DOCUMENTO TÉCNICO ESTRATEGIAS PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES ONCOLÓGICOS EN LA RED INTEGRADA DE SALUD	CÓDIGO: **DT.DNCC.INEN.002**	
EMISOR: **DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**	IMPLEMENTACIÓN **2019**	VERSIÓN **V. 01**

DOCUMENTO TÉCNICO
ESTRATEGIAS PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES ONCOLÓGICOS EN LA RED INTEGRADA DE SALUD

DIRECCIÓN DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

LIMA-PERÚ

2019

M.C. Mg. Eduardo Payet Meza
Jefatura Institucional

M.C. Gustavo Sarria Bardales
Sub Jefe Institucional

Dra. Silvia Patricia Neciosup Delgado
Directora General de la Dirección de Medicina.

Dr. Fernando Barreda Bolaños
Director Ejecutivo del Departamento de Especialidades Médicas

M.C. Mónica Jackelin Calderón Anticona
Directora General de la Dirección de Control del Cáncer

Equipo Redactor y Editor del Documento Técnico "Estrategias para la Integración de los Cuidados Paliativos a Pacientes Oncológicos en la Red Integrada de Salud"
M.C. Elizabeth Díaz Pérez de Valtolina, Médico asistente del Equipo Funcional de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor.
M.C. Mg. Duniska Tarco Virto, Directora Ejecutiva de la Oficina de Organización.
M.C. Mg. Carmela Barrantes Serrano, Experta en Salud Pública del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos.

Validación
M.C. Odorico Iván Belzusarri Padilla
Director Ejecutivo del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos

Diagramado
Aarom Siade Moscol
Diseñador del Departamento de Promoción de la Salud, Prevención y Control Nacional del Cáncer
Sharon Flores Salazar
Bach. Adm. de la Oficina de Organización

ESTRATEGIAS PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES ONCOLÓGICOS EN LA RED INTEGRADA DE SALUD

I. INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer a través de la gestión de síntomas, atención psicosocial y espiritual, comunicación médico-paciente, facilitar la toma de decisiones difíciles, y planificar del cuidado al final de la vida. En los últimos años, ha habido un creciente interés en el área y existe evidencia para apoyar la integración de oncología y cuidados paliativos. Sin embargo, sigue sin estar claro cómo hacerlo[1] y el objetivo de este documento es promover la integración, planteando un modelo adaptado a nuestra realidad.

En los últimos años, ha habido un número creciente de estudios que apoyan la integración de los cuidados paliativos a la práctica oncológica. Específicamente, la adición de cuidados paliativos especializados a oncología de rutina. La atención, en comparación con la atención oncológica sola, se asoció con una mejor calidad de vida, la calidad de la atención al final de la vida, disminución de las tasas de depresión, comprensión de la enfermedad y satisfacción del paciente y cuidadores[2].

El aumento del número de personas con cáncer y el aumento de la expectativa de vida en la actualidad, representa un gran reto para la sociedad en su conjunto, y demanda reorientar y organizar los recursos y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas por su repercusión en todos los niveles de atención.

El cáncer es emblemático de la necesidad de alivio del dolor y cuidados paliativos (para aquellos que están curados y para los que no lo están) y pueden liderar la creación de políticas al respecto. La comunidad de profesionales relacionados al tratamiento del cáncer tiene un papel crucial en lograr el acceso universal a los cuidados paliativos oncológicos[3].

Los Cuidados Paliativos están definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como «Un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la evaluación e identificación temprana, tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales»[4].

Si bien el proceso de una enfermedad oncológica, especialmente en fase avanzada es sin duda, uno de los acontecimientos más difíciles de afrontar y con mayor impacto, en el que aparecen situaciones de una gran intensidad física, emocional y espiritual, tanto en el paciente como en su familia, el objetivo de aliviar debe ser aplicado independientemente del pronóstico de vida del paciente, sino basándose principalmente en el sufrimiento e intensidad de síntomas, para conseguir el máximo bienestar desde

un punto de vista integral, mejorar la calidad de vida del paciente, la familia y los cuidadores antes del fallecimiento del paciente.

La mejor estrategia para que el Sector Salud del país responda ante las múltiples y complejas necesidades de los pacientes oncológicos, especialmente cuando se encuentran en estadios avanzados de la enfermedad, son los cuidados paliativos, que, desde un planteamiento integral, procuran el alivio del sufrimiento incluso desde etapas iniciales de la enfermedad, para conseguir la mejor calidad de vida alcanzable y morir con dignidad.

Por lo tanto, la pregunta ya no es si es una buena idea integrar cuidados paliativos y oncología, sino más bien cómo debería ocurrir esta integración para optimizar la atención de salud[5].

Los Cuidados Paliativos para pacientes oncológicos deben integrarse en la Red Integrada de Salud (RIS), coordinando esfuerzos y brindando al paciente y cuidador una atención continua, oportuna, de calidad y accesible, como un elemento indispensable para lograr la mejora de la calidad de los pacientes oncológicos en el país. Dentro de la cartera de servicios de esta RIS a cuidados paliativos para pacientes oncológicos, debe considerarse la atención desde el ámbito domiciliario hasta la atención especializada hospitalaria según el nivel de complejidad y necesidades del paciente oncológico, mediante el soporte adecuado por parte del Establecimiento de Salud (EESS) de la localidad. Esta no es la realidad nacional actual, pues la mayoría de pacientes no tienen acceso a una atención de cuidados paliativos en su localidad.

Ante la necesidad de desarrollar normativas que mejoren la calidad de la atención a quienes requieren cuidados paliativos oncológicos en el país, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) desarrolló la Norma Técnica Oncológica para la Creación de Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (UPSS) en Cuidados Paliativos Oncológicos Nº 001-INEN/DIMED-DEM·V.01 en el año 2016, como primer paso para la creación futura de una red nacional de atención en cuidados paliativos a pacientes oncológicos, con el objetivo de establecer estándares básicos, viables y medibles en los establecimientos de Nivel I-4 al III-2 y así contribuir a la universalización y mejora de los cuidados paliativos a pacientes oncológicos en el país[6].

Las estrategias del INEN para la integración de la atención de cuidados paliativos en pacientes oncológicos en la RIS, propone un modelo asistencial articulado en torno a la atención desde el Nivel I, coordinada necesariamente con el Nivel II de atención que disponga con recursos capacitados para la atención de pacientes de baja y mediana complejidad y adecuadamente relacionados con el Nivel III de atención, con expertos y capacidad avanzada de resolución en atención paliativa, que intervendrán cuando el I y II nivel de atención demande apoyo ante situaciones de alta complejidad, evitando el traslado innecesario de pacientes oncológicos y cuidadores en un ambiente nacional geográficamente variado que genera barreras físicas, socioeconómicas y temporales para el acceso a esta atención.

II. FINALIDAD

Mejorar la calidad de la atención de cuidados paliativos a pacientes con enfermedad oncológica, enfocando los aspectos físico, psíquico, emocional, espiritual y social del paciente, familia y cuidadores, con un abordaje integral, multidisciplinario y articulado con la Red Integrada de Servicios de Salud, adaptándose a sus necesidades y respetando su autonomía, valores y cultura.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Definir los lineamientos estratégicos para la integración de la atención de cuidados paliativos a pacientes oncológicos a la Red Integrada de Servicios de Salud, para contribuir al acceso equitativo a estos servicios, asegurando la atención continua, oportuna y de calidad estableciendo metas viables, apropiadas y medibles por parte de los EESS a integrarse.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFÍCOS

3.2.1 Diseñar y establecer el modelo de atención integrada a la RIS a través de un paquete de servicios acorde con los requerimientos de los pacientes y cuidadores en los diferentes niveles de atención, promoviendo la autonomía del paciente y el cuidado a los cuidadores.

3.2.2 Establecer los parámetros de organización de la red de servicios para brindar el paquete de cuidados paliativos, con énfasis en la atención en el Nivel I, la atención domiciliaria, telesalud y atención especializada mediante una red de servicios que asegure la continuidad de atención y el incremento de la cobertura prestacional.

3.2.3 Identificar los medicamentos e insumos médicos necesarios para los paquetes de atención identificados por nivel de atención y reducir las barreras de acceso a los mismos.

3.2.4 Disponer de profesionales con competencias en cuidados paliativos oncológicos, a través de la educación continua e investigación.

3.2.5 Estimar las necesidades de financiamiento del paquete de servicios, las necesidades de inversión con énfasis en las intervenciones más costo efectivas en cuidados paliativos.

3.2.6 Contemplar la atención socio sanitaria, desarrollando un proceso asistencial compartido entre los profesionales de salud y con el soporte de la familia y la comunidad.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento técnico es de aplicación a los Establecimientos de Salud (EESS) Ministerio de Salud, de los Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales y constituye un documento técnico para otras entidades de sistema nacional de salud que deseen

ampliar la atención de cuidados paliativos en pacientes oncológicos según nivel de atención y capacidad resolutiva.

V. LINEAMIENTOS DE POLÍTICA EN SALUD Y RELACIONADOS A CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

- Constitución Política del Perú, (Art. 9 y Art. 65).
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley N° 28343, Ley que declara de interés y necesidad pública la descentralización de los servicios médicos oncológicos.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 28748, por la cual se crea como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, con personería jurídica de derecho público interno, autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al sector salud.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS).
- Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas y sus modificatorias.
- Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud.
- Decreto Supremo N° 004-2013-PCM que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública.
- Decreto Supremo N° 029-2018-PCM que aprueba el Reglamento que regula las Políticas Nacionales.
- Decreto Supremo N° 054-2018-PCM que aprueba los Lineamientos de Organización del Estado.
- Decreto Supremo N° 008-2016-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- Decreto Supremo N° 007-2016-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud.
- Decreto Supremo N° 001-2007-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y funciones del INEN.
- Decreto Supremo N° 034-2008-PCM, mediante el cual se califica al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas como Organismo Público Ejecutor.
- Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 009-2012-SA, Declaran de interés nacional la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú y dictan otras medidas.
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 003-2019-SA, aprueba el Reglamento de la Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud modificada con el Decreto Legislativo N° 1303, Decreto Legislativo que optimiza procesos vinculados a Telesalud.
- Resolución Ministerial Nº 751-2004-MINSA, que aprueba la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en los establecimientos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial Nº 368-2008-MINSA, aprueban la NTS N° 067—MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud en Telesalud".
- Resolución Ministerial N° 638–2006/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 047–MINSA/DGSP-V-01. "Norma técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 1213-2006/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 104-MINSA/DGSP V.01 "Directiva Administrativa para el Funcionamiento de Departamentos/ Servicios de Oncología/ Unidades Oncológicas dedicadas al manejo integral del Cáncer en Hospitales del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprueba Documento Técnico de "Modelo de Atención Integral de Salud basado en la familia y la comunidad".
- Resolución Ministerial N° 1013-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 062-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios y Tratamiento del dolor".
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03. Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N° 076-2014/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para Categorización de Establecimientos del Sector Salud.
- Resolución Ministerial N° 099-2014/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa que establece la Cartera de Servicios de Salud.
- Resolución Ministerial N° 631-2014/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N°202-MINSA/OGPP - V.01 "Criterios y Parámetros Sectoriales para la aplicación de los Contenidos Mínimos Especificas. (CME) 12 en Estudios de Preinversión de Establecimientos de Salud Estratégicos".
- Resolución Ministerial N° 045-2015/MINSA, aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 113-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de Salud del Primer Nivel de Atención".
- Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA, que aprueba la NTS N° 110-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de Salud del Segundo Nivel de Atención"
- Resolución Ministerial N° 862-2015/MINSA, aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 119-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de Salud del Tercer Nivel de Atención".

- Resolución Ministerial N° 1069-2017/MINSA, aprueba la Directiva Administrativa N° 242-MINSA/2017/DGAIN "Directiva Administrativa que establece la Cartera de Atención de Salud en los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención".
- Resolución Ministerial N° 1361-2018/MINSA, aprueba el documento técnico: Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud.
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- Resolución Ministerial N° 1344-2018/MINSA, aprueba el "Documento Técnico: El Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas – SIHCE-e-Qhali para el primer nivel de atención".
- Resolución Ministerial N° 228-2019/MINSA, aprueba la Directiva Administrativa N° 261-MINSA/2019/DGIESP. "Directiva Administrativa para la adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención".
- Resolución Jefatural N°161-2015-SIS, Crean el Código Prestacional 907 denominado "Atención por Telesalud" a ser brindado en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS, de I, II y III Nivel de Atención.
- Resolución Jefatural 314-2009-J/INEN, se aprueba la Directiva para la Supervisión, Monitoreo, Evaluación y Medición de la Calidad de Institutos Macrorregionales, Departamentos/Servicios de Oncología/Unidades Oncológicas dedicadas al manejo integral del cáncer en hospitales del Ministerio de Salud y Preventorios del Cáncer y otras enfermedades crónicas.
- Resolución Jefatural N° 334-2016-J/INEN, "Norma Técnica Oncológica de la Unidad Prestadora de Servicios de Salud de Cuidados Paliativos Oncológicos".

VI. CONTENIDO

6.1 ASPECTOS TÉCNICOS Y DEFINICIONES OPERATIVAS
Ver Anexo N° 1

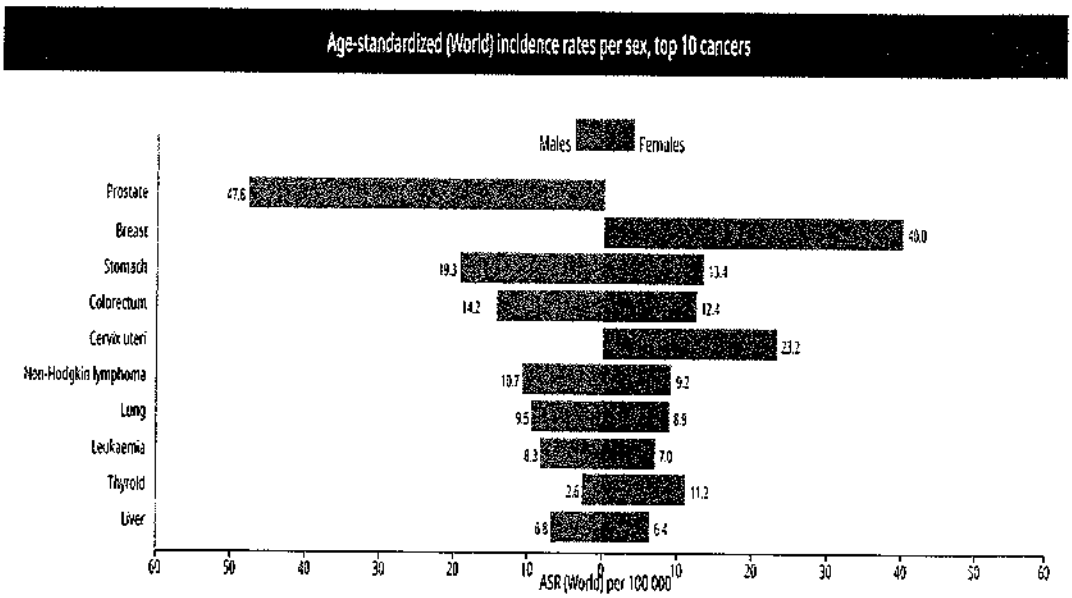
6.2 EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER Y CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

6.2.1 El Cáncer en el Mundo

Las recientes estimaciones de *Globocan*, muestran los tipos de cáncer con mayor incidencia (tasa estandarizada por edad y sexo) y estos son: próstata (47.8), mama (40.0), estómago, colorectal, cuello uterino, entre otros (ver gráfico 1).

