos rectores de los sistemas que administra y mantener actualizado los procedimientos, guías clínicas, manuales y demás instrumentos de gestión que se requiera para la operatividad de la red asistencial y administrativa tanto de la red asistencial como del hospital base.
- Formular, ejecutar y evaluar los planes de salud, gestión, capacitación, inversiones, adquisiciones, contrataciones y el presupuesto de la red asistencial.
- Realizar en el ámbito de su competencia otras funciones que le asignen la gerencia general y los órganos centrales de acuerdo a los sistemas que administra la red asistencial. (Essalud, 2010)

La Red Asistencial Junín de EsSalud la conforman 22 unidades prestadoras de salud, dentro de la cual se encuentran 06 Centros de Atención Primaria, 08 Postas Médicas, 01 Centro Médico, 02 Policlínicos y 05 hospitales.

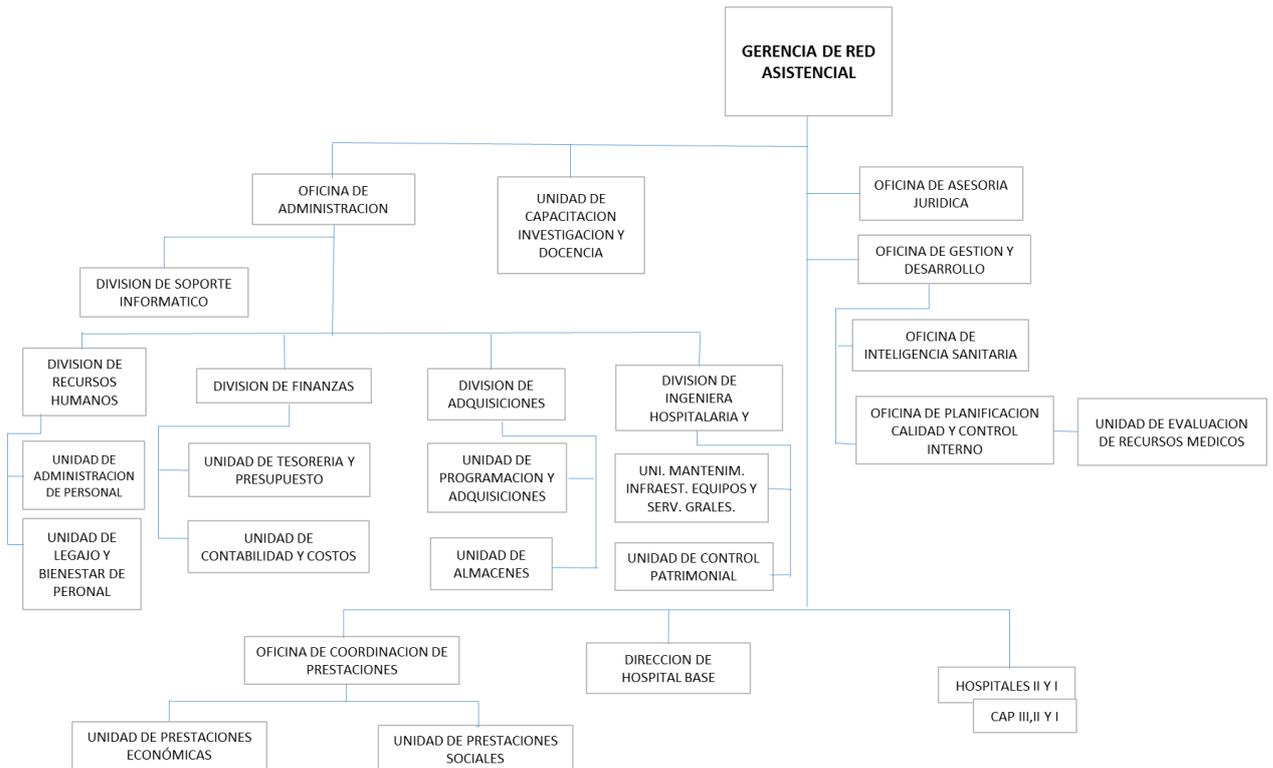


Figura 4. Estructura Orgánica de la Red Asistencial Junín – EsSalud
 Fuente: Reglamento de Organización y Funciones de la Red Asistencial Junín

La estructura orgánica de la Red Asistencial se compone por la Unidad Orgánica de Dirección, Unidad Orgánica de Asesoramiento, Unidades Orgánicas de Apoyo y Unidades Orgánicas de Línea, los cuales se presentan con más detalle a continuación:

- Unidad Orgánica de Dirección: La Gerencia de la Red Asistencial es la unidad orgánica de dirección, ejerce autoridad directa sobre los centros asistenciales y las unidades orgánicas.
- Unidad Orgánica de Asesoramiento: Se conforma por la Oficina de Asesoría Jurídica y la Oficina de Gestión y Desarrollo. La Oficina de Gestión y Desarrollo se descompone por la Oficina de Inteligencia Sanitaria y la Oficina de Planificación, Calidad y Control Interno (incluye la Unidad de Evaluación de Recursos Médicos).
- Unidades Orgánicas de Apoyo: Las unidades orgánicas de apoyo son la Oficina de Administración y la Unidad de Capacitación, Investigación y Docencia.
- Unidades Orgánicas de Línea: Las unidades orgánicas de línea son la Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria, y la Dirección del Hospital Base. A su vez la Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria está conformada por la Unidad de Prestaciones Económicas y la Unidad de Prestaciones Sociales. El hospital base está compuesto por las unidades orgánicas del cuerpo médico, la oficina de admisión, registros médicos, referencia y contrarreferencia, Departamento de Medicina, Departamento de Cirugía, Departamento Materno Infantil, Departamento de Emergencia y Cuidados Intensivos, Departamento de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento, y finalmente el Departamento de Enfermería.

Por otro lado, según el Manual de Organización y Funciones de la Red Asistencial Junín, el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé

cuenta con 35 unidades orgánicas, siendo las principales la Dirección General, Oficina de Administración de Registros Médicos de Referencia y Contrarreferencia, Cuerpo Médico, Departamento de Medicina, Departamento de Cirugía, Departamento Materno Infantil, Departamento de Emergencia y Cuidados Intensivos, Departamento de Diagnóstico y Tratamiento y el Departamento de Enfermería, y un personal que asciende a 632 entre profesionales médicos y no médicos (administrativos) (Essalud, 2014).

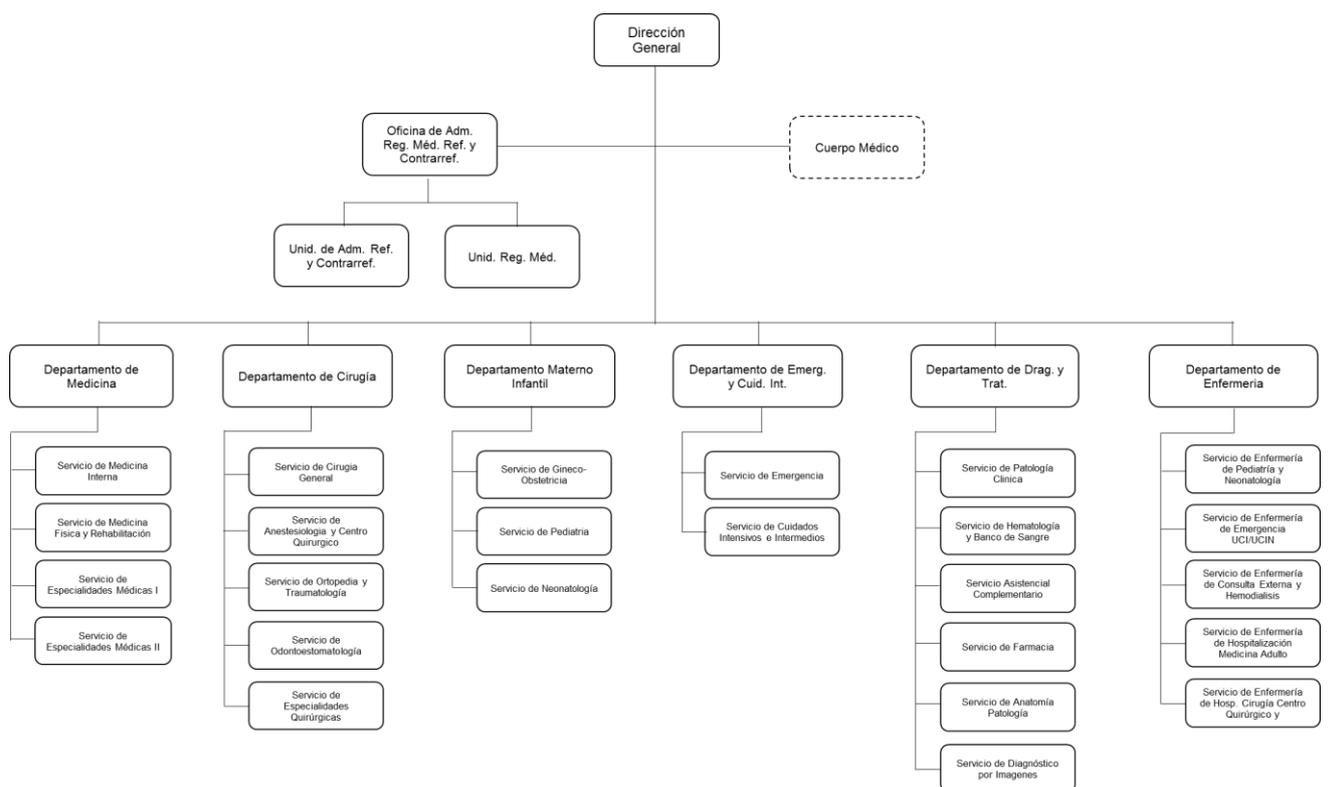


Figura 5. Estructura Orgánica de Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – EsSalud
Fuente: Reglamento de Organización y Funciones de la Red Asistencial Junín 2014

Entre las funciones del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Órgano prestador nacional desconcertado de Essalud- que depende de la Gerencia General son las siguientes:

- Brinda prestaciones asistenciales especializadas de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamiento oportuno.

- Rehabilitación y cuidados paliativos a la población asegurada del ámbito nacional.
- Se encuentra interrelacionado y articulado funcionalmente con otros establecimientos de salud a fin de mantener la integralidad y continuidad la atención a los usuarios.
- Apoya la docencia e investigación en salud y propone documentos normativos asistenciales (Resolución de Presidencia Ejecutiva 656, 2014)

3.2.2. Análisis Interno.

Para el análisis interno se tendrá en cuenta la metodología de análisis interno de Kast y Rosenzweig, la cual consiste en evaluar la organización en base al análisis de cinco subsistemas que son: razón de ser, estructural, psicosocial, gestión y técnico. Para nuestra investigación la evaluación estará en base a cuatro subsistemas: razón de ser, estructural, psicosocial y gestión.

A. Razón de Ser.

El día 08 de enero de 1990, el Hospital inicia su funcionamiento como Instituto Peruano de Seguridad Social (ex IPSS). Posteriormente se convierte en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé que atiende a asegurados y no asegurados ubicados en la Región Junín, siendo los asegurados al año 2016 de 56 mil personas. El Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, brinda prestaciones asistenciales especializadas de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamiento oportuno; y según la norma técnica aprobada por el MINSA, deberá constituirse en los Hospitales III-1, el Servicio del Dolor como Unidad Orgánica Estructural dependiente del Departamento de Anestesiología, Analgesia y Reanimación. En los Hospitales de nivel III-2, según la calificación del centro, y en los Hospitales II-2 es una Unidad Orgánica Funcional, dependiendo del Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico.

En ese sentido, el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, debería contar con esta Unidad de dolor crónico y cuidados paliativos, ya que como Hospital Base de la Red Asistencial Junín, tiene como misión institucional perseguir el bienestar de los asegurados y el acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas y sociales, de forma integral y de calidad, brindando una gestión transparente y eficiente, y de esta manera atender la demanda de la población de la Región Junín por servicios de tratamiento del dolor crónico y cuidados paliativos.

B. Subsistema Estructural.

Según Kast y Rosenzweig (1993) la estructura consiste en la manera como se distribuye y se coordina las tareas de la organización incluye los reglamentos, procedimientos, descripciones de puestos y otros documentos.

Este análisis se focalizará en los nudos críticos que deberían intervenir en el procedimiento del tratamiento del dolor crítico y cuidados paliativos.

Tabla 4.
Responsables y funciones de los elementos que conforman los nudos críticos del Subsistema Estructural

Nudo crítico	Responsable	Funciones
Nudo crítico 1: Procesos directivos	Jefe de anestesiología	<p>Entre las funciones principales y específicas del Jefe de anestesiología (Manual de Organización y Funciones de la Red Asistencial Junín, 2014):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificar, organizar, dirigir, supervisar y controlar las actividades asistenciales y administrativas del servicio. • Examinar, diagnosticar, prescribir tratamientos según protocolos y guías de práctica clínica vigentes y emitir informes y certificados médicos. • Realizar procedimientos de diagnóstico y terapéuticos en las áreas de su competencia. • Formular las propuestas e iniciativas para los planes de gestión, salud,

Nudo crítico 2:
Paciente que
requiere un
procedimiento
analgésico o
paliativo

Médico tratante

- capacitación, metas del servicio y controlar su ejecución.
- Formular, gestionar los requerimientos de recursos humanos, bienes y servicios necesarios para la operatividad del servicio.
 - Supervisar la implementación y cumplimiento de la seguridad y salud del trabajador en coordinación con los jefes inmediatos en cumplimiento de la Ley N° 29783.
 - Supervisar y controlar la asignación de ambientes para la prestación de los servicios asistenciales de la especialidad, ver por su operatividad.
 - Aplicar las normas del sistema de referencia y contrarreferencia y supervisar su cumplimiento.
 - Supervisar y evaluar el otorgamiento de las prestaciones asistenciales mediante indicadores de salud, producción, eficiencia, calidad y efectividad del servicio.
 - Articular, desarrollar y gestionar en Red, las prestaciones de salud del ámbito de responsabilidad.
 - Entre otras funciones relacionadas con los procesos directivos.
 - Ejecutar actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, según capacidad resolutive del centro asistencial.
 - Examinar, diagnosticar y prescribir tratamientos según protocolos y guías de práctica clínica vigente.
 - Realizar procedimientos de diagnóstico y terapéuticos en las áreas de su competencia.
 - Conducir el equipo interdisciplinario de salud en el diseño, ejecución, seguimiento y control de los procesos de atención asistencial, en el ámbito de su competencia.
 - Participar en actividades de información, educación y comunicación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
 - Referir a un centro asistencial de mayor capacidad resolutive cuando la condición clínica del paciente lo requiera.
 - Realizar actividades de auditoría médica del servicio asistencial e implementar las medidas correctivas.
 - Entre otras funciones,

Nudo critico 3: Procesos clave asistenciales	<p>Según Muñoz et al. (2008), los procesos claves asistenciales que deberían integrar la unidad del tratamiento de dolor y cuidados paliativos debe ser: Unidad de dolor agudo, unidad de dolor crónico, unidad de dolor infantil, programa de dolor pélvico, tratamiento neuroquirúrgico del dolor, cuidados paliativos, dolor en psiquiatría, entre los principales.</p> <p>Actualmente la función de docencia e investigación está a cargo de la unidad de capacitación del Hospital, sin embargo al no existir una unidad de dolor crónico y cuidados paliativos sus actividades no están dirigidas a esta unidad.</p>	Las funciones, están por definirse y adecuarse a la normativa dada por el MINSA, cuando se implemente la unidad de dolor crítico y cuidados paliativos.
Nudo critico 4: Docencia e investigación	<p>Actualmente la función de docencia e investigación está a cargo de la unidad de capacitación del Hospital, sin embargo al no existir una unidad de dolor crónico y cuidados paliativos sus actividades no están dirigidas a esta unidad.</p>	Las funciones, están por definirse y adecuarse a la normativa dada por el MINSA, cuando se implemente la unidad de dolor crítico y cuidados paliativos.

C. *Subsistema Sicosocial.*

Subsistema relacionado con el enfoque humanista, que implica el comportamiento individual y la dinámica de grupos dentro del ambiente de una empresa (Munillo & Zapata, 2016).

Tabla 5.
Responsables y funciones de los elementos que conforman los nudos críticos del Subsistema Sicosocial

Nudo critico	Responsable	Funciones
Nudo critico 1: Procesos directivos	Jefe de anestesiología	<ul style="list-style-type: none"> • El jefe de anestesiología demuestra poca capacidad de gestión y creación de una unidad de dolor y cuidados paliativos. No hay perfil de puestos, por ello, no se puede precisar si cumple la función. • Se cuenta con un equipo humano, pero al no plantear la necesidad de esta unidad, no se puede organizar.

Nudo critico 2: Paciente que requiere un procedimiento analgésico o paliativo	Médico tratante	<ul style="list-style-type: none"> El perfil del médico tratante no está adecuado al tratamiento de pacientes que presenten dolor crónico y cuidados paliativos.
Nudo critico 3: Procesos clave asistenciales	El diagnóstico de los procesos clave en el ámbito psicosocial es una tarea pendiente cuando se implemente la unidad de dolor crónico y cuidados paliativos. Al no existir una unidad de dolor crónico y cuidados paliativos la unidad de docencia e investigación no cuenta con la facultad de dirigir sus actividades, por lo tanto no se puede evaluar el aspecto psicosocial	
Nudo critico 4: Docencia e investigación		

D. Subsistema de Gestión.

El subsistema de gestión es transversal a toda la organización, por lo que de alguna u otra manera interrelaciona todos los demás subsistemas a través del despliegue de los planes organizacionales. Para analizar el subsistema administrativo se presenta a continuación una evaluación del alineamiento de los objetivos estratégicos con la misión institucional. Para ello, se ha desglosado la misión en cada uno de sus componentes a fin de verificar si los objetivos estratégicos apuntan a estos componentes.

Tabla 6.
Nudo crítico de subsistema administrativo

Nudo critico	Responsable	Funciones
Nudo critico 1: Procesos directivos	Jefe de anestesiología	Si hay actividades en el POI, con una perspectiva limitada, como la creación de la unidad de paliativos y terapia de dolor crónico. Existiendo una directiva para gestionar hospital sin dolor, sin embargo no se cumple a cabalidad ya se solo se baraca el dolor agudo posoperatorio y en hospitalización general control del dolor como síntoma parte de la patología por la que ingresa el paciente.
Nudo critico 2: Paciente que requiere un procedimiento analgésico o paliativo	Médico tratante	Referir a un centro asistencial de mayor capacidad resolutive cuando la condición clínica del paciente lo requiera. Asi cuando no se alcanza paliar el dolor

crónico del paciente será enviado al hospital de la red correspondiente.

Nudo crítico 3: Procesos clave asistenciales	La gestión de los procesos clave es una tarea pendiente cuando se implemente la unidad de dolor crónico y cuidados paliativos.
Nudo crítico 4: Docencia e investigación	Al no existir una unidad de dolor crónico y cuidados paliativos la unidad de docencia e investigación no dirige sus actividades a este tema por lo tanto no se puede evaluar el aspecto administrativo

3.2.3. Entorno organizacional.

El entorno del Hospital Nacional servirá para identificar los problemas y alternativas externas que podrían afectar el desenvolvimiento normal de Essalud. Se analizará la descripción a través de tres elementos:

A. Entorno Inmediato.

La Región Junín en su Memoria Anual 2015 indica que uno de sus objetivos en la Red de Salud Tarma es determinar el estadio clínico y tratamiento del cáncer de cuello uterino. Para realizar esta actividad, se evalúa a mujeres que acuden al servicio de diagnóstico de cáncer de cuello Uterino con el fin de determinar el estadio clínico del cáncer e iniciar el tratamiento respectivo: Manejo médico, cirugía, radioterapia, «paliativo» y/o sintomático. El presupuesto ejecutado del presupuesto programado fue el 96.01% en el año 2015, es decir, se realizó gran parte de las evaluaciones en Tarma (Gobierno Regional de Junín, 2016).

En la Memoria Anual 2016 de la Región Junín se tiene planificado la implementación del Instituto Regional de enfermedades neoplásicas de la macro región del Centro del Perú- la obra se encuentra en ejecución física al 28.16%, esta construcción hospitalaria comprende entre sus servicios asistenciales inmediatos los cuidados paliativos. La construcción será ubicada

en la provincia Concepción, distrito Concepción y se espera un alcance de 13,894 beneficiarios (Gobierno Regional de Junín, 2017).

B. Entorno Intermedio.

El Congreso de la República recientemente presentó la Ley N° 30846 – Ley que crea el Plan Nacional de Cuidado Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas. En donde en el artículo 2 de esta ley, el responsable de la elaboración del plan nacional es el Ministerio de Salud en su condición de ente rector del Sistema Nacional de Salud. Para la presidenta de la Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos, Dra. Elizabeth Díaz, refleja que es una especialidad relativamente joven a la cual no se le ha prestado demasiada atención, por la falta de capacitación del personal de salud, por ende, el desarrollo de esta materia todavía es incipiente en nuestro país. Particularmente, la oferta de profesionales de salud con esta especialidad no alcanza a 100, para atender a aproximadamente a 100 mil pacientes (Diario Médico, 2018). Sin embargo, la defensoría del Pueblo, argumentó que algunos establecimientos de salud, para las personas de adultas mayores, carecen de recursos, para una atención integral, donde consideró que era importante que el Ministerio de Salud en coordinación con el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables emitan prontamente lineamientos de estándares de calidad en la emisión de protocolos en el cuidado de la persona, especialmente en cuidados paliativos. (Defensoría del Pueblo, 2018). Asimismo, en abril de 2019 se realizó el primer foro internacional de Enfermería en Cuidado Paliativos Oncológicos, realizado por el Ministerio de Salud, donde el Director General en intervenciones Estratégicas en Salud Pública, Gustavo Rosell De Almeida, resaltó la importancia de fortalecer el conocimiento y capacidades de los profesionales de salud en el ámbito de

cuidado paliativos, de manera que ayude a mejorar el servicio hacia al paciente (MINSA, 2019).

C. Entorno Tendencias

La Organización Panamericana de la Salud (2014) propuso el “Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019” basado en cuatro líneas estratégicas, dentro de la primera línea estratégica “Políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT)” se encuentra el objetivo específico de:

“Aumentar la accesibilidad y el uso racional de medicamentos esenciales y tecnologías para la detección, diagnóstico, tratamiento, control, rehabilitación y cuidados paliativos de las ENT” (OPS, 2014, p.19).

La Organización Panamericana de la Salud propone a través de este plan acciones para la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) y los estados miembros en relación con las ENT. Dicho plan se encuentra alineado con el marco mundial de vigilancia y el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 de la OMS.

En el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 de la OMS se propone a los estados miembros que adopten las medidas, como:

“Elaboración de un plan nacional y asignación de presupuesto: Según proceda en función del contexto nacional, formular y aplicar una política y un plan nacional multisectorial sobre las enfermedades no transmisibles acorde con las prioridades nacionales y, (...), incluidos los cuidados paliativos” (OMS, 2013, pp.11).

El país forma parte de la OMS, por ello está llamado a participar en la implementación del plan de acción mundial propuesto por la OMS que incluye cuidados paliativos.

En el año 2014, la Asamblea Mundial de Salud se dictó la resolución WHA67.19, para el fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida, en ese documento se instaba a los países miembros a la integración de los cuidados paliativos en las políticas sanitarias nacionales, haciendo uso de las siguientes medidas: a) revisar las leyes y procedimientos para mejorar el acceso a la analgesia con opioides, b) incluir los cuidados paliativos en la formación de los profesionales sanitarios y c) proporcionar servicios de cuidados paliativos en los centros de atención primaria y los hogares (OMS, 2014)

3.3. Análisis Alianzas estratégicas

La red asistencial de Junín en la ejecución de sus actividades de servicios de salud mantiene alianzas estratégicas con otros centros de salud con el propósito de desarrollar mecanismos e instrumentos de mutua colaboración en beneficio de la región Junín.

En la Gerencia de Medicina Complementaria se implementó el programa Reforma de vida: Sumak Kawsay que tiene como fin identificar los factores de riesgo de las Enfermedades No Transmisibles y potenciar los factores protectores del trabajador dentro de su contexto familiar y laboral. Como parte de su ejecución en Junín, en el año 2017 el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) y Essalud- a través del equipo del Hospital Ramiro Prialé Prialé reconocieron a aquellas entidades empleadoras que cumplen con los objetivos del programa (Essalud, 2017^a). Este programa implementado genera impacto sobre los futuros pacientes que adolezcan de alguna enfermedad o requieran de cuidados paliativos en el futuro. Los

aliados del programa Reforma de vida son el sector privado como también entidades del sector público como el Instituto Nacional Penitenciario (INPE).

En el año 2014 se suscribió un acuerdo de cesión en uso de inmueble dado por parte de la Municipalidad Provincial de Yauli la Oroya en favor de la red asistencial Junín, a través de este convenio se cede una propiedad para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. La propiedad es un área diseñada exclusivamente para las actividades del Centro del Adulto Mayor de la Oroya. La entrega de la propiedad es por tiempo temporal de 04 años con reserva de renovación (Essalud, 2014)

En el año 2013 se suscribió el acuerdo de intercambio de prestaciones de salud entre el Seguro integral de Salud y Essalud, se estableció la tarifa de servicios de salud para el intercambio prestacional en la región de Junín (Essalud, 2013).

3.4. Análisis de Stakeholders

El análisis de stakeholders define a las personas y organizaciones como clientes, organizaciones, patrocinadores, ejecutores, público e involucrados activamente en el proyecto. De forma general, en la red asistencial de Junín se tienen actores internos y externos, en el gráfico se presenta a los actores externos cuyas actividades repercuten en la red asistencial en círculos, como son las entidades del Estado y el sector privado. Los actores internos que se encuentran en el rectángulo azul son los actores principales en la ejecución de actividades dentro de la Red asistencial Junín, la participación de cada uno de ellos es relevante para la atención de salud de la Red Asistencial Junín, en el siguiente gráfico se observa la relación entre ellos:

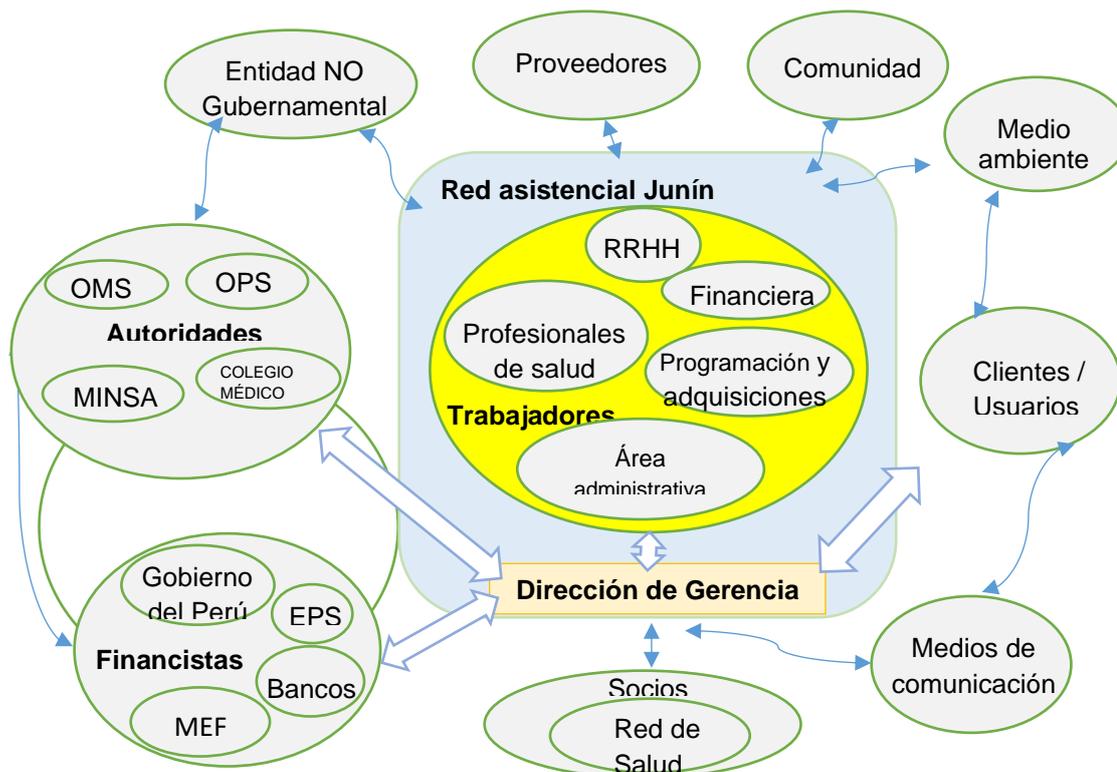


Figura 6. Mapa de stakeholders de la Red asistencial Junín

Fuente: Elaboración propia

Para conocer las actividades de los involucrados como son el sector público, sector privado y la comunidad se presenta las actividades que desarrollan cada uno de estos

Tabla 7.
Stakeholders de las partes interesadas internas

Grupo de interés	Descripción	Responsabilidad
	Trabajadores de la Red Asistencial Junín	
Profesionales de salud	Persona capacitada en temas de salud	Hace uso de los servicios y materiales de la Red Asistencial Junín, brinda atención directa al paciente.
Área Administrativa	Gestión de administración	Se encarga de la administración interna (Planeamiento, procesos, organización, gestión de la información, asuntos jurídicos) y la administración de apoyo al asegurado (atención al asegurado, gestión de las personas, gestión financiera, abastecimiento, producción y promoción).
Área Financiera	Gestión de presupuestar el dinero	Gestiona la distribución económica para las necesidades de la Red Asistencial Junín y las prestaciones para los asegurados.

RRHH	Gestión de Talento Humano	Gestiona, planifica, organiza y promueve las necesidades de Red Asistencial Junín.
Programación y adquisiciones	Mantenimiento operativo	Se encarga de suministrar a la institución de bienes estratégicos con calidad y oportunidad.

Elaboración: Elaboración propia

Tabla 8.
Stakeholders de las partes interesadas externas

Grupo de interés	Descripción	Responsabilidad
Supervisión en el sector salud Perú		
Gobierno del Perú	Presidente, Congresistas y Ministros	Promulgar y aprobar normas técnicas del dolor, implementar áreas de cuidados paliativos en instituciones de salud.
MINSA	Ministerio de Salud	Órgano estatal que regula y norma las políticas de salud. Promueve la generación de capacidades de los integrantes de las comisiones asesoras para fortalecer la presencia política y técnica. Velar por el cumplimiento de las condiciones necesarias de la infraestructura de los servicios de salud
Colegio Médico	Colegio Médico del Perú	
Supervisión de entidades internacionales de salud		
OMS	Organización Mundial de La Salud, ente parte de la ONU	Se encarga de brindar normas y establecer estándares a los de salud, que serán controlados por los Ministerios de Salud de los países miembros.
OPS	Organización Panamericana de la Salud, ente parte de la ONU en América Latina.	Se encarga de brindar normas y establecer estándares a nivel panamericano.
Entidades financieras		
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas	Aprueba los presupuestos para las entidades de salud pública. Financiamiento a las entidades de salud,
Bancos	Bancos comerciales o bancos de desarrollo	tato en ejecución de proyectos de inversión como en implementación de mejoras a los centros de salud.
EPS	Entidad prestadora de salud	Prestar servicio de atención para salud
Cooperativas	Grupo de personas que tienen la misma necesidad.	Brindar apoyo económico para la salud de los trabajadores de la Red Asistencial Junín
Clientes de salud		
C. Asegurados	Personas que tienen vínculo directo con EsSalud.	Personas (pacientes) que hacen uso de los servicios de EsSalud previa aportación.
C. Comunes	Ciudadano peruano	Personas (pacientes) que hacen uso de los servicios de la Red Asistencial Junín
Socios de salud		
Red de salud	Integración de instituciones de salud.	Instituciones de salud que se unen con el fin de brindar atención de cuidados paliativos al paciente
Comunidades de Junín		
Población de Junín	Todos los habitantes de Junín	Residentes de la ciudad de Junín.
Medios de Comunicación		
TV, radio, periódico, revistas, etc.	Canales de información	Brinda información de la situación actual de los pacientes que por enfermedad crónica u oncológica requiere de cuidados

		paliativos y manejo clínico del dolor crónico. Los medios también informan de las actividades desarrolladas por la red asistencial en cuanto al tema.
	Proveedores de bienes o servicios	
Empresa	Suministra y abastece productos a la entidad de salud.	Brinda equipos y materiales para las áreas de cuidados paliativos y manejo de dolor crónico
	Entidad No Gubernamentales	
ONGs	Entidad sin lucro	Promueve y estimula los cuidados paliativos y manejo del dolor crónico en casa o en lugares públicos, suministra guías y orientación

Elaboración: Elaboración propia

En el Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico, la Jefatura de anestesiología lo desempeña el Dr, Luis Navarro Peña y sus stakeholders internos y externos son los siguientes:



Figura 7: Actores involucrados con el Jefe de servicio Asistencial

El jefe del Servicio Asistencial internamente se comunica con la Oficina de Admisión y registros médicos, la unidad de capacitación investigación y docencia; y el Jefe del departamento y servicio. Los actores externos son los pacientes y familiares de los pacientes. Tiene a su cargo al médico general y a los médicos residentes o internos.

En cuanto al médico del Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico, interactúa internamente y externamente de la siguiente manera:

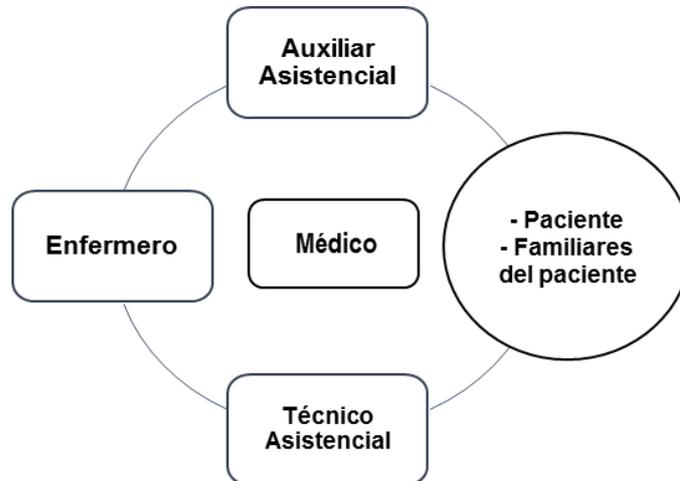


Figura 8: Actores involucrados con el Médico

El médico tiene interacción con el enfermero, el auxiliar asistencial, técnico asistencial y se contacta con el paciente y los familiares de pacientes.

CAPÍTULO IV: LA FORMULACIÓN

Continuando el capítulo anterior después de la identificación de los puntos críticos en el proceso de atención de cuidados paliativos y manejo del dolor, en este capítulo se plantea una propuesta de solución, la cual establece los objetivos, productos y actividades que se pondrá en marcha para concretizar la creación de la Unidad de cuidados paliativos y manejo del dolor crónico en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé.

4.1. Determinación de objetivos y medios

4.2. Árbol de objetivos y medios

4.2.1. Objetivo General.

Propuesta de creación de la unidad de cuidados paliativos y terapia de dolor crónico en el Servicio de Anestesiología del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé.

4.2.2. Objetivos Específicos.

1. Mejorar la gestión de unidades dependientes dentro del servicio de anestesiología.
2. Dar a conocer la importancia de los cuidados paliativos y de terapia del dolor
3. Dotar de profesionales capacitados en cuidados paliativos de terapia de dolor crónico
4. Adecuar la infraestructura para ambientes exclusivos destinados para el cuidado paliativo y terapia de dolor crónico.
5. Adecuarse a las normas vigentes sobre servicios de cuidados paliativos y terapia de dolor crónico.

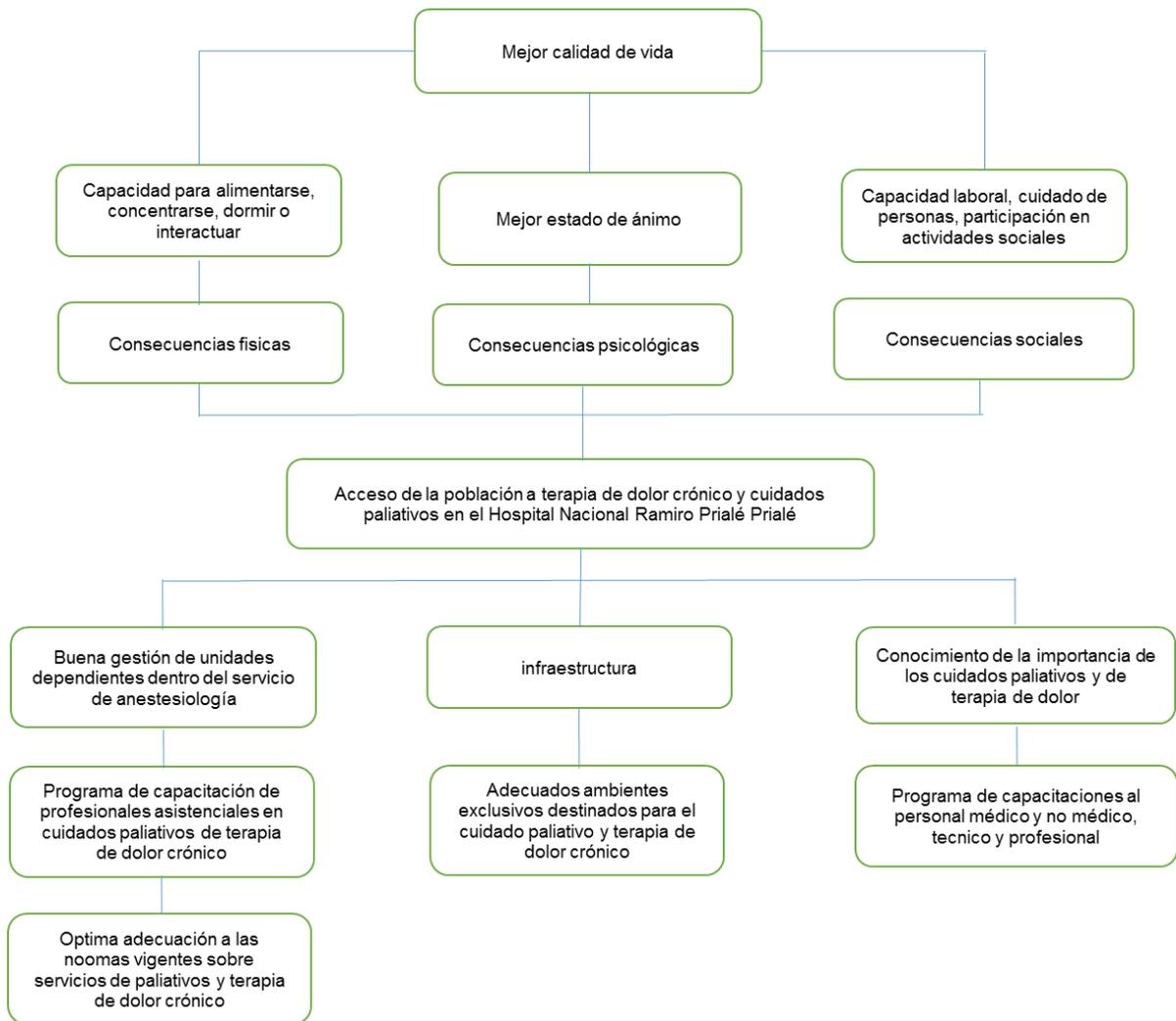


Figura 9. Diagrama de árbol de objetos y medios.