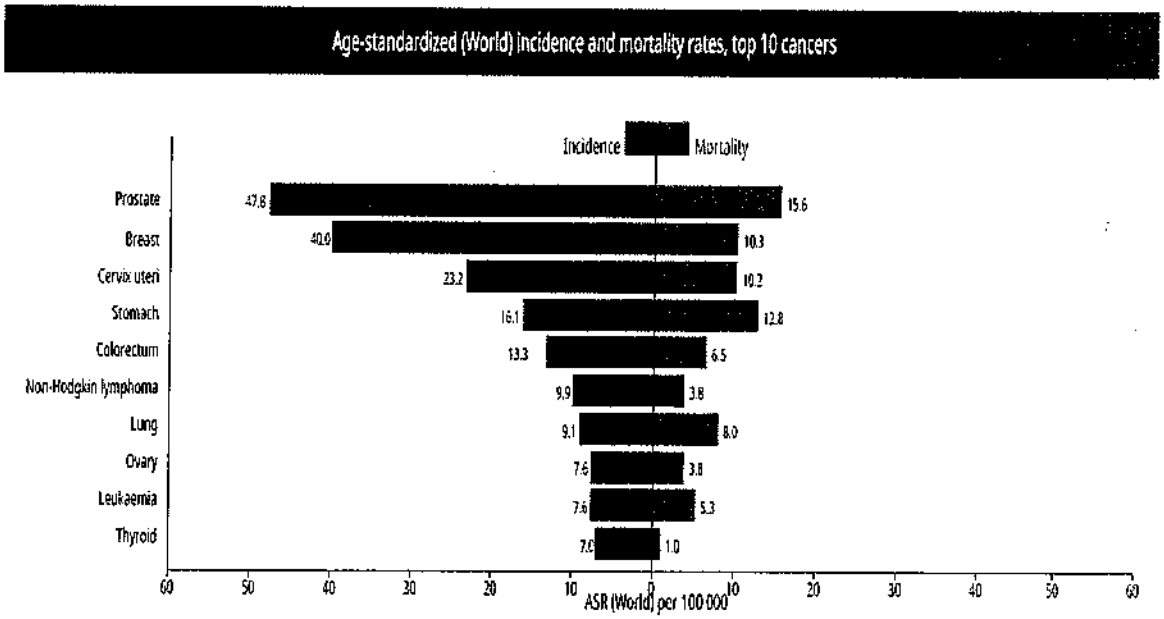
De otro lado en cuanto a las tasas de mortalidad por tipo de cáncer, se observa una variación, siendo mayor la mortalidad por cáncer de próstata, mama, cuello uterino y estómago[8]. Esta información importante para el diseño de los cuidados paliativos oncológicos que requieran, los mismos que varían de acuerdo al tipo de cáncer (ver gráfico 2).

Gráfico 1.- Tasa de incidencia de cáncer por edad y sexo



Fuente: New Global Cáncer Data: GLOBOCAN 2018/UICC

Gráfico 2.- Tasa de Incidencia de cáncer por edad y mortalidad

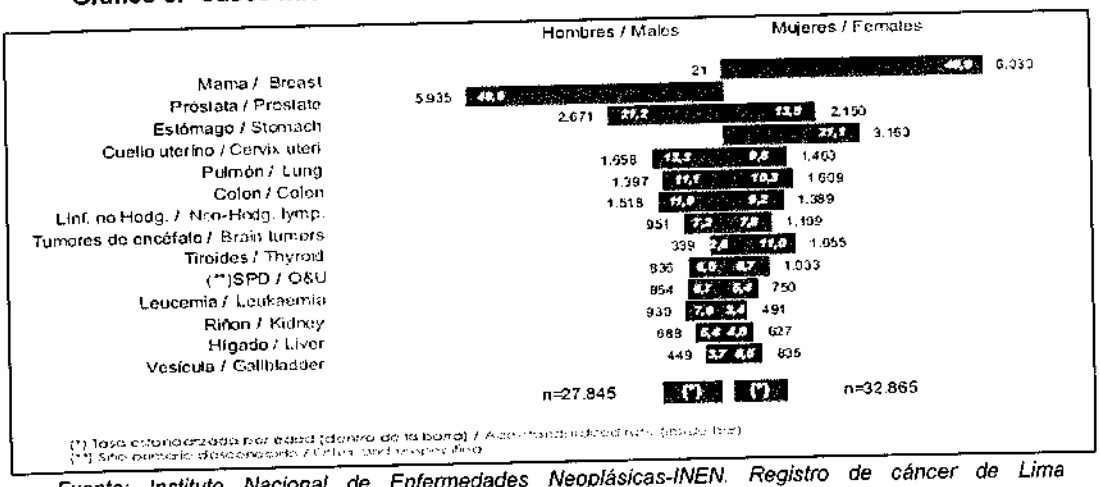


Fuente: New Global Cancer Data: GLOBOCAN 2018/UICC

6.2.2 El Cáncer en el Perú

En cuanto a la situación epidemiológica del cáncer en nuestro país, se ha identificado que la tasa estandarizada por edad es: mama (40.9), próstata (48.6), cáncer de estómago, cuello uterino, pulmón y colon, según el registro del cáncer de Lima Metropolitana 2010-2012[7]. Se observa también que en la distribución por sexo en el grupo etario 65 años a más, existe predominio de población masculina a diferencia del grupo etario de 15 a 64 años, en el cual predomina el sexo femenino (ver gráfico 3).

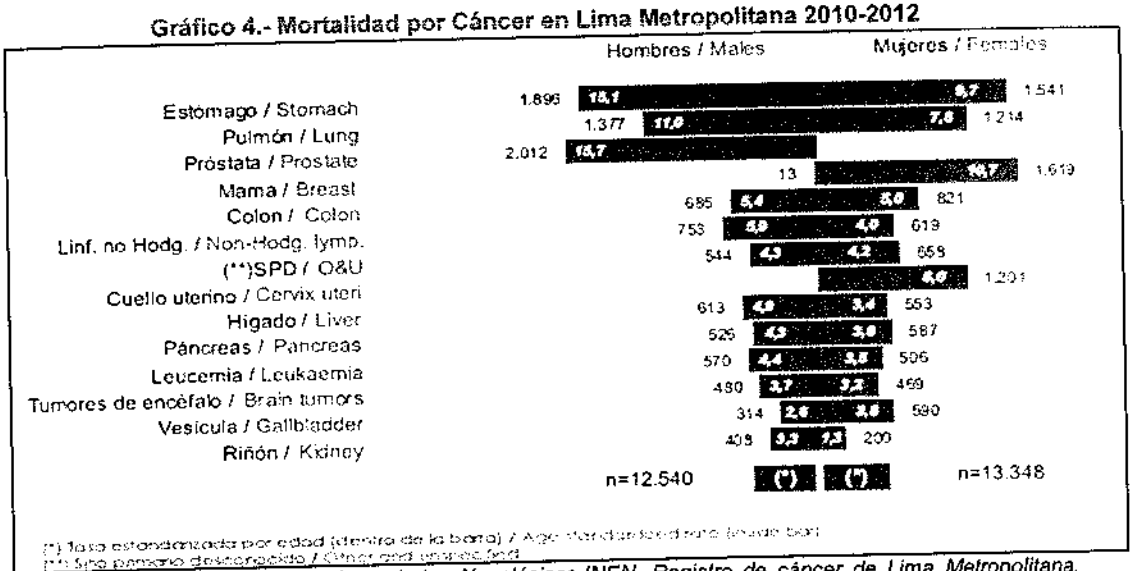
Gráfico 3.- Casos nuevos de cáncer más frecuentes 2010-2012 en Lima Metropolitana



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas-INEN. Registro de cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y Mortalidad 2010 – 2012.

En el mismo documento se muestra el comportamiento de la mortalidad por tipo de cáncer; el cáncer de estómago muestra la mayor tasa de mortalidad, seguida de cáncer de pulmón, de próstata y mama. (ver gráfico 4).

Gráfico 4.- Mortalidad por Cáncer en Lima Metropolitana 2010-2012



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas-INEN. Registro de cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y Mortalidad 2010 – 2012.

6.2.3 Epidemiología de la demanda de Cuidados Paliativos Oncológicos en el INEN

El INEN es una institución altamente especializada fundada el 11 de mayo de 1939 por Ley N° 8892 como Instituto Nacional del Cáncer. Desde entonces, cumple con altos parámetros científicos, educativos, tecnológicos y humanísticos en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del cáncer en todo el Perú.

El INEN cuenta con el Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor, que funciona desde hace 18 años y brinda los servicios de atención especializada en cuidados paliativos oncológicos, con más de 20,000 atenciones anuales (ver tabla 1).

Tabla 1.- Atenciones en el servicio de medicina paliativa y tratamiento del dolor según grupo de edad, INEN 2014-2018

Grupo de edad (años)	2016	2017	2018	TOTAL
0 - 14	172	119	244	535
15 - 29	814	841	949	2604
30 - 49	4406	4960	4825	14191
50 - 64	6663	6960	7899	21522
65 +	6797	7085	7989	21871
Total	**18852**	**19965**	**21906**	**60723**

Fuente: Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer - INEN.

El principal diagnóstico de este grupo de pacientes es cáncer de cérvix, a pesar de no ser la causa más frecuente de casos nuevos o mortalidad por cáncer en el país. Los siguientes diagnósticos en frecuencia son cáncer de mama y cáncer gástrico. (ver tabla 2)

Tabla 2.- Diagnósticos más frecuentes en el Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del dolor por año, INEN 2014-2018

CIE -10	Diagnóstico	2016	2017	2018	TOTAL
C53	NM de Cuello uterino	742	822	817	2381
C50	NM de Mama	519	555	568	1642
C16	NM de Estómago	446	443	494	1383
C18 - C20	NM de Colon y recto	257	264	275	796
C34	NM de Pulmón	209	238	261	708
C61	NM de Próstata	234	229	218	681
C00 - C10	NM de Cavidad oral	127	142	145	414
C81 - C85	Linfomas	117	146	178	441
C48 - C49	NM de tejidos blandas	132	154	143	429
C91 - C97	Leucemias	107	107	120	334
	Otros diagnósticos	1677	1770	2097	5544
	Total	**4567**	**4870**	**5316**	**14753**

Fuente: Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer - INEN.

Más del 40% de pacientes oncológicos que acuden al Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN proceden del interior del país (ver tabla 3).

Tabla 3.- Atenciones en el Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor, según lugar de residencia, INEN 2016-2018

COD. UBIGEO	LUG. DE RESIDENCIA	2016	2017	2018	TOTAL
1	AMAZONAS	208	158	171	537
2	ANCASH	865	884	959	2708
3	APURIMAC	254	295	276	825
4	AREQUIPA	126	177	183	486
5	AYACUCHO	449	397	417	1263
6	CAJAMARCA	588	540	599	1727
7	CALLAO	891	934	1058	2883
8	CUSCO	330	303	304	937
9	HUANCAVELICA	147	186	208	541
10	HUANUCO	432	440	531	1403
11	ICA	561	605	609	1775
12	JUNIN	616	760	753	2129
13	LA LIBERTAD	170	249	251	670
14	LAMBAYEQUE	413	358	439	1210
15	LIMA	10879	11681	12546	35106
16	LORETO	238	210	394	842
17	MADRE DE DIOS	31	39	16	86
18	MOQUEGUA	1	4	10	15
19	PASCO	150	189	198	537
20	PIURA	703	705	894	2302
21	PUNO	93	103	137	333
22	SAN MARTIN	336	411	501	1248
23	TACNA	65	61	83	209
24	TUMBES	126	103	123	352
25	UCAYALI	162	162	231	555
	EXTRANJEROS	18	11	15	44
	Total	**18852**	**19965**	**21906**	**60723**

Fuente: Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer - INEN.

En el año 2018, se ha reportado 3 825 pacientes nuevos en cuidados paliativos, generando la necesidad de 21 906 atenciones en cuidados paliativos durante ese año, de los cuales 10 052 atenciones corresponden a pacientes continuadores del servicio y 8,029 correspondieron a atenciones para continuidad en la prescripción, que generalmente se realiza mediante la asistencia de los cuidadores o familiares, por la condición de los pacientes que les impide acudir al INEN.

6.2.4 Proyección de la necesidad de Cuidados Paliativos para pacientes oncológicos en el Perú

La *Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos* (ALCP), mediante el *Global Atlas of Palliative Care del 2014*, calcula que, en América, el número de pacientes con necesidad de cuidados paliativos generales (oncológicos y no oncológicos) es aproximadamente de 280 pacientes/100,000 habitantes. Utilizando los datos poblacionales del censo efectuado por el INEI el año 2017, se proyecta en la población peruana, una demanda de cuidados paliativos oncológicos y no oncológicos de 90 mil pacientes. Así mismo, la ALCP estima que, de este número, casi el 40% corresponderían a pacientes oncológicos (ver tabla 4). Si consideramos que cada paciente tiene al menos un cuidador/familiar que debiera estar igualmente atendido por esta rama de la salud, entonces este número se duplica.

Tabla 4.- Demanda proyectada para cuidados paliativos oncológicos y no oncológicos

Ámbito	Población Total	Demanda en Cuidados Paliativos
Perú país	31,237,385	**87,465**
Lima	9,485,405	**26,559**
Regiones	21,751,980.00	**60,906**

Fuente: INEN censo 2017. Elaborado por Tarco Virto D.

En cuanto a las necesidades de la población respecto a los cuidados paliativos oncológicos, la estimación de adultos con necesidad de cuidados paliativos por cáncer al final de la vida y para América es 69-145/100,000 habitantes.

Tabla 5.- Demanda proyectada para cuidados paliativos oncológicos

Ámbito	Población Total	Demanda en Cuidados Paliativos Oncológicos
Perú país	31,237,385	**45,294**
Lima	9,485,405	**13,754**
Regiones	21,751,980.00	**31,540**

Fuente: INEN censo 2017. Elaborado por Tarco Virto D.

Con esta data se puede estimar que el número de pacientes con demanda de cuidados paliativos oncológicos en el ámbito nacional es de 45 294 personas, de las cuales 13 000 pacientes oncológicos se encontrarían en Lima y más de 30 000 pacientes oncológicos en otras regiones del país. En el 2018 se han atendido 3825 pacientes nuevos en el Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN, de los cuales más de 40% proceden de diversas regiones, por lo que se podría deducir que la actual cobertura de cuidados paliativos oncológicos es del 8.4% de la población oncológica nacional con necesidad de cuidados paliativos oncológicos, reflejando una enorme brecha en este tipo de atención.

6.3. BRECHAS DE INFRAESTRUCTURA Y ACCESO A SERVICIOS PÚBLICOS EN CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES ONCOLÓGICOS

Los EESS que cuentan con servicios de cuidados paliativos oncológicos en el país son escasos. A nivel nacional contamos con un total de 9 055 EESS públicos de un total de más de 22 000 establecimientos de salud entre públicos y privados, incluyendo servicios médicos de apoyo.

En relaciona los servicios públicos, el total de la población adscrita a las diferentes categorías de establecimientos son **26´722,185**, de los cuales la gran parte, es decir 9.6 millones de personas tienen como ámbito un establecimiento de salud de tipo I-3 es decir un centro de salud sin internamiento, que cuenta principalmente con consultorios básicos de medicina general, urgencias y tópico. Otro grupo importante de población tiene como establecimiento de su ámbito a Hospitales II-1 (3.3 millones de personas) y a establecimientos de salud tipo I-4 (3 millones de personas) (ver gráfico 5).

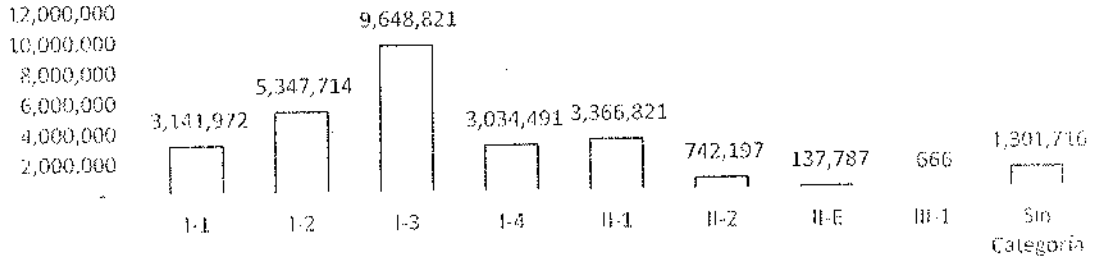
De este análisis se podría deducir la necesidad de desarrollar algún tipo de cuidados paliativos básicos desde el nivel más cercano a la población, y que correspondería a las IPRESS ambulatorias que atienden 12 a 24 horas.

Así mismo el INEN, en el marco de sus competencias y a través de convenios interinstitucionales ha efectuado la supervisión de siete regiones donde se brindan cuidados paliativos, servicios que están implementados y para el año 2019 (ver tabla 6).

Para estimar las necesidades de servicios que brinden cuidados paliativos oncológicos se ha considerado recomendaciones internaciones. Las sociedades científicas europeas proponen un equipo domiciliario de cuidados paliativos oncológicos y no oncológicos por cada 85.000 habitantes[9].

Se considerarán de forma diferencial la estimación de necesidades en áreas rurales, pues uno de los valores de esta estrategia es la equidad, por lo que todos los pacientes oncológicos que precisen cuidados paliativos deberían tener acceso a esta prestación, independientemente de su lugar de residencia. En este sentido, a la hora de asignar recursos en estas áreas, prevalecerá el criterio de dispersión geográfica sobre el de población y se apoyará en la tecnología socio sanitaria que debe ser implementada[9].

Gráfico 5: IPRESS según categoría registrados en RENIPRESS



Fuente: RENIPRESS http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/listadoEstablecimientosRegistrados.htm?action=mostrarBuscar#no-back-button.Elaborado por Tarco Virto D

Tabla 6.- Situación de los servicios que brindan cuidados paliativos oncológicos, supervisados por el INEN-2018

Departamento	Autoridad Sanitaria	IPRESS	Tipo de Servicio Oncológico	Nivel de atención	Medicina Paliativa y Tto del dolor
Arequipa	Gobierno Regional de Arequipa.	Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur	Cartera de Servicios Oncológicos	III-2	Implementado (Médico Oncólogo, anestesiólogo)
Cajamarca	DIRESA-CAJAMARCA	Hospital Regional de Cajamarca	Departamento de Oncología	II-2	Implementado (Médico Oncólogo, anestesiólogo)
Cuzco	DIRESA-CUZCO	Hospital Antonio Lorena del Cusco	Departamento de Oncología	III-1	Implementado
Ica	DIRESA-ICA	Hospital de Apoyo Santa María del Socorro	Preventorio Oncológico Básico	II-1	Implementado (Médico Oncólogo, anestesiólogo)
Junín	DIRESA-JUNÍN	Hospital Regional Docente Daniel Alcides Carrión de Huancayo	Departamento de Oncología	III-E	Implementado
La Libertad	Gobierno Regional de La Libertad	Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte IREN NORTE		III-2	Implementado
Lima	DIRIS LIMA NORTE	Hospital Nacional Sergio E. Bernales	Unidad Oncológica (en proceso)	III-1	Personal Médico atiende Paliativos

Fuente: Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos del INEN.

6.4 BRECHAS DE RECURSOS HUMANOS PARA BRINDAR CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES ONCOLÓGICOS

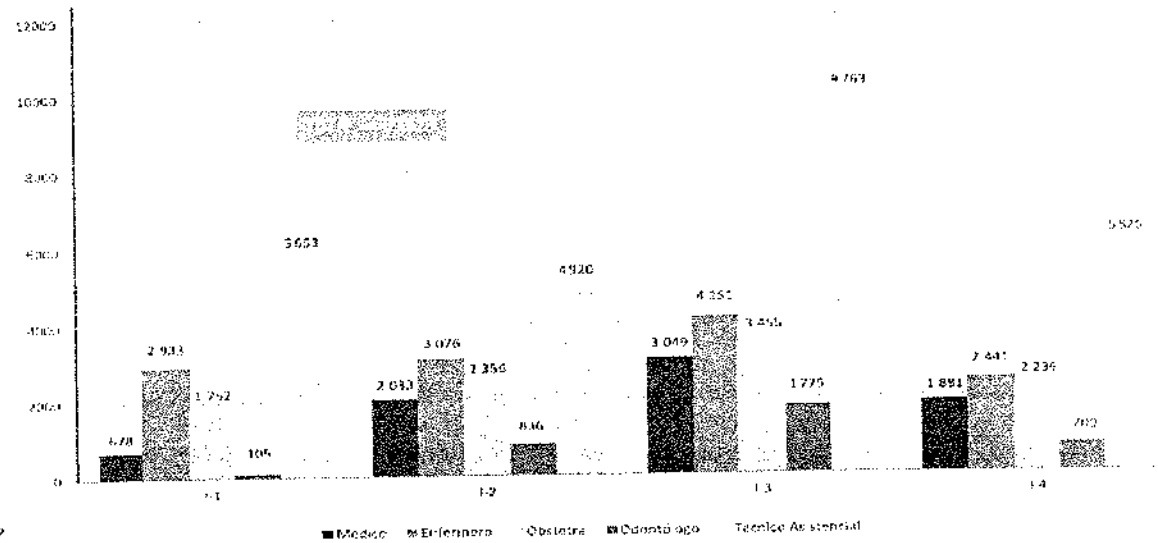
Según el Informe Mundial de la Salud de la OMS del año 2006, se cataloga a Perú como uno de los países con déficit crítico de Recursos Humanos en Salud (RHUS) es decir, con una densidad de RHUS menor a 25/10 000hab. Actualmente la densidad de RHUS es de 31.9/10,000 hab (ver gráfico 6) (MINSA, Dirección General de Personal de la Salud. Información de Recursos Humanos en el Sector Salud, Perú 2017[10].

Gráfico 6.- Densidad de Recursos Humanos (por 10,000 hab) en el Sector Salud según departamentos en el Perú-2017

Fuente: MINSA, Dirección General de Personal de la Salud. Información de Recursos Humanos en el Sector Salud, Perú 2017.

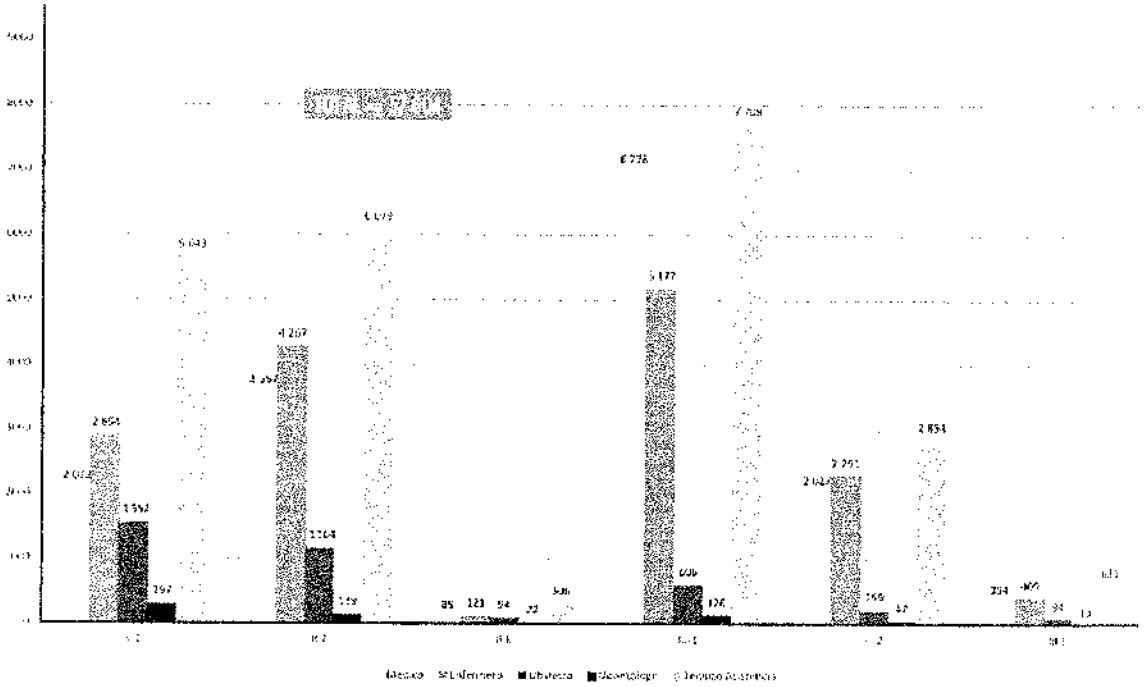
Este déficit se encuentra mayormente en el primer nivel de salud (ver gráfico 7) y la mayor concentración de RHUS se observa en las zonas de mayores recursos (ver gráfico 8), concluyendo que existe una inadecuada distribución no solo geográfica sino también socioeconómica. La brecha calculada para el primer nivel de atención de MINSA y gobiernos regionales se ha calculado en 69 904 para el 2015[10].

Gráfico 7.- Recursos Humanos del MINSA y Gobiernos Regionales en Establecimientos del Primer Nivel de Atención. Perú 2017



Fuente: MINSA, Dirección General de Personal de la Salud. Información de Recursos Humanos en el Sector Salud, Perú 2017.

Gráfico 8.- Recursos Humanos del MINSA y Gobiernos Regionales en establecimientos del Segundo y Tercer Nivel de Atención, Perú-2017



Fuente: MINSA, Dirección General de Personal de la Salud. Información de Recursos Humanos en el Sector Salud, Perú 2017.

La oferta de la formación posgrado se ha incrementado mucho en los últimos años, adoleciendo de una serie de deficiencias. Según un Informe del CONCYTEC, la principal problemática es la siguiente: discordancias entre la oferta formativa y las necesidades del desarrollo, falta de programas de investigación que sirvan de sustento a los programas de posgrado, escasa producción científica, bajas tasas de graduación en relación con el número de egresados y carencia de un organismo que ofrezca información confiable y que asegure la calidad de los estudios de posgrado[10].

La brecha de médicos cirujanos especialistas para el año 2010 estuvo calculada en 5 328 médicos cirujanos especialistas en los niveles de atención del I-4 al III-1, plazas necesarias para el funcionamiento adecuado de las UPSS. En la distribución de brechas a nivel nacional se identifica que los departamentos de Lima, La Libertad, Puno, Ancash y Cuzco son los cinco ámbitos de mayor necesidad de médicos cirujanos especialista, lo que refleja la inequidad en su distribución[10].

Tabla 7.- Recursos Humanos del Sector Salud por institución según grupo ocupacional y cargo en Perú-2017

GRUPO OCUPACIONAL / CARGO	Sector										
	Total	%	MINSA y Gob. Regionales	ESSALUD	PNP	FFAA	SIBOL	INPE	Ministerio Público	MINEDU	Sector Privado 1/
Perú	265 450	100,0%	186 079	54 049	6 378	8 358	2 975	420	1 770	185	5 036
Profesionales Asistenciales	125 539	47,3%	82 705	29 462	1 621	5 193	1 095	126	1 079	165	5 093
Médico	40 829	15,4%	23 226	11 100	511	1 212	749	21	842	23	3 436
Enfermera	48 799	18,9%	29 185	11 196	695	2 869	236	13	1	5	687
Obstetra	15 865	6,0%	14 169	1 324	86	79	59	2	0	0	74
Odontólogo	8 199	3,1%	4 261	788	113	384	16	5	42	8	550
Biólogo	2 572	0,8%	1 824	110	26	25	0	0	62	0	5
Ingeniero Sanitario	112	0,0%	112	0	0	0	0	0	0	0	0
Nutricionista	1 971	0,7%	1 355	507	20	38	17	4	0	1	29
Psicólogo	5 387	1,3%	2 102	465	67	256	16	35	333	61	70
Químico Farmacéutico	2 564	1,0%	1 733	601	36	98	1	0	51	0	45
Químico	68	0,0%	51	6	0	1	0	0	0	0	0
Tecnólogo Médico	5 022	1,9%	2 213	2 325	44	223	4	0	49	2	162
Médico Veterinario	286	0,1%	286	0	0	0	0	0	0	0	0
Trabajadora Social	1 574	0,6%	1 398	4	21	37	13	49	0	46	7
Técnicos Especializados	169	0,1%	169	0	0	0	0	0	0	0	0
Profesionales de la salud no especificados 2/	580	0,2%	535	5	0	39	0	0	0	0	0
Profesionales Administrativos	13 564	5,1%	8 062	4 718	435	117	130	0	102	0	0
Técnicos Asistenciales	63 781	24,0%	50 936	10 279	273	1 765	260	0	265	0	0
Técnicos Administrativos	37 840	14,3%	28 586	8 422	872	135	1 257	5	169	0	0
Auxiliares Asistenciales	9 231	3,5%	4 852	1 212	2 726	1 040	1	0	0	0	0
Auxiliares Administrativos	13 469	5,1%	11 553	656	946	55	242	0	116	0	0
No específica	1 927	0,7%	1 413	0	0	51	0	0	0	0	463

Fuente: MINSA, Dirección General de Personal de la Salud. Información de Recursos Humanos en el Sector Salud, Perú-2017

En relación a la segunda especialización, el MINSA a nivel nacional tiene una oferta total de 6 074 médicos especialistas, de los cuales el 61,5% pertenece a las especialidades clínicas, 33,2% a especialidades quirúrgicas, 4,9% a especialidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento y 0,4% a las especialidades de salud pública. Según la norma de categorización existe una demanda total de 11 176 médicos especialistas y según el perfil epidemiológico y demográfico, de 11 738, evidenciándose una gran brecha entre la oferta y la demanda de médicos especialistas a nivel nacional y regional que representa aproximadamente el 45% de la oferta al año 2015[10]. (ver tabla 7)

El reto es planificar recursos humanos en salud que además se encuentren capacitados en cuidados paliativos para paciente oncológico, basados en:

a) La oferta, en la cual se estima el personal en la situación actual y luego se realizan proyecciones;
b) La demanda o utilización, que fue estimada para la población nacional y para Lima metropolitana,
c) Benchmarking, con el cual se busque replicar estándares o parámetros que funcionaron.

6.5 ACCESO A MEDICAMENTOS PARA CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES ONCOLOGICOS

El inadecuado y escaso tratamiento del dolor es un problema de salud pública a nivel mundial a pesar de que la evidencia científica apoya el uso de opioides de una manera segura todavía existe mucha reluctancia acerca del uso de éstos analgésicos[11].

A pesar de los avances recientes en el tratamiento, el dolor por cáncer sigue siendo un síntoma común. La literatura revela tasas de prevalencia de dolor de 39.3% después del tratamiento curativo, 55.0% durante el tratamiento contra el cáncer y 66.4% para pacientes con enfermedad metastásica. Estudios indican que más de la mitad de las personas con cáncer habían experimentado dolor en la semana previa, con un 44% de pacientes

oncológicos reportando dolor moderado a severo la prevalencia de dolor moderado a severo en aquellos que reciben terapia de intención curativa osciló entre el 43% y el 57% y fue tan alto como el 75% en aquellos con enfermedad avanzada para quienes la terapia ya no era factible[12].

La situación Latinoamericana en materia de acceso y disponibilidad de opioides es limitada, (menor a 100 SDDD). Los países en que se reporta menor consumo son: Guatemala, Ecuador y Bolivia entre otros. En Chile, Argentina, Colombia, Brasil y Uruguay se ha logrado aumentar el consumo de opioides a 200 SDDD[11], cifras aún insuficientes para el manejo adecuado del dolor. Perú se encuentra con consumo entre 100 y 200 SDDD.

Algunas de las razones por las cuales el consumo de opioides en América Latina es menor que la de países desarrollados son: Restricciones o excesiva burocracia en el proceso de importación de medicamentos que incrementan el costo final del producto; legislaciones y regulaciones restrictivas que imponen límites máximos en las dosis diarias permitidas o en la dosis misma; canales de distribución insuficientes que no facilitan la disponibilidad en zonas rurales; ignorancia del personal de salud sobre cómo manejar el dolor, y carencia de químicos farmacéuticos autorizados para la dispensación del medicamento[13].

En el proceso de identificar y modificar las barreras que existen en un país, es necesario establecer un puente de comunicación entre los profesionales de la salud que trabajan el área de dolor y los cuidados paliativos, y los reguladores y representantes de los gobiernos. Los profesionales de la salud deben conocer las leyes y regulaciones de sus países que controlan el uso, prescripción, almacenamiento y distribución de los medicamentos opioides. Los reguladores deben aprender sobre el uso de los analgésicos opioides y solicitar la cooperación de los profesionales de la salud, cuando sea necesario [13].

6.6. ASPECTOS CRÍTICOS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Aspectos Generales

- Escaso número de establecimientos de salud que brindan servicios de cuidados paliativos frente a la creciente demanda de la población.
- Urgente necesidad de generar y universalizar el acceso a los cuidados paliativos en el país.
- Inequidades en la accesibilidad a los escasos establecimientos que brindan cuidados paliativos.
- Dificultades para la implementación de un modelo de atención integrada en cuidados paliativos para pacientes oncológicos en la RIS.
- Ausencia de programas dedicados a pacientes adultos y pediátricos oncológicos.
- Ausencia de programas dedicados a cuidadores de pacientes oncológicos que requieren cuidados paliativos.
- Inicio tardío de las actuaciones paliativas y falta de continuidad de las mismas.