Fuente: Elaboración propia

4.2.3. Sustento de evidencias.

A continuación, se muestra una serie de evidencias que realzan la necesidad de crear una unidad de cuidados paliativos y manejo de dolor crónico.

- **Calidad de vida:** en lo que respecta a la calidad de vida del paciente oncológico, investigadores peruanos como Salas (2014) reportaron que la calidad de vida de pacientes oncológicos en la Unidad de Terapia del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (a donde luego son referidos los pacientes del HNRPP luego de requerir manejo de dolor crónico) era mayormente de baja (29,4%) y regular (41,2%). Esta situación pone en evidencia lo afectada que se encuentra la

calidad de vida de pacientes con cáncer que son atendidos en un establecimiento de referencia nacional; aunque esta investigación no menciona la procedencia de estos pacientes, se presume que una parte considerable han de proceder –referidos por el HNRPP– de la región Junín.

- **Centralización de la oferta sanitaria:** en lo que respecta a la descentralización del acceso a servicios de salud, investigadores peruanos como Salazar et al. (2013) concluyen que es necesario promover la descentralización de la atención oncológica especializada, entre la que se incluye el brindar la atención del dolor crónico y cuidados paliativos pues la actual oferta de cuidados paliativos y manejo de dolor crónico. Así, investigaciones muestran que la actual oferta en materia de cuidado paliativo y manejo de dolor se encuentra centralizada en la capital limeña, encontrándose aquí 5 de los únicos 7 servicios o unidades exclusivas en hospitales del III nivel en todo el Perú: i) Hospital Nacional Guillermo Almenara, ii) Hospital Militar Central, iii) Hospital PNP Luis N. Sáenz, iv) Instituto de Enfermedades Neoplásicas, y el v) Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. Los dos únicos servicios / unidades en hospitales de III nivel en provincias se ubican en Trujillo y Arequipa (Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte y Sur, respectivamente). Como es posible apreciar, existe una centralización de la oferta sanitaria referida al cuidado paliativo y manejo de dolor crónico, habiendo tan solo 1 establecimiento a nivel nacional de EsSalud del III nivel que brinda este tipo de servicios, pudiendo el HNRPP contar con este tipo de servicios dado que la norma le facultad tal posibilidad (Berenguel, Díaz, y Hidalgo, 2012). Es preciso mencionar, que el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins es otro de los establecimientos de EsSalud que brinda servicios de este tipo y aunque no cuenta con un servicio o unidad propiamente dicho, sino con un equipo de

soporte multidisciplinario, brinda atención a alrededor de 5000 pacientes con el propósito de mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos con enfermedades oncológicas y no oncológicas (pulmonares como la fibrosis, hepatopatías como la cirrosis o neurológicas como las enfermedades cerebro vasculares) (EsSalud, 2015).

- **Prevalencia de dolor crónico:** en lo que respecta a la magnitud con que el cáncer se presenta en el territorio peruano, se han reportado 66,600 casos nuevos de cáncer por año, con 33 mil casos de muerte, siendo Junín una de las regiones con más casos, ya que la Estrategia Sanitaria de Cáncer de la Dirección Regional de Salud reportó que en un periodo de nueve meses consecutivos se registraron 2 984 casos, de los cuales se estima que hasta un 80% han de presentar en algún momento de sus vidas. Asimismo, se ha reportado una prevalencia de dolor oncológico de 80%.

Cuando la curación no es posible, las unidades de cuidados paliativos intervienen con la misión de atender ese grupo de pacientes terminales para poder ofrecer una mejor calidad de vida, incluyendo el apoyo emocional al paciente, como también a sus seres queridos. Es por ello que los cuidados paliativos brindan un tratamiento adecuado para el alivio del dolor y de los síntomas, con un soporte tanto psicosocial como espiritual. (Figueiredo, Geraldo, Limeira, Lima, Xavier. 2013)

En el año 2017 se llevó a cabo un taller de actualización y fortalecimiento para los profesionales de salud en cuidados paliativos oncológicos programado por el Ministerio de Salud del Perú y precedido por la ministra de aquel entonces Patricia García Funegra. Estuvo dirigido a médicos y enfermeros que brindan atención en los diversos establecimientos de salud. Lo que se buscó fue lograr una

atención de calidad con una mirada humana a las personas que se encuentran en fase terminal de un cáncer. Estuvo a cargo de enfermeros, médicos y reconocidos expositores del sector; fue replicado a nivel nacional con el mensaje de que todos reciban el trato que requieren según la enfermedad. (Ministerio de Salud del Perú, 2017).

En el año 2014, se diagnosticó que en los servicios de Essalud carecía de citas por lo que se postergaba hasta 03 meses, carencia de especialistas, salas de emergencia y hospitalización colapsadas, falta de sensibilidad de los empleados hacia los pacientes (Cevallos, 2016).

En el año 2015, el Ministerio de Salud del Perú publica la Norma Técnica de salud N° 113-MINSA/DGIEM-V01 con la finalidad de contribuir a un adecuado dimensionamiento de la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud. Sin embargo, la situación de la infraestructura hospitalaria está en alerta, con cimientos y equipos que van de regular a mal estado, con irregularidad del suministro y de calidad de los medicamentos, deficiencias en la gestión y escasez de recursos financieros.

En el 2017, se aprobó la Directiva N° 005-GCPSESSALUD-2017 "Organización y funcionamiento de las unidades de cuidados paliativos en EsSalud" con el objetivo de establecer un marco normativo para el funcionamiento, organización y prestación de los cuidados paliativos en las IPRESS de la Seguridad Social del Perú (EsSalud), donde se dispone que las redes prestacionales, redes asistenciales, órganos prestadores nacionales e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) adopten las medidas necesarias para la implementación progresiva de esta Directiva, de acuerdo a su disponibilidad presupuestal (Essalud, 2017b).

Recientemente, en el mes de setiembre del año 2018, se ha publicado la Ley N° 30846, Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas, con el objetivo de asegurar la inclusión de los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de maximizar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas progresivas y terminales, que está en espera de su reglamentación y aplicación. Este dispositivo legal, permitirá que se implemente de forma obligatoria un área o servicio de cuidados paliativos en todos los establecimientos de salud del país (Ley 30846, 2018).

Cabe mencionar, que hay un programa presupuestal 0024 del Ministerio de Economía y Finanzas para la prevención y control de cáncer a nivel nacional asignando un monto total de S/. 610 366 868 de soles y para atender personas que necesitan cuidados paliativos, el presupuesto es S/. 1 456 984 de soles para el año 2019. Para la región Junín, el presupuesto asignado para el año 2019, para la prevención y control de cáncer es S/. 21 874 099 de soles y para las personas que necesitan atención de cuidados paliativos es de S/.15 150 de soles. Sin embargo, este presupuesto esta destinado para establecimientos de salud del Ministerio de Salud.

Respecto a la experiencia externa o internacional, la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) estableció que la sedación paliativa del paciente terminal debe ser diferenciada de la eutanasia. El objetivo de la sedación es aliviar el dolor crónico que padecen los pacientes terminales, brindando una mejor calidad de vida. Por ello se requiere una intervención multidisciplinaria de profesionales médicos (anestesiólogos) o personal capacitado que puedan suministrar fármacos de sedación a tal grado de reducir la consciencia, ofreciendo comodidad, alivio del dolor y otros síntomas refractarios (Nogueiro y Sakata, 2012).

Otros resultados favorables de implementar un servicio de cuidados paliativos, es la observada por Santos, Fiterman y Fiterman (2014), en su artículo titulado “La estructuración de un servicio de cuidados paliativos en Brasil - Relato de una experiencia”, donde se implementó una sala de enfermería con camas especializadas para atender a pacientes en fase terminal, además se incorporó un programa de sensibilización para los profesionales de salud.

Por su parte, Rubens, Joao, Fernando y Ayla (2008) publicaron un artículo titulado “Cómo implementar cuidados paliativos de calidad en la unidad de terapia intensiva”, ellos mostraron como pilar fundamental en la medicina paliativa la comunicación. Esta para que sea efectiva debe ser técnicamente planeada con la aplicación de diversas estrategias. Las técnicas de comunicación deben ser enseñadas desde la etapa de formación del futuro profesional de salud.

Ojeda et al (2007) realizó una investigación titulada “La evaluación del impacto de programas de cuidado paliativos: un estudio de la calidad de vida en pacientes de un hospital universitario”, fue un estudio de tipo longitudinal, es decir la toma de información fue en dos momentos, antes y después de un programa de intervención, observándose que los síntomas de los pacientes mejoraron significativamente, mostrando un impacto favorable, por la mejora de las afectaciones de los pacientes luego de la intervención.

Hay estudios que señalan que es muy importante la identificación de los procesos claves y de apoyo que permitan la elaboración de un mapa de procesos y demás herramientas de forma tal que se integren para conformar un área del manejo del dolor crónico (Muñoz et al., 2008).

4.3. Actividades

Tabla 9.
Actividades de los productos

Objetivos Específicos	Productos	Actividades
Mejorar la gestión de unidades dependientes dentro del servicio de anestesiología.	Plan de implementación de la gestión	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación de la gestión de riesgos y desastres • Elaboración del Manual de Sistema de Referencia y Contrarreferencia. • Elaboración Guía de atención paliativa (Guía de práctica clínica, Guía de procedimientos médicos) • Elaboración del Mapa de procesos • Elaboración de fichas de caracterización • Planificación de procedimientos administrativos
Dar a conocer la importancia de los cuidados paliativos y de terapia del dolor	Programa de capacitación	<ul style="list-style-type: none"> • Definir los objetivos de la capacitación • Elaboración del presupuesto • Definir el contenido temático del curso, taller o seminario • Prever los medios y recursos didácticos: • Determinar la duración y el cronograma • Seleccionar a los participantes • Seleccionar a los capacitadores • Diseñar el sistema de evaluación
Dotar de profesionales capacitados en cuidados paliativos de terapia de dolor crónico	Contratación de personal para la Unidad de Cuidados Paliativos y Manejo de Dolor Crónico	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de necesidades de recursos humanos • Solicitud del nuevo personal a la Dirección General del Hospital. • Convocatoria • Presentación de hojas de vida • Calificación hojas de vida • Publicación de resultados. • Suscripción de contratación.
Adecuar la infraestructura para ambientes exclusivos destinados para el cuidado paliativo y terapia de dolor crónico	Acondicionamiento de ambientes físicos	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de las necesidades de infraestructura o espacio físico • Gestionar el requerimiento de acondicionamiento de espacios físicos • Ingresar al plan de trabajo y presupuesto • Seguimiento de la ejecución del presupuesto

Adecuarse a las normas vigentes sobre servicios de cuidados paliativos y terapia de dolor crónico	Plan de adecuación de la norma	de	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización de la norma técnica • Cumplimiento de los estándares mínimos requeridos • Seguimiento del cumplimiento de la norma • Evaluación del cumplimiento de la norma
---------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------	----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.4. Productos

1. Producto 1: Plan de implementación de la gestión

Se conformará un comité encargado de la planificación de los productos y de la supervisión de la implementación de la unidad de cuidados paliativos y manejo de dolor crónico en el HNRPP. El producto 1 se trata de un proceso formal utilizado para revisar las operaciones, actividades y servicios del HNRPP, con el objetivo de identificar áreas que puedan requerir mejoras. Con este producto se busca solucionar la débil gestión con que se cuenta en la generación de unidades dentro del servicio de anestesiología, permitiendo alcanzar el objetivo de mejorar la gestión de estas unidades. Además, debe complementar con documentos de gestión que evalúen y controlen los riesgos de desastres, todo con la misión de obtener hospitales seguros como lo establece el Decreto supremo N° 027-2017-S (Ministerio de Salud del Perú, 2017). Se deberá de establecer planes de contingencia ante eventos poco frecuentes pero relevantes como plan por feriados, plan por desastres naturales y/o accidentes dentro del área, plan de contingencia ante una posible demanda mayor a lo esperado. Se establece que los cuidados paliativos deben cumplir con los mismos principios que cualquier otro servicio como lo es la cobertura, equidad, calidad en salud, lo cual se logra en parte con la aceptación y manejo del sistema de referencia y contra referencia. Se deberá establecer una guía de atención la cual abarque todo lo referente a los cuidados paliativos, incluyendo sus procedimientos a realizarse dentro del área de atención especializada, esta deberá ser aceptada, socializada y compartida por todo el personal hospitalario. Añadir flujos de atención, o flujogramas que especifiquen al personal, el paciente y sus familiares los procedimientos a seguir para un mayor entendimiento de

las circunstancias (Castañeda, O'Shea, Lozano, Castañeda y Castañeda; 2015).

Las actividades que comprenderán este producto serán las siguientes: como primer punto a desarrollar, es: 1) Elaboración del Manual de Sistema de Referencia y Contrarreferencia, 2) Elaboración Guía de Atención 3) Elaboración del Mapa de Procesos 4) Elaboración de fichas de caracterización y 5) Planificación de procedimientos administrativos (Ver Anexo A).

2. Producto 2: Programa de capacitación

Este producto es un medio por el cual se suministrará información a la población y se brindará habilidades al personal del Servicio de Anestesiología para que se desempeñe satisfactoriamente. Con este producto se busca solucionar el poco conocimiento de los profesionales y la población general sobre la importancia de los cuidados paliativos y la terapia del dolor crónico, así mismo se plantea solucionar la poca capacitación en estos temas de los profesionales con especialidades afines y que sirva como base para un posterior programa de capacitación continua para poder llevar a cabo la unidad de paliativos y terapia de dolor crónico. En general, los sistemas de salud deben afrontar las atenciones de los pacientes con características diferentes, por lo tanto, se necesitará de nuevas competencias que permitan satisfacer las necesidades de atención en este grupo de pacientes (Parodi, Morante y Carreño, 2016). La importancia de este producto, está en relación a las evidencias que existen en la literatura que demuestran que un programa de intervención educativa aumenta el conocimiento y las habilidades del personal médico y de enfermería en el manejo del dolor, ya que permitirá modificar las actitudes en el trabajo y los resultados de los pacientes, en consecuencia, una mejor calidad de atención (Ortega et al., 2018).

Para el desarrollo de este programa de capacitación se contará con la participación de profesionales especializados (conocimientos académicos y

prácticos) el cual se abordará en diversos módulos y/o talleres temas acordes al cuidado paliativo, plan de cuidados, confort y calidad de vida, ética, agonía, etc. Se sugiere establecer un cronograma estableciendo la duración y las fechas a realizarse, es menester que los participantes previamente hayan sido seleccionados según el perfil necesario para su solvencia natural dentro del servicio, así como también haber elaborado un presupuesto necesario para cubrir la inversión de los talleres. Al final de todo el programa se realizará una evaluación con el objetivo de verificar que los participantes hayan comprendido el programa de capacitación. Este programa tendrá la siguiente estructura: 1) Definir los objetivos de la capacitación, 2) Elaboración del presupuesto, 3) Definir el contenido temático del curso, taller o seminario, 4) Prever los medios y recursos didácticos, 5) Determinar la duración y el cronograma, 6) Seleccionar a los participantes, 7) Seleccionar a los capacitadores y 8) Diseñar el sistema de evaluación (Ver Anexo B).

3. Producto 3: Contratación de personal para la Unidad de Cuidados Paliativos y Manejo de Dolor Crónico

Como la propuesta de esta investigación es la creación de una Unidad de Cuidados Paliativos y Manejo de Dolor Crónico, entonces según la Norma Técnica N° 062-MINSA/DGSP v.01: Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios "Tratamiento de Dolor" para garantizar una atención integral de pacientes afectados por dolor agudo, persistente y dolor crónico en los establecimientos de salud II-1, II-2, III-1 y III-2, se debe contar con profesionales de salud que atiendan aspectos físicos, psicosociales, médicos y laborales (Ministerio de Salud, 2009).

Como ya se señaló en la descripción problemática, el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé no existe una unidad de cuidados paliativos para enfermedades crónicas o con cáncer, existiendo una demanda insatisfecha de pacientes que requieren este tipo de servicio.

Las actividades que comprenderán este producto serán las siguientes: 1) Diagnostico de necesidades de recursos humanos, 2) Solicitud del nuevo

personal a la Dirección General del Hospital, 3) Convocatoria, 4) Presentación de hojas de vida, 5) Calificación hojas de vida, 6) Publicación de resultados, y 7) Suscripción del contrato (Ver Anexo C).

4. Producto 4: Acondicionamiento de ambientes físicos

Para la implementación de esta unidad de cuidados paliativos será necesario la habilitación o acondicionamiento de ambientes físicos para atender a los pacientes en su consulta y terapia de dolor crónico, así mismo solicitar la dotación de insumos para la terapia y para el cuidado paliativo de los pacientes. Con este producto se busca tener un espacio exclusivo dedicado a pacientes que necesitan atención de cuidados paliativos y terapia de dolor en consultorio, hospitalización y sala de procedimientos. Estos ambientes deben estar implementados por consultorio, ambientes de procedimientos, sala de reposo, camas/camillas de reposo, baño para pacientes y para personal. El ambiente para procedimientos debe ser aproximadamente 8m² por cama/camilla, y el ambiente de reposo o recuperación post procedimiento, contará con el número de cama-camilla. Además, según la normatividad del Ministerio de Salud, debe contar con iluminación y ventilación natural, sistema de aire acondicionado y/o calefacción, sistema de iluminación artificial general e individual, graduable, sistema eléctrico empotrado, sistema de oxígeno empotrado y sistema de tomacorriente (Ministerio de Salud, 2006). Las actividades que comprenderán este producto serán las siguientes: 1) Diagnóstico de las necesidades de infraestructura o espacio físico, 2) Gestionar el requerimiento de acondicionamiento de espacios físicos, 3) Ingresar al plan de trabajo y presupuesto, y 4) Seguimiento de la ejecución del presupuesto (Ver Anexo D).

5. Producto 5: Plan de adecuación de la norma

Conocimiento y adecuación de la norma técnica del Ministerio de Salud de las unidades de cuidados paliativos y de terapia de dolor crónico vigente y aprobado (NTS N° 062-MINSA/DGSP-V.01), y de la Ley N° 30846: Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades

Oncológicas y No Oncológicas. Con este producto se busca la ejecución de la Unidad de terapia de dolor y paliativos de acuerdo a las normas vigentes establecida por el ministerio de salud. Además, es pertinente una constante evaluación de las guías y/o normas técnicas para un mayor entendimiento y replicación de ella, con la finalidad que sea cumplida en gran porcentaje. Esto se verificará realizando procesos de seguimiento y evaluación con el fin de mejorar y brindar una mayor y mejor calidad en atención (Parodi, Morante y Carreño, 2016). Las actividades que comprenderán este producto serán las siguientes: 1) Socialización de la norma técnica, 2) Cumplimiento de los estándares mínimos requeridos, 3) Seguimiento del cumplimiento de la norma, y 4) Evaluación del cumplimiento de la norma (Ver Anexo E).

CAPÍTULO V: LA PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN

En este capítulo se detallan los pasos, etapas y metas a alcanzar en la implementación de la unidad de cuidados paliativos y manejo del dolor en el hospital de estudio, para ello se establece los recursos necesarios como el requerimiento del recurso humano, financiero, logístico y de la arquitectura del ambiente que en articulación se conseguirá un funcionamiento sostenible.

5.1. Identificación de recursos críticos

5.1.1. Comunicación estratégica.

La comunicación en las organizaciones se vuelve estratégica cuando se integra en los procesos de dirección y se convierte en una herramienta esencial de competitividad (Scheinsohn, 2010). Es en este sentido que la comunicación estratégica cobra un relevante papel en la implementación de la propuesta que se propone, ya que según Menéndez y Vadillo (2011) es una herramienta formidable de gestión sanitaria para la generación de fenómenos de cambio necesarios conforme a los nuevos paradigmas en la provisión de más y mejores servicios sanitarios. Tradicionalmente la comunicación institucional de los servicios sanitarios se ha centrado en la comunicación externa; no obstante, los nuevos paradigmas revelan que la comunicación interna viene adquiriendo un papel cada vez más importante como herramienta directiva con valor estratégico (Medina, 2012). En este sentido la comunicación institucional mediante las relaciones externas del servicio no representará mayor recurso crítico, pues es –casi por defecto– con la implementación de un servicio de cuidados paliativos y manejo de dolor se dará lugar a iniciativas como:

- Relaciones con los medios de comunicación (envío de comunicados, organización de ruedas de prensa, etc.)
- Desarrollo de una página web
- Celebración de eventos externos (conferencias, cursos, etc.)