Atención Integral en Cuidados Paliativos a Pacientes Oncológicos

- Identificación del paciente oncológico con necesidad de soporte y cuidados paliativos con adecuada notificación del estado de enfermedad.
- Necesidad de un abordaje biopsicosocial, valorando integralmente las necesidades de pacientes y familias incluyendo la atención a problemas emocionales y al duelo.
- Carencia de soporte al cuidador, familia y comunidad.
- Necesidad de guías de práctica clínica en cuidados paliativos a pacientes oncológicos basados en evidencia científica actual.

Autonomía del Paciente

- Escasa priorización de los aspectos legales y éticos inherentes a la atención paliativa oncológica, ocasionados en parte por la ausencia de normas referentes a voluntades anticipadas.
- Necesidad de fomentar la autonomía y participación del paciente en la toma de decisiones.
- Escaso énfasis en la promoción del desarrollo del aspecto social del paciente oncológico y su entorno.

Organización y Articulación de las Atención Integral en Cuidados Paliativos a Pacientes Oncológicos con los Servicios de Salud

- Los cuidados paliativos no están incorporados en la cartera de servicios desde el primer nivel de atención al mayor nivel de complejidad.
- Muy limitada asignación presupuestaria del sector público para los cuidados paliativos en pacientes oncológicos.
- Ausencia de un modelo de atención interdisciplinario entre especialista oncólogo y prestadores de cuidados paliativos.
- Provisión aislada de los recursos asistenciales en cuidados paliativos sin articulación entre las unidades existentes en la RIS.
- Insuficiente recurso humano capacitado en cuidados paliativos.
- Escaso número de establecimientos de proveedores de cuidados paliativos para pacientes oncológicos que dificultan la descentralización.
- Necesidad de implementar criterios de nivel de complejidad de pacientes, de inclusión y derivación.
- Atención de 24 horas en cuidados paliativos para pacientes oncológicos.
- Ausencia de programas sociales y comunitarios específicos para pacientes oncológicos, familiares y cuidadores.
- Falta de programas de soporte y autocuidado dirigidos al profesional de salud relacionado a cuidados paliativos.
- Necesidad e identificar resultados sanitarios para la gestión financiera que sustentes el desarrollo o la creación de proveedores de cuidados paliativos.

Formación

- Demanda generalizada de recurso humano capacitado en cuidados paliativos.
- Necesidad de formación especializada en cuidados paliativos para pacientes oncológicos a nivel nacional.
- Necesidad de capacitación en el autocuidado y comunicación en los profesionales de la salud relacionados a cuidados paliativos.

Investigación

- Falta de tecnologías de información y comunicación en salud especifica en Cuidados Paliativos en pacientes oncológicos a nivel nacional.
- Ausencia de proyectos especializados en cuidados paliativos.
- Falta de capacitación en investigación dirigida a cuidados paliativos.
- Ausencia de estudios de evaluación de tecnologías sanitarias que se apliquen.

VII. LÍNEAS ESTRATÉGICAS PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES ONCOLÓGICOS EN LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

Según la OMS, la Cobertura Universal en Salud implica cubrir todos los servicios sanitarios esenciales, con una atención de calidad, incluidos la promoción de la salud, prevención, el tratamiento, rehabilitación y **cuidados paliativos**.

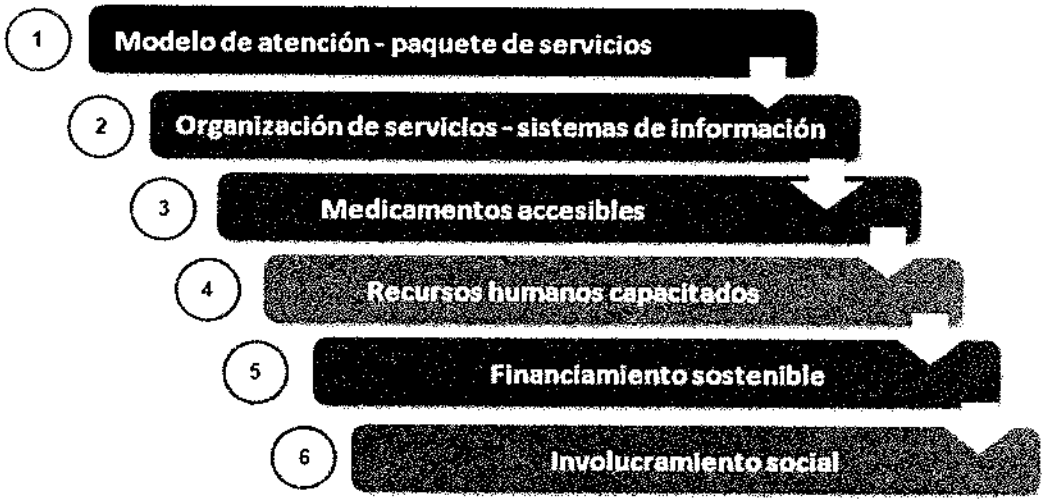
Así mismo se ha establecido que los cuidados paliativos son esenciales para alcanzar la ansiada Cobertura Universal en Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Nuestro país ha establecido políticas en salud para el acceso universal a los servicios de salud, mediante la *Ley N° 29344*, estando pendiente el abordaje especifico de los cuidados paliativos en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

El documento: *The Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief—findings, recommendations, and future directions*, establece una serie de recomendaciones de políticas y estrategias para mejorar el acceso a cuidados paliativos y alivio del dolor, entre ellas:

- Establecer un paquete esencial nacional de servicios en cuidados paliativos asequible para las intervenciones de cuidados paliativos y alivio de dolor, este paquete debe ser viable a financiar por países de menores recursos.
- Financiar y ofrecer acceso universal al paquete esencial, a través de la cobertura universal en salud.
- Dentro de los opioides, la morfina (oral, de liberación inmediata y la inyectable) es el componente fundamental del paquete.
- La Capacitación al personal es clave para ofrecer el paquete esencial.
- Utilizar la evidencia en la priorización e implementación de políticas, programas y el monitoreo.

Luego de la identificación de aspectos críticos y considerando los alcances de la *Comisión LANCET* para cuidados paliativos[3], el grupo de trabajo del INEN destacó una serie de áreas prioritarias a partir de las cuales se plantean los lineamientos estratégicos que se desarrollan en este documento (ver gráfico 9).

Gráfico 9.- Líneas estratégicas en Cuidados Paliativos Oncológicos



Adaptado de The Lancet commission of Palliative Care and Pain Relief findings, recommendations, and future directions. Elaborado por el comité editor.

Igualmente se observará que las estrategias se sustenten en los siguientes valores esenciales: Universalidad, accesibilidad, equidad, continuidad asistencial, atención centrada en el paciente, fomento de la autonomía personal, fomento de la permanencia en el domicilio cuando sea posible.

7.1. LÍNEA ESTRATÉGICA 1.- MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Actualmente el modelo de atención de cuidados paliativos basado en el proceso asistencial del Perú, la derivación del paciente por parte del especialista en tratamiento oncológico a los cuidados paliativos, suele ocurrir en las últimas semanas o meses de vida luego de un periodo de su tratamiento de síntomas con la consecuente condición de sufrimiento del paciente oncológico[6] (ver figura 1A). Esta derivación tardía genera la creencia y el estigma que ser referido a los cuidados paliativos es señal o está asociado a muerte próxima y con la sensación de abandono por parte del paciente, familia y cuidadores. El modelo en Perú no ha permitido descentralizar los cuidados paliativos al paciente oncológico pues los pocos prestadores formalizados se encuentran principalmente en el Nivel III de atención.

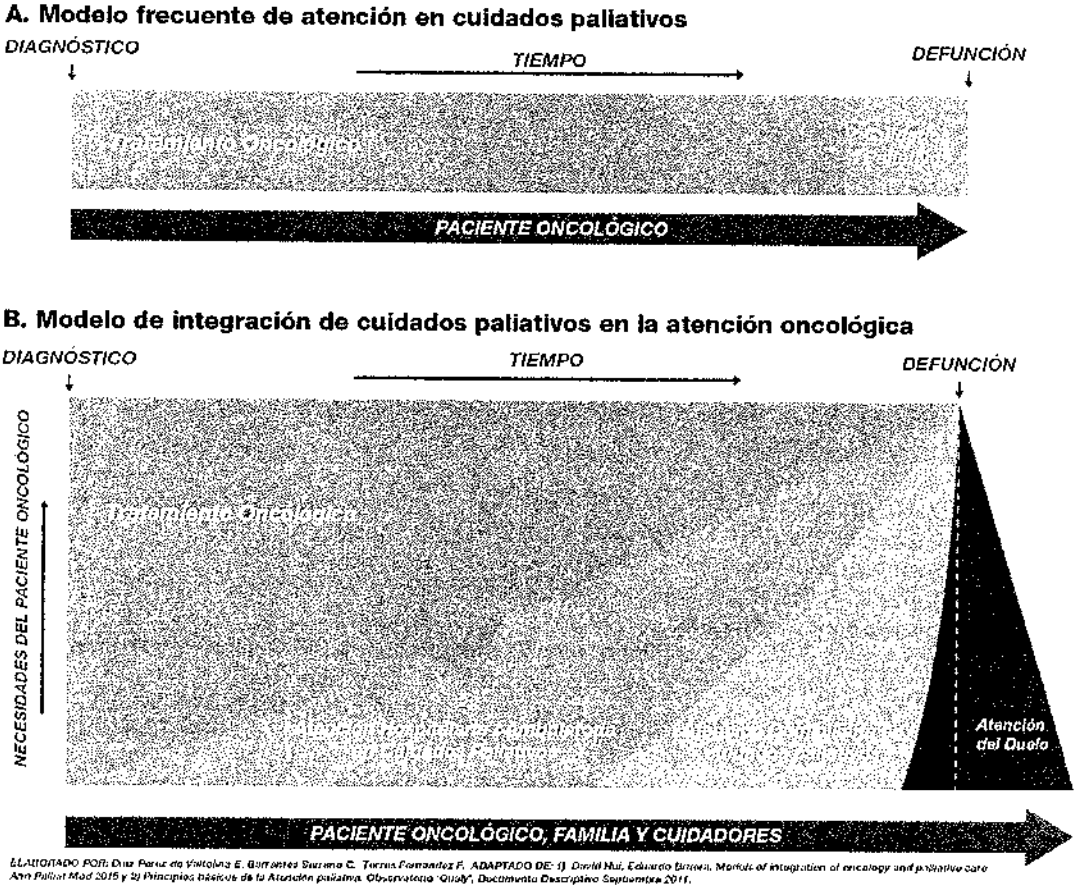
El objetivo de migrar al modelo de integración que se propone en este documento, es realizar la integración de la atención especializada a los cuidados paliativos y con alcance a todos los niveles de atención se recomienda la referencia de pacientes oncológicos a los establecimientos prestadores de cuidados paliativos desde el momento del diagnóstico en caso de presentar sintomatología no controlada, o al momento del diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada, con un nivel de participación variable a lo largo del tiempo en relación a la condición del paciente y estado de enfermedad, incluyendo la atención en el duelo[1] (ver figura 1B).

De esta manera el paciente oncológico será derivado a los prestadores de servicios de los cuidados paliativos de manera temprana y oportuna, independientemente del estadio de la enfermedad oncológica, basándose en las necesidades clínicas y multidimensionales del paciente, familia y cuidador, con un modelo de trabajo multidisciplinario.

7.1.1 Identificación del paciente oncológico y cuidadores con necesidad de cuidados paliativos oncológicos y su entorno

Identificar a los pacientes con enfermedad oncológica que sufren sintomatología no controlada independientemente del estadio de enfermedad y con mayor énfasis en la etapa avanzada. La pertinencia de la inclusión del paciente en un programa de cuidados paliativos podrá ser establecida por la atención especializada oncológica, en casos específicos por parte del Primer Nivel de Atención o preferentemente de forma consensuada entre ambos niveles, con la participación de la Unidad o Equipo prestador de servicios de cuidados paliativos correspondiente a su localidad o complejidad, quedando constancia en la historia clínica de la solicitud por parte del médico tratante de la necesidad de cuidados paliativos. Los pacientes pueden ser identificados como iniciales, continuadores, pacientes de urgencia, paciente de interconsulta, paciente domiciliario, paciente de consulta externa y hospitalario (ver Anexo N° 2). Además, se identificará a los cuidadores o familiares, según criterios de responsabilidades legales, voceros autorizados, cuidadores y otros datos relacionados que se consideren relevantes y con adecuado registro en la historia clínica de los mismos. También debe actualizarse la información complementaria (ejemplo: datos sociales).

Figura 1.- Modelo de Atención basado en el tiempo para la integración de los Cuidados Paliativos en la atención oncológica



ELABORADO POR: Díaz Perez de Valcárcel E. Barrantes Serrano C. Torres Fernández F. ADAPTADO DE: 1) David Hui, Eduardo Bruera. Models of integration of oncology and palliative care Ann Palliat Med 2015 y 2) Principios básicos de la Atención paliativa. Observatorio "Qualy", Documento Descriptivo Septiembre 2011.

7.1.2 Valoración integral de las necesidades del paciente oncológico y su entorno

Esta línea estratégica sitúa al paciente en el centro de la atención de salud. El reto es ofrecer una atención integral al paciente, familia y cuidadores basados en una valoración de todas las dimensiones del ser humano, por un equipo multidisciplinario con formación y preparación adecuadas, mediante el abordaje minucioso de los aspectos físicos, sociales, psicológicos, emocionales, culturales, espirituales del paciente y de su entorno (ver figura 2).

Figura 2.- Dimensiones y dominios a evaluar en cuidados paliativos

Adaptado de: Outcome Measurement in Palliative Care The Essentials. Bausewein C.
Bausewein C, Daveson B, Benalia H, Simon ST, Higginson IJ

Para la adecuada valoración de las necesidades desde un punto de vista integral y nivel de complejidad del paciente se requiere recopilar información del paciente oncológico, familia y cuidadores mediante:

- Elaboración de un modelo de historia clínica especifica y sistematizada para cuidados paliativos oncológicos, donde se registren información clínica como: Enfermedad de base y momento evolutivo, morbilidades asociadas, situación funcional, sintomatología actual y manejo de síntomas, tratamiento especializado oncológico y pronóstico.
- Evaluación de la condición social, psicológica y emocional del paciente y su entorno por parte del equipo multidisciplinario.
- Elaboración de un plan individualizado que quedará reflejado en la historia clínica de cuidados paliativos.

7.1.3 Identificación del nivel asistencial adecuado para la atención del paciente según su complejidad y la capacidad de resolución del establecimiento de salud

El equipo oncológico responsable del tratamiento del paciente, podrá solicitar cuidados paliativos a los EESS locales o mediante el sistema de referencia y/o contrareferencia a EESS de mayor o menor nivel de acuerdo a la necesidad del paciente oncológico.

7.1.4 Estimular el enfoque multidisciplinario en la atención

Mediante la elaboración de protocolos de actuación para todas las fases y niveles de complejidad, y para todas las categorías profesionales participantes en el proceso.

7.1.5 Implementar el desarrollo del aspecto social como complemento fundamental de la atención integral

Establecer mediante el sistema de referencia y/o contrareferencia mecanismos específicos, especialmente en lo referente a necesidades de material sanitario, facilitación de trámites al cuidador, alojamientos, apoyo comunitario, uso de recursos de sistemas de seguros, otros.

7.1.6 Prestar atención al duelo

Se prestará especial atención en la detección de situaciones de riesgo de duelo Patológico, incluso antes de que ocurra el fallecimiento del paciente oncológico.

7.2 LÍNEA ESTRATÉGICA 2.- ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES ONCOLÓGICOS EN LA RED INTEGRADA DE SALUD

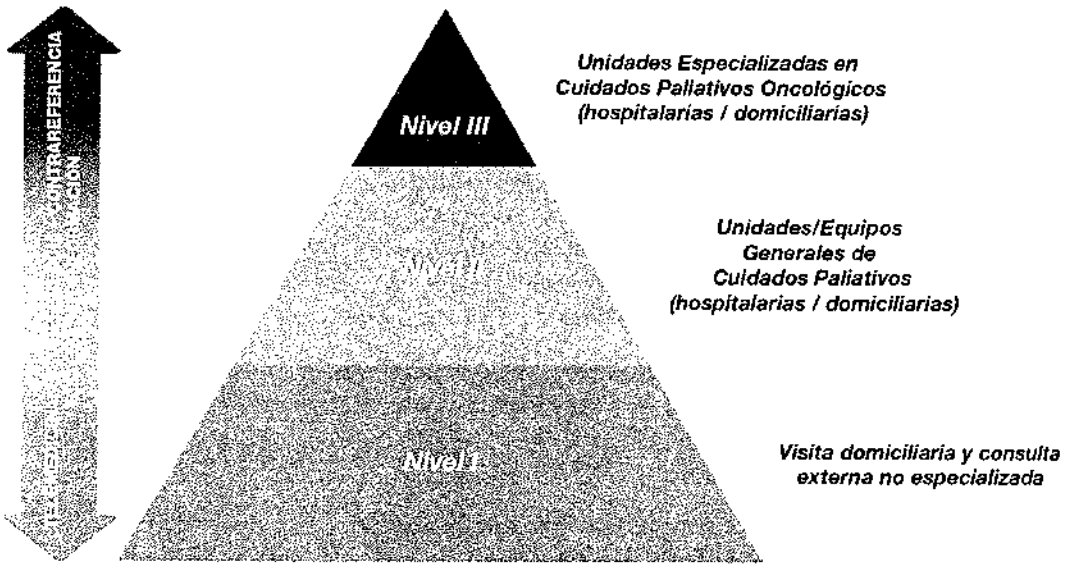
El proceso asistencial de cuidados paliativos a pacientes oncológicos requiere un modelo de trabajo cooperativo multidisciplinar entre los niveles de atención e intersectorial. En el contexto de esta estrategia se desarrollará de forma especial la flexibilidad, la adquisición y desarrollo de habilidades de comunicación en el personal sanitario y la eliminación de barreras administrativas para lograr la mejor asistencia en las distintas localidades del territorio nacional.

En especial los pacientes con enfermedad oncológica avanzada pueden estar ubicados en todos los niveles de la RIS, por lo tanto, se requiere hacer accesibles los recursos paliativos en cada uno de los niveles, pues los recursos asignados y las acciones planificadas tendrán pobre impacto si no se genera implicación, aprovechamiento, optimización y articulación de los recursos existentes en la RIS.

El mejor ambiente para la atención de un paciente con enfermedad avanzada dependerá de diversas variables: sintomatología y nivel de sufrimiento, apoyo existente, preferencias del paciente y su entorno. Cuando el paciente está en su localidad, el Nivel I es llamado a atender las principales necesidades del paciente, mientras que la Atención Especializada será responsable del paciente hospitalizado, en tratamiento activo o de alta complejidad en cuidados paliativos, sea de manera presencial o como apoyo por telemedicina. (ver tabla 8)

El objetivo general de esta estrategia será establecer una articulación entre los EESS proveedores de cuidados paliativos de la RIS, basada en la atención por niveles de atención y adaptada a las necesidades clínicas, complejidad y preferencias del paciente, familia y cuidadores (ver figura 3).

Figura 3: Modelo de Atención de Cuidados Paliativos en el Perú basado en el Proveedor



NIVELES DE ATENCIÓN

ELABORADO POR: Díaz Perez De Valdivia E. Barcintes Serrano C.
ADAPTADO DE: David Hui, Eduardo Bruera. Models of integration of oncology and palliative care. Ann Palliat Med 2015;4(3):89-98.

7.2.1 Desarrollar e implementar Unidades Especializadas en Cuidados Paliativos Oncológicos

Al hablar de atención especializada en cuidados paliativos oncológicos, se hace mención a la atención de alta complejidad, desarrollada en establecimientos de Nivel III, con capacidad de hospitalización y consulta externa a pacientes oncológicos, con atención 24h, que brinden apoyo a los EESS de Nivel I y II mediante atención domiciliaria especializada y por Telemedicina. Esta Unidad estará conformada por un equipo interdisciplinario con capacitación avanzada.

7.2.2 Crear y potenciar Equipos o Unidades de Cuidados Paliativos Generales

Las Unidades de Cuidados Paliativos Generales (atención al paciente no oncológico y oncológico), deben contar con hospitalización (camas físicas o funcionales) a diferencia de los Equipos de Cuidados Paliativos no disponen de hospitalización. Ambos son multidisciplinarios, atienden situaciones de mediana a alta complejidad en su localidad dependiendo de su nivel de especialización y realizan actividades de formación e investigación. Dentro de su población objetivo, es probable que atiendan pacientes oncológicos y pudieran requerir de la coordinación con las Unidades Especializados en Cuidados Paliativos Oncológicos para la resolución de casos de mayor complejidad.

La ubicación de estas unidades o equipos podrá estar en dos ámbitos:

1. Centros de Salud en los niveles I4 a Hospital nivel II-1 o II-2, pudiendo disponer de camas de hospitalización.
2. Hospital o Instituto en el nivel III sin perjuicio de que puedan existir camas de hospitalización para cuidados paliativos en los hospitales de menor complejidad.

Se sugiere que dispongan de camas de hospitalización con una infraestructura que permita el confort de los pacientes y la presencia permanente de la familia/cuidadores y que dependan administrativa y funcionalmente del hospital en el que estén ubicadas.

La derivación de los pacientes se realizará con criterios consensuados tanto al Nivel I como al Nivel III.

7.2.3 Crear y potenciar Equipos de Atención Domiciliaria Especializada de Cuidados Paliativos

Es fundamental la creación de Equipos de Atención Domiciliaria de Cuidados Paliativos que apoyen y asesoren durante el manejo del paciente paliativo a niveles de menor complejidad, deben depender de una Unidad Especializada oncológica o general de Cuidados Paliativos y deben ser multi o interdisciplinarios. En el ámbito comunitario, atienden las situaciones más complejas, prestan ayuda y soporte a los profesionales locales y realizan actividades de articulación y docencia e investigación respecto al ámbito domiciliario.

Cada equipo de atención domiciliaria especializada en cuidados paliativos estará formado al menos por un médico, enfermera, psicólogo, trabajador social y auxiliar administrativo que pueden pertenecer a otras áreas del EESS y deberán poseer capacitación formal en cuidados paliativos a nivel intermedio o avanzado.

Estos equipos intervendrán siempre a petición de los profesionales responsables del paciente tanto del Nivel I como de la atención especializada en otras ramas de la salud, a fin de evitar que funcionen como un nivel paralelo y asegurar una correcta utilización de este recurso. Además, dependerán administrativa y funcionalmente de una unidad especializada o general en cuidados paliativos.

7.2.4 Definir el rol del Nivel I de atención en la estrategia de atención de cuidados paliativos en pacientes oncológicos

Cuando el paciente está en su localidad o domicilio, la prestación de los cuidados paliativos corresponderá al Nivel I de Atención, siendo el nivel asistencial fundamental para dicho propósito, tanto de forma ambulatoria o domiciliaria. Atenderá principalmente a pacientes de baja complejidad o pacientes más complejos con la adecuada coordinación con las unidades de cuidados paliativos de la red de salud.

7.2.5 Establecer los procesos de coordinación entre las diferentes unidades y equipos y para la atención continua en cuidados paliativos en pacientes oncológicos

Las características especiales de los cuidados paliativos especialmente en estadios avanzados de la enfermedad oncológica, suelen estar asociados a situaciones con un entorno de alto componente emocional y requieren una asistencia continua, accesible y flexible. Este reto obliga a introducir mejoras en la organización y la gestión de la RIS, que permitan una mayor comunicación entre EESS y proveedores de cuidados paliativos, para lo cual debe darse a conocer el programa, profesionales referentes, actores de la estrategia de paliativos, y criterios de intervención sin soluciones de continuidad en el proceso.

El equipo de trabajo sugiere:

a) Si la referencia a cuidados paliativos se realiza durante la una estancia hospitalaria, procurar que el alta se realice en días laborables y en horarios que permita la coordinación con el EESS, unidades o equipos de cuidados paliativos de su localidad, al menos 24h antes del alta, no sin antes realizar:

- Valoración integral de las necesidades de salud y sociales, recursos necesarios para cubrirlas, identificación de centro de referencia más adecuado según la condición clínica, socio familiar y preferencias del paciente.
- Contacto telefónico con su EESS y toma conjunta de decisiones en función de la valoración realizada.
- En caso de ser trasladado a domicilio o localidad, coordinar la visita domiciliaria a la brevedad por parte del EESS del Nivel que le corresponde en función de la decisión previa. Si la situación del paciente lo permite, acudirá personalmente a su Centro de Salud u Hospital.

b) Si el paciente oncológico presenta características y necesidades de cuidados paliativos que permiten su evaluación y control de forma ambulatoria por consultorio externo, se seguirán los mismos pasos: valoración, contacto telefónico con EEESS proveedor de cuidados paliativos y decisión conjunta entre centros.

c) En ambos casos, realizar contacto telefónico con el personal responsable de su atención para facilitar consultas o resolver dudas.
Se programará la emisión de informes periódicos sobre la situación del paciente, pronóstico y evolución esperada, considerando protocolos o procedimientos necesarios para garantizar la adecuada atención de los pacientes en horario no cubierto por los establecimientos de salud proveedores de servicios de cuidados paliativos, contemplando los siguientes aspectos: a)Disponer de información respecto a cuidadores, diagnóstico oncológico, comorbilidades, relación actualizada de problemas, plan de manejo de incidencias previsibles y medidas a tomar, b)Disponer de material médico e insumos en el domicilio.

Tabla 8: Actividades asistenciales por nivel de atención

NIVEL DE ATENCION	ESTABLECIMIENTO	ACTIVIDAD
I-4	Centro de Salud	Educación al paciente y cuidadores
		Atención ambulatoria o consulta externa
		Atención domiciliaria no especializada
		Atención por telemedicina
		Atención al duelo de los cuidadores
		Educación a la comunidad
II	Hospital II-1	Educación al paciente y cuidadores
		Atención ambulatoria o consulta externa
		Atención domiciliaria no especializada
		Atención por telemedicina
		Atención hospitalaria de menor complejidad
		Atención al duelo de los cuidadores
		Educación a la comunidad
	Hospital II-2 con Unidad o Servicio Oncológico	Educación al paciente y cuidadores
		Atención ambulatoria o consulta externa
		Atención domiciliaria no especializada/especializada
		Atención por telemedicina
		Atención hospitalaria de día
		Atención hospitalaria de mediana complejidad
		Educación a la comunidad
III	Hospital III con Unidad Oncológica Hospital III con Departamento de Oncología Instituto Especializado	Educación al paciente
		Educación al familiar y/o cuidador
		Atención ambulatoria
		Atención domiciliaria especializada
		Atención por telemedicina
		Atención hospitalaria de día
		Atención hospitalaria de alta complejidad
		Docencia
		Investigación
		Evaluación

Adaptado de la "Norma Técnica Oncológica N° 001-INEN/DIMED-DEM·V.01: Norma Técnica Oncológica de la Unidad Productora de Servicios de Salud de Cuidados Paliativos Oncológicos del INEN".

7.2.6 Sistemas de información de la estrategia de cuidados paliativos oncológicos, resultados e indicadores

Los profesionales responsables de la prestación de cuidados paliativos a los pacientes oncológicos deben disponer de un registro de datos de los pacientes y las actividades de salud realizadas que sea accesible a los profesionales y permita la evaluación y la mejora de la calidad de la atención, adecuando los sistemas de información institucionales existentes a las necesidades de seguimiento y evaluación asociado a sistematización del recojo de información especializada, establecido para todos los EESS con recursos necesarios para tal fin.

Se implementará la monitorización de indicadores para cuidados paliativos en pacientes oncológicos reflejados en la "Norma Técnica Oncológica N° 001-INEN/DIMED-DEM·V.01: Norma Técnica Oncológica de la Unidad Productora de Servicios de Salud de Cuidados Paliativos Oncológicos del INEN" (Anexo 3).

7.3 LÍNEA ESTRATÉGICA 3.- MEDICAMENTOS ACCESIBLES

La OMS en el año 2017 ha actualizado la Relación de Medicamentos Esenciales para Cuidados Paliativos, en la que incluye medicamentos que no se encuentran en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos (PNUME) y viceversa (ver tabla 9). El grupo de trabajo recomienda incluir los medicamentos esenciales para cuidados paliativos que actualmente no se encuentren en PNUME y evaluar la posibilidad de que al menos la mayoría de los fármacos esenciales para la OMS lleguen al Nivel I de atención, con el fin de lograr mayor cobertura en el acceso a medicamentos esenciales, priorizando este grupo de fármacos y además realizando estudios de costo beneficio a futuro para

mejorar el sistema de distribución de los medicamentos tanto en zonas rurales como urbanas.

Tabla 9.- Relación propuesta de Medicamentos Esenciales para Cuidados Paliativos Oncológicos basados en PNUME y Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS 2017

Denominación Común Internacional / Principio Activo**	Concentración	Forma farmacéutica	20th Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS 2017	I 4	II 1	II 2	II E	III 1	III E	III 2
1.1 Anestésicos generales y oxigeno										
Oxigeno medicinal(*)	99-100%	GAS	1.4 Medical gases	X	X	X	X	X	X	X
Lidocaina clorhidrato	2–4%	GEL TOP/JAL TOP	NO INCLUIDO		X	X	X	X	X	X
Lidocaina clorhidrato sin epinefrina	2%	INY	1.2 Local anaesthetics	X	X	X	X	X	X	X
2. Medicamentos para el dolor y cuidados paliativos										
2.1 Analgésicos no opiáceos y antiinflamatorios no esteroideos (AINES)										
Acido Acetil Salicilico (*)	100mg a 500mg	tab	2.1 - Non-opioids and non-steroidal anti-inflammatory medicines (NSAIMs)	X	X	X	X	X	X	X
Ibuprofeno (*)	100mg/5ml	Liq oral	2.1 - Non-opioids and non-steroidal anti-inflammatory medicines (NSAIMs)	X	X	X	X	X	X	X
Ibuprofeno (*)	200mg	Tab	2.1 - Non-opioids and non-steroidal anti-inflammatory medicines (NSAIMs)	X	X	X	X	X	X	X
Ibuprofeno (*)	400mg	Tab	2.1 - Non-opioids and non-steroidal anti-inflammatory medicines (NSAIMs)	X	X	X	X	X	X	X
Metamizol sódico	500mg/ml	Iny	NO INCLUIDO	X	X	X	X	X	X	X
Naproxeno (como base o sal sódica)	250mg	Tab	NO INCLUIDO	X	X	X	X	X	X	X
Naproxeno (como base o sal sódica)	500mg	Tab	NO INCLUIDO	X	X	X	X	X	X	X
Paracetamol (*)	100mg/ml	Liq oral	2.1 - Non-opioids and non-steroidal anti-inflammatory medicines (NSAIMs)	X	X	X	X	X	X	X
Paracetamol (*)	120mg/5ml	Liq oral	2.1 - Non-opioids and non-steroidal anti-inflammatory medicines (NSAIMs)	X	X	X	X	X	X	X
Paracetamol (*)	100-300mg	Sup	2.1 - Non-opioids and non-steroidal anti-inflammatory medicines (NSAIMs)	X	X	X	X	X	X	X
Paracetamol (*)	500mg	Tab	2.1 - Non-opioids and non-steroidal anti-inflammatory medicines (NSAIMs)	X	X	X	X	X	X	X
2.2 Analgésicos opiáceos										
Buprenorfina	35mcg/h	Parche Trans	NO INCLUIDO		X	X	X	X	X	X
Codeina fosfato	10-15mg/5ml	Liq oral	NO INCLUIDO	X	X	X	X	X	X	X
Codeina fosfato (*)	30mg	Tab	2.2 Opioid analgesics		X	X	X	X	X	X
Codeina fosfato	30mg/ml	Iny	NO INCLUIDO		X	X	X	X	X	X
Codeina fosfato	60mg	Tab	NO INCLUIDO		X	X	X	X	X	X
Fentanilo (*)	25mcg/h	Parche Trans	2.2 Opioid analgesics				X	X	X	X
Fentanilo (*)	50mcg/h	Parche Trans	2.2 Opioid analgesics				X	X	X	X
Metadona (*)	5mg	Tab	2.2 Opioid analgesics				X	X	X	X
Metadona (*)	10	tab	2.2 Opioid analgesics				X	X	X	X
Morfina clorhidrato (*)	10mg/ml	Iny	2.2 Opioid analgesics		X	X	X	X	X	X
Morfina clorhidrato (*)	20mg/ml	Iny	NO INCLUIDA		X	X	X	X	X	X
Morfina sulfato (*)	10mg/5ml	Liq oral	2.2 Opioid analgesics		X	X	X	X	X	X
Morfina sulfato (*)	10mg	Tab	2.2 Opioid analgesics		X	X	X	X	X	X
Morfina sulfato (*)	30mg	Tab	2.2 Opioid analgesics		X	X	X	X	X	X
Morfina sulfato (*)	30mg	Tab lib modif	NO INCLUIDO				X	X	X	X
Oxicodona clorhidrato	5mg	Tab	NO INCLUIDO				X	X	X	X
Oxicodona clorhidrato	10mg	Tab lib modif	NO INCLUIDO				X	X	X	X
Tramadol clorhidrato	100mg/ml	Liq oral	NO INCLUIDO		X	X	X	X	X	X
Tramadol clorhidrato	50mg/ml	Iny	NO INCLUIDO		X	X	X	X	X	X
Tramadol clorhidrato	50mg	Tab	NO INCLUIDO	X	X	X	X	X	X	X
2.3 Medicamentos para otros síntomas en cuidados paliativos										
Amitriptilina clorhidrato	25mg	Tab	2.3 Medicines for other common symptoms in palliative care	X	X	X	X	X	X	X