- La ejecución de ciertas labores de marketing (difusión de dípticos, campañas de publicidad, etc.).

La comunicación institucional se ha convertido en una iniciativa estratégica para aquellos servicios sanitarios que desean crear una marca sólida; por ello, es imprescindible la creación de una arquitectura de marca (identidad, valores, misión, visión, cultura e imagen) para su difusión entre los stakeholders internos (Del Río y Medina, 2015). En este sentido, la comunicación sanitaria interna en la unidad de cuidados paliativos y manejo del dolor crónico ha de representar un recurso sumamente crítico ya que su correcta implementación permitirá incrementar el nivel de competitividad y rendimiento laboral.

En conjunto, la comunicación institucional si representa un recurso crítico; dado que se crea una sinergia entre la comunicación interna y externa al permitir ambas: i) crear lazos sociales entre los colaboradores y evitar conflictos; ii) mayores niveles de satisfacción en los demandantes servicios cuidados paliativos y terapia de dolor; y iii) contribuirá a que el servicio pueda gestionar algunas problemáticas que no han de faltar con sus distintos stakeholders (pacientes, medios de comunicación, autoridades sanitarias, etc.).

5.1.2. Incidencia en stakeholders.

La gestión de stakeholders o grupos de interés ha tomado tal dimensión en diversas organizaciones, al punto de que es posible afirmar sin duda alguna que de ella depende el éxito o fracaso de los proyectos (Bourne, 2013); es decir, estos han de representar un recurso crítico para la iniciativa de creación de una la unidad de cuidados paliativos y manejo de dolor crónico. En tal sentido, es importante analizar la incidencia de los stakeholders, ya que una parte importante en la gestión estratégica de los activos intangibles de este proyecto es el conocimiento de las partes interesadas en el diseño de

esta propuesta de creación de una unidad de cuidados paliativos y manejo de dolor crónico. En este sentido y, *a priori*, se pueden clasificar a los mismos en:

- Las partes interesadas clave: son aquellas personas o grupos que tienen una influencia significativa en el diseño del servicio o que se ven afectados significativamente por el mismo y cuyos intereses e influencia deben ser reconocidos para asegurar su éxito. Aquí se encontrarían por ejemplo la alta dirección del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, ya que como grupo clave que es podrían poner fin al proyecto propuesto.
- El entorno interno: son personas o grupos de personas que han de ser parte de la organización. Aquí se hallan los médicos anesthesiólogos, enfermeras, técnicos de enfermería, y otros profesionales sanitarios, así como el personal administrativo.
- El entorno externo: vienen a ser personas o grupos de personas con 'intereses creados' en la organización. Aquí se encontraría en primer lugar a los pacientes que demanden atención por cuidados paliativos y/o manejo de dolor crónico; así como también a proveedores (de equipos, insumos médicos, etc.), autoridades regulatorias como el MINSA, inversores, la misma administración pública, entre otros.

La tipificación previa de los grupos de interés es un modo rápido de apreciar cómo es que se distribuyen los stakeholders; no obstante, es posible también emplear modelos de mapeo para identificar y clasificar de manera visual a las distintas partes interesadas en función de diferentes parámetros y atributos: interés, influencia, legitimidad, participación, poder o creatividad.

El modelo de mapa de grupos más común es la matriz de poder de Gardner (1986) que clasifica a los individuos y grupos de acuerdo al poder que poseen en las estrategias de la empresa y su capacidad para tomar decisiones (dinamismo) sobre una matriz;

cronológicamente, fue desarrollado luego el modelo de Mendelow (1991), el cual plantea dos ejes críticos: el potencial de estos actores para influir en la organización y el potencial de estos grupos de interés de cooperar con la organización. Más adelante se desarrolló el modelo de Mitchell, Agle y Wood (1997) que clasifica a los grupos de la incidencia de los stakeholders según las variables, poder, legitimidad y urgencia. En épocas recientes Bourne y Wood (2005) proponen el diagrama del círculo de partes interesadas sirve para identificar y visualizar la influencia relativa de cada uno de los principales interesados y planificar formas de interactuar y gestionar sus expectativas o contribuciones.

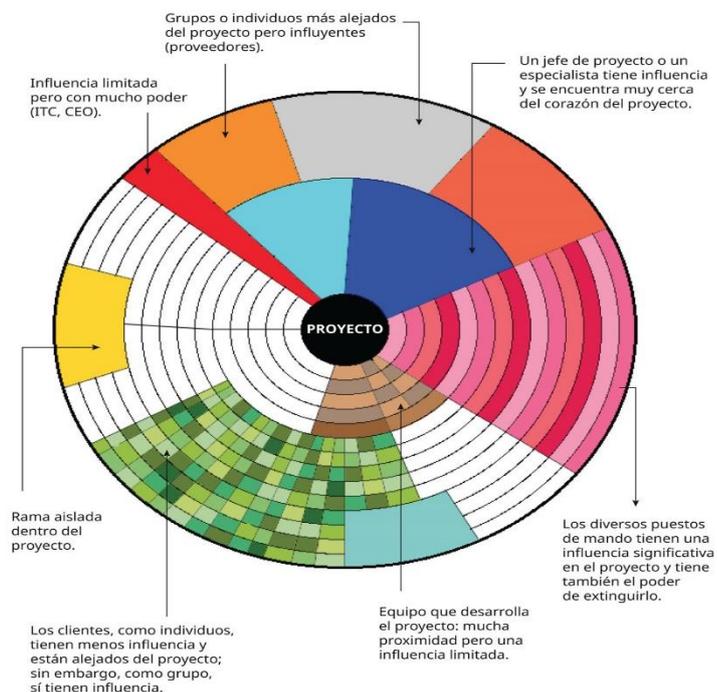


Figura 10. Diagrama del círculo del poder. Adaptado de: Bourne (2005).

Como puede apreciarse la incidencia de los stakeholders para el proyecto de implementación de una unidad de cuidados paliativos y manejo de dolor crónico puede analizarse según su poder, legitimidad, urgencia, dinamismo, influencia, etc., los cuales ha de permitir clasificar –en algunos casos– a los stakeholders como

latentes, discrecionales, reclamantes, dominantes, peligrosos, dependientes y definitivos.

5.1.3. Recursos Humanos.

Son diversas las publicaciones científicas que respaldan el relevante papel que cumple el recurso humano como factor crítico de éxito en las organizaciones (Mejía, Bravo y Montoya, 2013). De ahí el relevante papel que han de cumplir los recursos humanos involucrado en la prestación de servicios relativos a cuidados críticos y manejo de dolor crónico.

La Unidad de Cuidados Paliativos debe de contar con profesionales de salud, que tengan experiencia en abordar: aspectos físicos, psicosociales, médicos y laborales de los pacientes con dolor crónico (médicos, psicológicos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y asistentes sociales), tal como lo exige la Norma Técnica de Salud para Tratamiento de Dolor del MINSA (2009), al tiempo Essalud (2017) establece que este equipo multidisciplinario de la Unidad de Cuidados Paliativos deberá contar con el siguiente personal que se detalla en la tabla 10.

Tabla 10.
Conformación del equipo multidisciplinario cuidados paliativos y tratamiento de dolor

Nro.	Profesional	Perfil
1	Jefe/Responsable de Unidad de Cuidados Paliativos:	Medico con título y especialista, con entrenamiento y capacitación en cuidados paliativos y manejo del dolor crónico.
2	Personal médico:	Especialistas en anestesiología, neurología u otra especialidad, con experiencia en tratamiento del dolor, con capacitación en cuidados paliativos y tratamiento del dolor en un centro reconocido por la Autoridad Nacional de Salud.
3	Psicólogo	Con título universitario, colegiado con competencia en atención de pacientes con dolor y capacitación en cuidados paliativos.

4	Licenciado (a) en Enfermería	Con título universitario, colegiado con competencia en atención del paciente con dolor y capacitación en cuidados paliativos
5	Técnicos de Enfermería	Con certificado en Instituto Superior, con competencia en atención del paciente con dolor y capacitación en cuidados paliativos.
6	Trabajador social	Profesional trabajador social con colegiatura y habilitación vigente, experiencia en atención de pacientes con dolor y capacitación en cuidados paliativos.
7	Nutricionistas	Profesional egresado de nutrición de instituto superior, con experiencia específica en su especialidad técnica, competencia en atención del paciente con dolor y conocimiento en cuidados paliativos.

Adaptado de: MINSA (2009)

Dado que el Hospital Ramiro Prialé Prialé es una institución sanitaria de nivel III-1, los profesionales sanitarios médicos han de ser a dedicación exclusiva, tal como lo establece la Norma Técnica MINSA para Unidades de Manejo de Dolor. Es decir, la labor médica ha de llevarse a cabo las 24 horas del día, con labor asistencial diurna de 6 o 12 horas; asimismo, durante la atención nocturna de 20 horas a 8 a.m. ha de ser resuelta por el médico anestesiólogo de guardia.

De forma similar, en cuanto al profesional de enfermería la atención ha de llevarse a cabo las 12 horas del día, siendo necesaria la designación de una enfermera(o) al cargo de coordinador; asimismo, el personal técnico de enfermería ha de llevar a cabo labores en forma paralela al profesional licenciado en enfermería.

5.1.4. Recursos Financieros.

No hay un presupuesto gubernamental específico para cuidados paliativos, sin embargo, para el desarrollo del Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer en el Perú se dispone de aproximadamente de 8 millones de soles. Este dinero está destinado básicamente para mejorar la calidad de vida de los

pacientes oncológicos para su tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos (Pastrana et al., 2012).

Se tendría que solicitar la disposición de un porcentaje de este presupuesto para la creación de la Unidad de Cuidados Paliativos en el Hospital Ramiro Prialé. En todo caso, solicitar una aplicación del presupuesto para la creación de la unidad.

5.1.5. Recursos Logísticos.

A. Infraestructura.

a.1) Ubicación: La Unidad de Cuidados Paliativos, deberá estar ubicada en un lugar de fácil acceso.

a.2) Ambientes: Deberá de contar con un consultorio, 2 camas, baño para pacientes y para personal

a.3) Servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento necesarios: Laboratorio central, Rayos X.

B. Ingeniería hospitalaria.

La unidad de cuidados paliativos deberá contar con el siguiente equipamiento:

- Ambiente con iluminación y ventilación natural.
- Sistema de aire acondicionado y/o calefacción.
- Sistema de iluminación artificial general e individual, graduable e intensidad.
- Sistema eléctrico empotrado.
- Sistema de oxígeno empotrado.
- Sistema de tomacorriente, para equipos especiales (Rayos X).
- Soporte de grupo electrógeno y equipo de luz auxiliar
- Teléfono con acceso interno y externo.
- Puertas de acceso amplio que permitan el tránsito fácil de camillas y equipos
- Equipos contra incendios.
- Sistema de agua durante las horas de atención.

C. Equipamiento médico.

La Unidad de Cuidados Paliativos, tendrá el siguiente equipamiento médico:

c.1) Equipos biomédicos

- Bombas de infusión
- Coche de reanimación
- Desfibrilador portátil
- Equipo localizador de nervio
- Esfigmomanómetro manual o automático
- Estetoscopio adulto y pediátrico
- Monitor de EKG
- Oxímetro de pulso
- Resucitador manual adulto, pediátrico
- Set de Laringoscopio

c.2) Material fungible para el tratamiento del dolor

- Bombas de infusión
- Tabaco de Moxa
- Catéter Epidural
- Jeringas descartables
- Agujas hipodérmicas descartables
- Agujas epidurales
- Agujas raquídeas
- Agujas para bloqueo plexal
- Agujas espinales 3.5 pulg
- Aguja de Acupuntura
- Guantes, Gasa, Esparadrapo
- Campos estériles
- Campo fenestrado
- Soluciones antisépticas
- Equipos de venoclisis
- Equipo epidural
- Scalp Vein

- Apósito transparente
- Filtro Epidural
- Set para cateterización de plexos
- Jeringas de vidrio (punta de vidrio)

c.3) Medicamentos: Los principales medicamentos que debería contar la Unidad de Cuidados Paliativos son los siguientes:

- Medicamentos para procedimientos invasivos
- Opioides
- Insumos extranjeros
- Coadyuvantes

5.1.6. Recurso Tiempo

Para la implementación de la propuesta de creación de la Unidad de Cuidados Paliativos en el Servicio de Anestesiología del Hospital Ramiro Prialé se propone tres años, tiempo durante el cual, se realizará la propuesta a las Autoridades del Hospital, y luego de aprobado se ejecutaría. Todo ello durante el primer año, durante el segundo se realizará la evaluación y el tercer año es para garantizar la sostenibilidad de la propuesta.

5.2. Arquitectura institucional

La arquitectura institucional que es entendida como la articulación entre los procesos y la organización (relación entre gente, información y tecnología), la cual busca en su interacción e interdependencia, cumplir con la misión y los objetivos estratégicos de la institución.

La Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Ramiro Prialé estará estructurado según los procesos y procedimientos propuesto por Muñoz-Ramón, Paz, Cerpa, Varela & García-Caballero (2008)

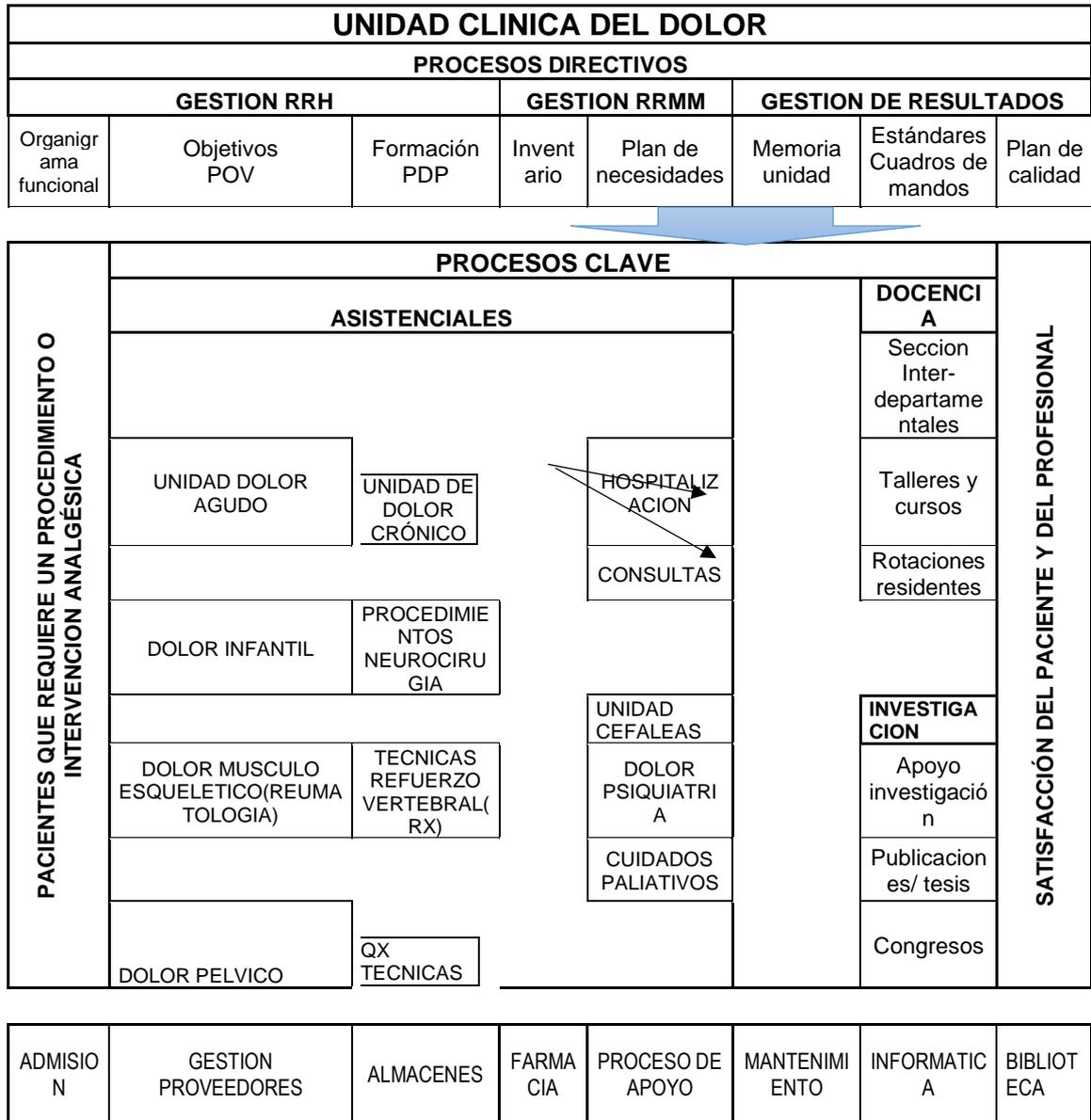


Figura 11. Mapa de procesos de la Unidad del Dolor
Fuente: Muñoz-Ramón, Paz, Cerpa, Varela & García-Caballero (2008)

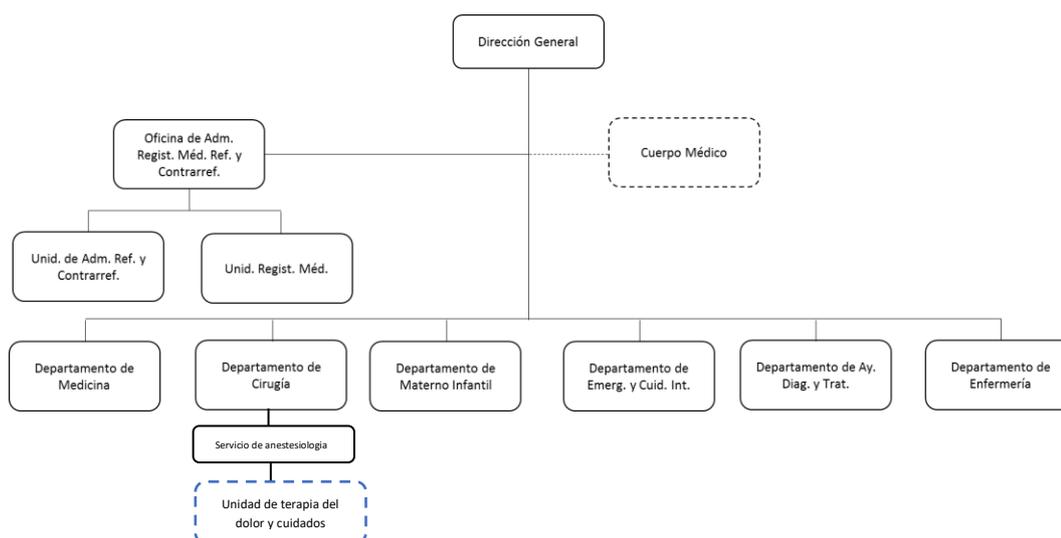


Figura 12. Estructura Orgánica del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé
Fuente: Manual de Organización y Funciones de la Red Asistencial Junín

De acuerdo a la Norma Técnica de Salud Tratamiento de Dolor, se debe contar con el siguiente personal: médicos, psicólogos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y asistentes sociales. Y además, deberá contar con el siguiente equipamiento médico: Equipos biomédicos, material fungible y medicamentos.