Denominación Común Internacional / Principio Activo**	Concentración	Forma farmacéutica	20th Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS 2017	I 4	II 1	II 2	II E	III 1	III E	III 2
Dexametasona fosfato (como sal sódica)(*)	4mg/ml	Iny	2.3 Medicines for other common symptoms in palliative care	X	X	X	X	X	X	X
Dexametasona (como base o dexametasona fosfato sódico)(*)	2mg/5ml	Liq oral	2.3 Medicines for other common symptoms in palliative care	X	X	X	X	X	X	X
Dexametasona(*)	4mg	Tab	2.3 Medicines for other common symptoms in palliative care	X	X	X	X	X	X	X
Diazepam(*)	5mg/ml	Iny	2.3 Medicines for other common symptoms in palliative care		X	X	X	X	X	X
Diazepam(*)	5mg	Tab	2.3 Medicines for other common symptoms in palliative care		X	X	X	X	X	X
Diazepam(*)	10mg	Tab	2.3 Medicines for other common symptoms in palliative care		X	X	X	X	X	X
Escopolamina butilbromuro(*)	20mg/ml	Iny	2.3 Medicines for other common symptoms in palliative care	X	X	X	X	X	X	X
Fluoxetina (como clorhidrato)(*)	20mg	Tab	2.3 Medicines for other common symptoms in palliative care	X	X	X	X	X	X	X
Haloperidol(*)	5mg/ml	Iny	2.3 Medicines for other common symptoms in palliative care		X	X	X	X	X	X
Haloperidol(*)	2mg/Ml	LIQ ORAL	2.3 Medicines for other common symptoms in palliative care		X	X	X	X	X	X
Haloperidol(*)	5mg	Tab	2.3 Medicines for other common symptoms in palliative care		X	X	X	X	X	X
Lactulosa(*)	3.1-3.7g/5ml	Liq oral	2.3 Medicines for other common symptoms in palliative care	X	X	X	X	X	X	X
Metoclopramida clorhidrato(*)	5mg/ml	Iny	2.3 Medicines for other common symptoms in palliative care	X	X	X	X	X	X	X
Metoclopramida clorhidrato(*)	5mg/5ml	Liq oral	2.3 Medicines for other common symptoms in palliative care	X	X	X	X	X	X	X
Metoclopramida clorhidrato(*)	10mg	Tab	2.3 Medicines for other common symptoms in palliative care	X	X	X	X	X	X	X
Midazolam (como clorhidrato)(*)	1mg/ml	Iny	2.3 Medicines for other common symptoms in palliative care		X	X	X	X	X	X
Midazolam (como clorhidrato)(*)	5mg/ml	Iny	2.3 Medicines for other common symptoms in palliative care		X	X	X	X	X	X
Ondansetron (como clorhidrato)(*)	2mg/ml	Iny	2.3 Medicines for other common symptoms in palliative care		X	X	X	X	X	X
Ondansetron (como clorhidrato)(*)	8mg	Tab	2.3 Medicines for other common symptoms in palliative care		X	X	X	X	X	X
5. Anticonvulsivantes/ antiepilépticos										
Carbamazepina(*)	100mg/5ml	Liq oral	5. ANTICONVULSANTS/ANTIEPILEP		X	X	X	X	X	X
Carbamazepina(*)	100mg	Tab	5. ANTICONVULSANTS/ANTIEPILEP		X	X	X	X	X	X
Carbamazepina(*)	200mg	Tab	5. ANTICONVULSANTS/ANTIEPILEP		X	X	X	X	X	X
Diazepam(*)	5mg/ml	Iny	5. ANTICONVULSANTS/ANTIEPILEP		X	X	X	X	X	X
Lorazepam(*)	2mg/ml	Iny	5. ANTICONVULSANTS/ANTIEPILEP		X	X	X	X	X	X
Lorazepam(*)	4mg/ml	Iny	5. ANTICONVULSANTS/ANTIEPILEP		X	X	X	X	X	X
Fenitoina sódica(*)	100mg	Tab	5. ANTICONVULSANTS/ANTIEPILEP		X	X	X	X	X	X
Fenitoina(*)	125mg/5ml	Liq oral	5. ANTICONVULSANTS/ANTIEPILEP		X	X	X	X	X	X
Fenitoina sódica(*)	50mg/ml	Iny	5. ANTICONVULSANTS/ANTIEPILEP		X	X	X	X	X	X
Fenitoina sódica(*)	50mg/ml	Iny	5. ANTICONVULSANTS/ANTIEPILEP		X	X	X	X	X	X
Gabapentina	300mg	Tab	NO INCLUIDO		X	X	X	X	X	X
Valproato sódico(*)	250mg/5ml	Liq oral	5. ANTICONVULSANTS/ANTIEPILEP		X	X	X	X	X	X
Valproato sódico(*)	200mg/ml	Liq oral	5. ANTICONVULSANTS/ANTIEPILEP		X	X	X	X	X	X
Valproato sódico(*)	500mg	Tab	5. ANTICONVULSANTS/ANTIEPILEP		X	X	X	X	X	X
17.1.1. Antiácidos										
Aluminio hidróxido + magnesio hidróxido	400mg + 400mg/5ml	Liq oral	NO INCLUIDO	X	X	X	X	X	X	X
Bismuto subsalicilato	87.33mg/5ml	Liq oral	NO INCLUIDO	X	X	X	X	X	X	X
17.1.2 Antiulcerosos										
Omeprazol(*)	20mg	Tab	17.1 Antiulcer Medicines	X	X	X	X	X	X	X
Omeprazol (como sal sódica)(*)	40mg	Iny	17.1 Antiulcer Medicines	X	X	X	X	X	X	X
Ranitidina (como clorhidrato)(*)	25mg/ml	Iny	17.1 Antiulcer Medicines	X	X	X	X	X	X	X
Ranitidina (como clorhidrato)(*)	150mg	Tab	17.1 Antiulcer Medicines	X	X	X	X	X	X	X

Adaptado de la "Norma Técnica Oncológica N° 001-INEN/DIMED-DEM-V.01: Norma Técnica Oncológica de la Unidad Productora de Servicios de Salud de Cuidados Paliativos Oncológicos del INEN". Y la 20th Listado Esencial de medicamentos de la OMS. 2017

(*) Medicamento incluido en el 20th Listado Esencial de medicamentos de la OMS. 2017. (**) Medicamento incluidos en PNUME 2018.

Los Medicamentos que se encuentran en la relación de medicamentos esenciales de la OMS y que por lo tanto debieran hacerse esfuerzos por incluirse en una siguiente relación de PNUME en orden alfabético son: Docusato sódico, Fentanilo en presentación transdérmica, loperamida y senna[14].

Finalmente, reporte de la *Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE)* del año 2017 ofrece las siguientes recomendaciones generales a los gobiernos:

a) Evaluar los métodos utilizados para la estimación de la cuota anual de opioides, de manera que se importe la cantidad suficiente para cubrir las necesidades médicas y científicas. Los países en desarrollo y los países en donde se están adoptando programas nacionales de alivio del dolor y cuidados paliativos deben incrementar su cuota en un 10 por ciento, para satisfacer los incrementos en la demanda.
b) Examinar los métodos de importación, de manera que sean ágiles y oportunos.
c) Incorporar en la legislación nacional el reconocimiento de los beneficios de los opioides para la salud pública y establecer los métodos para garantizar la disponibilidad permanente de los mismos.
d) Educar a los profesionales de la salud sobre el método para el alivio del dolor por cáncer de la OMS.
e) Establecer comunicación con los profesionales de la salud que trabajan el área de los cuidados paliativos y alivio del dolor e informar sobre los requisitos legales para la prescripción y administración de opioides.

7.4 LÍNEA ESTRATÉGICA 4.- RECURSOS HUMANOS CAPACITADOS E INVESTIGACIÓN

El objetivo general de esta estrategia es perseguir, a través de acciones formativas y organizativas concretas, la formación continua en cuidados paliativos oncológicos y apoyar el desarrollo de la investigación clínica en este campo. El recurso humano puede variar según el EESS y su localización, pero debe contemplarse llegar a contar con: Médicos (especialistas y generales, dependiendo del nivel de atención), Enfermeras (especialista y general), Trabajadores sociales y consejeros espirituales, Psiquiatra o psicólogo o consejero (según el nivel), Fisioterapeuta, Farmacéutico, Trabaja-dores de salud comunitaria, Personal de apoyo clínico (diagnóstico, imagen, laboratorio, técnico, nutricionista), Personal de apoyo no clínico (administración, limpieza)[3].

7.4.1 Determinar el equipo básico de profesionales por nivel de atención para la atención de cuidados paliativos en pacientes oncológicos

El equipo debe adaptarse a los recursos humanos que ofrece la RIS (ver tabla 10).

Tabla 10.- Recursos humanos por nivel de atención para la atención de cuidados paliativos en pacientes oncológicos

Actividad asistencial	RRHH	Primer nivel	Segundo nivel		Tercer nivel	
		I-4	II-1	II-2/II-E	III-1/III-E	III-2
Atención hospitalaria	M.C. con especialidad en Anestesiología y con capacitación en Medicina Paliativa Oncológica.		x	x	x	x
	M.C. con especialidad y con capacitación en Medicina Paliativa Oncológica.		X	x	x	x
	M.C. en Medicina de Rehabilitación.		X	x	x	x
	Psiquiatra.			x	x	x
	Lic. en Psicología.		X	x	x	x
	Químico farmacéutico especializado en farmacia hospitalaria/ farmacia clínica.		X	x	x	x
	Trabajador (a) social.		X	x	x	x
	Lic. Nutrición.		X	x	x	x
	Lic. en Enfermería especialista en Oncología.				x	x

Actividad asistencial	RRHH	Primer nivel	Segundo nivel		Tercer nivel	
		I-4	II-1	II-2/II-E	III-1/III-E	III-2
	Tec. en Enfermería.		X	x	x	x
	Asesor (a) espiritual.		X	x	X	x
	Voluntarios.		X	x	x	x
Atención ambulatoria	M.C. con especialidad en Anestesiología y con capacitación en Medicina Paliativa Oncológica.		X	x	x	x
	M.C. con especialidad y con capacitación en Medicina Paliativa Oncológica.	x	X	x	x	x
	M.C. en Medicina de Rehabilitación	x	X	x	x	x
	Lic. Psicología.	x	X	x	x	x
	Lic. Nutrición.	x	X	x	x	x
	Lic. en Enfermería especialista en Oncología.				x	x
	Lic. en Enfermería.	x	X	x		
	Tec. en Enfermería.	x	X	x	x	x
	Trabajador (a) social.	x	X	x	x	x
	Asesor (a) espiritual.	x	X	x	x	x
	Voluntarios.	x	X	x	x	x
Atención Domiciliaria	M.C. con especialidad en Anestesiología y con capacitación en Medicina Paliativa Oncológica.		x	x	x	x
	M.C. con especialidad y con capacitación en Medicina Paliativa Oncológica.	x	X	x	x	x
	Lic en Enfermería con especialidad en Oncología.				x	x
	Lic en Enfermería.	x	X	x		
	Lic. en Psicología.	x	X	x	x	x
	Tec. en Enfermería.	x	X	x	x	x
	Conductor con licencia A2.	x	X	x	x	x
Telemedicina	Teleconsulta ambulatoria por médico especialista con capacitación en medicina paliativa oncológica.	x	X	x	x	x
	Teleconsulta domiciliaria por médico especialista con capacitación en medicina paliativa oncológica.	x	X	x	x	x
	Capacitadores al equipo multi/inter disciplinario por RRHH especialistas y capacitados en medicina paliativa oncológica.			x	x	x

Adaptado de la "Norma Técnica Oncológica N° 001-INEN/DIMED-DEM-V.01: Norma Técnica Oncológica de la Unidad Productora de Servicios de Salud de Cuidados Paliativos Oncológicos del INEN.

7.4.2 Establecer un programa de sensibilización y capacitación en cuidados paliativos oncológicos y generales.

Este programa formativo debe considerar la formación más simple que es la Sensibilización mediante cursos o talleres, dirigidos grupos específicos profesionales o personal en general a personal en general (profesionales de la salud, administrativos, personal de apoyo) que laboren en EESS de cualquier nivel de atención que potencialmente puedan brindar atención general o especializada a pacientes oncológicos, pudiendo ser sensibilizaciones a distancia, semi presenciales o presenciales.

Además, debe estimularse la capacitación formal básica, intermedia o avanzada (ver Anexo 1), especialmente dirigida al personal de EESS de Nivel II o Nivel III de atención.

7.4.3 Realizar una formación descendente dentro de las instituciones sanitarias.

Se realizará una formación "en cascada", incentivando la formación de "formadores" dentro de las instituciones sanitarias.

7.4.4 Incorporar contenidos de cuidados paliativos en la formación a nivel de pregrado y en el sistema de residentado

Se incluirán rotaciones durante la residencia especialmente en especialidades relacionadas a cuidados paliativos (Anestesiología, Medicina Familiar y Comunitaria, Neurología, Pediatría, Oncología, Geriatría, Medicina Interna, etc.), por unidades acreditadas formalmente.

7.4.5 Favorecer y estimular la investigación en cuidados paliativos por parte de los profesionales de la salud

Se debe elaborar un plan anual de investigación, brindando apoyo y facilidades para esta actividad, promoviendo la pertenencia de los profesionales de cuidados paliativos a grupos cooperativos nacionales e internacionales que desarrollen y coordinen actividad investigadora en cuidados paliativos.

7.5 LÍNEA ESTRATÉGICA 5.- FINANCIAMIENTO SOSTENIBLE

7.5.1 Establecer el paquete de cuidados paliativos para pacientes oncológicos

Considerando lo señalado en el lineamiento estratégico 1, es necesario establecer un paquete en cuidados paliativos para pacientes oncológicos, así como generales, el mismo que debe contemplar al abordaje integral y multidisciplinar planteado.

7.5.2 Costeo del paquete esencial

Un siguiente paso necesario para estimar las necesidades de financiamiento del costo del paquete de servicios, tanto en bienes y servicios como en inversiones (equipamiento, tecnologías de la comunicación, entre otros) sin dejar de lado la necesidad de cubrir la importante brecha de personal en el sistema de salud.

7.5.3 Estimar las necesidades de financiamiento

Este aspecto pasa primero por la decisión de financiar el paquete y la puesta en funcionamiento de los servicios oncológicos, y para lo cual es importante identificar los resultados sanitarios que se obtendría en términos de calidad de vida y otros que sustentes la asignación de recursos

7.5.4 Evaluar inclusión del Paquete esencial en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud

Un tema que debería tratarse y que asegurara la sostenibilidad del financiamiento, mes la decisión de incluir el paquete de servicios en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), para lograr el acceso universal a los cuidados paliativos, todo esto en el marco del Aseguramiento Universal de Salud (AUS).

Evaluar la posibilidad de lograr la cobertura de los cuidados paliativos de manera progresiva, puesto que la brecha estimada es del 92% y significará un reto organizacional además de financiero.

7.5.5 Estudio/revisión del costo beneficio de los cuidados paliativos en pacientes oncológicos

Con fines de asignar recursos financieros de la manera más efectiva, será necesario que los insumos y medicamentos a ser incorporados en el paquete de servicios, pase por una evaluación de las tecnologías sanitarias.

Cabe señalar que, para la puesta en funcionamiento de los cuidados paliativos oncológicos, está establecida la cadena presupuestal en el programa presupuestal de prevención y control de cáncer – PPR 024, el mismo que a la fecha ya se viene ejecutando y facilita la viabilidad de los servicios de cuidados paliativos a nivel de muchos los hospitales del ámbito nacional.

7.6 LÍNEA ESTRATÉGICA 6.- INVOLUCRAMIENTO SOCIAL

El involucramiento social es vital para el soporte y viabilidad de la atención e intervenciones en cuidados paliativos especialmente oncológicos, en los que la carga

emocional, psicológica, física y económica es mayor al general de patologías. El colapso y claudicación de los grupos cuidadores es frecuente si la comunidad y sociedad civil no se involucra en los cuidados.

7.7 OTRAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS: AUTONOMÍA Y AUTOCUIDADO

7.7.1 Garantizar la comunicación con el paciente y su participación en la toma de decisiones

El objetivo general de esta estrategia es desarrollar la autonomía del paciente, evitado caer en posiciones paternalistas que incluso puedan conducir a conspiración de silencio. Debe considerarse los aspectos de la atención relacionados con la toma de decisiones que afectan al estado de salud de las personas adultas en el momento de la atención y proyectarse a la probable evolución, proporcionando a la vez a la familia y cuidadores, la atención y el apoyo emocional necesarios para afrontar el cuidado del paciente oncológico principalmente en condición de enfermedad avanzada y últimos días.

Siempre se ofrecerá información veraz, comprensible y adecuada a las necesidades del paciente, haciendo uso de habilidades de comunicación.

El profesional de salud debe garantizar el derecho a la información, y respetar el derecho a no ser informado, registrando en la historia clínica qué familiar, cuidador o responsable legal está autorizado por el paciente para recibir información sobre la evolución de la enfermedad oncológica y se adoptarán las medidas para prevenir duelo patológico.

7.7.2 Potenciar el uso del consentimiento informado para los procedimientos o actos médicos terapéuticos en pacientes oncológicos

Es un proceso gradual y continuado que debiera estar plasmado en un formato, sin embargo, puede también estar registrado en la historia clínica. Mediante el consentimiento informado un paciente oncológico adecuadamente informado de su condición y facultad de sus capacidades, refiere estar adecuadamente informado y acepta someterse a un determinado proceso, diagnóstico o tratamiento.

Antes de solicitar la firma del consentimiento informado debe considerarse que en cuidados paliativos estamos acompañando pacientes más vulnerables, sintomatología y estado de ánimo inestables, corta expectativa de vida, que es preciso tener en cuenta para comprender el proceso gradual hasta el objetivo de firmar el consentimiento informado en paliativos[9].

7.7.3 Facilitar y difundir el registro de las voluntades anticipadas del paciente oncológico

De manera gradual, puede elaborarse un plan de cuidados para el paciente oncológico basados en las expresiones de los que el paciente desea para sí mismo especialmente en la condición de últimos días. Estas intenciones deben ser registradas en la historia clínica y ser socializadas con los familiares y cuidadores conforme se va desarrollando ese proceso, en el cual el paciente puede cambiar de opinión.

7.7.4. Fomentar la comunicación de los profesionales de salud de cuidados paliativos con el entorno del paciente oncológico para evitar agotamiento emocional, sentimientos de culpa, proyecciones erróneas y duelo patológico

El personal de salud debe interesarse por el bienestar, salud y estado de ánimo de los cuidadores y familiares, potenciando autocuidado de la persona cuidadora mediante el descanso y entretenimiento, comprometiendo al resto de la familia a

apoyar al cuidador para evitar agotamiento o claudicación, compartiendo responsabilidades y tareas.

7.7.5. Proporcionar a la familia y cuidadores los recursos que contribuyan a facilitar su función

La mejor manera de lograr este objetivo es informar adecuadamente a la familia y cuidadores, de manera permanente y actualizada, para aclarar dudas sobre probables acontecimientos y evolución, cuidados básicos y tratamiento.

Se debe ofrecer técnicas o material informativo que faciliten el cuidado y confort del paciente oncológico, así como de la familia y cuidadores, trámite de permisos médicos, incapacidades laborales y grado de dependencia, información sobre recursos sociales y comunitarios disponibles en su localidad y trámites administrativos en el momento del fallecimiento

7.7.6. Prevenir y abordar el desgaste profesional y Síndrome de Burnout

Debe considerarse las condiciones especiales de los trabajadores que atienden a pacientes con enfermedad oncológica avanzada, incluir medidas para la prevención y detección precoz de Síndrome de Burnout, dotar a los trabajadores de conocimientos y herramientas para el manejo del estrés profesional e identificar a los profesionales en riesgo.

VIII. RESPONSABILIDADES

El desarrollo de estrategias para la integración de los cuidados paliativos en el tratamiento oncológico especializado y en el Sistema Integrado de Salud permitiría asegurar la atención multi/interdisciplinaria a los aproximadamente 45 000 pacientes oncológicos que actualmente estarían con necesidad de cuidados paliativos en el territorio nacional, además de atender a sus familias y cuidadores durante el proceso de la enfermedad y hasta que se produzca el fallecimiento, preparando a nuestra sociedad a enfrentar los retos que se avecinan con el aumento de la incidencia de cáncer y la inversión de la pirámide población que conlleva a cada vez menor número de cuidadores.

Es responsabilidad del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas a través de sus Direcciones correspondientes la elaboración y propuesta de los documentos normativos que permita integrar a los cuidados paliativos oncológicos en coordinación con el Ministerio de Salud para su aplicación en los establecimientos de salud a nivel nacional. Y en consideración de los Gobiernos Regionales a través de las Direcciones y programas correspondientes de las Direcciones Regionales de Salud de forma integrada con la RIS.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. David Hui, Eduardo Bruera. Models of integration of oncology and palliative care. *Ann Palliat Med* 2015;4(3):89-98. https://www.amepc.org/apm
2. Bakitas M, et al The project ENABLE II randomized controlled trial to improve palliative care for rural patients with advanced cancer: Baseline findings, methodological challenges, and solutions Palliative and Supportive Care (2009), 7, 75–86
3. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EI, et al.The Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief findings, recommendations, and future directions. March 2018. https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2818%2930082
4. WHO Definition of Palliative Care, World Health Organization, 2002. http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en
5. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, et al. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. J Clin Oncol 2012;30:880-7.
6. Norma Técnica Oncológica para la Creación de Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (UPSS) en Cuidados Paliativos Oncológicos N° 001-INEN/DIMED-DEM·V.01-2016. Instituto Nacional de Enfermedades neoplásicas INEN.
7. Registro de cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y Mortalidad 2010 – 2012. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas-INEN.
8. New Global Cancer Data: GLOBOCAN 2018. UICC. The Union for International Cancer Control. https://www.uicc.org/new-global-cancer-data-globocan-2018
9. Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias. Subdirección de Gestión Clínica y Calidad. Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2009.
10. García Cabrera HE, Díaz Urteaga P, Avila Chávez D, Cuzco Ruíz MZ. La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en Salud. An Fac Med. 2015;76:7-26/doi:10.15381/anales.v76i1.10966.
11. Batista J. Latin American Pain Federation position paper on appropriate opioid use in pain management. In Print PAIN Reports.
12. Van den Beuken-van Everdingen MH, Hochstenbach LM, Joosten EA, Tjan-Heijnen VC, Janssen DJ. Update on prevalence of pain in patients with cancer: Systematic Review and Meta-analysis. J Pain Symptom Manage. 2016;51:1070-1090.e9.
13. De Lima, L. El uso de medicamentos opioides en al alivio del dolor por cáncer en Latinoamérica. Revista Colombiana de Anestesiología. 2000, http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195118014007 ISSN 0120-3347
14. WHO Model List of Essential Medicines 20th 2017. WHO Medicines website. World Health Organization. http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/

X. ANEXOS

ANEXO N° 1.- DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Actividades:** Son las acciones que se desarrollan en un establecimiento de salud, relacionados a los procesos operativos y procesos de apoyo, concerniente a la Atención Directa de Salud y a Atenciones de Soporte.

- **Atención domiciliaria de cuidados paliativos oncológicos:** Modalidad de asistencia programada que proporciona cuidados paliativos a pacientes oncológicos apoyando a familiares y/o cuidadores del paciente. Tienen un sistema de referencia / contra-referencia con hospitales de segundo y/o tercer nivel, según capacidad resolutiva y disposición de recursos humanos.

- **Atención integral de cuidados paliativos oncológicos:** Es la provisión continua y con calidad de una atención paliativa oncológica hacia la promoción, prevención, control y seguimiento de los pacientes oncológicos, según el contexto del estadio de enfermedad, familia y comunidad.

- **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 la enfermedad oncológica.

- **Capacitación:** Es un proceso orientado a facilitar aprendizajes y formar competencias que permitan mejorar el desempeño del personal y resolver situaciones problemáticas.

  - **Sensibilización:** orientado a la adquisición de conocimientos esenciales y al cambio de actitudes en relación a los cuidados paliativos oncológicos (curso teórico o taller de 20 o más de horas de duración).
  - **Nivel básico:** destinado a capacitar médicos generales, médicos especialistas y otros profesionales de la salud, según las competencias inherentes a su profesión, para la resolución de situaciones comunes o de baja complejidad. Constará de un período formativo de: a) 60 horas de capacitación con formato tipo taller, que se complementará con una estancia de al menos 1 mes en una unidad específica de cuidados paliativos acreditada. b) Rotación de 3 meses en una unidad de cuidados paliativos (acreditada).
  - **Nivel intermedio:** destinado a capacitar médicos especialistas y otros profesionales de la salud, según las competencias inherentes a su profesión, para la resolución de situaciones de baja a mediana complejidad. Constará de un período formativo de: a) una estancia de al menos seis meses en una unidad específica de cuidados paliativos acreditada. b) Diplomado certificado con una estancia de rotación de 1 mes de duración en una unidad especializada de cuidados paliativos (acreditada).
  - **Nivel avanzado:** orientado a adquirir la capacitación y competencias necesarias para resolver situaciones clínicas de alta complejidad, potenciar los aspectos docentes e investigadores y desarrollar políticas de calidad en cuidados paliativos. Constará de un período formativo de: a) una estancia de al menos un año en una unidad específica de cuidados paliativos en centro acreditado b) desarrollo de estudios de master en medicina paliativa o cuidados paliativos (dependiendo de las competencias inherentes a la profesión) con una estancia de rotación de al menos 3 meses en una Unidad especializada de Cuidados Paliativos (acreditada).

- **Cartera de atención de salud:** Conjunto de diferentes atenciones que brinda un establecimiento de salud, basado en sus recursos humanos y recursos tecnológicos. En el caso de establecimientos de salud públicos, la Cartera de Atención de Salud responde a las necesidades de salud de la población y a las prioridades de políticas sanitarias sectoriales.

- **Consentimiento informado:** Es el proceso mediante el cual se hace constar por escrito, en un documento que evidencie el proceso de información y decisión, de otorgar o negar su consentimiento consignando su firma o huella digital, de forma informada, libre y voluntaria. El médico tratante es el responsable de llevar a cabo este proceso, debiendo garantizar el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión de la persona usuaria.

- **Contrarreferencia:** Es un procedimiento administrativo – asistencial mediante el cual, el establecimiento de salud de destino de la referencia retorna o envía la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el resultado de la prueba diagnóstica, al establecimiento de salud de origen de la referencia o del ámbito de donde procede el paciente, porque cuentan con la capacidad de manejar o monitorizar el problema de salud integralmente.

- **Complejidad del paciente en cuidados paliativos:** El término complejidad es un concepto multifactorial que depende de un conjunto de factores relacionados entre sí que incluye situaciones tales como la presencia de síntomas refractarios, situaciones sociales de difícil abordaje, necesidad de fármacos, apoyo psicológico, o necesidad de coordinación entre los diferentes recursos o intensidad de necesidades que requieren habitualmente la intervención de un equipo de cuidados paliativos. Depende tanto de las características del paciente, como de problemas de difícil control, de la necesidad de determinadas acciones diagnósticas o terapéuticas y de dificultades de adaptación familiar. *Fuente: ECP-SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.* La complejidad de la situación también puede venir de mano de los profesionales: Conocimiento y/o motivación insuficiente del enfoque paliativo; dilemas éticos y de valores actitudes y creencias; duelo no resuelto por parte del profesional o de los integrantes del equipo; conflicto dentro del mismo equipo o con otros equipos para la toma de decisiones.

- **Complejidad baja del paciente en cuidados paliativos:** Necesidad de uso de material y/o fármacos hospitalarios. - Necesidad de intervenciones hospitalarias puntuales (transfusiones, toracocentesis, pruebas diagnósticas). - Necesidad de coordinación y gestión (admisión, consultas especializadas, pruebas complementarias).

- **Complejidad moderada del paciente en cuidados paliativos:** Trastornos psicoemocionales graves, excepto riesgo de suicidio, problemas de adicción (alcohol, drogas) y otras enfermedades mentales previas que han requerido tratamiento, existencia de pluripatología con un nivel de dependencia elevado establecido, elementos de complejidad derivados de la situación del profesional/equipo, incluyendo cuando el paciente es el propio profesional sanitario, elementos de complejidad derivados de la situación de la familia, síntomas intensos mal controlados, no descritos en los elementos de situación clínica compleja.

- **Complejidad alta del paciente en cuidados paliativos:** Niño o adolescente, cualquier situación clínica compleja como: riesgo detectado de suicidio, claudicación familiar que precisa hospitalización del paciente, necesidad de estrategias de actuación compleja, pluripatología con deterioro brusco del nivel de dependencia y en situación clínica

inestable, síntomas refractarios que precisen sedación, o síntomas difíciles, cuyo adecuado control requiere de una intervención terapéutica intensiva: farmacológica, instrumental y/o psicológica, urgencias y crisis de necesidades que precisan una repuesta urgente.

- **Cuidados paliativos:** Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la evaluación e identificación temprana, tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

- **Equipo interdisciplinario de salud:** El equipo interdisciplinario comprende a una variedad de especialistas de distintas áreas, tratándose de profesionales que interactúan entre sí, de manera coordinada en dialogo continuo y que tienen un objetivo común simultaneo.

- **Equipo multidisciplinario de salud:** El equipo multidisciplinario comprende el conjunto de profesionales con distintas especialidades en los que todos tienen como objetivo principal el tratamiento del enfermo. Esta tarea no siempre se realiza de manera coordinada y muchas veces el contacto entre estos profesionales es el informe o interconsulta en la historia clínica, siendo el paciente el depositario de la suma de todas las acciones personales profesionales.

- **Establecimiento de salud:** Son aquellos que realizan atención de salud en régimen ambulatorio o de internamiento, con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, para mantener o restablecer el estado de salud de las personas.

- **Historia clínica:** Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente.

- **Historia clínica electrónica:** Historia clínica registrada en forma unificada, personal, multimedia; refrendada con la firma digital del médico u otros profesionales de salud, cuyo tratamiento (registro, almacenamiento, actualización, acceso y uso) se realiza en estrictas condiciones de seguridad, integralidad, autenticidad, confidencialidad, exactitud, inteligibilidad, conservación y disponibilidad a través de un SIHCE (Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas), de conformidad con las normas aprobadas por el MINSA, como órgano rector competente.

- **Historia clínica informatizada:** Es la historia clínica soportada en medios electrónicos que permiten su almacenamiento, actualización y recuperación, en una amplia gama de posibilidades para el uso de la información clínica, procesos y metodologías estandarizadas. Dicha historia clínica no utiliza la forma digital para refrendar su contenido.

- **Información clínica:** Es toda información contenida en una historia clínica electrónica, que registra el profesional de la salud que atiende al paciente, concerniente a la salud pasada, presente o pronosticada, física o mental, de una persona, incluida la información complementaria (resultados de exámenes auxiliares y otros). No incluye los datos de

filiación contenidos en la historia clínica electrónica. De acuerdo a lo establecido en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, la información clínica constituye dato sensible. La información clínica a su vez contiene información clínica básica y también información sensible.

- **Información clínica básica:** Es la información clínica contenida en la historia clínica electrónica del paciente referida a los antecedentes generales, patológicos y familiares más importantes, como alergias, diagnósticos anteriores, medicación, cirugías previas, grupo sanguíneo, que proporcionen información básica para la atención de salud ante una situación de emergencia, la misma a la que el profesional de la salud podrá acceder a través del RENHICE, desde un terminal en el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, sin la autorización de acceso del paciente o usuario de salud, únicamente en caso de grave riesgo para la vida o la salud de una persona cuyo estado no permita la capacidad de autorizar el acceso a sus historias clínicas electrónicas.