5.3. Metas periodo de 3 años

Tabla 11.
Metas de la propuesta periodo 3 años

PRODUCTOS	ACTIVIDADES/METAS	1		2		3	
		1S	2S	1S	2S	1S	2S
Plan de Implementación de la gestión	Planificación de la gestión de riesgos y desastres	*	*				
	Elaboración del Manual de Sistema de referencia y contra referencia	*	*				
	Elaboración guía de atención paliativa	*	*				
	Elaboración del Mapa de procesos	*	*				
	Elaboración de fichas de caracterización	*	*				
	Planificación de procedimientos administrativos	*	*				
Programa de capacitación	Definir los objetivos de la capacitación	*	*				
	Elaboración del presupuesto	*	*				
	Definir el contenido temático del curso, taller o seminario	*	*				
	Prever los medios y recursos didácticos:	*	*				

	Determinar la duración y el cronograma	*	*				
	Seleccionar a los participantes	*	*				
	Seleccionar a los capacitadores	*	*				
	Diseñar el sistema de evaluación			*	*	*	
Contratación de personal para la Unidad de Cuidados Paliativos y Manejo de Dolor Crónico	Diagnóstico de necesidades de recursos humanos	*					
	Solicitud del nuevo personal a la Dirección General del Hospital	*					
	Convocatoria						
	Presentación de hojas de vida						
	Calificación hojas de vida						
	Publicación de resultados						
	Suscripción de contratación	*	*				
Acondicionamiento de ambientes físicos	Diagnóstico de las necesidades de infraestructura o espacio físico						
	Gestionar el requerimiento de acondicionamiento de espacios físicos						
	Ingresar al plan de trabajo y presupuesto						
	Seguimiento de la ejecución del presupuesto						
	Socialización de la norma técnica	*					
Plan de adecuación de la norma (en paralelo)	Cumplimiento de los estándares mínimos requeridos	*					
	Seguimiento	*	*	*	*	*	*
	Evaluación	*	*	*	*		

CAPÍTULO VI: ANÁLISIS DE VIABILIDAD

Luego de la propuesta de implementación detallado en el capítulo V, en este capítulo se analiza la viabilidad de la propuesta a través de la metodología SADCI, la evaluación de la viabilidad toma en cuenta distintas aristas como la política, social y presupuestal para su ejecución. También se presenta el análisis de la viabilidad según la metodología MACTOR que incorpora el análisis de los actores.

6.1. Análisis de Viabilidad

6.1.1. SADCI.

El Sistema de Análisis y Desarrollo de la Capacidad Institucional (SADCI) es un sistema propuesto para que cualquier decisor pueda iniciar, desarrollar, actualizar y posteriormente institucionalizar una actividad específica. El SADCI puede ser utilizado en la preparación de proyectos, el análisis de la capacidad institucional (ACI), la administración en fase de implementación, la gerencia del personal y el monitoreo y evaluación de las actividades del proyecto. Utiliza la identificación de los Déficit de Capacidad Institucional (DCI), el análisis del DCI clasifica en distintos tipos de déficit (Tobelem, 2009). Existen distintos formularios del SADCI que permiten una evaluación completa de la propuesta (Tobelem, 2009):

- DCI por reglas de Juego (ROG)
- DCI Relaciones Interinstitucionales (IRR)
- DCI por Organización interna (ORG)
- DCI por Gerencia de Personal y Sistema de Remuneración (PPR)
- DCI por Habilidades
- Sinopsis de la estrategia de DI y programa de acción correspondiente

Previo a la ejecución de formularios se define los objetivos del proyecto y/o unidad de investigación, las actividades - recursos correspondientes y las tareas de dichos objetivos.

En la parte superior del trabajo se definió los objetivos de la propuesta y las actividades de cada producto propuesto, ahora se procede a codificar las actividades de cada producto.

A. Codificación de actividades.

Tabla 12.
Codificación de las actividades de los productos propuestos

Producto	Actividad	Código
Plan de Implementación de la gestión	Planificación de la gestión de riesgos y desastres	101
	Elaboración del Manual de Sistema de referencia y contra referencia	102
	Elaboración guía de atención paliativa.	103
	Elaboración del Mapa de procesos	104
	Elaboración de fichas de caracterización	105
	Planificación de procedimientos administrativos	106
Programa de capacitación	Definir los objetivos de la capacitación	201
	Elaboración del presupuesto	202
	Definir el contenido temático del curso, taller o seminario	203
	Prever los medios y recursos didácticos	204
	Determinar la duración y el cronograma	205
	Seleccionar a los participantes	206
	Seleccionar a los capacitadores	207
	Diseñar el sistema de evaluación	208
Contratación de personal para la Unidad de Cuidados Paliativos y Manejo de Dolor Crónico	Diagnóstico de necesidades de recursos humanos	301
	Solicitud del nuevo personal a la Dirección General del Hospital	302
	Convocatoria	303
	Presentación de hojas de vida	304
	Calificación hojas de vida	305
	Publicación de resultados	306
	Suscripción de contratación	307
Acondicionamiento de ambientes físicos	Diagnóstico de las necesidades de infraestructura o espacio físico	401
	Gestionar el requerimiento de acondicionamiento de espacios físicos	402
	Ingresar al plan de trabajo y presupuesto	403
	Seguimiento de la ejecución del presupuesto	404
Plan de adecuación de la norma	Socialización de la norma técnica	501
	Cumplimiento de los estándares mínimos requeridos	502
	Seguimiento del cumplimiento de la norma	503
	Evaluación del cumplimiento de la norma	504

B. Déficit de Capacidad Institucional por Reglas de Juego (ROG).

En esta parte se califica las actividades de cada producto de acuerdo a las reglas de juego, es decir, al sistema de gobierno, constitución, legislación sectorial, reglamentación y aquellas reglas de costumbres que no necesariamente están escritas. Asimismo, se evaluó, el déficit relacionados con relaciones interinstitucionales, el déficit relacionados con la estructura organizacional interna y distribución de funciones, el déficit desde el punto de vista de las políticas de personal, el déficit desde el punto de vista de insumos físicos y recursos humanos y el déficit relacionados con la capacidad individual de los participantes en las direcciones involucradas.

Categorizar la capacidad institucional es importante, dado que existe evidencia de que solidez institucional es la principal causa de éxito o fracaso de las actividades de desarrollo.

En el siguiente cuadro se mostrará un consolidado del análisis desde el punto de vista de las Reglas de Juego (ROG) de los diversos puntos requeridos por SADCI, donde se mostrará todos los vacíos de la normatividad o la falta de normatividad si existiese para el cumplimiento de objetivos. Asimismo, se incluirá algunos aspectos culturales que restrinjan la ejecución de las actividades. Por lo tanto, se aplicó una calificación de escala del 1 al 5, donde (1) Muy Alto Déficit de Capacidad Institucional, (2) Alto Déficit de Capacidad Institucional, (3) Normal Déficit de Capacidad Institucional, (4) Bajo Déficit de Capacidad Institucional y (5) Muy Bajo Déficit de Capacidad Institucional, es decir, que no presenta déficit institucional su ejecución.

Tabla 13.
Evaluación de la gravedad DCI

Código	Descripción de tareas	Gravedad de Déficit Capacidad Institucional (DCI)				
		1	2	3	4	5
101	Verificar espacios necesarios para implementación de recursos, verificar estructuras para espacios seguros, puntos de accesos y salidas de emergencia; identificar los peligros, evaluación y control de riesgos y elaboración del Plan de contingencia ante la demanda y desastres. Si bien las tareas no se encuentran reglamentadas para efectos de la propuesta el equipo encargado de la propuesta delegará esta actividad.				xx	
102	Esta normado que se aplique las normas del sistema de referencia y contra referencia en el Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico					xx
103	Elaborar guía de atención paliativa con la finalidad de mejorar la calidad de atención de las personas, en dicha guía de atención se contará con la participación de los actores directos del área.					xx
104	Contribuye a hacer visible el trabajo que se debe realizar día a día, de manera correcta. Se encuentra normado en Essalud la elaboración de MAPRO's					xx
105	Fichas de caracterización, permite la identificación de los recursos, personal involucrado, indicadores, infraestructura, documentación requerida, entre otros.					xx
106	Procedimientos, son importantes ya que describen de manera detallada como se realizan determinadas actividades, procesos o funciones.					xx
201	Los lineamientos claros en la unidad de cuidados paliativos estarán definidos desde la creación de la unidad					xx
202	Se requiere del área administrativa para la elaboración del presupuesto, la opinión técnica del personal de investigación, la participación del comité encargado de la creación de la unidad.					xx
203	El área de investigación y docencia tiene a su cargo la formación del personal, el soporte de ellos será vital en la definición de contenido temático del curso, taller o seminario					xx
204	El área de gestión de proveedores implementa los recursos didácticos y medios para la capacitación al personal					xx
205	El área de investigación y docencia determina la duración y el cronograma de la capacitación, es parte de sus funciones la capacitación constante					xx
206	La gerencia de Recursos Humanos tiene a su cargo la formación del personal, siendo los actores principales los médicos quienes de acuerdo al área que corresponden recibirán la capacitación. Existe déficit de médicos con conocimientos previos					xx
207	Si bien el área de Investigación y docencia cuenta con personal para capacitar al personal, en general, dentro de la institución existe un déficit de personal experto de los cuidados paliativos y manejo del dolor crónico					xx
208	El diseño de las evaluaciones se ejecutará bajo la responsabilidad del docente y la supervisión estará a cargo del área de investigación y docencia. Los estándares de evaluación tendrán la participación de ONG's					xx
301	Esta actividad busca conocer las necesidades de personal en la nueva unidad, definir la cantidad y tipo de profesionales que se requieren. Se busca también en esta actividad determinar qué perfil y actitudes se requieren del personal. En esta actividad participará el comité encargado de la implementación de la unidad.					xx
302	Se solicitará la contratación de personal para la Unidad de Cuidados Paliativos y manejo de dolor crónico. Esta actividad no presenta dificultad dado que está dentro de la estructura jerárquica del hospital nacional.					xx

303	Se convocará a los profesionales, la gerencia de Recursos Humanos es el encargado por norma de realizar la convocatoria de personal	XX
304	Parte del proceso de convocatoria de profesionales es la presentación de las hojas de vida, este paso esta normado. No presenta déficit de capacidad institucional	XX
305	El proceso de convocatoria está conformado por la calificación de las hojas de vida, esta actividad es parte de la gerencia de Recursos Humanos. No presenta déficit de capacidad institucional	XX
306	La publicación de resultados está dentro del proceso de convocatoria y esta normado. No presenta déficit de capacidad institucional	XX
307	La suscripción de contratos también se encuentra dentro del proceso de convocatoria, este procedimiento está a cargo de la gerencia de Recursos Humanos	XX
401	El comité encargado de la implementación de la unidad realizará un diagnóstico de las necesidades de infraestructura y espacio físico a fin de conocer el espacio para la nueva unidad dentro del Hospital Nacional. Esta actividad no presenta dificultad, requiere la organización del comité y la planificación del mismo.	XX
402	La unidad creada remite su solicitud al HNRPP, área administrativa, a fin de dar a conocer la problemática o necesidad que existe dentro de la unidad. Dado que la unidad se encuentra dentro del hospital, la comunicación será directa y efectiva.	XX
403	La unidad formuladora es la encargada de la formulación del plan de trabajo (estudio) la cual está dentro del área de Planeamiento estratégico, el hospital cuenta con el área lo cual hace factible la identificación de la necesidad y la ejecución del trabajo.	XX
404	Dentro del área de procesos de gestión, el encargado de realizar el seguimiento al proyecto de inversión es la gerencia administrativa como personal del recurso de materiales.	XX
501	El área encargada de recursos humanos, posterior al ingreso del personal médico tendrá la función de actualizar al personal en el tema de cuidados paliativos y dolor crónico. Debiéndose abordar las creencias que tienen los profesionales en relación al tratamiento del dolor.	XX
502	No existe un plan nacional de cuidados paliativos para pacientes, pero si una normativa para el dolor; por tanto, los estándares mínimos serán establecidos dentro la institución para cumplir con un adecuado y multidisciplinario tratamiento en favor del paciente. La planificación y organización de la misma, requerirá de recursos tanto humanos, logísticos y tiempo para que sea una práctica dentro de la unidad.	XX
503	El seguimiento de la adecuación de la norma estará a cargo de la dirección del hospital y de la unidad, en cumplimiento de las metas ya establecidas.	XX
504	La evaluación de las normas estará a cargo del área de investigación. Se tendrá como referentes a los hospitales que implementaron la unidad como el Instituto nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), huelga decir que será una labor constante y del trabajo conjunto de actores e involucrados.	XX

Como se observa, la calificación SADCI indica que la ejecución del proyecto no presenta en ningún caso un rango de déficit institucional.

Lo que garantiza que la Institución puede llevar a cabo la

implementación de todos los productos propuestos. Las evaluaciones se realizaron junto con el Gerente del Hospital Nacional de Ramiro Prialé Prialé (Vilma Chávez Alfaro).

Por tanto, al ser un proyecto factible bajo el enfoque SADCI no se requerirá ejecutar un plan de contingencia.

6.1.2. Viabilidad Política.

Según el Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica del año 2012, el Ministerio de Salud declaró en el 2007 la necesidad de fomentar el desarrollo de cuidados paliativos a través de un Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y el Control del Cáncer, Además, en la resolución ministerial Perú contra el Cáncer, artículo 4.5 y 4.6 se hace énfasis en el manejo adecuado del dolor y de otros síntomas de todas las enfermedades del paciente de cáncer y su familia, e incluye incorporar la práctica de cuidados paliativos en todas las unidades oncológicas y centros especializados y da prioridad a la capacitación del personal de enfermería. Sin embargo, aún no se ha normado una política de cuidados paliativos para la población no oncológica, esto sumado a la inestabilidad que existe en las instituciones del Estado por el cambio de direcciones, de jefaturas o ministros (Pastrana et al., 2012).

Asimismo, no hay sistema gubernamental de auditoria que evalúe y vigile el estándar de prestación de servicios de cuidados paliativos. Por otro lado, existe una estrategia nacional de atención primaria que hace referencia a la prestación de cuidados paliativos, pero la estrategia nacional VIH/SIDA no lo incluye.

A su vez, los cuidados paliativos no están presentes en todo el país, pero se han iniciado políticas de integración para pacientes oncológicos.

Hay un compromiso del Gobierno Peruano, que incluye al poder legislativo en promover la creación de una comisión especial para la elaboración de un plan nacional de cuidados paliativos para pacientes adultos y pediátricos (Essalud, 2018).

6.1.3. Viabilidad Social.

Los cuidados paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen una enfermedad grave o que lo pone en peligro. La falta de formación y de conciencia sobre los cuidados paliativos por parte de los profesionales de la salud es un obstáculo importante a los programas de mejoramiento del acceso a esos cuidados. La necesidad de cuidados paliativos va en aumento a nivel mundial como consecuencia de la creciente carga de enfermedades no transmisibles y del proceso de envejecimiento de la población.

Los cuidados paliativos no solo mejoran la calidad de vida de los pacientes sino de sus allegados. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual.

Los cuidados paliativos están reconocidos en el contexto del derecho humano a la salud, y deben centrarse en la persona prestando especial atención a las necesidades y preferencias del individuo.

6.1.4. Viabilidad Presupuestal.

De acuerdo a la norma técnica MINSA/ DGSP V.01 el hospital con nivel III-1 como es el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé debe tener la infraestructura de acuerdo a la demanda y a la capacidad de la oferta del establecimiento, la norma indica que debe tener los siguientes aspectos:

Tabla 14.

Tipo de ambiente

Tipo de ambiente	I-1	II-2	III-1
Ambiente para consultorio		X	X
Ambiente de Procedimientos			X
Ambiente de Trabajo			X
Ambiente de Recuperación			X

En cuanto al personal médico, la norma indica que el equipo multidisciplinario debe estar conformado por:

- Jefe responsable de la unidad: Medico titulado y registrado con experiencia y capacitación en temas de dolor
- Médicos: El profesional debe dedicarse exclusivamente al área
- Psicólogo: Profesional titulado y colegiado con experiencia en atención a pacientes con dolor
- Licenciado en enfermería: Titulado universitario colegiado, con competencias en atención al paciente con dolor
- Técnicos de enfermería: Egresado con certificado de Instituto superior y con competencias de apoyar la atención al paciente con dolor

6.2. MACTOR: Análisis de Viabilidad según análisis de actores

Por medio del siguiente método de análisis de juego de actores se busca calcular las actitudes de los actores (acuerdo, neutralidad o desacuerdo) en relación a las posturas u objetivos planteados.

Luego de realizar una revisión de los actores claves como la comunidad, usuarios, medios de comunicación, OMS, OPS, MINSA, CMP, Ministerio de economía y finanzas, el propio Estado y Entidades Prestadoras de Salud (EPS) se identificó como actores claves a los siguientes:

Tabla 15.
Análisis de viabilidad según actores

Análisis de actores				
Actor	Finalidades / objetivos	Proyectos en desarrollo y maduración	Motivaciones y obligaciones	Comportamiento estratégico pasado (actitud)
Comunidad	Bienestar de la comunidad	Expectante a los cambios	Acudir a los EESS	Apoyar medidas en beneficio a la comunidad
usuarios	Bienestar salud	Expectante a los cambios	Acudir a EESS	Apoyar medidas en beneficio individual
Medios de comunicación	Informar a la población	Investigar la utilización adecuada de fondos	Reporte de EESS	Informar cambios y renovaciones en los establecimientos de salud
Autoridades				
OMS	Establecer normas de salud a nivel mundial	Alianzas a nivel mundial	Apoyar reformas en salud	Interés por los resultados
OPS	Establecer normas de salud a nivel continental	Alianzas a nivel mundial	Apoyar reformas en salud	Interés por los resultados
MINSA	Establecer normas de salud a nivel nacional	Creación de unidad de cuidados paliativos y tratamiento del dolor crónico	Apoyar reformas en salud	Cuestiona las implementaciones y duda su apoyo
CMP	Respetar las normas de salud	Planes de mejora de atención	Apoyar reformas en salud	Capacita personal para la atención diferenciada
Financistas				
MEF, Estado, EPS	Financiamiento en salud	Plan de estrategia económica para financiamiento	Financiar reformas en salud	Cumplirá con establecer fondos destinados al mantenimiento del servicio

Actor	Proyectos en desarrollo y maduración	Medias de acción
Comunidad	Expectante a los cambios	Vienen solicitando apoyo a sus familiares y comunidad
Usuarios	Expectante a los cambios	Requieren de cuidados cada vez más especializados
Medios de comunicación	Investigar la utilización adecuada de fondos	Investiga cada aporte económico y analiza la inversión según el avance de los proyectos
Autoridades		
OMS	Alianzas a nivel mundial	Interesado en la implementación de unidad de cuidados paliativos y manejo del dolor crónico a nivel mundial
OPS	Alianzas a nivel mundial	Interesado en la implementación de unidad de cuidados paliativos y manejo del dolor crónico a nivel mundial
MINSA	Creación de unidad de cuidados paliativos y tratamiento del dolor crónico	Expectante a la implementación de un servicio especializado de cuidados paliativos
CMP	Planes de mejora de atención	Realiza talleres de capacitación a profesionales médicos para una atención especializada
Financistas		

Tabla 16.
Relación de los actores con los productos propuestos

Actor / Producto	P1	P2	P3	P4	P5	Suma absoluta
Comunidad	+1	+1	+1	+1	0	5
usuarios	+1	+1	+1	0	0	3
Medios de comunicación	+1	+1	+1	+1	0	4
OMS	+1	+1	+1	+1	+1	5
OPS	+1	+1	+1	0	+1	4
MINSA	+1	+1	+1	+1	+1	5
CMP	+1	+1	+1	0	+1	4
MEF, Estado, EPS	0	+1	+1	+1	+1	4
Número de acuerdos	7	8	8	5	5	
Número de desacuerdos	0	0	0	0	0	
Número de posiciones	7	8	8	8	5	

La matriz de relación de los actores con los productos propuestos (Tabla 16) demuestra la valoración de cada actor con relación a cada objetivo (de acuerdo, en desacuerdo, neutral o indiferente). Dónde:

- -1: actor en desacuerdo a la consecución del objetivo.
- 0: posición neutra.
- 1: actor en acuerdo a la consecución del objetivo.

Se considera que, en relación a la necesidad de una adecuada atención de servicios sanitarios, todos los actores presentarían al menos una posición favorable al logro de los productos propuestos a implementar una unidad de cuidados paliativos y manejo de dolor crónico en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé.

6.3. Análisis de Viabilidad según evaluación estratégico – gerencial

De acuerdo al presidente de Essalud, Gabriel Del Castillo, planteó trabajar de manera integrada todos los subsistemas de salud en temas de enfermedades crónicas y cuidados paliativos para brindar una atención de calidad a los pacientes. Este planteamiento estará trabajado en tres niveles de atención en las redes hospitalarias que fortalecerá la atención primaria, el reposo y el hospicio (Essalud, 2018).

Se pondrá énfasis en la atención a domicilio de los pacientes, así como fortalecer la medicina familiar para abordar el duelo posterior de los familiares de los pacientes (Essalud, 2018).

Además, se debe aprovechar los diferentes convenios o acuerdos con distintas instituciones públicas como privadas en favor del usuario interno (personal médico y no médico, administrativos) así como el usuario externo (pacientes)

CAPÍTULO VII: SEGUIMIENTO

En el capítulo VII se establece el proceso de monitoreo, evaluación y seguimiento de los productos desarrollados en la propuesta de creación de la unidad de cuidados paliativos y manejo de dolor crónico en el hospital y de esta forma verificar el cumplimiento de las metas establecidas.

7.1. Desarrollo de Indicadores para seguimiento

Se ejecutará un seguimiento trimestral respecto al cumplimiento de las actividades para el logro de cada uno de los productos propuestos.

Tabla 17.
Indicadores de seguimiento

Producto	Actividades	2018				2019			
		1t	2t	3t	4t	1t	2t	3t	4t
Implementación de la gestión	Planificación de la gestión de riesgos y desastres	*							
	Elaboración del Manual de Sistema de Referencia y Contrarreferencia.		*						
	Elaboración Guía de atención paliativa (Guía de práctica clínica Guía de procedimientos médicos)		*						
	Elaboración del Mapa de procesos		*						
	Elaboración de fichas de caracterización			*					
	Planificación de procedimientos administrativos			*					
	Definir los objetivos de la capacitación			*					
Programa de capacitación	Elaboración del presupuesto			*					
	Definir el contenido temático del curso, taller o seminario			*					
	Prever los medios y recursos didácticos			*					
	Determinar la duración y el cronograma			*					
	Seleccionar a los participantes			*					
	Seleccionar a los capacitadores			*					
	Diseñar el sistema de evaluación			*					
Implementación de ambientes físicos	Exponer la problemática				*				
	Ingresar al plan de trabajo y presupuesto				*				
	Seguimiento de la ejecución del presupuesto					*		*	
Plan de adecuación de la norma	Socialización de la norma técnica					*	*	*	
	Cumplimiento de los estándares mínimos requeridos						*		
	Seguimiento						*	*	
	Evaluación							*	

En cada corte se realizará un reporte trimestral de seguimiento al logro de las actividades propuestas, que servirá de insumo para la toma de decisiones respecto de las acciones generales que se deban tomar para garantizar el logro del producto propuesto en los tiempos establecidos.

7.2. Desarrollo de Indicadores de resultado

También llamados indicadores de productividad, los cuales permiten monitorear el nivel de cumplimiento de las metas propuestas.

1. Indicador para el producto 1: Implementación de la gestión

Indicador: Indicador de cumplimiento de los procedimientos administrativos.

a) Indicador de cumplimiento:

IA= Procedimientos realizados /Número total de procedimientos administrativos * 100

ó PR/NTA*100

Donde:

PR= N° de procedimientos realizados

NTA= N° total de procedimientos administrativos

IA= Indicador de cumplimiento sobre los procedimientos realizados

b) % de implantación de responsables de unidades dependientes dentro el servicio de anestesiología.

c) % de guías de atención paliativas (Guías de procedimientos médicos).

2. Indicador para el producto 2: Programa de capacitación

Indicador de capacitación: se establecerán indicadores para efectuar el resultado del Plan de Capacitación:

a) *Indicador de cumplimiento:*

IC= número de jornadas de capacitación /Número total de capacitaciones*100

ó NJC/NTC*100.

Donde:

NJC= N° de jornadas de capacitación

NTC= N° total de capacitaciones

IC= Indicador de cumplimiento del programa de formación y educación.

b) *Indicador de asistencia:*

IA= Numero de personal capacitado/Número total de empleados * 100

ó NPC/NTP*100

Donde:

NPC= N° de personal capacitado

NTP= N° total de empleados

IA= Indicador de asistencia a capacitaciones.

c) % de avance en elaboración del programa de capacitación

d) % del personal que completan las capacitaciones

3. Indicador para el Producto 4: Implementación de equipos físicos

a) % de equipos de atención primaria en buen estado en la unidad de cuidados paliativos.

b) % de equipos implementados en la unidad de cuidados paliativos.

c) % del presupuesto para la implementación de equipos físicos.

4. Indicador para el Producto 5: Plan de adecuación a la norma

a) % de evaluaciones realizadas durante el año.

b) % del personal de la UCP que asiste a la capacitación de la norma

c) % de avance de cumplimientos sobre la norma técnica

7.3. Evaluación

Se realizará una evaluación semestral y anual respecto del cumplimiento de las actividades establecidas para el logro de cada uno de los productos propuestos. Así como del indicador de resultado.

Tabla 18.
Indicadores de logro

Productos	Indicador del logro	1er año		2do año		3er año	
		1 sem	2 sem	1 sem	2 sem	1 sem	2 sem
P1: Implementación de la gestión de una unidad de cuidado paliativo y terapia de dolor crónico	% de los procedimientos realizados en el área de cuidados paliativos	X					
	% de implantación de responsables de unidades dependientes dentro el servicio de anestesiología	X		X		X	
	% de guías de atención paliativas (Guías de procedimientos médicos)	X					
P2: Programa de capacitación	% de cumplimiento del programa de formación y educación		X		X		X
	% de asistencia a capacitaciones		X		X		X
	% de avance en elaboración del programa de capacitación		X		X		X
	% del personal que completan las capacitaciones		X		X		X
P4: Implementación de ambientes físicos	% de equipos de atención primaria en buen estado en la unidad de cuidados paliativos.	X		X		X	
	% de equipos implementados en la unidad de cuidados paliativos.	X		X		X	
	% del presupuesto para la implementación de equipos físicos.	X		X		X	
P5: Plan de adecuación de la norma	% de evaluaciones realizadas durante el año.		X		X		X
	% del personal de la UCP que asiste a la capacitación de la norma		X		X		X
	% de avance de cumplimientos sobre la norma técnica		X		X		X

Cada evaluación generara un reporte que servirá de insumo para la toma de decisiones respecto de las acciones gerenciales que se deban tomar para garantizar el logro del producto propuesto en los tiempos establecidos. La evaluación será de metas físicas y financieras.

CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES

A continuación, se presenta las conclusiones de la investigación a las que se llegó tras el análisis:

1. Los cuidados paliativos aún son un problema de salud a nivel mundial, ya que no ha tenido la atención suficiente de parte de las autoridades gubernamentales, más aún en Latinoamérica, donde la mayoría de pacientes con cáncer no reciben una adecuada atención. Hay avances, pero no son suficientes. En nuestro país, aun no esta muy desarrollado y básicamente esta implementado en los hospitales del sector público.
2. De acuerdo al diagnóstico situacional sobre la atención a pacientes con dolor crónico y cuidados paliativos en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, urge la creación de una Unidad de Cuidados Paliativos y Manejo de Dolor Crónico, sin embargo, se identificó cuatro nudos críticos relacionados a los procesos directivos, procedimiento paliativo, procesos clave asistenciales y docencia e investigación. Para atender, esta problemática se plantearon cinco productos.
3. Los resultados encontrados en esta investigación son de suma importancia, ya que permitirá alinear la propuesta de creación de una unidad de cuidados paliativos y tratamiento del dolor crónico al plan de acción mundial de la OMS además de gestionar y priorizar la implementación de una unidad de cuidados paliativos y manejo de dolor crónico en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé.
4. Con relación a la mejora de la gestión de unidades dependientes del Servicio de Anestesiología en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé el análisis revela que existe una imperativa y pertinente necesidad de crear una Unidad de Cuidados Paliativos y Manejo de Dolor Crónico, pues negar el derecho a los cuidados paliativos atenta contra el derecho a la salud, a la vida, a la seguridad y a la existencia digna, además de causar sufrimiento en el paciente. Asimismo, la alta demanda de pacientes que requiere este tipo de prestaciones sanitarias y la capacidad resolutive del establecimiento sanitario analizado propicia la formulación de esta propuesta.

5. Respecto a dotar de profesionales capacitados en cuidados paliativos de terapia de dolor crónico, se aprecia que es preciso formular programas de capacitación, las mismas que han de fortalecer la política en la formación, capacitación y educación continua del personal de salud (médico y no médico) de acuerdo con las demanda y particularidades epidemiológicas de pacientes del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé. Asimismo, esta formación profesional en cuidados paliativos adquiere una relevancia particular en el trabajo decididamente interdisciplinario.

6. En relación a dar a conocer la necesidad de la Unidad de Cuidados Paliativos y Manejo de Dolor Crónico, las evidencias demuestran que antes de llevar a cabo toda iniciativa relacionada con la creación de un nuevo servicio a brindar es preciso iniciar sensibilizar a planificadores y gestores ya que estos son un recurso clave. En este proceso de sensibilización ha de contar con la colaboración de las sociedades científicas que avalen criterios de intervención y metodologías de trabajo propias del modelo de atención de cuidados paliativos y promuevan los cambios de actitudes de los profesionales en el ámbito sanitario.

7. Adecuar la infraestructura para ambientes exclusivos destinados para el cuidado paliativo y terapia de dolor crónico, ya que permitiría extender la cobertura de los servicios de salud. Asimismo, el proceso de adecuación ha de estar acompañado de planeación, diseño, así como el equipamiento y mantenimiento de los mismos. Por último, resulta imprescindible que la infraestructura no solo se encuentre acorde a lo establecido por la normatividad nacional, sino que esta logre estándares internacionales con miras a propiciar un mayor nivel de cuidado y eleve la calidad de vida del paciente que requiere de cuidado paliativo y terapia de dolor crónico.

8. Es preciso adecuarse los productos a desarrollar se adecuen a las normas vigentes sobre servicios de cuidados paliativos y terapia de dolor crónico, ya que solo así es posible garantizar la calidad del proceso y la calidad del producto a brindar a los pacientes del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé.

CAPÍTULO IX: RECOMENDACIONES

1. Implementar acciones a nivel gerencial del Hospital y de la Red Asistencial Junín que permitan la ejecución de la propuesta de creación de la unidad de tratamiento de dolor crónico y cuidados paliativos, ya que tiene una viabilidad económica, política, social y estratégico-gerencial.
2. Para la mejora de la gestión del Hospital, esto conllevará un compromiso institucional no solo de la Gerencia de la Red Asistencial y de dirección del Hospital, sino de todo el personal de los diferentes y unidades orgánicas de la institución, ya que se deben elaborar diversos documentos de gestión y planificación.
3. Para la implementación del programa de capacitación, se debe reasignar e incluir las funciones de la unidad de capacitación de docencia e investigación hacia la unidad de cuidados paliativos y terapia del dolor crónico, con la finalidad de dotar profesionales capacitados para esta unidad.
4. Adecuar o crear un ambiente físico para la nueva unidad de cuidados paliativos y terapia del dolor crónico, de acuerdo a la normativa del Ministerio de Salud sobre Tratamiento del Dolor.
5. Realizar un programa de capacitación para la socialización de los cambios realizados a la norma técnica para su cumplimiento de manera eficiente por todo el personal asistencial y no asistencia, tanto técnica como profesional.
6. Priorizar en los planes institucionales estratégicos del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé la inclusión de programas de capacitación sobre las normativas vigentes y actuales del país sobre cuidados paliativos y tratamiento del dolor crónico.
7. Incentivar a profesionales, estudiantes y personas del sector emplearse a los cuidados paliativos, por parte del Ministerio de Salud para realizar más iniciativas de capacitaciones y foros internacionales sobre el cuidado paliativo, también el desconocimiento por parte del congreso que no busca comprometerse trabajar con el Ministerio de Salud, así como otras instituciones que está comprometida con el tema de cuidado paliativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdulaziz, A., & Zahid, A. (2016). Palliative Care: Time for Action. *Oman Med J*, 31(3), 161-163. doi:10.5001/omj.2016.32
- Agencia Peruana de Noticias (2013). *Asegurados al SIS y EsSalud se beneficiarán con convenio de intercambio prestacional*. Publicado el 18 de Setiembre del 2013. Recuperado el 10 de Mayo de 2018, de <https://bit.ly/2G5IPHI>
- Álvarez, A. (2004). Investigación de problemas críticos y su aplicación académica en la Maestría en Educación Médica. *Educ Med Super*. 18(1), 24-28.
- American Cancer Society. (7 de Enero de 2018). Una guía sobre cuidado paliativo o de apoyo. Obtenido de Cancer.org: <http://bit.ly/2JeilqN>
- Arias, L., Huarcaya, G., Luna, Y., y Mauricio, P. (2017). Plan de Negocio de Servicios de Cuidados Paliativos Domiciliarios para Pacientes Oncológicos de Lima Este. (Tesis de maestría en Gerencia de Servicios de Salud). Lima: Universidad ESAN.
- Aspiazu, T. (2015). Determinación de nudos críticos operativos que alteran la imagen institucional del Hospital Dr. "Teodoro Maldonado Carbo" de la ciudad de Guayaquil. (Tesis de maestría en Gerencia de Servicios de Salud). Ecuador: Universidad Técnica de Babahoyo.
- Astudillo, W., Díaz, E., García, J., Mendinueta, C., Granja, P., De la Fuente, C., Torres, L. (2009). Cuidados paliativos y tratamiento del dolor en la solidaridad. *Rev Soc Esp Dolor*, 16(4), 245-255.
- Atehortúa, F., Bustamante, R., & Valencia, J. (2008). *Sistema de gestión integral. Una sola gestión, un solo equipo*. 1ra. ed. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia. pp. 68-70.
- Barzola, T., & Loayza, V. (2016). *Impacto de los cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida y muerte digna en personas con cáncer terminal*. Universidad Privada Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud, Lima, Perú.
- Bender, S. (2014). Orofacial pain and headache: a review and look at the commonalities. *Curr Pain Headache Rep*, 400.

- Benoliel, R., Eliav, E., & Sharav, Y. (2010). Classification of chronic orofacial pain: applicability of chronic headache criteria. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 729-737.
- Berenguel, M., Díaz, G., Hidalgo, L. (2012). Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica ALCP. 1ª ed. Houston: IAHPC Press.
- Boezaart, A., Munro, A., Tighe, P. (2013). Acute pain medicine in anesthesiology. *F1000Prime Rep*. 2013; 5: 54.
- Bourne, L. (2005). *Project relationship management and the stakeholder circle*. (Theses of Doctor Project Management). RMIT University.
- Bourne, L. (2013). *Gestión de stakeholders. Gestión de grupos de interés*. Colombia, Bogotá: Ediciones EAN.
- Bourne, L., Walker, D., Shelley, A. (2008). Influence, stakeholder mapping and visualization. *Construction Management and Economics*. 26(6), 645-658.
- Bushnell, M., Ceko, M., & Low, L. (2013). Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nat Rev Neurosci*, 502-511.
- Castañeda, C; O´Shea, G; Lozano, J; Castañeda, G; Castañeda, C. (2015), Programa de medicina y cuidados paliativos. *Gaceta mexicana de oncología*, 171-175.
- Cevallos, J. (2016). La infraestructura hospitalaria pública en el Perú. Informe de investigación. Disponible en: <http://bit.ly/2Jvzqf7>
- Chen, J. (2011). History of pain theories. *Neurosci Bull*, 27(5), 343–350.
- Contreras, S., & Sanhueza, O. (2016). Los pacientes del programa de alivio de dolor y cuidados paliativos: razones y significados para enfermeros. *Ciencia y Enfermería*, 22(1), 47-63.
- Crofford, L. (2015). Chronic Pain: Where the Body Meets the Brain. Crofford LJ, 167-183
- Defensoría del Pueblo (2018) *Aportes para la regulación de los centros de atención residencial para personas adultas mayores*(N°11). Recuperado de: <https://bit.ly/2L4FmyC>
- De Lima, L. (2015). Palliative care and pain treatment in the global health agenda. *Pain*, 156(1), S115-S118. doi:10.1097/01.j.pain.0000460349.23083.0b

- Del Río, J., Medina, P. (2015). Comunicación interna hospitalaria: una aproximación desde la creatividad. *Revista Mediterránea de Comunicación*. 6(2), 215-227.
- Diario Correo (2015). Director de hospital de Essalud asume cargo entre quejas (07 de Julio del 2015). Recuperado de <https://bit.ly/2JfV9p6>
- Diario Correo (2015). *EsSalud de Huancayo comienza el año con nuevo gerente*. Publicado el 06 de Enero 2015. Recuperado el 10 de Mayo de 2018, de <https://bit.ly/2G7z3Uk>
- Diario Médico (2018). *Más de 40 expertos nacionales e internacionales expondrán sobre Cuidados Paliativos en Lima* Publicado el 03 de Enero 2018. Recuperado el 05 de Junio de 2019, de <https://bit.ly/2Wgqvbls>
- Dobosz, Ł., Kaczor, M., & Stefaniak, T. (2016). Pain in pancreatic cancer: review of medical and surgical remedies. *ANZ J Surg*, 756-761.
- Duque, L., Sánchez, C., Peñates, M. (2012). Plan de negocio: Instituto Colombiano del Dolor. Sede Bogotá. (Tesis de especialidad en Auditoría Pública). Medellín: Universidad CES.
- Erlenwein, J., Petzke, F., Stamer, U., Meibner, W., Nauck, F., Pogatzki, E., et al. (2017) Role of anesthesiology in pain medicine and palliative care treatment in German hospitals: Survey of department heads of anesthesiology on treatment structures. *Anaesthesist*. 2017; 66(8): 579-588.
- Espinoza, M. (2014) Evaluación de la calidad de atención del médico anesthesiólogo en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – 2013. *Revista Actas Peruanas de Anestesiología*, 21(2), pp.62-68. Obtenido de <https://bit.ly/2rxm7By>
- Espinoza, M; Repetto, P.; Cabieses, B.; Vargas, C.; Zitko, P. (2018) Propuesta de política pública para el manejo del dolor crónico musculoesquelético en Chile (Capítulo I). En Pontificia Universidad Católica de Chile. Propuestas para Chile - Concurso Políticas Públicas 2017 (pp. 19-42). Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile
- Essalud (2018). EsSalud trabajar conjuntamente para brindar cuidados paliativos a pacientes. Portal Web de Essalud. Recuperado de: <https://bit.ly/2JmoRc0>
- Essalud (2017a) Programa Reforma de vida- Informe técnico anual 2017. Recuperado de <https://bit.ly/2LfailY>

- Essalud (2017b) Directiva de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 05 - GCPS- ESSALUD- 2017. Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Paliativos en Essalud. Recuperado de <https://bit.ly/2O7cbc8>
- Essalud (2017c) Convocatoria para Contratación Administrativa de Servicios (CAS) Red asistencial Junín. Proceso 004-CAS-RAJUN-2017. Recuperado de <https://bit.ly/2EP23Ve>
- EsSalud (2015a). Hospital Rebagliati beneficia con cuidados paliativos a alrededor de cinco mil pacientes". (Internet). Lima, Perú. Recuperado de <https://bit.ly/2CKLsZr>
- Essalud (2015b) Banco de sangre y centro quirúrgico del Hospital de Huancayo cuenta con nuevos equipos. Recuperado de <https://bit.ly/2NM1r33>
- Essalud (2016a). Informe de evaluación. Plan Estratégico Institucional 2012-2016. Lima, Perú: Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo, Subgerencia de Control y Evaluación de la Gestión.
- Essalud (2016b) Directiva N° 13 -GG-ESSALUD-2016. Organización del manejo integral del dolor en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) en el Seguro Social de Salud – ESSALUD.
- EsSalud (2014). Manual de Organización y Funciones Red Asistencial Junin. Oficina de Gestión y Desarrollo.
- Essalud (2014) Essalud Junín firma convenio de cesión en uso de inmueble con municipio de Yauli La Oroya. Recuperado de <https://bit.ly/2KTJJgo>
- Essalud (2013) Convenio específico de cooperación interinstitucional entre el gobierno regional de Junín, el Seguro Social de Salud- Red asistencial Junín y el Seguro Integral de Salud. Recuperado de <https://bit.ly/2JkYYt9>
- Essalud (2010). *Reglamento de Organización y Funciones de la red Asistencial Junín*. Lima, Perú. Obtenido de <https://bit.ly/2rx6Lgu>
- Etkind, S. N., Gomes, B., Lovell, N., Evans, C., Higginson, I., & Murtagh, F. (2017). How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Med*, 102.
- Falk, S., & Dickenson, A. (2014). Pain and nociception: mechanisms of cancer-induced bone pain. *J Clin Oncol*, 1647-1654.
- Felix, E. (2014). Chronic neuropathic pain in SCI: evaluation and treatment. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 545-571.

- Figueiredo, J; Geraldo, S; Limeira, M; Lima, M; Xavier, I. (2013), Importancia de la comunicación en los cuidados paliativos en oncología pediátrica: un enfoque en la teoría humanística de enfermería. *Revista Latinoamericana Enfermagem*: 01-07
- Figueredo, K. (2013). *Intervención de cuidados paliativos domiciliarios para mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama avanzado* (Tesis de doctor). Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, La Habana, Cuba.
- García, G., Mendiata, L., Alariste, V., Luna, F., Limon, D., & Martinez, I. (2016). El dolor. Una revisión a la evolucion del concepto. *Ciencia nicolaita*, 69, 36-47.
- Gestión (02 de enero de 2018). *Cuidados paliativos: Perú tiene 130,000 pacientes pero pocos profesionales especializados*. Recuperado el 07 de febrero de 2018, de <http://bit.ly/2XrOiEV>
- Ghosh, A., Dzung, E., & Cheng, M. (2015). Interaction of palliative care and primary care. *Clin Geriatr Med*, 207-218.
- Gilron, I., Baron, R., & Jensen, T. (2015). Neuropathic pain: principles of diagnosis and treatment. *Mayo Clin Proc*, 532-545.
- Gobierno Regional de Junín (2016). *Memoria Anual 2015*. Obtenido de <https://bit.ly/2G53kTF>
- Gobierno Regional de Junín (2017). *Memoria Anual 2016*. Obtenido de <https://bit.ly/2jNfEit>
- Haroutiunian, S., Nikolajsen, L., Finnerup, N., & Jensen, T. (2013). The neuropathic component in persistent postsurgical pain: a systematic literature review. *Pain*, 95-102.
- Hausheer, F., Schilsky, R., Bain, S., Berghorn, E., & Lieberman, F. (2006). Diagnosis, management, and evaluation of chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Semin Oncol*, 15-49.
- Hidalgo, H. (2014). Plan de negocios para la apertura de un centro de hospitalización de pacientes de cuidados paliativos: Hospice Serena. (Tesis de Maestría Administración de Empresas). Chile: Universidad de Chile.
- Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé y Universidad Nacional del Centro del Perú (2014). *Alianza estratégica entre el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé-*

- Essalud y la Universidad Nacional del Centro del Perú*. Obtenido de <https://bit.ly/2jLaFyS>
- Ignorosa, C., & Gonzales, L. (2014). Cuidados paliativos para una muerte digna. Estudio de un caso. *Enfermería Universitaria*, 11(3), 110-116.
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2016). *Norma Técnica Oncológica de la Unidad Prestadora de Servicios de Salud de Cuidados Paliativos*. Lima, Perú: INEN.
- International Association for the Study of Pain. (07 de Febrero de 2018). IASP Taxonomy. Obtenido de iasp-pain.org: <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy>
- Jaggi, A., & Singh, N. (2012). Mechanisms in cancer-chemotherapeutic drugs-induced peripheral neuropathy. *Toxicology*, 1-9.
- Jensen, M., Chodroff, M., & Dworkin, R. (2007). The impact of neuropathic pain on health-related quality of life: review and implications. *Neurology*, 1178-1182.
- Koeppen, B., & Stanton, B. (2009). *Fisiología*. Madrid: Elsevier Health Sciences.
- Ley N° 30846. Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas. Diario Oficial El Peruano. Recuperado de: <http://bit.ly/2KYQQvh>
- López, L. (2017). *Proyecto de Ley N° 2033/2017-CR*. Obtenido de <https://bit.ly/2rya3kx>
- Martínez, G. (2015). Plan de negocios de una clínica para el alivio del dolor de pacientes con cáncer. (Tesis en Gerencia de Negocios). Bucaramanga, Colombia: Universidad Industrial de Santander.
- Medina, P. (2012). El valor estratégico de la comunicación interna hospitalaria. *Revista de Comunicación y Salud*. 2(1), 19-28.
- Mejía, A., Bravo, M., Montoya, A. (2013). El factor humano en las organizaciones. *Ing Ind*. 34(1), 2-11.
- Menéndez, D., Vadillo, F. (2012). *Sistemas de información y gestión del conocimiento en la organización sanitaria*. España, Editorial Club Universitario.
- Miltenburg, N., & Boogerd, W. (2014). Chemotherapy-induced neuropathy: A comprehensive survey. *Cancer Treat Rev*, 872-882.

- Ministerio de Economía y Finanzas (2019). *Transparencia Económica*. Lima, Perú.
Recuperado de: <https://bit.ly/2xtuL7N>
- Ministerio de Salud. (2005). Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología. Lima, Perú: Dirección General de Salud de las Personas.
- Ministerio de Salud (2006). Norma Técnica de Salud de las Unidades de Tratamiento de Dolor. Lima, Perú: MINSA.
- Ministerio de Salud. (2009). Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios Tratamiento de Dolor. Lima, Perú: Dirección General de Salud de las Personas.
- Ministerio de Salud (2017). Sala de Prensa. Visitado el 13 de julio del 2018.
Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=24166>
- Ministerio de Salud (2018). *Ministro Abel Salinas respalda iniciativa legislativa que promueve el Plan Nacional de Cuidados Paliativo*. Lima, Lima, Perú.
Obtenido de <https://bit.ly/2K96Tuf>
- Ministerio de Salud (2019). *Cuidados paliativos a pacientes oncológicos mejora su tratamiento y calidad de vida*. Lima, Lima, Perú. Obtenido de <https://bit.ly/2WhSUIa>
- Ministerio de Salud (2019). *Minsa convocó a expertos para elaborar Plan Nacional en Cuidados Paliativos para pacientes oncológicos y no oncológicos* Lima, Lima, Perú. Recuperado de <https://bit.ly/2YwT0Oa>
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (2007). *Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad de España. (2011). *Unidad de Tratamiento del Dolor - Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad*. Madrid: Secretaría General Técnica - Centro de Publicaciones.
- MINSALUD (2016). *Guía de práctica clínica. Cuidados paliativos*. Adopción. Colombia, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud.
- Munillo (2016) *Teorías contemporáneas de la organización y del management*. Ecoe Ediciones, Bogotá, Colombia.
- Muñoz, J., Paz, J., Cerpa, M., Várela, A., García, J. (2008). La gestión por procesos en el tratamiento del dolor. *Rev Soc Esp Dolor*. 15(6), 241-247.

- Muñoz-Ramón, J., Paz, J., Cerpa, M., Varela, A., García-Caballero, J. (2008). La gestión por procesos en el tratamiento del dolor. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 15(4), 241-247
- Nogueira, F; Sakata, R. (2012), Sedación paliativa del paciente terminal. *Revista brasileña de anestesiología*: 01-07
- Novoa, M., Caycedo, M., Aguillón, M., & Suárez, R. (2008). Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá. *Pensamiento Psicológico*, 177-192.
- Ojeda, M., Gómez, M., Grau, J., Marrero, M., Guerra, A. (2007). La evaluación del impacto de programas de cuidados paliativos: un estudio de la calidad de vida en pacientes de un hospital universitario. *Psicología y Salud*. 19 (1),5-20.
- OPS (2010). Curso de planeamiento hospitalario para la respuesta a desastres. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: <http://bit.ly/2XJ1VyY>
- Organización Mundial de la Salud (1999). Cuidados paliativos. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://bit.ly/2JRtSdj>
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020*. Obtenido de <https://bit.ly/1eSOrpR>
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Mejora del acceso a los cuidados paliativos*. Obtenido de <http://bit.ly/2L3haN0>
- Organización Mundial de la Salud. (06 de Febrero de 2018). WHO Definition of Palliative Care. Obtenido de WHO: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Organización Panamericana de la Salud (2014). *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019*. Washington, DC. Obtenido de <https://bit.ly/2l8sxIK>
- Ortega, R., Aguirre, E., Pérez, M., Aguilera, P., Sánchez, M., Arteaga, J. (2018). Intervención educativa para el manejo del dolor en personal de enfermería. *Ciencia UAT*, 12(2), 29-39.

- Paice, J., Mulvey, M., Bennett, M., Dougherty, P., Farrar, J., Mantyh, P., Smith, T. (2017). AAPT Diagnostic Criteria for Chronic Cancer Pain Conditions. *J Pain*, 233-246.
- Parodi, J; Morante, R; Hidalgo, L; Carreño, R. (2016), Propuesta de políticas sobre cuidados paliativos para personas adultas mayores en Latinoamérica y el Caribe. *Horizonte médico*, 69-74.
- Pastrana, T., De Lima, L., Pons, J., Centeno, C. (2012). Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica ALICP. 1ra Edición. Houston: IAHPC Press. Recuperado de: <https://bit.ly/2Lda1X0>
- Pastrana, T., De Lima, L., Pons, J., Centeno, C. (2013). Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica. Edición Cartografica 2013. Houston: IAHPC Press. Recuperado de: <https://bit.ly/O4cDII>
- Pérez-Cajaravill, J.; Abejón, D.; Ortiz J. y Pérez, J (2005). El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12 (6). Obtenido de <https://bit.ly/2nC3ITv>
- Piccolo, J., & Kolesar, J. (2014). Prevention and treatment of chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Am J Health Syst Pharm.*, 19-25.
- Red de Salud Pichanaki (2018) Proceso de Concurso Público para Contratación RECAS N° 001-2018-GRJ-DRSJ/RDSPKI. Recuperado de <https://bit.ly/2JjCTg3>
- Red de salud Valle del Mantaro (2018) Concurso de contratación administrativa de servicios. Cas N004-2018-RSVM
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N°656 (2014). *Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud-Essalud*. Lima, Perú. Obtenido de <https://bit.ly/2I1XS9L>
- Rizzoli, R., Body, J., Brandi, M., Cannata-Andia, J., Chappard, D., El Maghraoui, A., . . . Napoli, N. (2013). Cancer-associated bone disease. *Osteoporos Int*, 2929-2953
- Salas, J. (2014). Calidad de vida del paciente oncológico terminal asistente a una Unidad de Terapia Especializada. *Cuid Salud*. 1(1), 1-10.
- Salazar, M., Regalado, R., Magalli, J., Montañez, D., Abugattas, J., Vidaurre, T. (2013). El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el control del cáncer en el Perú. 30(1), 5-9.

- Santos, J., Fiterman, R., & Fiterman, S. (2014). La estructuración de un servicio de cuidados paliativos en Brasil - Relato de una experiencia. *Rev Bras Anesthesiol*, 286-291.
- Sarmiento, M. (2011). El cuidado paliativo: Un recurso para la atención del paciente con enfermedad terminal. *Revista Salud Bosque*, 1(2), 23-37.
- Scheinsohn, D. (2010). Comunicación estratégica. *Centro de Estudios en Diseño y Comunicación*. 17-22.
- Schwartz, E., & Gebhart, G. (2014). Visceral pain. *Curr Top Behav Neurosci*, 171-197.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) (2014). *Atención al Duelo en Cuidados Paliativos: Guía Clínica y Protocolo de Actuación*. Madrid, España Obtenido de <https://bit.ly/1GJXPJ9>
- Serra-Catafau, J. (2007). *Tratado de dolor neuropático*. Madrid: Médica Panamericana.
- Tobelem, A. (2009) Sistema de Análisis y Desarrollo de la Capacidad Institucional (SADCI). Manual de procedimientos. Recuperado de <https://bit.ly/2gtA9B6>
- Torralba, A., Miquel, A., & Darba, J. (2014). Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal". *Rev Soc Esp Dolor*, 16-22.
- Treede, R., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M., Benoliel, R., Lavand'homme, P. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 1003-1007.
- Turk, D. (2002). Clinical effectiveness and cost-effectiveness of treatments for patients with chronic pain. *Clin J Pain*, 355-365.
- Uhl, R., Roberts, T., Papaliodis, D., Mulligan, M., & Dubin, A. (2014). Management of chronic musculoskeletal pain. *J Am Acad Orthop Surg*, 101-110.
- Varo, J. (1994). Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos. p.314.
- Wilkie, D., & Ezenwa, M. (2012). Pain and Symptom Management in Palliative Care and at End of Life. *Nurs Outlook*, 60(6), 357-364.
- Yancey, J., Sheridan, R., & Koren, K. (2014). Chronic daily headache: diagnosis and management. *Am Fam Physician*, 642-648.

ANEXOS

Anexo A: Glosario de términos

- **Calidad de vida:** “sensación global de satisfacción o alivio de las necesidades físicas, psicológicas, emocionales sociales y espirituales que puede experimentar el enfermo a lo largo de una enfermedad oncológica” (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2016).
- **Cuidado paliativo:** “Enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la evaluación e identificación temprana, tratamiento de dolor y otros problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales” (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2016).
- **Dolor crónico:** “Es el dolor continuo que presenta un paciente, originado por degeneración o sección traumática del sistema nervioso periférico o central que ocasiona cambios neuroplásticos y reorganización funcional del Sistema Nervioso Central, haciendo que el dolor perdure por tiempo indefinido” (Ministerio de Salud, 2006).
- **Dolor:** “Experiencia emocional y sensorial desagradable asociada a daño actual o potencial y expresada en los términos de tales daños” (Ministerio de Salud, 2006).
- **Unidad de Tratamiento de Dolor:** “Es la Unidad Orgánica y funcional que se encarga del tratamiento de dolor de los pacientes, haciendo uso de métodos farmacológicos y procedimientos medianamente invasivos, para el alivio del dolor” (Ministerio de Salud, 2006).

Anexo B: PRODUCTO 1

“PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN”

DIRIGIDO A: Directores, Personal y pacientes del Hospital

ORGANIZA: El Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé

ACTIVIDADES:

- *Planificación de la gestión de riesgos y desastres*
- *Elaboración del Manual del Sistema de Referencia y Contrarreferencia*
- *Elaboración Guía de atención paliativa (Guía de práctica clínica, Guía de procedimientos médicos).*
 - *Elaboración de Mapa de procesos.*
 - *Elaboración de fichas de caracterización*
 - *Planificación de procedimientos administrativos*

Presentación

De acuerdo a la Directiva Nro. 05-GCPS-ESSALUD-2017 “Organización y funcionamiento de las Unidades de Cuidados Paliativos en Essalud”, los funcionarios responsables del funcionamiento, organización y prestación de los cuidados paliativos en las IPRESS de Essalud son: Gerente Central de Prestaciones de salud, Gerente Central de Operaciones, Gerente de oferta flexible, Gerente de la Red Desconcentrada, Gerente/ Director de Red asistencial, Sub gerente de Operaciones de Red de Salud o el Director de Operaciones prestacionales, Gerente clínico, Gerente quirúrgico, Gerente de Ayuda al diagnóstico, Gerente de administración, Jefes de departamento y servicio, Jefe de la Unidad de referencias y contrarreferencias, profesionales asistenciales (Essalud, 2017b).

Para la creación de la unidad de cuidados paliativos y manejo de dolor crónico en el HNRPP se conformará un comité de profesionales de salud, conformado por el Gerente de la Red Desconcentrada, el Director del HNRPP y el Jefe del servicio de anestesiología y centro quirúrgico (Essalud, 2017b).

Luego de conformarse el comité, el equipo de profesionales evaluará la infraestructura física para determinar las áreas de la unidad de cuidados. La infraestructura para la unidad de cuidado por nivel de atención es:

Tabla 19.
Infraestructura de la unidad de cuidado por nivel de atención

Nivel de atención	Establecimiento	Área Física
III	Hospital Nacional/ Instituto	Consultorio externo con área de Procedimientos. Área de coordinación general. Clínica de día especializada. Área de hospitalización

Fuente: Essalud (2017b, p. 29)

Área de consultorio externo: Se debe contar con este ambiente de atención de acuerdo a la normativa vigente, este ambiente debe tener acceso a tecnología para desarrollar Telemedicina.

Área de coordinación y reuniones: Este ambiente estará destinado a reuniones clínico-administrativas, capacitación y actividades preventivas de agotamiento laboral. Debe estar ubicado en un lugar accesible, también puede ser utilizado como sala de familia, duelo y de comunicación de información.

La ubicación de los establecimientos de salud, el tipo de construcción y el grado de organización para enfrentar emergencias representan algunos elementos que hacen más o menos propensa a una red de servicios de salud a ser dañados por el impacto de amenazas. La vulnerabilidad debe ser analizada en función de cada tipo de amenaza y ésta disminuye conforme se incrementan los niveles de seguridad hospitalaria (OPS, 2010). Ante ello la infraestructura física de la nueva unidad debe seguir los lineamientos del Decreto Supremo Nro. 027-2017-SA “Aprobación de la Política Nacional de Hospitales Seguros frente a los desastres que contiene el Plan de Acción 2017-2021” otorgado en setiembre del 2017. Esta normativa sirve como instrumento orientado a la gestión de riesgo de desastre en los establecimientos de salud, garantiza el funcionamiento con el máximo de su capacidad.

Actividad 1: Planificación de la gestión de riesgos y desastres

Cada hospital está expuesto a amenazas específicas debido a sus características de ubicación, geografía, geología, etc. y a su proceso de desarrollo. Los que están cerca al mar podrían estar amenazados por maremotos o tsunamis; los ubicados en quebradas, por deslizamientos; los de selva baja, por inundaciones y los que se ubican en las áreas metropolitanas, por incidentes con materiales peligrosos, incendios, explosiones, contaminaciones, etc.(OPS, 2010)

Tipos de amenaza

- Sucesos naturales: son aquellos en los que no interviene directamente la actividad humana, como sismos, maremotos, erupciones volcánicas, entre otros (OPS, 2010).

- Sucesos generados por la actividad humana o antrópicos: incendios, explosiones, incidentes con materiales peligrosos (MATPEL), incidentes del transporte colectivo, entre otros (OPS, 2010).
- Sucesos mixtos o socionaturales: producto de un proceso natural modificado por la actividad humana, como los deslizamientos por deforestación de las laderas, sequías, inundaciones por colmatación del lecho de los ríos e inadecuado manejo de cuencas, derrumbes por mala construcción de carreteras, canales, viviendas, etc. (OPS, 2010).

Existen otros instrumentos de ponderación del riesgo y de la seguridad hospitalaria como lo es el Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH), desarrollado por la OPS en el marco de la Campaña de Hospitales Seguros (2008-2009) (OPS, 2010).

En ese sentido, es necesario y prioritario realizar un plan de gestión de riesgos y desastres en el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé”. Este plan estará basado en los siguientes lineamientos:

- Verificar espacios necesarios para implementación de recursos,
- Verificar estructuras para espacios seguros, puntos de accesos y salidas de emergencia;
- Identificar los peligros, evaluación y control de riesgos y
- Elaboración del Plan de contingencia ante la demanda y desastres.

El comité conformado por el Gerente de la Red Desconcentrada, el Director del HNRPP y el Jefe del servicio de anestesiología y centro quirúrgico serán los encargados de organizar esta actividad.

Actividad 2: Elaboración del Manual del Sistema de Referencia y Contrarreferencia

Para la elaboración del manual del sistema de referencia y contrarreferencias se tomará en cuenta la resolución de Gerencia General N° 1517-GG-ESSALUD-2015

que aprueba la Directiva N° 14-GG-ESSALUD-2015 "Normas para el proceso de Referencia y Contrarreferencia en EsSalud".

Adicionalmente, se considerará Essalud (2017b), la directiva indica que la unidad de referencia y contrarreferencia debe incluir el código de atención paliativa CIE 10Z51.5 como patología prioritaria en el sistema de referencias. El HNRPP recibirá las referencias de las unidades del primer y segundo nivel de atención, así como contrareferirá a su establecimiento de origen con las indicaciones terapéuticas después de la evaluación del paciente. La unidad de cuidados paliativos también podrá referir a los pacientes a servicios o programas de cuidados domiciliarios cuando se requiera cuidado continuo en domicilio.

Actividad 3: Elaboración Guía de atención paliativa (Guía de práctica clínica, Guía de procedimientos médicos).

Para la elaboración de la guía de atención paliativa se contará con la participación de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, específicamente la Subgerencia de normas de ayuda al diagnóstico y tratamiento (Essalud, 2017b). La guía de atención paliativa tiene como finalidad mejorar la calidad de atención de las personas, en la elaboración de dicha guía de atención se contará con la participación de los actores directos del área.

Actividad 4: Elaboración de Mapa de procesos.

La normativa Essalud (2017b) indica que la elaboración del manual de procesos y procedimientos estará a cargo del médico responsable del equipo interdisciplinario quien elabora el plan de trabajo anual; se seguirá la normatividad vigente. Coordina con las áreas de Farmacia, URVI, Laboratorio, imagenología, Medicina física y rehabilitación, centro y unidades de medicina complementaria, nutrición, consejeros espirituales, voluntarios y entre otros.

El médico responsable implementa actividades orientadas al mejoramiento continuo en la calidad de atención mediante las siguientes acciones (Essalud, 2017b):

- Auditoría de Historias clínicas
- Registros de indicadores
- Estudios de satisfacción de usuarios internos y externos
- Sensibilización y educación a la comunidad en cuidados paliativos

Actividad 5: Elaboración de fichas de caracterización

Las fichas de caracterización permiten la identificación de los recursos, personal involucrado, indicadores, infraestructura, documentación requerida y entre otros. Mediante las fichas se diseñan los elementos básicos de la unidad de cuidados paliativos y manejo de dolor crónico. También esta parte incluye la unificación del método de abordaje y enfoque de atención en el HNRPP. Se elaborarán fichas de registro del paciente y fichas de evaluación que recoge datos de la historia clínica del paciente.

Actividad 6: Planificación de procedimientos administrativos

La planificación de los procedimientos administrativos permitirá establecer cómo se realizan las actividades, procesos y registros. Essalud (2017b) brinda de manera genérica información de la prestación de cuidados paliativos a los asegurados, indica que el médico tratante, de los diferentes niveles de atención, solicita a la Unidad de Cuidados paliativos la evaluación del paciente. El médico tratante solicita reunión con la familia del paciente e informa sobre la condición de salud del paciente de forma sencilla y clara.

El médico solicita el consentimiento informado del paciente o cuidador de acuerdo a la normatividad vigente; posteriormente el médico tratante registra los datos clínicos del paciente en la ficha resumen. El médico informa a la familia y al paciente las intervenciones y medidas a tomar del plan terapéutico.

Para el caso de pacientes pediátricos, el consentimiento informado debe ser firmado por los padres, tutores o cuidadores responsables legales, teniendo en cuenta la afirmación del paciente en caso sean niños mayores (Essalud, 2017b).

Anexo C: Producto 2

“PROGRAMA DE CAPACITACIÓN”

DIRIGIDO A: Directores, Personal del Hospital

ORGANIZA: El Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé

ACTIVIDADES:

- *Definir los objetivos de la capacitación*
 - *Elaboración del presupuesto*
- *Definir el contenido temático del curso, taller o seminario*
 - *Prever los medios y recursos didácticos:*
 - *Determinar la duración y el cronograma*
 - *Seleccionar a los participantes*
 - *Seleccionar a los capacitadores*
 - *Diseñar el sistema de evaluación*

Presentación

Según la Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 100-GCPS-Essalud 2017, que aprueba la Directiva de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N°005- GCPS-Essalud 2017 “Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Paliativos en Essalud”, las Redes Prestacionales / Asistenciales / Desconcentradas y Hospitales son las encargadas de organizar y programar las actividades de capacitación en cuidados paliativos para todo el personal de salud (Essalud, 2017b).

Actividad 1: Definir los objetivos de la capacitación

El objetivo de este programa de capacitación será ofrecer una herramienta dirigida al personal de salud, para adquirir las habilidades y competencias para el manejo de los pacientes en cuidados paliativos atendidos en el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé”

Asimismo, este programa de capacitación no solo está orientado al área de conocimiento, sino promover la misión de atender a la persona que sufre, que necesita paliar los síntomas que le producen sufrimiento, fomentando hasta donde sea posible la autonomía del paciente, y el respeto a su dignidad, en situaciones de dependencia física o en condiciones limitantes para la vida.

Cabe señalar que el personal que será capacitado prioritariamente son los que pertenezcan a la nueva unidad de cuidados paliativos y tratamiento del dolor, que depende del área de anestesiología.

Actividad 2: Elaboración del presupuesto

La elaboración del presupuesto del programa de capacitación, será responsabilidad de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia (OCID). La cual será remitida para su aprobación por la Gerencia de Planeamiento y visado por la Gerencia General.

Actividad 3: Definir el contenido temático del curso, taller o seminario

De acuerdo a la Directiva de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N°005-GCPS-Essalud 2017 “Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Paliativos en Essalud”, la unidad de cuidados paliativos en coordinación con la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia (OCID) de la Red Asistencial de Junín / Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé”, serán las encargadas de promover el programa de capacitación (Essalud, 2017b).

El contenido será definido por la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia (OCID), no obstante se sugiere que los temas que sean parte de la capacitación estén alineados al siguiente contenido:

- Normativa
- Evaluación inicial y plan de atención
- Control sintomático
- Cuidados de soporte y confort
- Comunicación
- Nutrición e hidratación
- Espiritualidad y duelo
- Situaciones especiales
- Bioética y toma de decisiones
- Familia, voluntariado y sociedad civil
- Calidad de atención: seguridad del paciente, estándares de calidad, acreditación y certificación.

Actividad 4: Prever los medios y recursos didácticos:

Los medios y recursos didácticos necesarios para el desarrollo del programa de capacitación, también serán definidos por la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia (OCID).

En general, se debería de contar con los siguientes recursos:

- Ambiente o aula
- Manual de capacitación del curso
- Material audiovisual
- Pcs o laptops

- Otros medios de aprendizaje, como: videos, películas, etc.

Actividad 5: Determinar la duración y el cronograma

La duración de los cursos del programa de capacitación, también serán definidos por la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia (OCID). Se recomienda que cada curso no debe superar las 24 horas mensuales de capacitación. El horario también dependerá de la disponibilidad o carga del personal de salud

Actividad 6: Seleccionar a los participantes

La selección de los participantes del programa de capacitación, también serán definidos por la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia (OCID). Sin embargo, debería abarcar a la totalidad del personal de salud del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé”.

Actividad 7: Seleccionar a los capacitadores

La selección de los capacitadores del programa de capacitación, también serán definidos por la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia (OCID). Sin embargo, debería abarcar a la totalidad del personal de salud del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé”.

Actividad 8: Diseñar el sistema de evaluación

El diseño del sistema de evaluación del programa de capacitación, también serán definidos por la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia (OCID). En general, la evaluación será de forma escrita, respondiendo a un cuestionario de preguntas sobre los temas tratados en cada curso.

Anexo D: Producto 3

“CONTRATACIÓN DE PERSONAL PARA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS Y MANEJO DE DOLOR CRÓNICO”

DIRIGIDO A: Profesionales de salud

ORGANIZA: El Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé

ACTIVIDADES:

- *Diagnóstico de necesidades de recursos humanos*
- *Solicitud del nuevo personal a la Dirección General del Hospital*
 - *Convocatoria*
 - *Presentación de hojas de vida*
 - *Calificación hojas de vida*
 - *Publicación de resultados*
 - *Suscripción de contratación*

Actividad 1: Diagnóstico de necesidades de recursos humanos

El diagnóstico de necesidades tendrá un formato donde se describirá el área o dependencia donde se realizará el diagnóstico. El tiempo de contratación para el cargo requerido. Habrá una sección de empleos, donde se solicitará la cantidad de personal. Para la determinación el número de empleados se recomienda utilizar alguna técnica para medir la carga de trabajo.

También, se hará una sección que identifique el cargo de acuerdo al sistema de nomenclatura y clasificación de empleos vigente del Ministerio de Salud.

Además, se colocará la duración del empleo dependiendo si son permanentes o temporales y la definición de la jornada laboral de cada uno (tiempo completo, medio tiempo, tiempo parcial).

El perfil del cargo, también es una información que solicitará de acuerdo a las habilidades y conocimientos específicos requeridos.

Según la Directiva de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N°005- GCPS-Essalud 2017 “Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Paliativos en Essalud”, la unidad de cuidados paliativos para un establecimiento de salud de tercer nivel como el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé”, debería contar: Médico especialista, Enfermera, Asistente Social, Psicólogo, Nutricionista con 60 horas académicas o experiencia asistencial no menor de 1 año en cuidados paliativos. Además de un técnico asistencial, administrativo y otros.

Actividad 2: Solicitud del nuevo personal a la Dirección General del Hospital

Se remitirá una solicitud al Director General del Hospital del Jefe del Servicio de Anestesiología, donde eventualmente se creará la unidad de terapia del dolor y cuidados paliativos.

La aprobación de la solicitud del requerimiento del personal, estará sujeto a los plazos establecidos por la norma y el presupuesto asignado al Hospital o al Ministerio de Salud.

Actividad 3: Convocatoria

Una vez aprobado la solicitud de requerimiento del personal de acuerdo a la normativa y presupuesto del establecimiento de salud se realizará la convocatoria, mediante la publicación de las bases para el proceso de contratación de personal

Actividad 4: Presentación de hojas de vida

Según el cronograma publicado para el proceso de contratación de personal, se deben presentar las hojas de vida o curriculums, en el horario y el lugar donde se ha establecido,

Actividad 5: Calificación hojas de vida

De acuerdo al cronograma publicado para el proceso de contratación de personal, se debe realizar la calificación de las hojas de vida o curriculums. Esta etapa estará a cargo de una comisión que calificará si el postulante cumple los requisitos mínimos y si ha presentado la documentación exigida

Actividad 6: Publicación de resultados

La publicación de los resultados se realizará después de realizada la evaluación curricular y la entrevista personal, si hubiera algún motivo para impugnar los resultados también se realizará este procedimiento, antes de la publicación final de los resultados y posterior suscripción de contrato.

Actividad 7: Suscripción de contratación

Luego, de la publicación de los resultados, y resueltos los motivos de impugnación, se convocará al ganador o en caso contrario se decretará que la vacante ha sido declarada desierta.

Los costos de este producto son detallados en la siguiente tabla:

Tabla 20.

Distribución de profesionales en la Unidad de de Cuidados Paliativos y Manejo de Dolor Crónico

Competencia	Actividad	Salario anual (S/.)
Contratación de 02 médicos especialistas en el manejo del dolor	Manejo del dolor	S/.139 200
Contratación de 06 Enfermeros		S/.122 400
Contratación de 02 psicólogos		S/.60 000
Contratación de 04 trabajadores sociales	Cuidado	S/.120 000
Contratación de 02 nutricionistas	paliativos/manejo del dolor	S/.43 512
Contratación de 04 técnicos en enfermería		S/.72 000
Contratación de 02 tecnicos administrativos		S/.30 000

Fuente: Essalud (2017c), Red de salud Pichanaki (2018) y Red de salud Valle del Mantaro (2018)

Se contará con 02 médicos especialistas en el manejo del dolor, 06 enfermeros de cuidados paliativos y manejo del dolor, 02 psicólogos, 04 trabajadores sociales, 02 nutricionistas, 04 técnicos en enfermería, 02 técnicos administrativos. En total serán 22 profesionales, la cantidad de profesionales está de acuerdo a los recursos humanos mínimos que Essalud (2017b) indica en la unidad de cuidados paliativos.

Anexo E: Producto 4

“Acondicionamiento de ambientes físicos”

DIRIGIDO A: Directores, personal, empleados y pacientes del Hospital

ORGANIZA: El Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé

ACTIVIDADES:

- *Diagnóstico de las necesidades de infraestructura o espacio físico*
- *Gestionar el requerimiento de acondicionamiento de espacios físicos*
 - *Ingresar al plan de trabajo y presupuesto*
 - *Seguimiento de la ejecución del presupuesto*

Actividad 1: Diagnóstico de las necesidades de infraestructura o espacio físico

De acuerdo a la Norma Técnica de Salud NTS N° 062-MINSA/DGSP v.01, Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios “Tratamiento del Dolor”, y siendo el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” un establecimiento de nivel III-1, debe contar o acondicionar los siguientes ambientes:

- 01 consultorio
- 01 ambiente de procedimiento
- 01 sala de reposo
- 4 – 6 camas / camillas de repaso
- 01 baño para pacientes y para personal

Además, los ambientes de la UPS Tratamiento del Dolor deben contar con las siguientes características:

- Ambientes con iluminación y ventilación natural.
- Sistema de aire acondicionado y/o calefacción
- Sistema de iluminación artificial general e individual, graduable en intensidad
- Sistema eléctrico empotrado
- Sistema de oxígeno empotrado
- Sistema de tomacorriente, considerando toma corrientes de alto amperaje para equipos especiales (Rayos X)
- Soporte de grupo electrógeno y equipo de luz auxiliar • Teléfono con acceso interno y externo. • Puertas de acceso amplio que permitan el tránsito fácil de camillas y equipos • Equipos contra incendios • Sistema de agua durante las horas de atención

Actividad 2: Gestionar el requerimiento de acondicionamiento de espacios físicos

La gestión del requerimiento de acondicionamiento (y si fuera necesario la construcción de los espacios físicos), dependerá de la Dirección General del Hospital y del Jefe del Servicio de Anestesiología, donde eventualmente se creará la unidad de terapia del dolor y cuidados paliativos.

Actividad 3: Ingresar al plan de trabajo y presupuesto

El plan de trabajo se presentará a la Gerencia Central de logística (sub gerencia de adquisiciones) y Gerencia central de proyectos de inversión (Subgerencia de estudios de pre inversión). Luego de que el plan de trabajo y la propuesta fue aceptada se procederá a coordinar con logística y control patrimonial para la puesta en marcha del proyecto.

Actividad 4: Seguimiento de la ejecución del presupuesto

El comité conformado por el Gerente de la Red Desconcentrada, el Director del HNRPP y el Jefe del servicio de anestesiología y centro quirúrgico serán los encargados en supervisar y delegar funciones para el seguimiento de la ejecución del presupuesto.

La ejecución del quinto producto de acuerdo a Essalud (2016b) tendrá las siguientes dimensiones:

Tabla 21.

Área de cada ambiente de la unidad de dolor y cuidados paliativos

Ambiente	Nro. de ambiente	Área (mts 2)	Total
Sala de espera	1	15	15
Pool administrativo (8 m2 por persona- 4 personas)	1	32	32
Consultorio médico	1	15	15
Consultorio de psicología	1	15	15
	1	45	45
Ambiente de procedimientos (5 camillas)			
Sala de intervencionismo	1	25	25
Sala de reposo	1	21	21
	1	30	30
Sala de Usos múltiples (tratamiento psicológico, educativa, etc)			
Ropa limpia	1	4	4
Cuarto de limpieza	1	4	4
Ropa sucia	1	5	5
SS.HH personal femenino (incuye personas con discapacidad)	1	5	5
SS.HH personal masculino (incuye personas con discapacidad)	1	5	5

Fuente: Essalud (2016b)

Anexo E: Producto 5

“Plan de adecuación de la norma”

DIRIGIDO A: Directores, personal y empleados, salud

ORGANIZA: El Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé

ACTIVIDADES:

- *Socialización de la norma técnica*
- *Cumplimiento de los estándares mínimos requeridos*
 - *Seguimiento del cumplimiento de la norma*
 - *Evaluación del cumplimiento de la norma*

Presentación

Según la ley N° 30846 Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas. El Ministerio de Salud, en su condición de rector, es la encargada de elaborar el Plan Nacional de Cuidados Paliativos con el apoyo de entidades públicas. Y norma técnica del Ministerio de Salud de las unidades de cuidados paliativos y de terapia de dolor crónico vigente y aprobado. (NTS N° 062-MINSA/DGSP-V.01)

Actividad 1: Socialización de la norma técnica

Este proceso se realizará a nivel organizacional para adecuarse y conocer la norma técnica del Ministerio de salud sobre cuidados paliativos, asimismo con la participación:

- Equipos de gestión de recursos humanos
- Personal ingresante a la Unidad de Cuidados Paliativos
- Foros internacionales y capacitaciones de Cuidado Paliativos por parte del Ministerio de Salud

La socialización y sensibilización se realizará en una reunión técnica. En ésta se promoverá y motivará al personal de salud participante, a fin que incorpore en sus funciones el buen desempeño y una cultura de los cuidados paliativos, con responsabilidad para el desarrollo de la implementación de lo estipulado en la norma. Así mismo, se realizará la socialización de la norma técnica con los representantes y autoridades en los diferentes niveles de gestión.

Actividad 2: Cumplimiento de los estándares mínimos requeridos

Actualmente está en proceso el plan nacional de cuidados paliativos para pacientes, puesto que, el Ministerio de salud, convocó a un grupo de expertos de experiencia y trayectoria del país para ser participé de su elaboración, donde el objetivo, es incluir el cuidado paliativo en el Sistema Nacional de Salud, asimismo, si existe una normativa para el dolor; por tanto, los estándares mínimos serán establecidos dentro la institución para cumplir con un adecuado tratamiento en favor del paciente. La planificación y organización de la misma, requerirá de

recursos tanto humanos, logísticos y tiempo para que sea una práctica dentro de la unidad.

Actividad 3: Seguimiento del cumplimiento de la norma

El seguimiento para adecuarse a la norma técnica del Ministerio de Salud estará a cargo de la Dirección del Hospital y del Servicio de Anestesiología, además, de las Direcciones Regionales de Salud y/o las Direcciones de Salud en cumplimiento de los lineamientos, objetivos y metas ya establecidas.

El seguimiento del cumplimiento de la norma, permitirá que se logren los siguientes aspectos:

- Asegurará que se cumpla las medidas que se estén aplicando, de acuerdo a la normativa.
- Identificar situaciones y aspectos que podrían mejorarse y otras que no se han tomado en cuenta para así implementarlos.
- Controlar y verificar los resultados que la institución está consiguiendo respecto al tema de cuidados paliativos y tratamiento del dolor del paciente.

Actividad 4: Evaluación del cumplimiento de la norma

La evaluación de las normas estará a cargo del área de investigación del Hospital. Se tendrá como referentes a los hospitales de Essalud, que implementaron la unidad de cuidados paliativos y tratamiento de dolor, además, se considerará instituciones de referencia como el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), y otras instituciones que implementaron en la unidad de cuidados paliativos. Esta actividad debe ser una labor constante y del trabajo en conjunto de actores e involucrados.