- **Información clínica resumida:** Es el resumen de la estancia en el servicio de hospitalización del establecimiento de salud (epicrisis), la misma que es elaborada por el médico tratante al egreso del paciente.

- **Información complementaria:** Es parte de la estructura básica de la historia clínica y corresponde a la sección de resultados de exámenes auxiliares, así como todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al paciente en el momento de la atención. Entre la información complementaria se tiene la contenida en el formato de consentimiento informado, formato de referencia y contrarreferencia, documentación de seguros y otros que se considere pertinente.

- **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS:** Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados y por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.

- **Modelo de integración de oncología y cuidados paliativos:** Es el cuidado centrado en el paciente, donde el médico oncólogo aplica el tratamiento que pretende modificar la enfermedad oncológica o disminuir los riesgos a medida que ésta avanza, integrando el mismo a los cuidados paliativos desde una etapa temprana, incrementando su intervención a medida que la persona se aproxima a la muerte, prestando apoyo a la familia durante todo este periodo, incluso tras la muerte del paciente con la asistencia a la familia y de los cuidadores en el momento del duelo.

- **Nivel del establecimiento de salud:** Es la capacidad resolutiva del EESS y se determina según el análisis conjunto de los siguientes criterios: función dentro de la red asistencial de salud, servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento considerando su resolutividad, disponibilidad de recurso humano, equipamiento, horario de atención, procedimientos, exámenes que realiza y el grado de especialización de los recursos humanos. Determinado en alta, mediana y baja complejidad, conforme a la normatividad vigente.

- Primer nivel de atención: Es la puerta de entrada de la población al sistema de salud, en donde se deben desarrollar principalmente actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, teniendo como eje de intervención las necesidades de salud más frecuentes de la persona, familia y comunidad. El grado de severidad y magnitud de los problemas de salud en este nivel, plantea la atención con una oferta de gran tamaño, y de baja complejidad: además se constituye en el facilitador y coordinador del flujo del usuario dentro del sistema.

- Segundo nivel de atención: En este nivel se complementa la atención integral iniciada en el nivel precedente, agregando un grado de mayor especialización tanto en recursos humanos como tecnológicos, brindando un conjunto de servicios de salud dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas del primer nivel de atención o aquellas que por urgencia o emergencia acudan a los establecimientos de salud de este nivel. Además, realiza actividades preventivas promocionales, según corresponda.

- Tercer nivel de atención: Es el nivel de mayor especialización y capacidad resolutiva en cuanto a recursos humanos y tecnológicos dirigidos a la solución de las necesidades de salud que son referidas de los niveles de atención precedentes, así como aquellas personas que acudan a los establecimientos de este nivel por razones de urgencia o emergencia. Además, realiza actividades preventivas promocionales, según corresponda.

- **Prevención Terciaria:** Comprende la atención del paciente oncológico con la recuperación de las manifestaciones clínicas de la enfermedad, mediante un correcto diagnóstico, tratamiento, rehabilitación física, cuidados paliativos, psicológico, nutricional y social, en caso de invalidez o secuelas buscando reducir las consecuencias al perder la salud. Son fundamentales el control y seguimiento del paciente para aplicar el tratamiento y las medidas correctivas oportunamente, facilitando la adaptación de los pacientes con problemas incurables y contribuir a prevenir o reducir las recidivas de la enfermedad.

- **Referencia:** Es un proceso administrativo – asistencial mediante el cual el personal de un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud de un usuario a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva y cuando el agente comunitario o las organizaciones sociales identifican signos de peligro o alarma o factores de riesgo en usuarios y su necesidad de traslado, desde su comunidad hacia un establecimiento de salud del primer nivel de atención para que sean atendidos.

- **Red Integrada de Salud (RIS):** Conjunto de organizaciones que presta, o hace los arreglos institucionales para prestar una cartera de atención de salud equitativa e integral a una población definida, a través de la articulación, coordinación y complementación, y que rinde cuentas por los resultados sanitarios y administrativos y por el estado de salud de la población a la que sirve.

- **Telemedicina:** Es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, recuperación o rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y comunicación, que les permita intercambiar datos

con el propósito de facilitar el acceso de la población a los servicios de salud en su área geográfica.

- **Unidad productora de servicios de salud de cuidados paliativos oncológicos:** Son equipos multidisciplinarios o interdisciplinarios, identificables y accesibles, integrados por profesionales y no profesionales con formación, experiencia y dedicación para responder a situaciones de complejidad en pacientes con enfermedad oncológica. Realizan también funciones docentes e investigadoras. Están compuestos por médicos y enfermeras, con la participación del psicólogo, trabajador social y otros. La composición de los equipos estará en función de las características demográficas y geográficas y de los niveles de necesidad de las estructuras territoriales sanitarias de referencia.

ANEXO N° 2.- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO, FAMILIA Y CUIDADORES

CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN
a)Paciente inicial.	Paciente que acude por primera vez a la UPSS de Cuidados Paliativos Oncológicos pudiendo ser derivado de Consultorios Externos, Hospitalización o Emergencia del EESS.
b)Paciente continuador.	Paciente que acude por segunda o más veces a la UPSS de Cuidados paliativos Oncológicos para atención.
c)Paciente para atención de urgencia.	Paciente inicial o continuador que presenta sintomatología no controlada, que requiere atención urgente por la UPSS de Cuidados Paliativos Oncológicos.
d)Paciente para atención por interconsulta.	Paciente inicial o continuador que requiere evaluación por la UPSS de Cuidados Paliativos Oncológicos, solicitada mediante interconsulta generada en Emergencia o en Hospitalización.
e)Paciente para atención domiciliaria.	Paciente inicial o continuador que requiere evaluación por la UPSS de Cuidados Paliativos Oncológicos en domicilio.
f) Familiar y/o cuidador del paciente.	Persona responsable del paciente inicial o continuador, que acude en representación del paciente quien, por lo avanzado de su enfermedad u otras condiciones, no acude a la UPSS de Cuidados Paliativos Oncológicos. Puede acudir representando al paciente para la atención programada, atención urgente o atención al duelo. Este cuidador puede ser: responsable legal (familiar, representante legal), vocero autorizado (puede ser cuidador o no, pero es autorizado por el paciente a llevar información al EESS) y cuidadores principales o secundarios.

Adaptado de la "Norma Técnica Oncológica N° 001-INEN/DIMED-DEM·V.01: Norma Técnica Oncológica de la Unidad Productora de Servicios de Salud de Cuidados Paliativos Oncológicos del INEN.

ANEXO N° 3.- INDICADORES DE LA UPSS DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

TIPO DE INDICADOR	NRO	NOMBRE DEL INDICADOR	ESTANDAR (%)	CRITERIO	FÓRMULA	FUENTE
I.ESTRUCTURA	1	Lista de medicamentos esenciales en cuidados paliativos oncológicos.	100	Existencia de medicamentos esenciales para la atención de cuidados paliativos oncológicos según petitorio nacional y de acuerdo al nivel del EESS.	Existencia (si/no)	PNUME o listado institucional de productos farmacéuticos institucional
	2	Composición del equipo multi/interdisciplinar de cuidados paliativos oncológicos	100	La UPSS debe tener estructurada la composición del equipo multi/interdisciplinar de cuidados paliativos oncológicos.	Acreditar la composición del equipo multi/interdisciplinar de cuidados paliativos oncológicos.	Título profesional reconocido por universidad nacional Registro nacional de especialista Registro de Colegio profesional
	3	Formación continua en cuidados paliativos oncológicos.	>80	El equipo debe disponer de un plan anual de formación continua a los profesionales y no profesionales de la UPSS de cuidados paliativos oncológicos.	Grado de cumplimiento del plan anual de capacitación de la UPSS de cuidados paliativos oncológicos.	Plan anual de capacitación de la UPSS de cuidados paliativos oncológico.
	4	Investigación en cuidados paliativos oncológicos	>50	Existencia de un plan de investigación en cuidados paliativos oncológicos.	Acreditar el avance del plan de investigación en cuidados paliativos oncológicos.	Trabajos Publicados, Ensayos Clínicos, Estudios Clínicos y Epidemiológicos.
II.PROCESO	5	Proporción de pacientes oncológicos en fase avanzada que reciben cuidados paliativos oncológicos.	> 80	Pacientes oncológicos en fase avanzada atendidos en la UPSS de cuidados paliativos oncológicos.	N° pacientes oncológicos en fase avanzada atendidos en la UPSS de cuidados paliativos oncológicos/N° pacientes oncológicos en fase avanzada atendidos en el EESS.	Historias clínicas, estadística de atenciones oncológicas en el EESS.
	6	Proporción de profesionales capacitados con certificación en cuidados paliativos oncológicos.	> 80	Profesionales capacitados con certificación en cuidados paliativos oncológicos.	N° profesionales según grupo profesional capacitados con certificación en cuidados paliativos oncológicos/N° profesionales según grupo profesional que prestan cuidados paliativos oncológicos.	Certificados de capacitación con acreditación del INEN o acreditada por Universidad Nacional.
	7	Proporción de pacientes oncológicos en fase avanzada que reciben atención de cuidados paliativos oncológicos domiciliarios.	30-80	Pacientes oncológicos en fase avanzada con atención domiciliaria.	N° pacientes oncológicos en fase avanzada que reciben atención domiciliaria/N° pacientes con cáncer en fase avanzada de la UPSS de cuidados paliativos oncológicos.	Historias clínicas, registro informático del EESS.

DOCUMENTO TÉCNICO ESTRATEGIAS PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES ONCOLÓGICOS EN LA RED INTEGRADA DE SALUD	CÓDIGO: **DT.DNCC.INEN.002**	
EMISOR: **DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**	IMPLEMENTACIÓN **2019**	VERSIÓN **V. 01**

TIPO DE INDICADOR	NRO	NOMBRE DEL INDICADOR	ESTANDAR (%)	CRITERIO	FÓRMULA	FUENTE
	8	Proporción de cuidadores que reciben atención psicológica durante la enfermedad del paciente oncológico en fase avanzada.	> 80	Cuidadores de pacientes oncológicos en fase avanzada que reciben atención psicológica.	N° cuidadores de pacientes oncológicos en fase avanzada que reciben atención psicológica /N° cuidadores de pacientes oncológicos en fase avanzada en la UPSS.	Historias clínicas, registro informático del EESS.
	9	Proporción de cuidadores de pacientes oncológicos fallecidos que reciben al menos una atención psicológica durante el duelo.	> 80	Cuidadores de pacientes oncológicos fallecidos con atención psicológica durante el duelo.	N° cuidadores de pacientes oncológicos que reciben al menos una atención psicológica durante el duelo/N° de pacientes oncológicos fallecidos.	Historias clínicas, registro informático del EESS.
	10	Registro de atención al entorno del paciente y cuidador.	>70	El plan de atención debe contemplar el apoyo a las necesidades de la familia, cuidador o entorno del paciente.	N° de pacientes con registro en historia clínica de las necesidades de la familia, cuidador o entorno del paciente / Número total de pacientes atendidos en la UPSS de cuidados paliativos oncológicos.	Historias clínicas, registro informático del EESS.
	11	Proporción de profesionales y no profesionales que reciben prevención de agotamiento laboral.	> 80	El equipo debe definir un plan de actuación para prevenir el agotamiento laboral de sus miembros.	N° profesionales y no profesionales con atención psicológica preventiva de agotamiento laboral/N° profesionales y no profesionales de la UPSS de cuidados paliativos oncológicos.	Registro de asistencia a talleres psico...y Atención psicológica
III.RESULTADO	12	Proporción de pacientes oncológicos en fase avanzada que reciben atención multi/interdisciplinaria de cuidados paliativos oncológicos.	> 80	Pacientes oncológicos en fase avanzada con atención multidisciplinar (médica, psicológica, social, etc)	N° pacientes oncológicos en fase avanzada con atención multi/interdisciplinar registrada en historia clínica/ N° pacientes oncológicos en fase avanzada atendidos en la UPSS de cuidados paliativos oncológicos.	Historias clínicas, registro informático del EESS.

Fuente: Norma Técnica Oncológica para la Creación de Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (UPSS) en Cuidados Paliativos Oncológicos N° 001-INEN/DIMED-DEM·V.01-2016.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS Nº 147-2019-J/INEN

REPUBLICA DEL PERU

RESOLUCION JEFATURAL

Lima, 22 de ABRIL de 2019

VISTOS:

El Informe N°001-2019-PNCPEONO-J/INEN, de fecha 14 de marzo de 2019, el Informe N°074-2019-DEM-DIMED/INEN, de fecha 15 de marzo de 2019, el Memorando N°0246-2019-DIMED/INEN, de fecha 19 de marzo de 2019, el Memorando N°184-2019-DICON/INEN, de fecha 20 de marzo de 2019, el Informe N°049-2019-DNCC-DICON/INEN, de fecha 20 de marzo de 2019, el Memorando N°185-2019-DICON/INEN, de fecha 21 de marzo de 2019, el Informe N°039-2019-OO-OGPP/INEN, de fecha 26 de marzo de 2019, el Memorando N°339-2019-OGPP/INEN, de fecha 29 de marzo de 2019 y el Informe N°381-2019-OAJ/INEN, de fecha 11 de abril de 2019; y,

CONSIDERANDO:

Que, mediante Ley N° 28748 se otorgó al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, la categoría de Organismo Público Descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno y con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al Sector Salud; calificado posteriormente como Organismo Público Ejecutor, en concordancia con la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo;

Que, mediante el Decreto Supremo N°001-2007-SA, publicado en el Diario Oficial El Peruano, con fecha 11 de enero del 2007, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones – ROF, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas- INEN, estableciendo la jurisdicción, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones de sus diferentes órganos y unidades orgánicas;

Que, mediante el artículo 2° de la Ley N°30846 – Ley que crea el Plan Nacional de Cuidado Paliativos para Enfermedades Oncológicas, publicado con fecha 19 de setiembre en el diario oficial "El Peruano" se estableció que el "Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud en su condición de ente rector del Sistema Nacional de Salud, elabora el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas. En la elaboración del Plan Nacional, el Ministerio de Salud convoca necesariamente a las entidades públicas del sector, así como a las sociedades y asociaciones científicas relacionadas a la especialidad y a las entidades privadas especializadas que formulen aportes para la elaboración del Plan";

Que mediante Resolución Jefatural N°817-2018-J/INEN, de fecha 26 de diciembre de 2018, se dispuso la conformación de un Grupo de Trabajo del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, encargado de formular los aportes para el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas; quien, en el marco de sus funciones, dan cumplimiento a las disposiciones sobre la materia;

Que, conforme a lo señalado en los documentos de vistos, el proyecto Documento Técnico Estrategias para la Integración de los Cuidados Paliativos a Pacientes Oncológicos en la Red Integrada de Salud, ha sido elaborado teniendo en cuenta la normativa vigente y tiene como **Finalidad:** Mejorar la calidad de atención de los cuidados paliativos a pacientes con enfermedad oncológica, enfocando los aspectos físicos, psíquicos, emocionales, espirituales y sociales del paciente, familia y cuidadores, con un abordaje integral multidisciplinario y articulado con la Red integrada de Servicios de Salud, adaptándose a sus necesidades y respetando su autonomía, valores y cultura.

Que, el Proyecto Documento Técnico Estrategias para la Integración de los Cuidados Paliativos a Pacientes Oncológicos en la Red Integrada de Salud, es concordante con el Plan Estratégico Institucional 2019-2021, aprobado con Resolución Jefatural N°299-2018-J/INEN, cuyo Objetivo Estratégico N° 05, consiste en: "Modernizar la Gestión Institucional";

Que, conforme se desprende de los documentos de Vistos, la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto y la Oficina de Asesoría Jurídica han efectuado su revisión al proyecto en mención, el mismo que recomiendan su aprobación;

Contando con el visto bueno de la Sub Jefatura Institucional, de la Gerencia General, de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, de la Dirección de Control del Cáncer, de la Dirección de Medicina, del Departamento Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, del Departamento de Especialidades Médicas y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN;

De conformidad con las atribuciones establecidas en la Resolución Suprema N° 004-2017-SA y del artículo 9° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR el Documento Técnico Estrategias para la Integración de los Cuidados Paliativos a Pacientes Oncológicos en la Red Integrada de Salud, el mismo que como anexo forma parte integrante de la presente Resolución Jefatural.

ARTÍCULO SEGUNDO: ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones de la Gerencia General del INEN, la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.

Dr. EDUARDO PAYET MEZA
Jefe Institucional
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS