

**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE
CUIDADOS PALIATIVOS PARA ENFERMEDADES
ONCOLÓGICAS Y NO ONCOLÓGICAS EN EL PERÚ
2021 - 2023**



ÍNDICE

SIGLAS Y/O ACRÓNIMOS	3
I. INTRODUCCIÓN	4
II. FINALIDAD	5
III. OBJETIVOS	5
3.1 Objetivo General	5
3.2 Objetivos Específicos	5
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN	5
V. BASE LEGAL	5
VI. CONTENIDO	6
6.1 Definiciones operativas	6
6.2 Situación actual de los cuidados paliativos en el Perú y Latinoamérica	12
6.2.1 Antecedentes	12
6.2.2 Magnitud del problema en CP	16
6.2.3 Causas del problema	26
6.2.4 Población objetivo o entidades objetivo	28
6.2.5 Alternativas de solución	28
6.3 Articulación estratégica al PEI, articulación operativa al POI	30
6.4 Actividades por objetivos específicos	31
6.5 Presupuesto	40
6.6 Financiamiento	40
6.7 Implementación del Plan - Responsabilidades	40
6.8 Acciones de supervisión, monitoreo y evaluación del Plan	42
VII. ANEXOS	43
Anexo N° 01	44
Anexo N° 02	45
Anexo N° 03	48
Anexo N° 04	50
Anexo N° 05	51
Anexo N° 06	55
Anexo N° 07	57
Anexo N° 08	59
Anexo N° 09	63
VIII. BIBLIOGRAFÍA	69



SIGLAS Y/O ACRÓNIMOS:

ACP	: Atención de Cuidados Paliativos
CENARES	: Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud
CP	: Cuidados Paliativos
DENOT	: Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas
DGAIN	: Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional
DGIESP	: Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
DGOS	: Dirección General de Operaciones en Salud
DIGEMID	: Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
DIGEP	: Dirección General de Personal de la Salud
DIGTEL	: Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias
DIRESA	: Dirección Regional de Salud
DIRIS	: Dirección de Redes Integradas de Salud
DISAMU	: Dirección de Servicios de Atención Móvil de Urgencias
DM	: Dispositivo médico
DPCAN	: Dirección de Prevención y Control del Cáncer
DPCTB	: Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis
DPROM	: Dirección de Promoción de la Salud
DPVIH	: Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis
DSAME	: Dirección de Salud Mental
DSCAP	: Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad
DVICI	: Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral
EESS	: Establecimientos de salud
ENSAP	: Escuela Nacional de Salud Pública
ESSALUD	: Seguro Social de Salud
GERESA	: Gerencia Regional de Salud
IAFAS	: Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud
IPRESS	: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
MCI	: Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad
MINSA	: Ministerio de Salud
OGPPM	: Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización
OGTI	: Oficina General de Tecnologías de la Información
OMS	: Organización Mundial de la Salud
OPS	: Organización Panamericana de la Salud
PP	: Programa Presupuestal
PTCP	: Paciente tributario de cuidados paliativos
RHUS	: Recurso Humano en Salud
RIS	: Red Integrada de Salud
TIC	: Tecnologías de la Información y Comunicación
TS	: Tecnología sanitaria



I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los Cuidados Paliativos (CP) como: "...un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual"¹.

La mayoría de las personas que necesitan CP padecen enfermedades crónicas tales como enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, SIDA, complicaciones de la Diabetes, insuficiencia renal crónica, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, demencia, anomalías congénitas, tuberculosis multidrogo-resistentes, entre otras.

El objetivo de los CP es mitigar el sufrimiento físico, psicosocial y emocional de los pacientes con enfermedades graves en fase avanzada y ayudar a sus familiares y cuidadores a cuidarlos. Alcanzando su mayor grado de eficacia cuando se inicia en una etapa temprana en el curso de la enfermedad, contribuyendo así a la mejora de la calidad de vida (CV) de los pacientes, reduciendo las hospitalizaciones y el uso de los servicios de salud.

Según datos de la OMS, solo el 14% de las personas que necesitan cuidados paliativos, recibe dicha atención y el 74% de ellas viven en países de ingresos bajos o medianos¹.

"La necesidad mundial de cuidados paliativos seguirá aumentando como consecuencia de la creciente carga que representan las enfermedades no transmisibles y del proceso de envejecimiento de la población"¹.

Los niños no constituyen la excepción, pues debido a los adelantos tecnológicos, los sobrevivientes de enfermedades antes consideradas incurables, constituyen una población emergente y en aumento. Estos niños son reconocidos por las necesidades especiales de atención que requieren, y son los CP Pediátricos una forma de atención que garantiza la integralidad y oportunidad de sus cuidados².



¹ OMS. Cuidados paliativos. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (Fecha de Acceso 29-08-2019)

² Newacheck PW, Rising JP, Kim SE. (2006). Children at Risk for Special Health Care Needs. (A. A. Pediatrics, Ed.) Pediatrics, 118 (1), 334-342

II. FINALIDAD

Contribuir a mejorar la calidad de vida de la persona y la familia, previniendo y aliviando el sufrimiento causado por una enfermedad tributaria de atención de cuidados paliativos.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Mejorar la respuesta del Sistema Nacional de Salud para la atención de cuidados paliativos de las personas con enfermedades oncológicas y no oncológicas, sus cuidadores, familias y comunidad, durante el periodo 2021-2023.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.2.1 Elaborar e implementar documentos normativos de gestión operativa necesarios para la atención en CP.
- 3.2.2 Fortalecer la capacitación y disponibilidad de los Recursos Humanos para implementar la atención en cuidados paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas a nivel nacional.
- 3.2.3 Integrar y fortalecer la atención de cuidados paliativos en los servicios de los establecimientos de salud en el marco de las Redes Integradas de Salud y articulando los tres niveles de atención.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Las disposiciones contenidas en el presente Plan Nacional son de aplicación obligatoria en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) según corresponda, Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS) e Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) públicas a nivel nacional (MINSa) que brindan atención integral de salud de las enfermedades oncológicas y no oncológicas que requieren CP.



BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
- Ley N° 30795, Ley para la prevención y tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
- Ley N° 30846, Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas.
- Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Decreto Legislativo N° 1490, que fortalece los alcances de la Telesalud.
- Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- Decreto Supremo N° 009-2012-SA, que declara de interés nacional la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú y dicta otras medidas.



- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 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° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 030-2018-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30795, Ley para la Prevención y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.
- Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 1069-2017/MINSA, que 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, que aprueba el Documento Técnico: Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud, y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 960-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Perfil de competencias esenciales que orientan la formación de los profesionales de la salud. Primera fase: Médico(a) y Enfermero(a) peruano (a).
- Resolución Ministerial N° 621-2021/MINSA, que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019-2024 ampliado del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Jefatural N° 216-2018/SIS, que modifica los documentos "Tarifario del Seguro Integral de Salud para los Regímenes de Financiamiento Subsidiado y Semicontributivo", "Definiciones Operacionales para el Tarifario del SIS", "Tarifario de los Servicios de Salud en el Marco de los Nuevos Convenios de Compra de Servicios" y el "Tarifario de Procedimientos de Servicios Intermedios", aprobados mediante las RR.JJ. N°s. 001 y 015-2018-SIS.
- Resolución Directoral N° 0030-2020-EF/50.01, que aprueba la Directiva N° 0005-2020-EF/50.01, "Directiva para el Diseño de los Programas Presupuestales en el marco del Presupuesto por Resultados".



VI. CONTENIDO



6.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Abogacía por la salud:** Una combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud³.
- **Analgesicos Opioides:** Es un tipo de alcaloide usado para tratar el dolor moderado a severo. Los opioides son derivados o compuestos sintéticos de los

³ Informe de la Reunión entre Agencias sobre las Estrategias de Abogacía por la Salud y Desarrollo. Comunicación para el Desarrollo en Acción, OMS, Ginebra, 1995.

opiáceos, como la morfina. Los opioides se unen a los receptores opioides en el sistema nervioso central. Los opioides solían llamarse narcóticos⁴.

- **Atención Domiciliaria en Cuidados Paliativos:** "Es aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio del paciente, los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales". Es un recurso que permite proveer asistencia sanitaria para la resolución de problemas de salud en el domicilio del paciente; debido a la situación de discapacidad física del mismo, la cual le impide desplazarse al EESS, o por una intervención que considere necesaria el profesional de salud a realizarla en el domicilio; entendiendo que el nivel de complejidad de los problemas de salud a resolver, no requiere la hospitalización del paciente, la realiza el equipo de salud, y tiene características que la definen y la diferencian de la hospitalización⁵.
- **Atención integral de salud:** Es el conjunto de intervenciones sanitarias en los ámbitos personal, familiar y comunitario, enfocadas en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, teniendo en cuenta los aspectos físico, mental y social; provistas de manera conjunta y continua por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) en términos de calidad, equidad y oportunidad; de acuerdo a su nivel resolutivo y la capacidad de oferta de los servicios de salud que brindan⁶.
- **Atención Primaria de Salud:** Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.
- **Atención Primaria de Salud Renovada:** Se entiende como el cuidado de la salud, a través de intervenciones en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, en los diferentes niveles de atención, tales como institutos, hospitales, centros de salud y puestos de salud, con énfasis en Promoción de la Salud y prevención de enfermedades. Es una estrategia coordinada, efectiva y sostenible, para abordar las necesidades de salud prioritarias y sus determinantes, que permite resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos de la salud y mejorar la equidad, fortaleciendo los mecanismos de vigilancia, la participación ciudadana y el empoderamiento de la persona, familia y comunidad en el autocuidado de la salud⁷.
- **Calidad de vida:** Percepción que una persona tiene de su situación de vida, en relación con su contexto (cultura y sistemas de valores), sus objetivos, aspiraciones y preocupaciones. Para valorar la calidad de vida se debe tomar en cuenta: el estado de actividad física, la funcionalidad, el estado psicológico



⁴ Astudillo W., Mendiñeta C., Astudillo F., Gabilon S., Principios Básicos para el control del dolor total. Revista de la Sociedad Española de Dolor, 1999, Vol 6 N° 1.

⁵ Suarez Cuba, Miguel Ángel. (2012). Atención Integral a domicilio. Revista Médica La Paz, 18(2), 52-58. Recuperado en 16 de junio de 2019, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-89582012000200010&lng=es&lng=es

⁶ RM N° 853-2020/MINSA. Documento Técnico: Bases Conceptuales para el ejercicio de la rectoría sectorial del Ministerio de Salud.

⁷ RM N° 366-2017/MINSA. Documento Técnico: "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú".

del paciente, la capacidad para mantener relaciones afectivas interpersonales y el propio juicio de sí mismo⁸.

- **Complejidad del paciente en Cuidados Paliativos:** 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 en frecuencia de necesidades que requieren habitualmente la intervención de un equipo interdisciplinario de CP.
- **Cuidado Integral de la salud:** Son las acciones e intervenciones personales, familiares y comunitarias, destinadas a promover hábitos y conductas saludables; buscan preservar la salud, recuperarla de alguna dolencia o enfermedad, rehabilitarla, paliar el sufrimiento físico o mental, fortalecer la protección familiar y social.

Comprende por un lado las intervenciones sanitarias de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud en torno a la persona, familia y comunidad, en el Sistema de Salud, considerando las dimensiones biopsicosociales de los individuos, aplicando los enfoques de derechos humanos, género, interculturalidad y equidad en salud.

Además, comprende las intervenciones intersectoriales e intergubernamentales sobre las Determinantes Sociales de la Salud, bajo la Rectoría del Ministerio de Salud, abordando el marco socioeconómico, político, cultural, las determinantes estructurales y las determinantes intermedias, incluido el Sistema de Salud, con la finalidad de construir un país y una sociedad saludable.



- **Cuidador primario:** La persona que lidera el cuidado y asume el papel de enlace entre el paciente y el resto de la familia (generalmente un miembro de la familia, vecino o amigo) y, a la vez, coordina con el equipo de salud la organización de los cuidados de la persona en fase avanzada. Se debe diferenciar de las otras personas que ejecuten acciones de cuidado. Su identificación surge del consenso entre el paciente, la familia y el equipo de salud.
- **Cuidados Paliativos:** Es la atención que se ofrece a pacientes y familias, que sufren alguna enfermedad severa, generalmente crónica, progresiva, incurable e intratable, que limita o acorta la vida, y que se acompaña de una serie de síntomas y signos que requieren tratamiento. Como parte de la atención integral de salud, está comprendida dentro de la intervención sanitaria de recuperación en salud.
- **Cuidados Paliativos Básicos:** Son los CP brindados a aquellos pacientes que no requieren especialistas para la atención de sus necesidades, ya que pueden ser cubiertas por el equipo de Atención Primaria. Dos tercios de los pacientes que requieren CP podrían estar en este nivel.
- **Cuidados Paliativos domiciliarios:** Conjunto de prestaciones y/o actividades de CP que se brindan en el domicilio para apoyar a los pacientes, familiares y cuidadores mediante la asistencia programada en las actividades extramurales de los EESS con población asignada. Se articula mediante el sistema de referencia/contra referencia, con los establecimientos de salud del primer y/o



⁸ RM N° 653-2020/MINSA. Documento Técnico: Bases Conceptuales para el ejercicio de la rectoría sectorial del Ministerio de Salud.

segundo y/o tercer nivel de atención evaluando la capacidad resolutive de los mismos.

- **Cuidados Paliativos Especializados:** Son los CP brindados a pacientes de alta complejidad en CP que tienen mayores necesidades médicas, que debe ser abordados de forma individualizada por especialistas en CP en coordinación con los proveedores de los CP intermedios y básicos, a través de sistema de referencia y contrarreferencia⁹.
- **Cuidados Paliativos Intermedios:** Son los CP brindados a aquellos pacientes con enfermedades limitantes, que pueden tener exacerbaciones de dolor u otros síntomas, o distrés social o emocional, que requieran acudir a un EESS que brinde servicio de CP en coordinación con los proveedores de los CP básicos, a través de sistema de referencia y contrarreferencia.
- **Curso de Vida:** Es el enfoque que considera la forma en que la salud de un individuo, su comunidad, su entorno y otros factores, así como la salud de las generaciones anteriores y futuras están interconectadas a lo largo de la vida.
- **Demencia:** Es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia permanece clara. El déficit cognoscitivo se acompaña por lo general, y ocasionalmente es precedido, de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación. Este síndrome se presenta en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad cerebrovascular y en otras situaciones que afectan al cerebro de forma primaria y secundaria.
- **Enfermedad crónica y progresiva:** Enfermedad de curso progresivo, gradual, con afectación de la autonomía y de la calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento y que es potencialmente mortal.
- **Enfermedad de Alzheimer (EA):** Es una demencia neurodegenerativa primaria, de inicio insidioso y curso progresivo, relacionada frecuentemente a edades tardías, caracterizada por un compromiso severo de la memoria, incapacidad para comprender o formular el lenguaje (afasias), incapacidad para realizar movimientos en ausencia de parálisis física (apraxia) y pérdida de capacidad para reconocer objetos, personas, sonidos, formas u olores, mientras que el sentido específico no es defectuoso ni existe una pérdida significativa de memoria (agnosia), que paulatinamente deterioran el desempeño personal, familiar, social y laboral, generando una discapacidad crónica.
- **Enfermedad en fase avanzada/terminal:** Enfermedad incurable, avanzada y progresiva, con pronóstico de vida limitado, escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos, evolución de carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades, intenso impacto emocional y familiar; repercusiones sobre la estructura cuidadora, y alta demanda y uso de recursos.
- **Enfermedad en fase terminal avanzada:** Enfermedad con insuficiencia de órganos o sistemas y complicaciones irreversibles finales, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico, que genera gran impacto



⁹ A guide to Palliative Care Service Development: A population-based approach. Palliative Care Australia February 2005. Pag. 14-15. <http://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/2015/05/A-guide-to-palliative-care-service-development-a-population-based-approach.pdf>

emocional, pérdida de autonomía, en un contexto de deterioro progresivo y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses.

- **Enfermedad Tributaria de CP:** Enfermedad crónica incurable y evolutiva (enfermedades oncológicas, enfermedades del corazón, enfermedades cerebrovasculares crónicas, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades hepáticas crónicas, enfermedades renales crónicas, SIDA, enfermedades neurodegenerativas como Alzheimer, enfermedades raras y huérfanas, entre otras), que se halla en fase avanzada o terminal, y otras fases de la enfermedad según las necesidades del paciente como complementario al tratamiento.
- **Enfermedades No Oncológicas:** Están constituidas por una amplia diversidad de enfermedades, de naturaleza variada en cuanto a órganos y sistemas comprometidos, que se caracterizan principalmente por su cronicidad, ser incapacitantes, progresivas y afectar severamente la calidad de vida de las personas.
- **Enfermedades Oncológicas:** Es un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, cuya característica definitoria es la multiplicación rápida y descontrolada de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos.
- **Equipo de Cuidados Paliativos:** Son equipos multidisciplinarios, interdisciplinarios y transdisciplinarios, que incorporan a la familia y cuidadores. Estos equipos pueden desempeñarse según su nivel de capacitación y especialización en CP de atención hospitalaria (tienen camas exclusivas de CP), atención de soporte hospitalaria (comparten el manejo hospitalario con médicos tratantes), atención ambulatoria y atención domiciliaria.
- **Gobernanza:** Es el proceso a través del cual los gobiernos (incluidos sus diferentes sectores constitutivos) y otras organizaciones sociales interactúan, se relacionan con los ciudadanos y toman decisiones en un mundo complejo y globalizado. En este proceso, las sociedades o las organizaciones toman decisiones, determinan a quiénes implican en ello e identifican la manera de garantizar la responsabilidad de las medidas tomadas¹⁰.
- **Interculturalidad en salud:** Es la relación de respeto que se establece entre las personas de diversos contextos culturales y étnicos, respecto a la manera que cada uno tiene para entender el proceso salud-enfermedad, considerando sus conocimientos, creencias, interpretaciones y prácticas, así como sus formas de fundamentarlas¹¹.
- **Medicina Centrada en la Persona:** Enfoca al paciente desde una visión y quehacer integrales en todas sus dimensiones humanas (biológica, psicológica, sociocultural y espiritual), tanto en la atención clínica individual, como en lo referente a la Salud Pública. Aspira, por ello, a ser personalizada, entendiendo a cada paciente como fenómeno único (persona) con sus aspectos de salud negativa (enfermedad y dolencia) y de salud positiva (bienestar y desarrollo personal). Su objetivo final propone integrar el quehacer médico científico y



¹⁰ RM N° 366-2017/MINSA. Documento Técnico: "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú".

¹¹ RM N° 653-2020/MINSA. Documento Técnico: Bases Conceptuales para el ejercicio de la rectoría sectorial del Ministerio de Salud.

humanista en una trama médico-paciente y equipo de salud-población, con sólido fundamento ético y de impulso al desarrollo humano¹².

- **Participación Ciudadana:** Es el proceso individual y consciente, donde las personas en el ejercicio de su ciudadanía, conocen e identifican sus problemas y necesidades, y realizan acciones para resolverlas y satisfacerlas para mejorar su salud y la de su familia.³⁸
- **Participación Social:** Es un proceso a través del cual los grupos, las organizaciones, las instituciones o los diferentes sectores (todos los actores sociales incluida la comunidad), intervienen en la identificación, la deliberación y la decisión sobre sus necesidades de salud y las prioridades de los problemas que afectan a la población, asumen responsabilidades y obligaciones y se relacionan con el Estado para diseñar, implementar y evaluar políticas, planes, programas y proyectos en salud.³⁹
- **Promoción de la salud:** La promoción de la salud es el proceso de capacitar o empoderar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore. Para mejorar la salud es necesario contar con condiciones de paz social, acceso a la educación, vivienda digna, alimentación segura, mejores ingresos, ecosistema estable, justicia social y equidad en salud.
- **Red Integrada de Salud:** Conjunto de organizaciones que presta o hace 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 sirve¹³.
- **Sistema Nacional de Salud (SNS):** Es el conjunto de instituciones u organizaciones vinculadas directamente con la producción de todo tipo de servicios de salud, que contribuyen a la mejora de salud y calidad de vida de la población, y está conformado por:
 - a) Autoridad Nacional de Salud - MINSA, como ente rector, y la Autoridad Regional de Salud.
 - b) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS: Públicas, privadas y mixtas y sus respectivas instancias de gestión (Unidades de Gestión de IPRESS - UGIPRESS: Públicas, privadas y mixtas).
 - c) Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS: Públicas, privadas y mixtas.
 - d) Usuarios de los servicios de salud.
- **Teleconsulta:** Es la consulta a distancia que se realiza entre un profesional de la salud, en el marco de sus competencias, y una persona usuaria mediante el uso de las TIC, con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud¹⁴.
- **Teleinterconsulta:** Es la consulta a distancia mediante el uso de las TIC, que realiza un personal de salud a un profesional de la salud para la atención de una persona usuaria pudiendo esta estar o no presente; con fines de promoción,



¹² J. Mezzich. Repensando el Centro de la Medicina: De la enfermedad a la persona. Acta Med Per 27(2) 2010

¹³ Ley N°30885, Ley de conformación y funcionamiento de redes integradas de salud.

¹⁴ Decreto Legislativo N° 1490, que fortalece los alcances de la Telesalud.

prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud¹⁴.

- **Telemedicina:** Provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, prestados por personal de la salud que utiliza las TIC, con el propósito de facilitar el acceso a los servicios de salud a la población¹⁴.
- **Telemonitoreo:** Es la monitorización o seguimiento a distancia de la persona usuaria, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en las que se transmite la información clínica de la persona usuaria, y si el caso lo amerita según criterio médico los parámetros biomédicos y/o exámenes auxiliares, como medio de control de su situación de salud. Se puede o no incluir la prescripción de medicamentos de acuerdo al criterio médico y según las competencias de otros profesionales de la salud¹⁴.
- **Teleorientación:** Es el conjunto de acciones que desarrolla un profesional de la salud mediante el uso de las TIC, para proporcionar a la persona usuaria de salud, consejería y asesoría con fines de promoción de la salud, prevención, recuperación o rehabilitación de las enfermedades¹⁴.
- **Telesalud:** Servicio de salud a distancia prestado por personal de la salud competente, a través de las TIC, para lograr que estos servicios y sus relacionados, sean accesibles y oportunos a la población. Este servicio se efectúa considerando los siguientes ejes de desarrollo de la Telesalud: la prestación de los servicios de salud; la gestión de los servicios de salud; la información, educación y comunicación con pertinencia cultural y lingüística; y el fortalecimiento de capacidades al personal de la salud, entre otros¹⁴.

6.2 SITUACIÓN ACTUAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PERÚ Y LATINOAMÉRICA

6.2.1 ANTECEDENTES



Los Cuidados Paliativos (CP) surgen en los años 60's, como propuesta de atención integral de pacientes mayoritariamente oncológicos en fase final de su vida, con el fin de aliviar el sufrimiento y permitir una muerte en paz. Sin embargo, desde los años 80's, la necesidad de CP para pacientes con enfermedades no oncológicas crónicas y sin tratamiento curativo ha sido reconocida en el mundo¹⁵.

En 1980, la OMS incorpora oficialmente el concepto de CP y promueve el Programa de CP como parte del Programa de Control de Cáncer. Una década y media después, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) también lo incorpora oficialmente a sus programas asistenciales¹⁶.



La OMS, en el *Informe sobre la situación de las enfermedades no transmisibles 2010*, indica que las intervenciones eficientes en términos de

¹⁴ Global Atlas of palliative care at the end of the life. Ed. WPCA and WHO. January 2014

¹⁶ <https://www.fundacionpalliar.org.ar/historia-de-los-cuidados-paliativos/>

costo son la prevención primaria, la detección precoz, el tratamiento y los CP¹⁷.

"Los programas y las políticas dirigidos contra las ENT deben alinearse con planes nacionales robustos que aspiren a implementar una atención centrada en las personas y dispensada a través de sistemas sanitarios sólidos e integrados".¹⁸

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2012) reconoce "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental"¹⁸. Existe una sólida evidencia que demuestra que los CP tempranos pueden tener un impacto positivo en el curso de la enfermedad y en los resultados de los pacientes, por lo que podrían brindarse desde el momento del diagnóstico¹⁹.

El desarrollo de los CP es muy desigual en el mundo; en un estudio realizado en 2011 (Lynch, 2013) fueron evaluados 234 países, territorios y regiones, encontrándose que los CP estaban adecuadamente integrados al Sistema Sanitario solo en 20 países, en tanto que en el 42% se carecía de ese tipo de servicios, y un 32% solo contaba con servicios aislados de asistencia paliativa aislados²⁰.

Según el Primer Atlas Mundial de CP al final de la vida (2014)²¹, se estima que anualmente más de 40 millones de personas necesitan CP. Entre los que necesitan estos cuidados se incluyen adultos que padecen enfermedades crónicas, tales como enfermedades cardiovasculares (38,5%), cáncer (34 %), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), SIDA (5,7%) y diabetes (4,6%) entre otras condiciones. En niños, se estima que son cerca de 1,2 millones los que requieren CP, el mayor número por anomalías congénitas, condiciones neonatales, malnutrición, SIDA, meningitis, enfermedades cardiovasculares. De resaltar, que el 98% de los niños que requieren CP se encuentra en los países pobres o muy pobres.

Debido a esto, en la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, se expone la necesidad de fortalecer los CP como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida, haciendo hincapié en la Atención Primaria de Salud (APS), la atención comunitaria y domiciliaria. Se reconoce que el no integrar los CP en los sistemas de salud es uno de los principales factores causantes de la inequidad en el acceso a la salud y es responsabilidad ética de los países proporcionar CP²².



¹⁷ Manual de Cuidados Paliativos para la atención primaria de la salud. Ed. Jacob G y Sanchez L. 1ra. Edición. Buenos Aires. Instituto Nacional del Cáncer, 2014.

¹⁸ United Nation General Assembly. Resolution adopted by the General Assembly on 12 December 2012 2012 [Accessed 20th May 2018]. Available from: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/81.

¹⁹ World Health Organization, World Bank. Background document: Towards Universal Health Coverage: concepts, lessons and public policy challenges. Ministerial-level Meeting on Universal Health Coverage 18-19 February 2013, WHO headquarters Geneva, Switzerland 2013 [Accessed 20th May 2018]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2013/uhc_who_worldbank_feb2013_background_document.pdf

²⁰ Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. Journal of Pain and Symptom Management 2013;45(6):1094-105

²¹ WHO Global Atlas on Palliative Care at the End of Life. OMS: Jan 2014. <http://www.thewhpoa.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care> (Acceso 29-08-2019)

²² Organización Mundial de la Salud. 67.ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 19-24 de mayo de 2014. https://apps.who.int/qa/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A57_2014_REC1-sp.pdf

La OMS publica en 2016 "Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers"²³ (Planificación e implementación de servicios de cuidados paliativos: una guía para directores de programas) y en 2018 "Integrating palliative care and symptom relief into primary health care"²⁴ (Integración de los cuidados paliativos y alivio de síntomas en la atención primaria de la salud), como forma de ayudar a los países en los esfuerzos por introducir los CP en sus sistemas sanitarios. En dichos documentos se hace énfasis en la importancia de su implementación en todos los niveles de atención, sin necesidad de grandes inversiones, por ello su aplicabilidad en países de recursos limitados, basado en un proceso de adaptación progresiva. Los CP descansan en la APS, y en un modelo de asistencia domiciliaria, que comprende los siguientes aspectos:

- Políticas apropiadas.
- Disponibilidad y acceso a medicamentos esenciales para dolor y CP.
- Educación para profesionales de salud y público en general.
- Implementación de CP en todos los niveles de atención.

El informe de la OMS del 2018²⁵, menciona que los CP están reconocidos expresamente en el contexto del derecho humano a la salud, y deben proporcionarse a través de servicios de salud integrados y centrados en la persona que presten especial atención a las necesidades y preferencias del individuo.

Una revisión sistemática realizada en Alemania, Perú y Chile, identificó que los pacientes de la zona urbana tenían mayores facilidades para acceder a los cuidados paliativos comparados con los que estaban en las zonas rurales²⁶. Dadas las barreras para acceder, el déficit en la formación de cuidadores, profesionales y pacientes; y el cambio constante de los sistemas de salud que se están transformando en modelos más interactivos de cuidado y centrados en el paciente^{27, 28}, las TIC han tomado un rol relevante en los CP, las cuales actualmente se utilizan como herramientas que apoyan los sistemas de salud y que se enmarcan en el concepto de e-salud.²⁹



Situación de Cuidados Paliativos en Latinoamérica

Los CP en Latinoamérica surgen en la década de los ochenta y se han ido desarrollando progresivamente. Según el Atlas Latinoamericano de Cuidados Paliativos, en Colombia se establece la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos, Universidad de Antioquia en 1980, siguiéndole Argentina en 1982 con los Cuidados Domiciliarios de la Liga Argentina de Lucha Contra el Cáncer, en 1988 se inicia en República Dominicana el Programa Dominicano de Cuidados Paliativos, y en 1989 en México se funda la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto de Cancerología y en Perú la Unidad de Dolor en el



²³ Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. OMS 2016. ISBN 978 92 4 156541 7.

²⁴ Integrating palliative care and symptom relief into primary health care. A WHO guide for planners, implementers and managers. OMS. 2018. ISBN 978 92 4 151447 7.

²⁵ Organización Mundial de la Salud. 19 de febrero 2018. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

²⁶ Integrating palliative care and symptom relief into primary health care. A WHO guide for planners, implementers and managers. OMS. 2018. ISBN 978 92 4 151447 7.

²⁷ Organización Mundial de la Salud. 19 de febrero 2018. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

²⁸ Alvarez-Tobón V.; Luna-Gómez I.; Ever A. Torres-Silva; Higuitalúsuga Andrea; Rivera-Mejía Paula. 2018 Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) aplicadas en cuidados paliativos.

²⁹ Alvarez-Tobón V.; Luna-Gómez I.; Ever A. Torres-Silva; Higuitalúsuga Andrea; Rivera-Mejía Paula. 2018 Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) aplicadas en cuidados paliativos.

Hospital de la Policía Nacional del Perú. Posteriormente, le siguen Chile y Costa Rica en 1990. Seis países inician CP en la década de los noventa, y 5 más en la década de 2000³⁰.

En el reporte del 2017 de la OMS se evidencia que en Latinoamérica pocos países tienen implementados los CP como política, así mismo la acreditación oficial de los CP como especialidad y/o subespecialidad médica es una excepción³¹. Adicionalmente, el acceso al tratamiento del dolor es limitado, debido a falta de políticas adecuadas, educación e información insuficientes, y a reglamentos innecesariamente restrictivos sobre el uso de medicamentos controlados³².

En el año 2018, la International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC), dan las siguientes recomendaciones a los gobiernos³³:

1. Adoptar políticas y normas adecuadas que incluyan los CP en las leyes de salud, los programas nacionales de salud y los presupuestos nacionales de salud;
2. Asegurar que los planes de seguro integren los CP como un componente de los programas;
3. Asegurar el acceso a medicamentos y tecnologías esenciales para el alivio del dolor y los CP, incluidas las formulaciones pediátricas;
4. Asegurar que los CP formen parte de todos los servicios de salud (desde programas comunitarios basados en la salud hasta hospitales), que todos sean evaluados y que todo el personal pueda proporcionar CP básicos con equipos especializados disponibles para referencias y consultas;
5. Asegurar el acceso a CP adecuados para grupos vulnerables, incluidos niños y personas mayores;
6. Comprometerse con universidades, instituciones académicas y hospitales docentes para incluir la investigación en CP y la capacitación en CP como un componente integral de la educación continua, incluida la educación básica, intermedia y especializada.



Cuidados Paliativos en Perú

El inicio de los CP en Perú es fruto de esfuerzos aislados, en ausencia de políticas nacionales, generando un avance lento e insuficiente para atender la demanda de pacientes tributarios de recibir CP, haciéndose esta brecha cada día más grande, y teniendo que enfrentar múltiples barreras para su desarrollo.

Históricamente la atención de CP se inició brindándose a través del manejo de dolor en unidades creadas para este fin, es así que la primera Unidad de Dolor surge el año 1989 en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú, seguido de la Unidad de Terapia del Dolor de EsSalud Hospital Guillermo Almenara Irigoyen (1994); posterior a ellos surge el Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del Instituto Nacional de Enfermedades



³⁰ Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica. Edición Cartográfica 2013. T. Pastrana, L. De Lima, J. Pons y C. Centeno.

³¹ Chan M. Ten years in public health 2007-2017. Geneva: World Health Organization; 2017.

³² Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenchlas J, Monti C, Rocafort J, Centeno C. Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica. 1st ed. Houston: IAHPC Press; 2012.

³³ IAHPC Global Project – Consensus Based Palliative Care Definition. <https://paliativos.urj/2018/12/18/723/> (Acceso 29-06-2019).

Neoplásicas (1999)³⁴; así mismo se conoce que continuaron sumándose en esta importante labor: el Departamento de Terapia del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Militar Central (2003); la Unidad de Cuidados Paliativos Geriátricos del Centro Geriátrico del Hospital Central FAP (2007); Servicio de Terapia de Dolor EsSalud Hospital Alberto Sabogal (2015); la Unidad de Terapia del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de la Región de Libertad (2011); la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Instituto Nacional de Salud del Niño (2014); el Programa de Atención Primaria Integral Domiciliaria Oncológica (ADI Oncológica) del Hospital Cayetano Heredia con las Redes de Salud del Primer Nivel de Atención (2014); la Unidad de Cuidados Paliativos Oncológicos y No Oncológicos en Población Adulta y Adulta Mayor del Hospital Nacional Hipólito Unanue (2017); entre otros.

En relación al desarrollo de la atención domiciliaria en CP en el Perú se ha desarrollado diferentes modelos organizativos, como son: la Asistencia Domiciliaria Geriátrica HCFAP; el servicio de control post hospitalario especializado (COPHOES) de EsSalud en la red de Rebagliati y Sabogal; el Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor - ADAMO (2013), que tiene convenio entre Gobierno Regional del Callao y el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) del pliego Seguro Integral de Salud (SIS); y el programa de Atención Primaria Integral Domiciliaria Oncológica (ADI Oncológica) del Hospital Cayetano Heredia que, además de la atención ambulatoria, realiza atención domiciliaria, articulado con establecimientos de salud del primer nivel de atención de la DIRIS Lima Norte. Formando parte así de los diferentes modelos organizativos existentes a nivel internacional, que cuentan con equipos de atención domiciliaria de CP, y han demostrado, que son costos efectivos para el sistema de salud³⁵.



6.2.2 MAGNITUD DEL PROBLEMA EN CUIDADOS PALIATIVOS

DEMANDA DE LA ATENCIÓN

a. Demanda de atención de CP a nivel nacional.

Existen dificultades para calcular de forma precisa la población susceptible de recibir CP. Entre los métodos de estimación, un estudio del 2006 McNamara et al. propone un método para estimar la población diana en situación avanzada terminal, a partir de los datos de los registros de mortalidad, este método consiste en realizar una estimación de población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos contabilizando las defunciones por diez patologías específicas³⁶. A nivel mundial, se estima que se necesitan CP en el 40-60% de todas las muertes³⁷.

En el Perú, según datos de la Oficina General de Tecnologías de Información (OGTI) del MINSA, el año 2014 fallecieron 84 183 personas con enfermedades tributarias para ACP, y al año 2016, fallecieron un total de 110 912 personas, incrementándose en más de veinte mil. Si



³⁴ Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenchlas J, Monti C, Rocafort J, Centeno C. Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica. 1st ed. Houston: IAHPC Press; 2012.

³⁵ Cost-effectiveness of Palliative Care: A review of the literature. Canadian Hospice Palliative Care Association. Corinne Hodgson. 2012 (www.hpcintegration.ca)

³⁶ McNamara B, Rosenwax Lk, Holdman CD. A method of defining and estimating the palliative care population. Symptom Manage. 2006; 32:5-12.

³⁷ World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care at the End of life. London: WPCA (World Palliative Alliance Care); 2014.

estimamos que 40% al 60% necesitaron ACP, la demanda potencial en el año 2016 fue entre 44 364 y 66 547.

Tabla 1. Número de defunciones según causa de muerte, Perú 2014-2016

Causa de muerte	CIE-10	2014	2015	2016
Neoplasias Malignas	(C00-C97)	19,452	18,659	35,170
Las enfermedades del corazón, incluyendo la enfermedad cerebrovascular	(I00-I52, I60-I69)	19,118	15,184	25,496
Enfermedad respiratoria	(J06-J18, J20-J22, J40-J47 y J96)	17,047	14,281	25,488
Enfermedad del hígado	(K70-K77)	3,726	3,866	7,330
Enfermedad Renal	(N17, N18, N28, I12, I13)	3,045	2,812	3,658
VIH / SIDA	(B20-B24)	817	856	1,808
Enfermedad neurodegenerativa	(G10, G20, G35, G122, G903, G231)	31	310	604
Alzheimer, demencia y senilidad	(F01, F03, G30, R54)	13	488	590
Otras Causas		20,934	27,248	10,768
Total		84,183	83,704	110,912

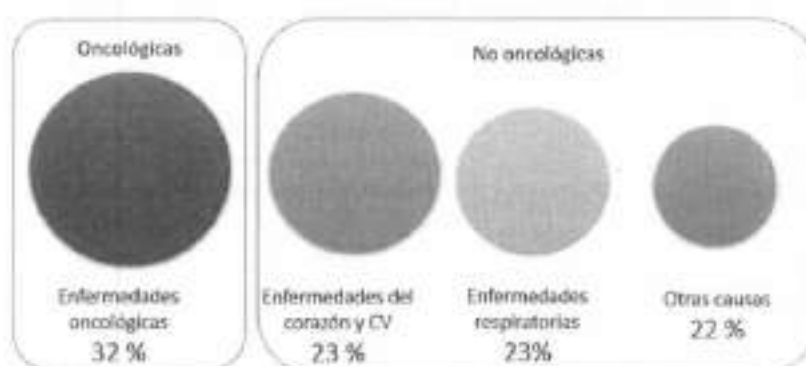
Otras Causas= Otros diagnósticos excepto CIE 10: O00-O99, P00-P96, S00-T98, V01-Y98

Fuente: Información de OGTI - MINSA

En el año 2016, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) da a conocer que en Perú hay una población de 31,488,625 personas³⁸, calculándose la tasa de mortalidad específica por enfermedades tributarias de ACP en 352 personas por cien mil habitantes y año.

Así mismo, se observa que las enfermedades no oncológicas con necesidad de CP constituyen el mayor porcentaje (68%), y las enfermedades oncológicas con necesidad de CP constituyen el 32%.

Gráfico 1. Estimación de necesidad de cuidados paliativos por enfermedad específica



Fuente: Base de datos de defunciones 2016 - OGTI-MINSA
Elaborado: Estadística DPCAN-MINSA

En Regiones, el último dato según registro de defunciones por enfermedades oncológicas y no oncológicas tributaria de ACP, en el año 2016 se observa, en la Tabla 2, que ocupa el primer lugar, la región de Lima con 33% de las defunciones con esta necesidad, seguida por la región la Libertad con 9.3%.

³⁸ <http://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-peru-tiene-una-poblacion-de-31-millones-488-mil-625-habitantes-9196/>

Tabla 2. Número y porcentaje de defunciones según causa de muerte de enfermedades oncológicas o no oncológicas, que podrían haber necesitado CP por Región, 2016 - Perú

Nro.	Región	Enf. Oncológicas	Enf. No oncológicas	Total	% Total
1	Lima	1,2498	24,078	36,576	33.0%
2	La Libertad	3,146	7,132	10,278	9.3%
3	Piura	1,966	6,188	8,154	7.4%
4	Lambayeque	2,268	4,486	6,754	6.1%
5	Arequipa	1,748	3,740	5,488	4.9%
6	Callao	1,778	3,518	5,296	4.8%
7	Ica	1,432	3,038	4,470	4.0%
8	Junín	1,684	2,574	4,258	3.8%
9	Puno	990	3,124	4,114	3.7%
10	Cajamarca	926	2,684	3,610	3.3%
11	Cusco	1,060	2,298	3,358	3.0%
12	Ancash	760	2,470	3,230	2.9%
13	Huánuco	1,026	1,582	2,608	2.4%
14	San Martín	632	1,320	1,952	1.8%
15	Loreto	444	1,434	1,878	1.7%
16	Ayacucho	556	1,130	1,686	1.5%
17	Huancavelica	398	894	1,292	1.2%
18	Tarma	452	748	1,200	1.1%
19	Apurímac	374	732	1,106	1.0%
20	Amazonas	242	656	898	0.8%
21	Pasco	270	494	764	0.7%
22	Moquegua	190	410	600	0.5%
23	Tumbes	112	472	584	0.5%
24	Ucayali	108	284	392	0.4%
25	Madre De Dios	110	256	366	0.3%
Total		35,170	75,742	110,912	100.0%

Enfermedades No oncológicas = Enfermedades del corazón, CV, Enfermedad respiratoria, del hígado, Enfermedad Renal, VIH / SIDA, Enfermedad neurodegenerativa, Alzheimer, demencia y senilidad y Otras Causas (no incluye CIE 10: O00-O99, P00-P96, S00-T98, V01-Y9)

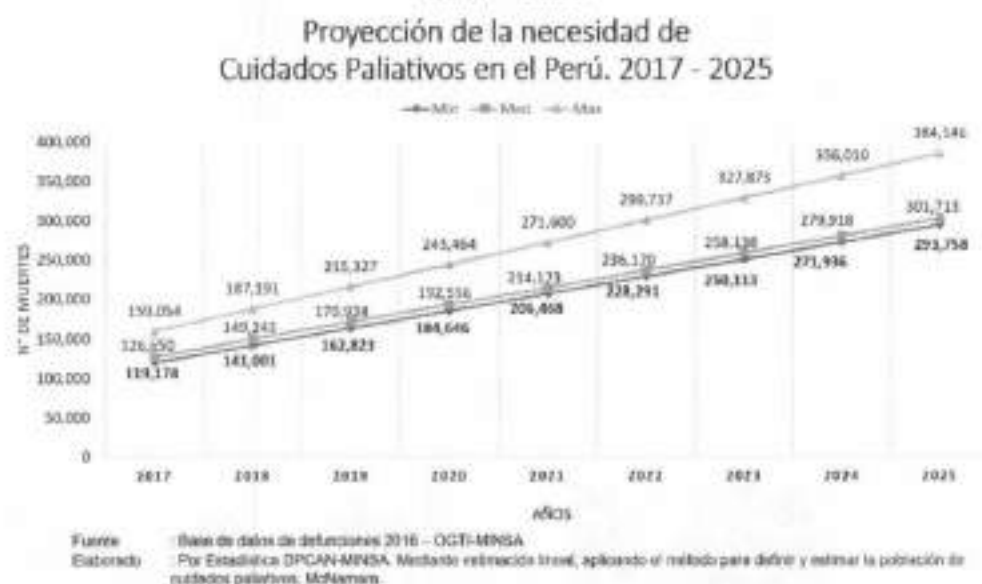
Fuente: OGTI-MINSA



Necesidad proyectada: Basado en estimaciones según las defunciones de pacientes con enfermedad tributaria de ACP, con el método Mc Namara, se estima que las defunciones por enfermedad terminal se duplicarán al 2025, significando la pronta respuesta a esta necesidad mediante el desarrollo de la ACP en el SNS. (Gráfico 2).



Gráfico 2. Proyección de la Necesidad de cuidados paliativos en el Perú.
2017 - 2025



b. Demanda en la atención de CP oncológicos

La demanda proyectada nacional actual de CP oncológicos según el INEN, en base al censo poblacional del 2017, se calcula en 45 294 pacientes, de los cuales 13 754 pertenecerían a Lima y 31 540 a regiones.

Tabla 3. Demanda proyectada para CP oncológicos 2017

Ámbito	Población Total	Demanda de Cuidados Paliativos Oncológicos
Perú país	31' 237, 385	45, 294
Lima	9' 485, 405	13, 754
Regiones	21' 751, 980	31, 540

Fuente: Estrategias para la integración de los Cuidados Paliativos a Pacientes Oncológicos en la Red Integrada de Salud. INEN-2019

c. Demanda en la atención de CP pediátricos

Los CP para niños representan un área especial de atención. Implica un cuidado total y activo del cuerpo, la mente y el espíritu del niño, y también implica brindar apoyo a la familia. Comienza cuando se diagnostica la enfermedad y continúa independientemente de si el niño recibe o no un tratamiento dirigido a la enfermedad.

A nivel mundial se describe que el 6-8% de las personas que requieren CP son niños. De estos, el 98% se encuentra en los países de bajos recursos.

En el Perú, no hay cifras oficiales con respecto a población de niños con necesidades complejas, sin embargo, un estudio realizado en el Instituto Nacional de Salud del Niño de Breña, entre los años 2008-2012, determinó que 1 de cada 6 egresos hospitalarios era de niños con necesidades complejas de atención. Que esta población de niños demostraba una

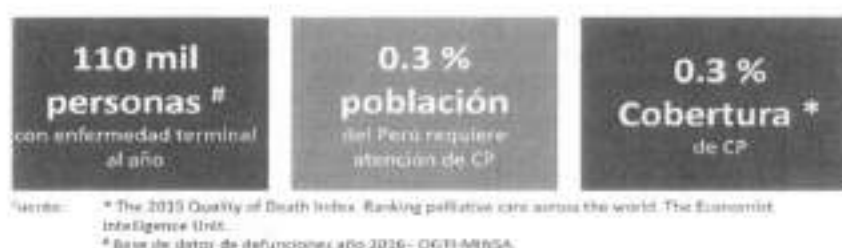


tendencia creciente en el quinquenio estudiado, y que se asociaba a mayores estancias hospitalarias, y mayor mortalidad. La mayor parte de estos niños, hubieran sido tributarios de recibir CP³⁹.

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y COBERTURA DE CP

Cobertura de CP: Si consideramos que en el 2016 se registraron 120 mil defunciones por enfermedad terminal, esto representa el 0.3% de la población que habría requerido de CP (Datos de OGTI-MINSA). Sin embargo, solo el 0.3% de esta demanda tuvo cobertura de atención en CP (The 2015 Quality of Death index)

Gráfico 3. Análisis Situacional de los Cuidados Paliativos en el Perú - Cobertura



La baja cobertura de atención en las estimaciones a la población que requiere ACP tiene múltiples causas tales como:

a. Gestión de CP

La gestión de los CP a nivel nacional se ha iniciado con los CP oncológicos casi exclusivamente. El Decreto Supremo N° 009-2012-SA, que aprueba el Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú (Plan Esperanza), incluyó la atención de CP como parte de la atención integral del paciente oncológico; la Resolución Jefatural N° 334-2016-J/INEN aprobó la "Norma Técnica Oncológica N° 001-INEN/DIMED-DEM V.01: Norma Técnica Oncológica de la Unidad Productora de Servicios de Salud de CP Oncológicos del INEN".

El año 2017, se emite la Directiva de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 05-GCPS-ESSALUD-2017, que aprueba "Organización y Funcionamiento de las Unidades de CP en ESSALUD".

Desde el año 2017, el MINSA incorpora en el programa presupuestal de Prevención y Control del Cáncer, el producto "persona atendida por CP" que permite a los EESS la programación financiera para este tipo de atención en pacientes con enfermedad oncológica, quedando pendiente la gestión para la asignación presupuestal en pacientes con enfermedad no oncológica.

Las consultas por video (teleconsultas) en atención domiciliaria paliativa especializada son factibles, y la tecnología puede facilitar la participación

³⁹ Documento técnico de creación de la primera Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos en el Perú. Instituto Nacional de Salud del Niño Breña.

multidisciplinaria y la cooperación entre los profesionales de la salud. El uso continuo de consultas de video con el tiempo puede aumentar la calidad de cuidados paliativos domiciliarios especializados⁴⁰.

b. Recursos Humanos con competencias en CP

La OMS plantea la necesidad de promocionar una política educativa a través de alianzas multisectoriales que respalden la formación básica, intermedia y avanzada de los profesionales de la salud.

La atención de CP se realiza a través de un equipo multidisciplinario competente conformado esencialmente por médico y enfermero, a ellos se suman trabajador/ora social, psicólogo/a, químico farmacéutico, nutricionista, terapeuta físico, entre otros, que de acuerdo a la demanda potencial de los EESS requieren un determinado nivel de capacitación.

En Perú, no se cuenta con una base de datos a nivel nacional de profesionales de salud capacitados en CP y tratamiento de dolor.

Existen pocas entidades universitarias de ciencias de la salud, que cuentan con el curso de CP en su malla curricular en el pregrado y posgrado. El sistema universitario peruano no reconoce la especialidad de CP, sin embargo, se observan algunos esfuerzos en mejorar este aspecto mediante la creación de Diplomados y Maestrías.

Gran parte de los profesionales con capacitación en CP está concentrado en grandes ciudades, y en su mayoría relacionados con centros oncológicos.

c. Oferta de CP

Servicios de CP en el Perú

El Atlas Latinoamericano de CP⁴¹ muestra que el nivel de desarrollo de los CP en el Perú corresponde al grupo de países de provisión aislada. Se observa la distribución a nivel nacional de los Servicios/Unidades de CP, los mismos que se concentran en EESS de segundo y tercer nivel y centralizado sobre todo en Lima.



Gráfico 4.

SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS
Datos correspondientes al año 2012 actualizado el 2019



Fuente: Atlas de CP en Latinoamérica - Perú, 2012. ALCP - Actualizado Octubre del 2019.
Contribución de los Servicios/Equipos hospitalarios según la definición del atlas ALCP 2012

⁴⁰ Funderkov KF, Boe Danbjørg D, Jess M, Munk L, Olsen Zwisler AD, Diaperink KB 2019. Telemedicina en cuidados paliativos especializados: profesionales de la salud y sus perspectivas sobre las consultas por video

⁴¹ Atlas Latinoamericano de Cuidados Paliativos. Edición Cartográfica 2013. T. Pastrana y col.

Los Servicios/ Unidades de CP son funcionales, no estando contemplados en la estructura orgánica de sus establecimientos, lo que condiciona la asignación de presupuesto y financiamiento para sus actividades.

Tabla 4. Servicios de CP en el Perú 2019.

Nivel de atención Socio sanitaria	Servicios de CP			Recursos de CP	
Primer nivel	Servicios exclusivos en primer nivel (CPD) 4 Atención domiciliaria: 4 (ADAMO Callao, C.S. Amakella, C.S. Condevilla, C.S. Piedra Liza) Residencia tipo hospicio: 0 Atención ambulatoria: 0 Centro comunitario: 0	Servicios/Equipos de hospitales con atención intrahospitalaria y extrahospitalaria 7			
Segundo nivel (Atención de media y larga estancia)	Servicios/Unidades exclusivas en hospitales de segundo nivel (CPH y CPA) 1 Hospital ESSALUD Lazarte-Trujillo.	- INSN Breña - HGFAP (CPH y CPD) - ESSALUD COPHOES (CPA y CPD): HNEM y HAS. - HCH ADI oncológica (CPSH, CPA y CPD articulado con 1er nivel de atención) - Hospital Regional de Ayacucho (CPA y CPD) - Oncosalud - AUNA (CPD)	Servicios/Equipos de apoyo hospitalario (CPA y CPSH) 5	Centros de día: 0	Voluntariados: 1 Vinculados a Centros de los Hermanos Camilos
Tercer nivel (Hospital general/especializado)	Servicios/Unidades exclusivas en hospitales de tercer nivel (CPH) 4 ESSALUD HGAI, HMC, HPN, HNHU.		INSN San Borja INEN Lima IREN Norte Trujillo, IREN Sur Arequipa, Hospital Sandia Puno HCLLH Lima		

CPH=CP Hospitalario CPD=CP Domiciliaria CPA= CP Ambulatorio CPSH=CP soporte hospitalario
 HAS= Hospital Alberto Sabogal HGAI= Hospital Guillermo Almenara HMC= Hospital Militar central HPN=Hospital Policía Nacional HNHU=Hospital Nacional Hipólito Unanue HGFAP= Hospital General FAP HCH=Hospital Cayetano Heredia
 INSN=Instituto Nacional Salud del Niño INEN=Instituto Nacional Enfermedades neoplásicas IREN= Instituto Regional de enfermedades Neoplásicas HCLLH=Hospital Carlos Lan Franco La Hoz.

Fuente: Atlas de CP en Latinoamérica - Perú. 2012. ALCP - Actualizado y modificado año 2019.
 Clasificación de los Servicios/equipos /unidades acordes a definición del atlas ALCP 2012.



Es una realidad que en Lima y principales provincias se concentran los establecimientos de salud de mayor complejidad, a lo que se añade la insuficiente oferta de CP en los EESS en todos los niveles de atención. Si además consideramos la débil articulación entre los diversos niveles de atención y entre las instituciones que conforman el Sector Salud, podemos concluir que existe todavía una gran brecha a cubrir de atención de CP a nivel nacional.

Atenciones de CP oncológicos realizadas en EESS del MINSA

Los CP oncológicos están en su mayoría centralizados en hospitales de Nivel III e Institutos Especializados. El servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del dolor INEN ha registrado 60 723 atenciones entre los años 2016 al 2018, correspondiente a 14 753 pacientes atendidos, de los cuales 3 825 corresponden a pacientes nuevos para el servicio únicamente en el año 2018. Los principales diagnósticos son: Cáncer de Cérvix, Mama,



Estómago y Colon. Más del 40% de pacientes atendidos provienen de provincia⁴².

A nivel nacional en los EESS del MINSA, desde el año 2018, existe el registro de las atenciones en el sistema informático HIS por la atención de CP en pacientes oncológicos, como parte de las metas en el financiamiento del Programa Presupuestal de Prevención y Control de Cáncer PP024. A la fecha, a partir del sistema informático HIS estandarizado se observa en varias regiones del país que los EESS han incorporado la atención de CP a su oferta de servicios realizados en el EESS y en domicilio.

Tabla 5. Número de atenciones por CP según Registro HIS MINSA por Región – Atención ambulatoria y domiciliaria. 2018-2019 Perú

CODIGO HIS	99489					
AÑO	2018			2019		
Regiones	Año 2018		Total	Ene-oct 2019		Total
	ACP en EESS	ACP en domicilio		ACP en EESS	ACP en domicilio	
Amazonas	0	0	0	5	0	5
Ancash	39	18	57	3	0	3
Arequipa	2	0	2	101	3	104
Ayacucho	127	2	129	1,159	25	1,184
Cajamarca	1	0	1	0	0	0
Callao	1	58	59	43	1,629	1,672
Cusco	0	0	0	25	4	29
Ica	133	19	152	652	76	728
Junin	0	0	0	13	9	22
La Libertad	0	0	0	0	1	1
Lambayeque	0	0	0	0	0	0
Lima Región	0	0	0	5	8	13
Lima DIRIS Centro	0	0	0	47	1	48
Lima DIRIS Este	2	0	2	2	5	7
Lima DIRIS Norte	6	1	7	6,411	650	7,061
Lima DIRIS Sur	3	1	4	9	25	34
Loreto	0	0	0	83	0	83
Pasco	1	0	1	0	2	2
Piura	2	0	2	0	0	0
Puno	1	0	1	3	7	10
San Martín	0	0	0	3	0	3
Tumbes	0	0	0	4	0	4
Total, general	318	99	417	8,568	2,445	11,013

Fuente: HIS-OGTI – MINSA

En la tabla se puede observar que hay regiones y DIRIS que a pesar de que cuentan con EESS con servicios de CP, no se encuentra el registro, lo cual se ha identificado debido al tipo de sistema informático no compatible con el sistema HIS MINSA.

La mayor parte de las atenciones de CP en EESS se registra en el 3er nivel de atención, como sigue en la tabla:

⁴² Resolución Jefatural N°147-2019-J/INEN Documento Técnico Estrategias para la Integración de los Cuidados Paliativos a Pacientes Oncológicos en la Red Integrada de Salud.

Tabla 6. Demanda de la atención por CP según Registro HIS código 99489 por nivel de categoría del EESS – Atención ambulatorio y domiciliario. Perú 2019

Categoría de EESS	ACP en EESS	ACP en domicilio	Total	%
1er nivel	87	1,730	1,817	16%
2do nivel	1,823	73	1,896	17%
3er nivel	6,685	642	7,327	67%
Total	8,568	2,445	11,013	100%

Fuente: HIS-OGTI – MINSA

Atenciones de CP pediátricos

En otro estudio realizado en el Instituto Nacional de Salud del Niño, sobre los egresos hospitalarios anuales de pacientes con enfermedades crónicas complejas, se encontró que entre 24-27% de los egresos correspondían a niños con necesidades de CP Pediátricos⁴¹.

Tabla 7. Egresos hospitalarios de niños con patología crónica. INSN 2011-2015⁵¹

Año	Egresos Hospitalarios	Niños Con Patologías Crónicas	Porcentaje De Niños Crónicos
2011	10,364	2,663	25.69%
2012	10,368	2,517	24.27%
2013	10,272	2,552	24.84%
2014	9,246	2,457	26.57%
2015	9,766	2,702	27.66%

Fuente: Oficina estadística e informática INSN

Siendo la cobertura de CP Pediátricos en el INSN para el año 2018 aproximadamente entre 18-20%.



Si bien el Instituto de Salud del Niño – Breña es una institución de alto nivel de complejidad, es también cierto que muchos de los niños con necesidades especiales de atención o patología compleja, se concentran allí. Por ello es una buena muestra de la demanda de CP.

Acceso y uso de medicamentos esenciales para CP:

Un aspecto crítico y fundamental en CP es el acceso y uso de medicamentos esenciales incluidos en el petitorio nacional único de medicamentos esenciales (PNUME), por lo que, se debe fortalecer la capacidad de cada establecimiento de salud para determinar la necesidad, prescripción, dispensación, adquisición y uso de estos medicamentos.

En el año 2017, la OMS actualizó la relación de Medicamentos Esenciales para CP, en la que se incluye algunos medicamentos que no se encuentran en el PNUME (ver tabla 15). Por lo que sería recomendable actualizar el Listado Nacional de Medicamentos Esenciales para CP a fin de mejorar la accesibilidad.

⁴¹ Documento técnico de creación de la primera Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos en el Perú. Instituto Nacional de Salud del Niño Breña.

Existe gran limitación en acceso y disponibilidad de analgésicos opioides para tratamiento de dolor en pacientes en CP, debido a una normativa excesivamente restrictiva, que deberá reformularse en beneficio de los pacientes, pues el control del dolor es un derecho humano.

Se necesita acceso y disponibilidad de otras tecnologías sanitarias para CP: En la atención de pacientes en CP, existen necesidades de otras Tecnologías Sanitarias (TS) para brindar una atención de calidad. Estas comprenden insumos y diversos equipos biomédicos que facilitan la continuidad de la atención en domicilio de pacientes complejos. Sin embargo, el acceso y disponibilidad de las TS necesarias es actualmente problemática, especialmente en Atención Primaria.

d. Participación ciudadana y social en el desarrollo de la atención de CP

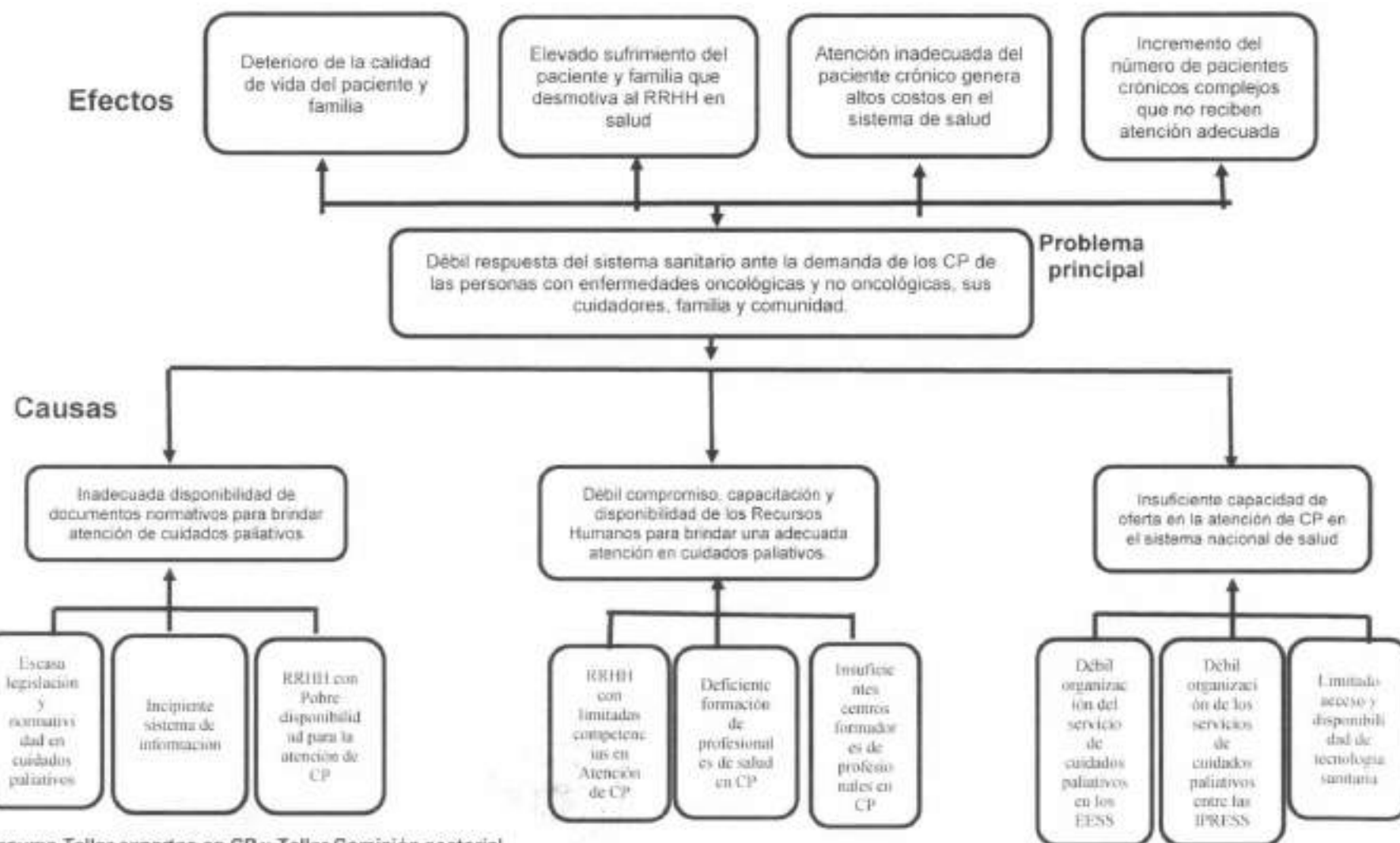
No se cuenta con información exacta de la participación ciudadana en el desarrollo de la atención de CP, sin embargo, se percibe que la población, al tener un gran desconocimiento del tema, no exige sus derechos.

Por ello, para lograr el desarrollo de los CP a nivel nacional, se necesita del esfuerzo conjunto de las instituciones de salud y la sociedad en general, porque solo contando con la participación ciudadana y social se logrará avanzar en la gobernanza y abogacía por la salud, necesaria para la sensibilización y apoyo en los diferentes niveles de gobierno.



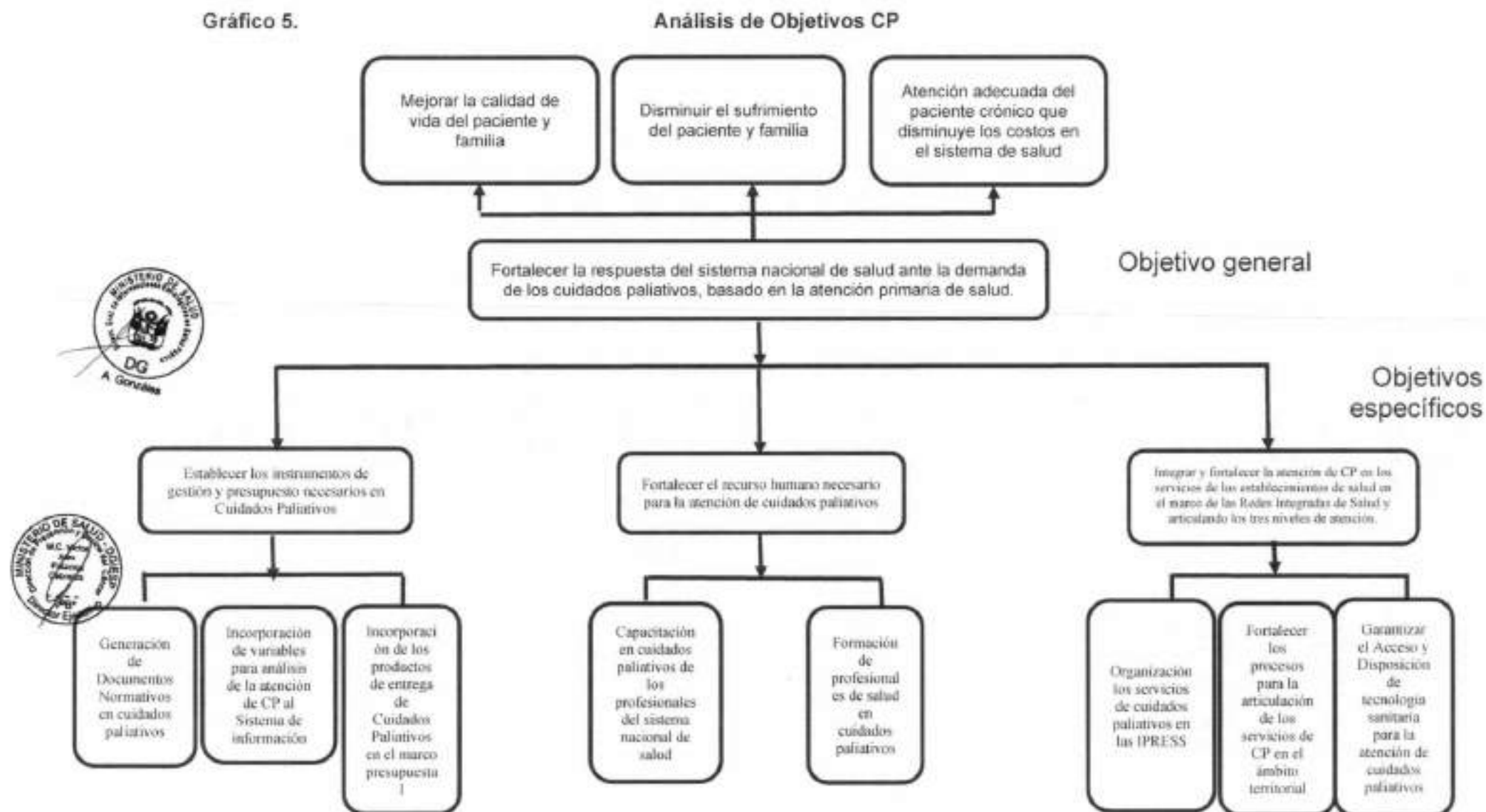
6.2.3 CAUSAS DEL PROBLEMA:

Árbol de Problemas – Causas y Efectos



Fuente: Insumo Taller expertos en CP y Taller Comisión sectorial

Gráfico 5.



6.2.4 POBLACIÓN OBJETIVO O ENTIDADES OBJETIVO

Las actividades del presente Plan están dirigidas a las personas de cualquier edad, con diagnóstico médico de enfermedad crónica incurable y evolutiva, en situación avanzada o terminal (enfermedad tributaria de cuidados paliativos) o en situaciones tempranas como soporte al tratamiento según las necesidades del paciente y su familia, o situaciones que la normatividad vigente lo establezca. Así mismo, se incluye como población objetivo al entorno del paciente como son sus cuidadores, familia y profesionales de la salud de las IPRESS donde se realiza la atención de los pacientes con enfermedad tributaria de CP.

Los CP se brindan sin discriminación de raza, sexo, condición social, etnia, religión, con pleno respeto de las creencias y cosmovisión que los pacientes y sus familias tienen de la enfermedad y la muerte.

6.2.5 ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

La atención integral en CP

La atención de CP es integral (al comprender todas las dimensiones del ser humano, su entorno socio cultural y espiritual), integrada (integra los diferentes niveles de atención para responder a las necesidades del paciente y familia), e integradora (integra los recursos disponibles, desde las diferentes miradas profesionales a través de un trabajo en equipo), a fin de tener un mayor impacto al menor costo, a través de una oportuna atención de cada caso.

Esta propuesta concuerda con la medicina centrada en la persona, así como con varios de los principios, enfoques y definiciones del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en familia y comunidad (MAIS-BFC) desarrollado en el Ministerio de Salud desde el 2011, y a la fecha actualizado en el Documento Técnico: Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI), como una Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) Renovada, con la finalidad de mejorar el nivel de salud de la población del país y lograr la equidad en el acceso a la atención. "Es elemento fundamental de la terapéutica paliativa, una atención integral que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales"⁴⁴.

La integración de CP en los diferentes niveles de atención será variable y dependiendo de la organización de las redes de salud, de los recursos con que se cuente, la población objeto de atención y sus necesidades, la capacidad de oferta de los CP brindados por los diversos equipos y del apoyo sectorial que exista.

La oferta de servicios de CP dependerá de:

- a. Capacidad resolutive de las IPRESS.
- b. Nivel de complejidad de los pacientes en CP.
- c. Disponibilidad de recurso humano capacitado.
- d. Demanda de atención de CP.
- e. La organización que se adopte en cada EESS.



⁴⁴ Guía Espiritual SECPAL 2008 – El acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos.

- f. Riesgo de la demanda a desarrollar enfermedades que requieran de cuidados paliativos.

Para la atención de CP, el EESS deberá ofertar en su cartera de servicios alguno de los siguientes según la necesidad de la población:

- Atención en consulta externa.
- Atención en internamiento y/u hospitalización.
- Atención domiciliaria.
- Atención en urgencia y/o emergencia.

Los cuales deben estar alineados al modelo de las Redes Integradas de Salud (RIS). Así mismo, mencionar que la Telemedicina como parte de los métodos de lograr la atención integral, se aplica en todas las áreas de acción del campo de la salud y de las especialidades médicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos; comprende teleconsulta, teleinterconsulta, teleorientación y telemonitoreo y otras reguladas a través de los documentos normativos aprobados por el Ministerio de Salud⁴⁵. Y en cuidados paliativos será una fortaleza para una mejor accesibilidad.

Tabla 8. Estrategias de solución

Causas	Estrategias de solución
Inadecuada disponibilidad de documentos normativos para la gestión de la atención en cuidados paliativos	Diseño, validación y consenso sobre documentos normativos para la atención de CP a nivel nacional
	Diseñar, validar, estandarizar y sustento de variables e indicadores que miden el proceso y resultado de atención de CP de enfermedades oncológicas y no oncológicas
	Establecer los mecanismos para la incorporación del financiamiento requerido en CP
Débil disponibilidad de Recursos Humanos en número, competencias y compromiso institucional para implementar los CP en enfermedades oncológicas y no oncológicas en el Perú.	Revisión bibliográfica, recopilación de información, y análisis de la información.
	Información y comunicación en CP a los profesionales del sistema nacional de salud
	Educación interprofesional de los profesionales del sistema nacional de salud en Atención de CP
	Analizar, consensuar, validar y tomar decisiones
Insuficiente capacidad de oferta en la atención de CP en el sistema nacional de salud	Educación interprofesional para los educandos en Facultades de ciencias de salud en CP a nivel pre y postgrado
	Organizar los servicios de CP en los EESS
	Establecer procesos de coordinación entre las diferentes unidades y equipos para garantizar la atención continua en CP
	Mejorar la disponibilidad y acceso de productos farmacéuticos esenciales según su capacidad resolutive.
	Asegurar el seguimiento de los pacientes a través de actividades de Teleconsulta, Teleinterconsulta, Telemedicina, Telesalud, telemonitoreo y teleorientación.
	Mejorar la disponibilidad y acceso de dispositivos médicos para la atención de pacientes en CP.



⁴⁵ Decreto Legislativo N° 1490, que fortalece los alcances de la telesalud

6.3 ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA AL PEI, ARTICULACIÓN OPERATIVA AL POI

El presente Plan contribuye al logro de metas de las acciones estratégicas: AEI.02.05 Referencia y contrarreferencia eficiente y oportuna, organizada en un sistema nacional; AEI.02.06 Sistema de suministro público de recursos de salud, eficiente, oportuno y transparente; y AEI.02.09 Acciones preventivas y promocionales incorporadas en la atención de salud en todos los niveles; todas estas acciones pertenecientes al Objetivo Estratégico institucional OEI.2 "Garantizar el acceso a cuidados y servicios de salud de calidad organizados en redes integradas de salud, centradas en la persona, familia y comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad", del Plan Estratégico Institucional 2019-2024⁴⁶.



Respecto al Plan Operativo, se encuentra las siguientes actividades en el POI 2021: Aprobar o modificar las políticas institucionales y documentos de gestión, Capacitación y desarrollo de personal, Fortalecimiento, seguimiento y evaluación para el acceso y evaluación del suministro público y Conducir, monitorear, supervisar y evaluar el proceso de referencia y contrarreferencia a nivel nacional. Para el 2022 se contemplará en el proceso de consistencia al PIA del POI 2022.



⁴⁶ Aprobado con Resolución Ministerial N° 621-2021/MINSA "Plan Estratégico Institucional 2019-2024".

6.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVOS ESPECÍFICOS

6.4.1 Objetivo específico 1: Elaborar e implementar documentos normativos de gestión operativa necesarios para la atención en CP.



El Plan Nacional de CP para enfermedades oncológicas y no oncológicas requiere la elaboración de documentos normativos para la organización, gestión, financiamiento, prestación de servicios y otros necesarios para la implementación de los CP, a través de la formulación/modificación, aprobación y difusión de los documentos normativos necesarios para la atención de CP en todos los niveles de atención. Comprende el diseño, validación, estandarización y fundamentación de las variables e indicadores de estructura, proceso y resultados que resulten de la atención de CP en los EESS para su incorporación al sistema informático nacional y adaptar el sistema de registro a nivel nacional tomando como referencia los sistemas informáticos existentes. Además, la incorporación y actualización de los productos de CP en los programas presupuestales a través de los mecanismos necesarios para contar con el financiamiento que facilite la implementación de las prestaciones en las IPRESS y actividades en domicilio en la comunidad y en otros escenarios en materia de CP no oncológicos y oncológicos.



Actividad Operativa	Estrategias	Tarea	Método	Responsables
AO. 1.1 Generación de Documentos Normativos en CP	Diseño, validación y consenso sobre documentos normativos para la atención de CP a nivel nacional	Elaboración, formulación/modificación, y aprobación de Norma Técnica de Salud (NTS) en CP	Reuniones técnicas	DGIESP/ INS/ DGAIN ESSALUD, FFAA y PNP
		Elaboración, formulación/modificación, y aprobación de Directivas Sanitarias de CP	Reuniones técnicas	
		Elaboración, formulación/modificación, y aprobación de Guías Técnicas de Manejo Específico	Reuniones técnicas	
		Formulación/modificación, y aprobación de Documentos técnicos para Servicios de Cuidados Paliativos	Reuniones técnicas	
		Elaboración de Documento Técnico "Lineamientos para la implementación de los CP en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) a nivel Nacional"		
AO. 1.2 Incorporación de datos e indicadores estadísticos al Sistema de información del MINSA para el procesamiento y análisis estadístico de la atención de CP	Diseñar, validar, estandarizar y sustento de variables e indicadores que miden el proceso y resultado de atención de CP de enfermedades oncológicas y no oncológicas	Estandarizar la codificación de los procedimientos y actividades en CP del HISWEB-MINSA	Consultoría	DGIESP/ OGTI ESSALUD / FFAA / PNP
		Revisión y actualización del Manual de Registro de atención en CP oncológicos	Reuniones técnicas	
		Elaboración de Manual de Registro de atención en CP no oncológicos	Reuniones técnicas	
		Elaboración de las fichas técnicas de los indicadores trazadores en CP, indicadores de calidad, de eficiencia y eficacia en CP	Reuniones técnicas	
		Creación del sistema de información de enfermedades oncológicas y no oncológicas en niños	Consultoría	
		Elaboración de aplicativo de análisis de indicadores	Consultoría	
		Talleres de Implementación de un sistema informático de análisis para toma de decisiones	Talleres	

AO. 1.3. Incorporación y actualización de los productos de CP en los programas presupuestales correspondientes.	Establecer los mecanismos para la incorporación del financiamiento requerido en CP	Diagnóstico situacional de los sistemas informáticos para la atención de los CP intersectoriales	Visitas a los EESS	DGIESP/OGPPM/OGTI/GORE
		interoperabilidad de sistemas informáticos existentes en los EESS de utilidad para la atención de CP	Consultoría	
		Diseño de plataforma de interoperabilidad entre los EESS y otros sectores	Consultoría	
		Sistema de información para la atención de CP integrado a la historia clínica electrónica (SIHCE-e-QHAL)	Consultoría	
		Actualizar el diseño del producto de servicios de CP oncológicos considerados en el PP 0024	Reuniones técnicas	
		Asistencia técnica en programación presupuestal y financiamiento	Asistencia técnica	
		Programación del presupuesto en el PP024 producto de atención de cuidados paliativos en EESS que brindan atención a pacientes con cáncer	Reuniones técnicas	
		Diseño de productos para ACP, en programas presupuestales a cargo de enfermedades no oncológicas con necesidad de ACP	Consultoría	
		Validación de Productos de Atención de CP con MEF y otros actores	Abogacía/consultoría	
		Programación de los productos de Atención de CP en el marco de Programas presupuestales a cargo de enfermedades no oncológicas con necesidad de ACP	Abogacía/consultoría	
		Incorporación de servicios de CP no oncológico en Programas presupuestales a cargo de enfermedades no oncológicas con necesidad de ACP	Reuniones técnicas	
		Fortalecer el financiamiento para las prestaciones en ACP a través del pliego SIS, en el marco de la normatividad vigente y de acuerdo a disponibilidad presupuestal	Reuniones técnicas	

6.4.2 Objetivo específico 2: Fortalecer la capacitación y disponibilidad de los Recursos Humanos para implementar la atención en cuidados paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas a nivel nacional.

Este objetivo implica varias líneas de acción, como la valoración de la disponibilidad numérica de RHUS, sensibilización y capacitación en CP de los profesionales de la salud acorde a sus perfiles por competencias que conformarán los equipos multidisciplinares de CP a fin de garantizar el cuidado integral paliativo y la continuidad del cuidado en las IPRESS. De igual forma, se elaborarán planes de sensibilización anual con criterio de interculturalidad, como parte de la organización de esta actividad e incluidas en los Planes de Desarrollo de Personas (PDP) de los EESS. Así mismo, realizar el diseño de propuesta de perfil laboral de los profesionales de la salud para la atención en CP, el cual será validado por profesionales expertos en cuidados paliativos y luego socializado y aplicado de manera estándar.

Realizar abogacía por la salud para incorporar en los programas universitarios de las profesiones de la salud en pre y post grado cursos de CP y así mismo para la creación de la especialidad y sub especialidad de CP en las Escuelas de Posgrado de profesiones de la salud acorde a los perfiles de formación académica por competencias del Sistema Universitario Nacional.



A. González



Actividad Operativa	Estrategias	Tarea	Método	Responsables
A.O. 2.1. Medición de la disponibilidad numérica de RHUS motivados para la implementación del cuidado paliativo en las IPRES	Revisión bibliográfica, recopilación de información, y análisis de la información.	Plan de valoración de la disponibilidad numérica de RHUS, basado en criterios por antecedentes nacionales e internacionales.	Reuniones técnicas	DGIESP/ DIGEP/ DIRIS/ GERESA/ DIRESA
		Sistema de Registro nominal único de profesionales de la salud que ejercen los CP	Consultoría	
		Ejecución del plan de valoración, y análisis situacional de la disponibilidad numérica de RHUS	Recopilación de información	
		Establecimiento de la brecha cuantitativa de la disponibilidad de RHUS	Análisis de información	
A.O. 2.2. Fortalecimiento de capacidades para el cuidado integral paliativo en las IPRESS	Información y comunicación en CP a los profesionales del sistema nacional de salud	Elaboración de un plan de sensibilización dirigido a todo el personal de salud sobre CP.	Consultoría	DGIESP/ DGOS/ DIGEP/ DIRIS/ GERESA/ DIRESA
		Realizar y estandarizar una encuesta para medir el grado de sensibilización de los profesionales de la salud	Consultoría	
		Diseñar y desarrollar actividades de sensibilización: (campaña de comunicación institucional, talleres de sensibilización y humanización, Concursos de innovaciones en Atención de CP, Concursos de equipos más sensibilizados.	Actividades de intervención en profesionales de salud	
	Educación interprofesional de los profesionales del sistema nacional de salud en Atención de CP	Realizar capacitaciones para profesionales de salud dentro del Plan de Desarrollo de Personas (PDP)	Consultoría	DGIESP/DGOS /DIGEP/DIRIS/ GERESA/ DIRESA ENSAP
		Incluir dentro de la Programación Anual de la ENSAP actividades de capacitación en CP	Reuniones técnicas	
		Elaboración y ejecución de programa de fortalecimiento de capacidades dirigidos al personal de salud y al personal de soporte en el uso de tecnologías de información para los servicios de Telesalud.	Consultoría	
		Capacitación del personal de salud de los EESS priorizados para CP en los diferentes niveles de CP.	Programa de capacitación	
		Capacitación del personal de salud de los EESS del Primer nivel de atención sobre CP	Programa de capacitación	
		Fortalecer las capacidades del profesional farmacéutico en dispensación de opioides a nivel nacional	Programa de capacitación	
		Fortalecer las capacidades de los profesionales de los EESS en la gestión del acceso y disponibilidad de productos farmacéuticos esenciales para CP	Programa de capacitación	
A.O. 2.3. Establecimiento de un perfil laboral estandarizado para la implementación de los CP en las IPRESS, por niveles de atención	Analizar, consensuar, validar y tomar decisiones	Definición del perfil laboral de los profesionales de salud dedicados a la atención de CP	Consultoría/ reuniones técnicas	DGIESP/ DIGEP
		Incorporación de contenidos y requisitos en la definición de los perfiles de puesto claves vinculados a la implementación de los CP	Reuniones técnicas	
		Interacción con las entidades formadoras para hacer las adecuaciones necesarias en los perfiles de egreso y planes curriculares respectivos.	Reuniones técnicas	



AO 2.4. Proceso de articulación entre las entidades formadoras en ciencias de la salud y las IPRESS para impulsar el desarrollo de competencias profesionales para el CP en el pre y el postgrado	Educación interprofesional para los educandos en Facultades de ciencias de salud en CP a nivel pre y postgrado	Diseñar estrategias para la incorporación de CP en la formación universitaria de pre grado de profesionales de salud	Consultoría	DGIESP/ DIGEP-DIFOR
		Diseñar estrategias para la incorporación de CP en la formación universitaria de post grado de los profesionales de salud	Consultoría	

6.4.3 Objetivo específico 3: Integrar y fortalecer la atención de cuidados paliativos en los servicios de los establecimientos de salud en el marco de las Redes Integradas de Salud y articulando los tres niveles de atención.

La oferta de atención en CP se estructura en torno a la implementación, organización de servicios en las IPRESS a nivel nacional, de acuerdo al nivel de atención, la complejidad del problema de salud de las personas que requieren ACP y de la demanda. Así mismo comprende el fortalecimiento de los procesos de atención mediante la articulación, complementariedad e integración de los servicios de salud, en los diferentes niveles de atención y así garantizar la continuidad de la atención de acuerdo a las necesidades de los pacientes y sus familias. Además, se contribuirá al acceso y disponibilidad de las Tecnologías Sanitarias (TS) requeridas y necesarias para el logro del objetivo de brindar la mejor calidad de atención paliativa. Para el desarrollo de este objetivo se tendrá presente el modelo de Gestión de Riesgos del ISO 31000:2018.

Actividad Operativa	Estrategias	Tarea	Método	Responsables
AO 3.1. Organización e implementación de los servicios de CP en las IPRESS dentro de su ámbito territorial	Organizar los servicios de CP en los EESS	Elaborar el diagnóstico situacional de los CP a nivel local/regional/Nacional.	Consultoría y reuniones técnicas.	DGIESP/ DGOS / DGAIN/ GORE / ESSALUD / FFAA / PNP
		Implementación de EESS según diagnóstico situacional de los CP a nivel local/regional/nacional	Asistencia técnica	
AO 3.2. Fortalecer los procesos en el sistema de referencias y contrarreferencias para la articulación de	Establecer procesos de coordinación entre las diferentes unidades y	Elaborar Documento del proceso de Articulación en red, de los EESS con servicio para la ACP acorde a la organización territorial vigente, a nivel Nacional/Regional/local	Consultoría	DGIESP/ DGOS/ DGAIN/ DIGTEL
		Implementación de la articulación de EESS con servicio para la ACP en red según documento vigente.	Asistencia técnica	

los servicios de CP en el ámbito territorial	equipos para garantizar la atención continua en CP	Proponer y promover iniciativas para la articulación e integración infraestructura tecnología y de telecomunicaciones de las instituciones el sector salud que brindan servicios de Telesalud en los CP.	Reuniones técnicas	
		Elaboración de propuestas de estandarización de la práctica asistencial de la telemedicina en los cuidados paliativos.	Reuniones técnicas	
AO. 3.3. Garantizar el Acceso y Disponibilidad de tecnología sanitaria para la atención de CP	Mejorar la disponibilidad y acceso de productos farmacéuticos esenciales según su capacidad resolutive.	Asegurar la cadena de suministros de productos farmacéuticos para la atención de pacientes en CP que se encuentre en el PNUME.	Reuniones técnicas	DIGEMID/ CENARES/ UE
		Elaboración del sustento técnico para modificatoria del D.S. 023-2001-SA, por comité que incluya expertos en CP.	Consultoría	
		Elaborar solicitud y sustento técnico de acuerdo a la RM 540-2011 /MINSA para Solicitar al Comité Farmacoterapéutico del EESS, la autorización de uso de productos farmacéuticos que no se encuentre en el PNUME. (cuando se requiera)	Consultoría	
		Desarrollar actividades de farmacovigilancia para asegurar el buen manejo y uso de los medicamentos esenciales en CP.	Visitas a los EESS	
	Mejorar la disponibilidad y acceso de dispositivos médicos para la atención de pacientes en CP.	Elaborar un catálogo de dispositivos médicos necesarios en CP por cartera de servicios por EESS.	Consultoría	DIGEMID/ CENARES /UE
		Contar en el EESS con una cadena de suministros que permita la disponibilidad de dispositivos médicos para el manejo del dolor y otros síntomas en la atención de CP en todo nivel de atención.	Reuniones técnicas	
		Desarrollar actividades de tecnovigilancia para asegurar el buen uso de los DM y reportar las fallas de calidad y reacciones adversas.	Visitas a los EESS	
		Asegurar el seguimiento de los pacientes a través de actividades de Teleorientación, Teleconsulta, Teleinterconsulta y Telemonitoreo.		
		Proveer el suministro de medicamentos a través del Sistema de Envío de medicamentos (SIENMECRO).		
		Disponer de equipo biomédico fuera de las IPRESS en situaciones que el paciente amerite su uso en CP domiciliarios.		



Tabla 9. Resultados esperados por objetivos específicos.

Objetivo General	Problemas	Objetivo específico	Resultado Esperado
Mejorar la respuesta del Sistema Nacional de Salud para la atención de cuidados paliativos de las personas con enfermedades oncológicas y no oncológicas, sus cuidadores, familias y comunidad, bajo los principios de interculturalidad, universalidad, oportunidad, solidaridad y equidad, durante el periodo 2021-2023.	Inadecuada disponibilidad de documentos normativos para brindar atención en CP	1. Elaborar e implementar documentos normativos de gestión operativa necesarios para la atención en CP.	El Ministerio de Salud ha aprobado y difundido los Documentos de gestión, de presupuesto y de variables al sistema de información para el fortalecimiento o creación de Unidades /servicios de atención de CP a nivel Nacional
	Débil compromiso, competencias y disponibilidad de Recursos Humanos para brindar una adecuada atención en CP.	2. Fortalecer la capacitación y disponibilidad de los Recursos Humanos para implementar la atención en cuidados paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas a nivel nacional.	Profesionales de Salud disponibles en número, competencias y compromiso, capacitados de forma progresiva en CP a nivel nacional han obtenido conocimientos, habilidades y demuestran actitudes adecuadas para la ACP.
	Insuficiente capacidad de oferta en la atención en CP en el Sistema Nacional de Salud.	3. Integrar y fortalecer la atención de cuidados paliativos en los servicios de los establecimientos de salud en el marco de las Redes Integradas de Salud y articulando los tres niveles de atención.	EESS con servicios de ACP, organizados en los diferentes niveles de atención y complejidad, y acceso a las Tecnologías sanitarias necesarias para la atención.



Tabla 10. Indicadores

Actividad Operativa	Unidad de Medida	Indicadores	Definición	Fuente	Método de cálculo
AO. 1.1 Generación de Documentos Normativos en CP	RM/DS	% de documentos normativos aprobados	El indicador mide el número de documentos normativos aprobados para CP	N° Expediente	$\frac{\text{N° de documentos normativos aprobados}}{\text{N° de documentos normativos programados}} \times 100$
AO. 1.2. Incorporación de datos e indicadores estadísticos al Sistema de información del MINSA para el procesamiento y análisis estadístico de la atención de CP	Institución	% de instituciones que integran al sistema de informático las variables para la atención en CP de calidad a la historia clínica existente	Mide en número de instituciones que integran el sistema de variables atención de cuidados paliativos al sistema de historia clínica ya existente	Informe de DIRESA/ GERESA/ DIRIS	$\frac{\text{N° de instituciones que integran al sistema único informático las variables para la atención en CP de calidad a la historia clínica existente}}{\text{N° de instituciones con sistema de Historia clínica}} \times 100$
AO. 1.3. Incorporación y actualización de los productos de CP en los programas presupuestales correspondientes.	Programas presupuestales actualizados e incorporados	% de programas presupuestales correspondientes que incorporan y actualizan atención en cuidados paliativos.	Mide el grado de incorporación y actualización de los programas presupuestales en las direcciones correspondientes.	Registro administrativo	$\frac{\text{N° de direcciones que incorporan atención en cuidados paliativos en sus programas presupuestales}}{\text{N° de direcciones correspondientes en atención de cuidados paliativos}}$
AO. 2.1. Medición de la disponibilidad numérica de RHUS para la implementación del cuidado paliativo en las IPRES	Informes de análisis situacional y valoración de disponibilidad	% Regiones que realiza informe de análisis situacional y valoración de disponibilidad de RHUS para ACP	Mide el nivel de implementación del plan de análisis situacional del RHUS para conocer la brecha para la ACP de acuerdo a criterios establecidos por el nivel central	Registros administrativos	$\frac{\text{N° de regiones que realiza informe de análisis situacional y valoración de disponibilidad de RHUS para ACP de acuerdo a plan}}{\text{N° total de regiones}} \times 100$
AO. 2.2. Fortalecimiento de capacidades en conocimientos y habilidades para el cuidado integral paliativo en las IPRESS	Profesional de salud	% Profesionales capacitados en conocimientos y habilidades en atención de CP	Mide la cantidad de Profesionales Capacitados en conocimientos y habilidades en CP entre profesionales de salud en niveles básico, intermedio, avanzado y gestores por cada GORE	Registros administrativos	$\frac{\text{N° de profesionales capacitados en conocimientos y habilidades}}{\text{N° profesionales programados para las capacitaciones}} \times 100$
AO. 2.3. Propuesta de un perfil laboral para la implementación de los cuidados paliativos en las instituciones prestadoras de servicios de salud, por niveles de atención	RM	% documentos técnicos que aprueban perfil laboral de los profesionales de salud involucrados en la ACP	Mide el porcentaje de documentos aprobados que incorporan los contenidos y requisitos en la definición de los perfiles de puesto laboral vinculados a la implementación de la ACP	N° Expediente	$\frac{\text{N° documentos técnicos de perfil laboral de los profesionales de salud involucrados en la ACP aprobados}}{\text{N° documentos técnicos de perfil laboral de los profesionales de salud involucrados en la ACP programados}} \times 100$

AO. 2.4. Proceso de articulación entre las entidades formadoras en ciencias de la salud y las IPRESS para impulsar el desarrollo de competencias profesionales para el CP en el pre y el posgrado.	Universidad públicas y privadas	% de Universidades públicas y privadas con facultades de Ciencias de Salud, que implementan normatividad RM N° 960-2020/MINSA	Mide el grado de implementación de RM N° 960-2020/MINSA en pregrado en CP en las instituciones formadoras	Informe de Universidades/ ASPEFAN/ ASPEFEN	N° de Universidades que implementan en los sílabos de formación, competencias en CP en pregrado. $\frac{\text{Total de la Meta}}{\text{Total de la Meta}} \times 100$
	Universidad pública y privadas	% de Universidades públicas y privadas con facultades de Ciencias de Salud, que suscriben convenios con MINSA aceptando la Propuesta Formativa de EIP en postgrado en CP	Mide el grado de implementación de propuesta formativa en postgrado en CP en las instituciones formadoras	Informe de MINSA-DGIESP	N° de Universidades que suscriben los convenios para aceptación en postgrado de la propuesta formativa $\frac{\text{Total de la Meta}}{\text{Total de la Meta}} \times 100$
AO. 3.1. Organización e implementación de los servicios de CP en las IPRESS dentro de su ámbito territorial	Atenciones	% de pacientes con diagnóstico oncológico tributario para atención de CP que reciben atención de CP	Mide el grado de ejecución del presupuesto programado mediante el resultado, en la atención de pacientes.	HIS MINSA	N° de Pacientes con diagnóstico oncológico incluidos en el programa de atención de CP N° de Pacientes con diagnóstico oncológico tributario para atención de CP
	Atenciones	% de pacientes con diagnóstico no oncológico tributario para atención de CP que reciben atención de CP	Mide el grado de ejecución del presupuesto programado mediante el resultado, en la atención de pacientes.	HIS MINSA	N° de Pacientes con diagnóstico no oncológico incluidos en el programa de atención de CP N° de Pacientes con diagnóstico no oncológico tributario para atención de CP
	IPRESS con Atención en CP	% IPRESS con oferta de CP en la cartera de servicios	N° IPRESS con oferta de CP en la cartera de servicios de acuerdo a su capacidad resolutoria, análisis situacional y documentos vigentes. Nota: Se consideran los EESS que previamente fueron asignados a una red de ACP	Informe sobre cartera de servicios aprobada DIRESA/ GERESA/ DIRIS	N° IPRESS con oferta de CP incorporada en cartera de servicios $\frac{\text{Total de la Meta}}{\text{Total de la Meta}} \times 100$ N° IPRESS que deben contar con ACP en cartera de servicio, de acuerdo al análisis situacional previo
AO. 3.2. Fortalecer los procesos en el sistema de referencias y contrarreferencias para la articulación de los servicios de CP en el ámbito territorial	Red con incorporación de ACP organizado	% Redes que conforman redes de CP por Ámbito territorial	Mide el nivel de organización en redes que permiten atención de CP	Informe DIRESA/ GERESA/ DIRIS	N° de redes de EESS incorporados en una red de cuidado paliativos regional o local $\frac{\text{Total de la Meta}}{\text{Total de la Meta}} \times 100$ N° redes de EESS programados por DIRIS/DIRESA/GERESA por año
AO. 3.3. Garantizar el Acceso y Disponibilidad de tecnología sanitaria para la atención de CP	EESS	% de EESS que cuentan con 80% de Productos * farmacéuticos esenciales para CP	Mide la disponibilidad de medicamentos esenciales en los EESS que cuentan con ACP	SISMED	N° de EESS que cuentan con 80% ME $\frac{\text{Total de la Meta}}{\text{Total de la Meta}} \times 100$ Total de los EESS con ACP

		*En relación a la lista total de Medicamentos esenciales			Para medir el 80% de ME usar: N° Productos farmacéuticos esenciales en CP disponibles en un EESS x 100 N° de productos esenciales en CP según la lista que le corresponde al EESS
	DM	% de dispositivos médicos disponibles	Mide la cantidad de DM disponible del catálogo DM elaborado	Compras de los EESS	N° de DM disponibles en el EESS x 100 N° total de DM incluidos en el catálogo de DM



6.5 PRESUPUESTO

El presupuesto de las actividades establecidas en el presente Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas en el Perú 2021 - 2023, se encuentra estimado para tres (3) años, siendo la fuente de financiamiento los recursos ordinarios asignados al Ministerio de Salud.

Tabla 11. Presupuesto del Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas en el Perú 2021 - 2023

Actividad Operativa	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (\$/.)				
	Año 2021 Total Presupuesto	Año 2022 Total Presupuesto	Año 2023 Total Presupuesto	Total, Presupuesto	Fuente Financiamiento
	(\$/.)	(\$/.)	(\$/.)	(\$/.)	(\$/.)
AO. 1.1. Generación de Documentos Normativos en CP	60,000.00	60,000.00	80,000.00	200,000.00	RO
AO. 1.2. Incorporación de datos e indicadores estadísticos al Sistema de Información del MINSA para el procesamiento y análisis estadístico de la atención de CP	60,000.00	100,000.00	120,000.00	280,000.00	RO
AO. 1.3. Incorporación y actualización de los productos de CP en los programas presupuestales correspondientes.	20,000.00	20,000.00	40,000.00	80,000.00	RO
AO. 2.1. Medición de la disponibilidad numérica de RHUS para la implementación del cuidado paliativo en las IPRES	25,000.00	25,000.00		50,000.00	RO
AO. 2.2. Fortalecimiento de capacidades para el cuidado integral paliativo en las IPRESS	18,000.00	119,200.00	131,200.00	268,400.00	RO
AO. 2.3. Propuesta de un perfil laboral estandarizado para la implementación de los cuidados paliativos en las instituciones prestadoras de servicios de salud, por niveles de atención.		30,000.00	30,000.00	60,000.00	RO
AO. 2.4. Proceso de articulación entre las entidades formadoras en ciencias de la salud y las IPRESS para impulsar el desarrollo de competencias profesionales para el CP en el pre y el posgrado		15,000.00	20,000.00	35,000.00	RO
AO. 3.1. Organización e implementación de los servicios de CP en las IPRESS dentro de su ámbito territorial	500,000.00	2'275,000.00	3'370,000.00	6'145,000.00	RO
AO. 3.2. Fortalecer los procesos en el sistema de referencias y contrarreferencias para la articulación de los servicios de CP en el ámbito territorial	30,000.00	100,000.00	200,000.00	330,000.00	RO
AO. 3.3. Garantizar el Acceso y Disponibilidad de tecnología sanitaria para la atención de CP	90,000.00	360,000.00	720,000.00	1'170,000.00	RO
	803,000.00	3'104,200.00	4'711,200.00	8'618,400.00	

6.6 FINANCIAMIENTO

01: Recursos ordinarios (100%) del Ministerio de Salud.

6.7 IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN - RESPONSABILIDADES

6.7.1 NIVEL NACIONAL

El presente Plan Nacional incorpora los primeros pasos a la inclusión de los cuidados paliativos al Sistema de Salud peruano como un derecho de la persona residente.



El nivel nacional asume la responsabilidad de socializar y difundir el Plan en las regiones del país, así como del financiamiento según el rol que la asiste en el marco de la Ley de Bases de la Descentralización y el Aseguramiento Universal en Salud.

Durante esta etapa se desarrollarán las siguientes acciones:

- Implementación de las estrategias y acciones tácticas del Plan que estén a su responsabilidad según la normativa vigente.
- Actualización y formulación de documentos normativos que incluyan la prestación de cuidados paliativos.
- Asistencia técnica permanente presencial y no presencial, dirigida a lograr una adecuada gestión de la atención de salud, según competencia.
- Ejecución de los presupuestos de inversión en salud, para infraestructura y equipamiento, así como recursos humanos y otros, según necesidad y correspondencia.
- Impulsar la creación de Comités de Expertos en Cuidados Paliativos en el MINSA, ESSALUD, Fuerzas Armadas-FFAA y Policía Nacional del Perú-PNP, encargados de la elaboración de documentos técnicos necesarios para la inserción de los cuidados paliativos en el sistema de salud, así como de impulsar las actividades concernientes en sus propios sectores, de acuerdo a las directivas nacionales.
- La Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud a través de la Dirección de Prevención y Control del Cáncer, Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas, Dirección de Salud Mental, Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis, Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis, Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral, Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad, así como la Dirección de Servicios de Atención Móvil de Urgencias, en concordancia con las direcciones del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, incorporarán en sus actividades operativas anuales las tareas relacionadas al presente Plan con los presupuestos correspondientes.
- La Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud a través de sus Direcciones será responsable de la implementación, monitoreo, seguimiento y evaluación del presente Plan y de cumplir con los aspectos que son de su competencia.

6.7.2 NIVEL REGIONAL

En referencia al Plan Nacional, el nivel regional elabora y aprueba un plan regional, que le permita la implementación de las actividades, el cual debe ser socializado y difundido en su jurisdicción para su implementación.

El Gobierno Regional y el Consejo Regional de Salud implementarán acciones para el desarrollo de acciones en la implementación del Plan Nacional.

El Gobierno Regional, a través de la Gerencia de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial, emitirá los dispositivos normativos para la programación presupuestal y manejo de recursos ordinarios y directamente



recaudados, que permitan la implementación del presente Plan según corresponda.

Las Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud y Direcciones de Redes Integradas de Salud deben cumplir lo establecido en este Plan en lo que corresponda. En tal sentido son responsables de:

- Realizar las adecuaciones pertinentes, para la implementación del Plan.
- Gestionar y preservar las partidas presupuestales asignadas para garantizar la operación de los servicios.
- Realizar el monitoreo, supervisión y evaluación de las actividades del Plan en el nivel que les corresponda, con una frecuencia semestral y anual.
- Conformar el comité regional de cuidados paliativos responsable de la elaboración del plan regional en concordancia al Plan Nacional, su implementación, monitoreo y seguimiento.

6.7.3 NIVEL LOCAL

En referencia al Plan Regional los niveles locales a través de los establecimientos de salud elaboran el plan de trabajo, el cual debe ser socializado y difundido en su jurisdicción para su implementación.

En este nivel se desarrollarán las siguientes acciones:

- Gestión y ejecución de los presupuestos para la implementación de las actividades.
- Autoevaluación por cada establecimiento de salud conforme a la normatividad vigente.
- Adecuación de la normatividad nacional acorde a su realidad regional y local.
- Los jefes de Redes de Salud y de establecimientos de salud son encargados de liderar la puesta en marcha de las actividades que les corresponda y coordinar o a quien deleguen.

6.8 ACCIONES DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN

Las acciones de supervisión, monitoreo y evaluación del presente Plan significan un proceso continuo de recolección, análisis, interpretación y difusión de información, de modo tal que las dificultades en su implementación sean detectadas tempranamente y se tomen oportunamente las medidas pertinentes.

La supervisión, monitoreo y evaluación del presente Plan estará a cargo de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, a través de la Dirección de Prevención y Control del Cáncer para los cuidados paliativos de enfermedades oncológicas y la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No transmisibles, Raras y Huérfanas para los cuidados paliativos de enfermedades no oncológicas. La participación de las direcciones pertenecientes al Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud permitirá un abordaje de implementación integral desde el Ministerio de Salud en los diferentes niveles decisores a nivel nacional: DIRIS, DIRESA/GERESA.

Se requerirá el concurso de la Oficina General de Tecnologías de la Información, y del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.



La implementación contará con un equipo de monitoreo constituido por integrantes del equipo técnico de la DPCAN y DENOT, quienes serán designados como responsables específicos para articular acciones, acompañar la gestión (programación y avances en metas físicas) de los Coordinadores Regionales de los programas presupuestales de enfermedades que requieren atención de cuidados paliativos en la DIRESA/GERESA/DIRIS y los responsables de los mismos en las redes, así como facilitar la asistencia técnica en todos los niveles de atención de salud.

VII. ANEXOS

Anexo N° 01	Modelo referencial de integración de los servicios de CP
Anexo N° 02	Listado de medicamentos OMS 2019 adultos y niños
Anexo N° 03	Listado de medicamentos esenciales para CP considerados en el PNUME y otros
Anexo N° 04	Matriz de Grupos Involucrados – CP
Anexo N° 05	Formato 1
Anexo N° 06	Formato 2
Anexo N° 07	Formato 3
Anexo N° 08	Formato 4
Anexo N° 09	Formato 5



ANEXO N° 01

Gráfico 6. MODELO REFERENCIAL DE INTEGRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CP



Leyenda:

ECP-B → Atención sin dedicación exclusiva. Requiere médico con capacitación en CP nivel básico.
 ECP-I1 → Atención mínimo un turno a la semana. Requiere médico con especialidad a fin y capacitación en CP nivel intermedio.
 ECP-I2 → Equipo exclusivo para atención de CP. Requiere médico con especialidad a fin con capacitación en CP nivel intermedio.
 ECP-E → Equipo exclusivo para atención de CP. Participan diferentes especialidades médicas con capacitación en CP nivel avanzado.



ANEXO N° 02

Tabla 12. LISTADO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES OMS 2019 ADULTOS

21st WHO Modelo Lista de Medicamentos Esenciales (2019)	
2. MEDICINAS PARA DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	
2.1 Medicamentos no-opioides y antiinflamatorios no esteroideos	
Ácido acetilsalicílico	Supositorio: 50 mg a 150 mg. Tableta: 100 mg a 500 mg.
Ibuprofeno ^a	Líquido oral: 200 mg/5 ml. Tableta: 200 mg; 400 mg; 600 mg. ^a No en niños menores de 3 meses
paracetamol*	Líquido Oral: 120 mg/5 ml; 125 mg/5 ml. Supositorio: 100 mg Tableta: 100 mg por 500 mg. * No recomendado para uso antiinflamatorio debido a la falta de beneficios comprobados en ese sentido
2.2 Analgésico opioide	
codeína	Tableta: 30 mg (fosfato).
fentanilo*	Parche Transdérmico: 12 microgramos/hr; 25 microgramos/hr; 50 microgramos/hr; 75 microgramos/hr; 100 microgramos/hr *Para el tratamiento del dolor por cáncer.
morfina*	Gránulos (liberación lenta; para mezclar con agua): 20 mg –200 mg (sulfato de morfina).
	Inyección: 10 mg (clorhidrato de morfina o sulfato de morfina 1- ml ampolla Líquido Oral: 10 mg (morfina clorhidrato o morfina sulfato) /5 ml. Tableta (liberación lenta): 10 mg–200mg (morfina clorhidrato o morfina sulfato) Tableta (liberación rápida): 10 mg (morfina sulfato). *Propuestas alternativas: hidromorfona y oxicodona
metadona*	Tableta: 5 mg; 10 mg (como clorhidrato) Líquido oral: 5mg/ 5mL; 10mg/ 5mL (como clorhidrato) Concentrado para líquido oral: 5 mg/ ml; 10mg/ ml (como clorhidrato) *Para el manejo del dolor oncológico.
2.3 Medicamentos para otros síntomas comunes en los cuidados paliativos	
amitriptilina	Tableta: 10 mg; 25 mg; 75 mg.
ciclizina	Inyección: 50 mg/ ml. Tableta: 50 mg.
dexametasona	Inyección: 4 mg/ ml in 1- ml ampolla (sal de fosfato disódico). Líquido Oral: 2 mg/5 ml. Tableta: 2 mg [c]; 4 mg.
diazepam	Inyección: 5 mg/ ml. Líquido Oral: 2 mg/5 ml. Solución Rectal: 2.5 mg; 5 mg; 10 mg. Tableta: 5 mg; 10 mg.
docusato sódico	Capsula: 100 mg. Líquido Oral: 50 mg/5 ml.
fluoxetina ^a	Presentación solución oral dosis: 20 mg (como clorhidrato). ^a >8 años.
haloperidol	Inyección: 5 mg in 1 ml ampolla. Líquido Oral: 2 mg/ ml. Presentación solución Oral dosis: 0.5 mg; 2mg; 5 mg.
butilbromuro de hioscina	Inyección: 20 mg/ ml.
hidrobromuro de hioscina	Inyección: 400 microgramos/ ml; 600 microgramos/ ml. Parches Transdérmicos: 1 mg/72 hours.



lactulosa	Líquido Oral: 3.1-3.7 g/5 ml.
metoclopramida	Inyección: 5 mg (clorhidrato)/ml en 2 - ml ampolla. Líquido Oral: 5 mg/5 ml. Presentación solución Oral: 10 mg (clorhidrato).
midazolam	Inyección: 1 mg/ ml, 5 mg/ ml. Presentación solución oral dosis: 7.5 mg; 15 mg. Líquido Oral: 2mg/ ml
ondansetron ^a	Inyección: 2 mg base/ ml en 2- ml ampolla (como clorhidrato). Presentación solución Oral dosis: Eq 4 mg base; Eq 8 mg base. ^a >1 mes.
sen	Líquido Oral: 7.5 mg/5 ml.

El medicamento listado debe ser el ejemplo de la clase para la cual existe la mejor evidencia de efectividad y seguridad. En algunos casos, este puede ser el primer medicamento con licencia para comercialización; en otros casos, los compuestos con licencia posterior pueden ser más seguros o más efectivos. Cuando no haya diferencias en términos de datos de eficacia y seguridad, el medicamento de la lista debería ser el que generalmente está disponible al precio más bajo, según las fuentes de información internacional sobre precios de medicamentos. No todas las casillas cuadradas son aplicables a la selección de medicamentos para niños.

La equivalencia terapéutica se indica solo en base a revisiones de eficacia y seguridad y cuando es consistente con las guías clínicas de la OMS. Las listas nacionales no deberían usar un símbolo similar y deberían ser específicas en su selección final, lo que dependería de la disponibilidad local y el precio.

El símbolo ^a indica que hay una restricción de edad o peso en el uso del medicamento.

Tabla 13. Medicamentos con restricciones de edad o peso*

fluoxetina	>8 años
ibuprofeno	>3 meses (excepto la forma IV para el conducto arterial patentado)
metoclopramida	No en neonatos.
ondansetron	>1 mes

* Modificada indicando solo medicamentos de cuidados paliativos



Tabla 14. Listado medicamentos OMS 2019 Niños

7th WHO Lista de Medicamentos Esenciales para Niños (2019)	
2. MEDICINAS PARA EL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	
2.1 Medicamentos no opioides y antiinflamatorios no esteroideos	
ibuprofeno	Líquido Oral: 200 mg/5 ml. Tableta: 200 mg; 400 mg; 600 mg. a No indicado en niños menores de 3 meses
paracetamol*	Líquido Oral: 120 mg/5 ml; 125 mg/5 ml. Supositorio: 100 mg. Tableta: 100 mg a 500 mg. * No se recomienda para uso antiinflamatorio debido a la falta de beneficio comprobado en ese sentido.
2.2 Analgésicos Opioides	
Morfina*	Gránulos (liberación lenta; diluido con agua): 20 mg a 200 mg (morfina sulfato). Inyección: 10 mg (morfina clorhidrato o morfina sulfato) en 1-ml. ampolla. Líquido Oral: 10 mg (morfina clorhidrato o morfina sulfato) /5 ml. Tableta (liberación lenta): 10 mg – 200mg (morfina clorhidrato o morfina sulfato). Tableta (liberación inmediata): 10 mg (morfina sulfato). * Propuestas alternativas: hidromorfona y oxicodona
Lista Complementaria	
Metadona	Tableta: 5 mg; 10 mg (como clorhidrato). Líquido Oral: 5mg/ 5mL; 10mg/ 5mL (como clorhidrato). Concentrado para líquido oral: 5 mg/ ml; 10mg/ ml (como clorhidrato). *Para manejo del dolor oncológico.
2.3. Medicamentos para otros síntomas comunes en los cuidados paliativos	
amitriptilina	Tablet: 10 mg; 25 mg.
cyclizina	Inyección: 50 mg/ml. Tableta: 50 mg.
dexametasona	Inyección: 4 mg/ml en 1-mL ampolla ((sal de fosfato disódico). Líquido Oral: 2 mg/5 ml. Tableta: 2 mg.
diazepam	Inyección: 5 mg/ml. Líquido Oral: 2 mg/5 ml. Solución Rectal: 2.5 mg; 5 mg; 10 mg; Tableta: 5 mg; 10 mg.
docusato sódico	Capsula: 100 mg. Líquido Oral: 50 mg/5 ml.
Fluoxetina	Solución oral en dosis: 20 mg (como clorhidrato). a >8 años.
hidrobromuro de hiocina	Inyección: 400 microgramos/ml; 600 microgramos/ml. Parches Transdérmicos: 1 mg/72 horas.
lactulosa	Líquido Oral: 3.1–3.7 g/5 ml.
midazolam	Inyección: 1 mg/mL; 5 mg/ml. Líquido Oral: 2mg/ml. Solución oral en dosis: 7.5 mg; 15 mg.
ondansetron ^a	Inyección: 2 mg base/ml en 2-mL ampolla (como clorhidrato). Líquido Oral: 4 mg base/5 ml. Solución oral en dosis: Eq 4 mg base; Eq 8 mg base. a >1 mes.
sen	Líquido Oral: 7.5 mg/5 ml.



ANEXO N° 03

Tabla 15. LISTADO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES PARA CP
CONSIDERADOS EN EL PNUME Y OTROS

2. Medicamentos para el dolor y CP	Presentación		
2.1 Analgésicos no opiáceos y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)			
Ácido acetilsalicílico	500mg	TAB	
Diclofenaco sódico	25mg/ml	INY	3mL
Ibuprofeno	100mg/5mL	LIQ ORAL	
Ibuprofeno	200mg	TAB	
Ibuprofeno	400mg	TAB	
Metamizol sódico	500mg/ml	INY	2mL
Naproxeno (como base o sal sódica)	250mg	TAB	
Naproxeno (como base o sal sódica)	500mg	TAB	
Paracetamol	100mg/ml	LIQ ORAL	gotas
Paracetamol	120mg/5mL	LIQ ORAL	
Paracetamol	100-300mg	SUP	
Paracetamol	500mg	TAB	
2.2 Analgésicos opiáceos			
Buprenorfina	35mcg/h	PARCHE TRANS	
Codeína fosfato	10-15mg/5mL	LIQ ORAL	
Codeína fosfato	30mg	TAB	
Codeína fosfato	30mg/ml	INY	
Codeína fosfato	60mg	TAB	
Metadona (como clorhidrato)	10mg	TAB	
Morfina clorhidrato	10mg/ml	INY	1mL
Morfina clorhidrato	20mg/ml	INY	1mL
Morfina sulfato	10mg/5mL	LIQ ORAL	
Morfina sulfato	10mg	TAB	
Morfina sulfato	30mg	TAB	
Morfina sulfato	30mg	TAB LIB MODIF	
Oxicodona clorhidrato	5mg	TAB	
Oxicodona clorhidrato	10mg	TAB LIB MODIF	
Petidina clorhidrato	50mg/ml	INY	2mL
Tramadol clorhidrato	100mg/ml	LIQ ORAL	gotas
Tramadol clorhidrato	50mg/ml	INY	
Tramadol clorhidrato	50mg	TAB	
2.3 Medicamentos para otros síntomas en cuidados paliativos			
Amitriptilina clorhidrato	25mg	TAB	
Dexametasona fosfato (como sal sódica)	4mg/ml	INY	1mL
Dexametasona (como base o dexametasona fosfato sódico)	2mg/5mL	LIQ ORAL	
Dexametasona	4mg	TAB	
Diazepam	5mg/ml	INY	2mL
Diazepam	5mg	TAB	
Diazepam	10mg	TAB	
Donepecilo	5mg	Comprimidos	
Donepecilo	10mg	Comprimidos	
Escopolamina butilbromuro	20mg/ml	INY	
Fluoxetina (como clorhidrato)	20mg	TAB	
Haloperidol	5mg/ml	INY	1mL
Haloperidol	2mg/ml	LIQ ORAL	gotas
Haloperidol	5mg	TAB	
Lactulosa	3.1-3.7g/5mL	LIQ ORAL	
Memantina	10mg	Comprimidos	
Memantina	20mg	Comprimidos	
Metoclopramida clorhidrato	5mg/ml	INY	2mL



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS Y NO ONCOLÓGICAS EN EL PERÚ 2021 - 2023

Metoclopramida clorhidrato	5mg/5mL	LIQ ORAL	
Metoclopramida clorhidrato	10mg	TAB	
Midazolam (como clorhidrato)	1mg/ml	INY	5mL
Midazolam (como clorhidrato)	5mg/ml	INY	10mL
Ondansetron (como clorhidrato)	2mg/ml	INY	4mL
Ondansetron (como clorhidrato)	8mg	TAB	



ANEXO N° 04

Tabla 16. MATRIZ DE GRUPOS INVOLUCRADOS – CP

Grupos involucrados	Problemas percibidos	Intereses	Estrategias	Acuerdos y compromisos
Paciente Familia	Falta de atención en CP	Necesidad de atención de CP en EESS o domicilio	Fortalecimiento del primer nivel de atención para el manejo domiciliario coordinado y continuado	Capacitación continua del personal de salud del primer nivel de atención. Capacitación del cuidador primario. Asegurar la logística necesaria para que los establecimientos de salud del primer nivel cuenten con medicamentos esenciales en CP.
Ministerio de Salud	Falta de implementación de CP como Política Nacional	Implementación del Plan Nacional de CP	Desarrollar el Plan Nacional de CP e implementarlo en base a Redes integradas de CP.	Compromiso de comunicar todas las actividades destinadas a llevar a cabo la implementación del Plan Nacional de CP
EESS con servicios de CP especializado	Trabajo aislado	Descentralización del Servicio de CP	Diseñar un programa de capacitación público basado en competencias y que condicione una certificación de atención en CP	En coordinación con Médicos de familia (efectores de APS), desarrollar un plan de capacitación, para el primer nivel de atención teniendo en cuenta formar equipos multidisciplinario con capacidad resolutoria para atención de cuidado paliativo ambulatorio en EESS I-4 Además un plan de talleres para evaluar competencias
Sociedades Científicas y Colegios Profesionales	Falta de participación	Velar por la mayor calidad en el manejo de CP	Diseñar los estándares de calidad evaluables en la prestación de los CP	Reuniones para el desarrollo de instrumentos de medición en CP, validados para nuestra realidad



ANEXO N° 05

Tabla 17

FORMATO 1 - MATRIZ DE ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA DEL PLAN

Unidad Orgánica:		DPCAN, DENOT, DSAME, DPCTB, DPVIH, DVICI, DSCAP, DISAMU					
marco estratégico		estructura programática y operativa				Objetivo General del Plan	Objetivo específico del Plan
Objetivo Estratégico Institucional del PEI	Acción Estratégica	Actividad operativa POI	Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal		
OEI 04. Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud, y la gestión institucional para el desempeño eficiente, ético e íntegro, en el marco de la modernización de la gestión pública.	AEI 04.01 Articulación intergubernamental, intersectorial y con la sociedad civil, fortalecida para la implementación de las políticas nacionales, planes y normas técnicas de salud y para la gestión de contingencias y conflictos.	Aprobar o modificar las políticas institucionales y documentos de gestión	PP0024	3000001 Acciones comunes	5004441	Mejorar la respuesta del sistema nacional de salud para la atención de cuidados paliativos de las personas con enfermedades oncológicas y no oncológicas, sus cuidadores, familias y comunidad, bajo los principios de interculturalidad, universalidad, oportunidad, solidaridad y equidad, durante el periodo 2021-2023.	1. Elaborar e implementar documentos normativos de gestión operativa necesarios para la atención en CP.
				Persona atendida con cuidados paliativos	5006032 Persona atendida en cuidados paliativos en establecimiento de salud		
					5006033 Persona atendida en cuidados paliativos en domicilio		
		PP0018		3000001 Acciones comunes	5004453 Desarrollo de normas y guías técnicas en enfermedades no transmisibles.		
		PP0131			5005184. Desarrollo de normas y guías técnicas para el abordaje de trastornos mentales		



de la salud y la prevención de la enfermedad

Fortalecimiento, seguimiento y evaluación para el acceso y evaluación del suministro público			del programa de salud mental. 5005184 Desarrollo de normas y guías técnicas para el abordaje de trastornos mentales y problemas psicosociales.
	PP0016	Población con diagnóstico de hepatitis que acude a los servicios de salud recibe atención integral.	5005158
	PP002	Prestaciones para población sana para identificar factores de riesgo y fortalecer factores protectores.	
	PP0129	3000688: Personas con discapacidad reciben atención de rehabilitación en establecimientos de salud.	5005150: Atención de rehabilitación para personas con discapacidad física.
	PP0104	Se evalúa incorporación de actividades en CP y ampliación de presupuesto.	
AEI.02.05 Referencia y contrarreferencia eficiente y oportuna.	Conducir, monitorear, supervisar y evaluar el proceso de	PP0024	Persona atendida con cuidados paliativos 5006032 5006033
		PP0018	Monitoreo del programa transmisible. no 5004452

Salud y articulando los tres niveles de atención

3. Integrar y fortalecer la atención de cuidados paliativos en los servicios de los establecimientos de salud en el marco de las



ANEXO N° 06

Tabla 18

FORMATO 2 - MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN ESPECÍFICO

Objetivo General del Plan: Mejorar respuesta del sistema nacional de salud para la atención de cuidados paliativos de las personas con enfermedades oncológicas y no oncológicas, sus cuidadores, familias y comunidad durante el periodo 2021-2023.

Objetivo específico del Plan	Indicador	Unidad de medida	Meta programada	Meta ejecutada	% cumplimiento	Fuente de información	Responsable
1. Elaborar e implementar documentos normativos de gestión operativa necesarios para la atención en CP.	% de documentos normativos aprobados	RM/DS	6	4	70%	N° Expediente	DGIESP/ INS/ DGAIN ESSALUD/FFAA/PNP
	% de instituciones que integran al sistema informático las variables para la atención en CP de calidad a la historia clínica existente	Institución	15	8	50%	Informe de DIRESA/GERESA/DIRIS	DGIESP/ OGTI
	% de programas presupuestales correspondientes que incorporan y actualizan atención en cuidados paliativos (**)	Programas presupuestales actualizados incorporados en CP	6	4	70%	MEF- amigable	DGIESP/OGPPM
2. Fortalecer la capacitación y disponibilidad de los Recursos Humanos para implementar la atención en cuidados paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas a nivel nacional	% Regiones que realiza informe de análisis situacional y valoración de disponibilidad de RHUS para ACP	Informes de análisis situacional valoración de disponibilidad	25	20	80%	Registros administrativos	DGIESP/ DIGEP/ DIRIS/ GERESA/ DIRESA
	% Profesionales capacitados en atención de CP	Profesional de salud	1,300	900	70%	Registros administrativos	DGIESP/DGOS/DIGE P/DIRIS/GERESA/DI RESA
	% documentos técnicos que aprueban perfil laboral de los profesionales de salud involucrados en la ACP	RM	2	1	50%	N° Expediente	DGIESP/ DIGEP
	% de Universidades públicas y privadas con facultades de Ciencias de Salud, que implementan normatividad RM N° 660-2020/MINSA	Universidad	3	2	80%	Informe de MINSA-DGIESP	DGIESP/ DIGEP



	% de Universidades con facultades de Ciencias de Salud, que suscriben convenios con MINSA aceptando la Propuesta Formativa de EIP en postgrado en CP	Universidad	3	2	80%	informe de MINSA-DGIESP	DGIESP/ DIGEP
3. Integrar y fortalecer la atención de cuidados paliativos en los servicios de los establecimientos de salud en el marco de las Redes Integradas de Salud y articulando los tres niveles de atención	% de pacientes con diagnóstico oncológico y no oncológico tributario para atención de CP que reciben atención de CP	atendidos	12,300	8,000	70%	HIS MINSA	OGTI DGIESP/OGPPM/ DIRIS/ GERESA/ DIRESA
	% IPRESS con oferta de CP en la cartera de servicios	IPRESS con CP en cartera de servicio	21	17	80%	Informe sobre cartera de servicios aprobada DIRESA/GERESA/DIRIS	DGOS DGA/IN/DGIESP
	% Redes que conforman redes de CP por Ámbito territorial	Red incorporación con ACP organizado	12	10	80%	Informe DIRESA/GERESA/DIRIS	DGIESP/ DGOS/ DGA/IN/ DIGTEL
	% de EESS que cuentan con 80% de Productos * farmacéuticos esenciales para CP	EESS	21	18	80%	SISMED	DIGEMID/ CENARES/ UE
	% de dispositivos médicos disponibles	DM	21	12	60%	Compras de los EESS	DIGEMID/CENARES/ UE

(*) 29 = 25 Regiones + 4 DIRIS

(**) PP018 (DENOT), PP0024 (DPCAN), PP0016 (TBC-VIH/SIDA), PP002 (Salud materno Neonatal), PP0131 (Prevención y control Salud Mental), PP0129 (Prevención y manejo en personas con discapacidad), PP0104 (Reducción mortalidad por emergencias y urgencias médicas)



ANEXO N° 07

Tabla 19

FORMATO 3 - MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES

FASE DE FORMULACIÓN

Unidad Orgánica:		DG/ESP		estructura operativa													estructura del presupuesto																
Objetivo General del Plan	Objeto específico del Plan	Actividad Operativa	Unidad de Medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS													PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/.)																
				2021				2022				2023					2021				2022				2023								
				I	II	III	IV	I	II	III	IV	Vta. 12. Func. de anal.	I	II	III	IV	Me. 12. Func. de anal.	I	II	III	IV	Vta. 12. Func. de anal.	I	II	III	IV	Vta. 12. Func. de anal.	I	II	III	IV	Vta. 12. Func. de anal.	Total Trimestral (S/.)
				Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre	Total Trimestral (S/.)
Mejorar la respuesta del sistema nacional de salud para la atención de cuidados paliativos de las personas con enfermedades oncológicas y no oncológicas, sus cuidadores, familias y comunidad, bajo los principios de interculturalidad, universalidad, oportunidad, solidaridad y equidad, durante el periodo 2021-2023.	1	AD 1.1	RM/DS		1	1	2		1		1	2		1	1	2	1		30,000	30,000	60,000		30,000	30,000		40,000	40,000	80,000		60,000	60,000	180,000	
		AD 1.2	Informes			1	1			6	6					8	8	10		60,000	60,000		60,000	60,000	100,000	60,000		180,000	60,000	240,000			
		AD 1.3	Programas Presupuestales	3			2	2			2	2				2	4	20,000		20,000	20,000			20,000	40,000		60,000		60,000	60,000	180,000		
	2	AO 2.1	Informes de análisis situacional y valoración de disponibilidad de RHUS			10	10			10	10					20	25,000		25,000		25,000		25,000			25,000			50,000		50,000	50,000	150,000
AO 2.2		Profesional capacitado		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1,700		9,000	9,000	18,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	110,000	20,000	20,000	20,000	20,000	110,000	100,000	
AO 2.3		RM			1	1			1	1					2					20,000	20,000			20,000			20,000		20,000	20,000	60,000		
AO 2.4		Universidad pública			1	1			1	1	2		1	2	3										10,000			20,000	20,000	20,000	20,000	80,000	



3			privat as																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
---	--	--	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



ANEXO N° 08

Tabla 20

FORMATO 4 – MATRIZ DE FORMULACIÓN DEL PRESUPUESTO DEL PLAN ESPECÍFICO

DGIESP				
Actividad Operativa	Monto	Categoría presupuestal	Código de la específica de gasto 2.3	Responsable
AO. 1.1. Generación de Documentos Normativos en CP	s/. 30,000	PP0024	2.3. 1 5 1 2. Papelería en general, útiles y materiales de oficina. 2.3. 2 8 1 1. Contrato administrativo de servicios 2.3. 2 71199 Servicios diversos	DPCAN - DGAIN
	s/. 30,000	PP0018		DENOT - DGAIN
	s/. 30,000	PP 0129	2.3.29.11 servicio especializado en gestión de salud	DSCAP-DGIESP
AO. 1.2. Incorporación de datos e indicadores estadísticos al Sistema de información del MINSA para el procesamiento y análisis estadístico de la atención de CP	s/. 30,000	PP0024	2.3. 2 71199.Servicios diversos	DPCAN - OGTI
		PP0018		DENOT - OGTI
	s/. 36,000	PP0131		DSAME - OGTI
		PP0016		DPCTB - DPVIH - OGTI
		PP002	Prestaciones para población sana para identificar factores de riesgo y fortalecer factores protectores.	DVICI - OGTI
	s/. 12,000	PP0129	2.3.28.11 Contratación de profesional en ingeniería de sistemas 2.3.29.11 Servicio de apoyo en sistemas informáticos	DSCAP - OGTI
		PP0104	Se evalúa incorporación de actividades en CP y ampliación de presupuesto.	DIGTEL/DISAMU-OGTI
	s/. 30,000	PP0024	2.3. 2 9 1 1. Locación de servicios realizados por personas naturales relacionadas al rol de la entidad	DPCAN - OGPPM



de CP en los programas presupuestales correspondientes:	s/. 30,000	PP0018		DENOT – OGPPM
	s/. 40,000	PP0131		DSAME – OGPPM
		PP0016		DPCTB – DPVIH – OGPPM
		PP002	Prestaciones para población sana para identificar factores de riesgo y fortalecer factores protectores.	DVICI – OGPPM
	s/. 30,000	PP0129	2.3.29.11 Servicio especializado en gestión de salud	DSCAP – OGPPM
		PP0104	Se evalúa incorporación de actividades en CP y ampliación de presupuesto.	DIGTEL/DISAMU – OGPPM
AO 2.1. Valoración de la disponibilidad numérica de RHUS motivados para la implementación del cuidado paliativo en las IPRES		PP0024		DPCAN – DIGEP
		PP0018		DENOT – DIGEP
AO. 2.2. Desarrollo de competencias para el cuidado integral paliativo en las IPRES	s/. 200,000	PP0024	2.3. 2 9 1 1. Locación de servicios realizados por personas naturales relacionadas al rol de la entidad 2.3. 19.12. Material didáctico, accesorios y útiles de enseñanza 2.3. 2 5 1 1. De edificios y estructuras 2.3. 2 7 1 1 5. Servicios de alimentación de consumo humano 2.3. 2 5 1 2. De vehículos 2.3. 2 1 2 2. Viáticos y asignaciones por comisión de servicio 2.3. 2 1 2 1. Pasajes y gastos de transporte 2.3. 2 1 2 9 9. Otros gastos	DPCAN – DIGEP
	s/. 150,000	PP0129	2.3.26.11 Contratación de profesionales en medicina física y de rehabilitación 2.3.26.11 0014 Contratación de personal médico especializado 2.3.26.11 Contratación de personal tecnólogo médico en rehabilitación 2.3.26.11 Contratación de personal técnico en fisioterapia 2.3.27.32 Capacitación para profesionales de la salud 2.3.27.1099 Servicio de organización de eventos 2.3.21.21 Servicio de pasajes terrestres 2.3.21.21 Traslado personal comisión de servicio – pasajes aéreos 2.3.21.2 99 Traslado personal movilidad local-taxi 2.3.21.2 99 Comisión de servicios- viáticos locales 2.3.21.22 Comisión de servicios- viáticos nacionales 2.3.25.11 Alquiler de sala para eventos 2.3.27.11 5 Servicio de atención de refrigerios	DSCAP – DIGESP



			2.3.27.11 Servicio de alimentación para eventos varios 2.3.27.11 5 Servicio de raciones alimentarias 2.3.27.11 5 Servicio de almuerzo coffee break 2.3.27.11 99 Servicio de alojamiento y alimentación Otros relacionados	
		PP0018		DENOT – DIGEP
AO 2.3. Establecimiento de un perfil laboral estandarizado para la implementación de los cuidados paliativos en las instituciones prestadoras de servicios de salud, por niveles de atención		PP0024		DPCAN – DIGEP
		PP0018		DENOT – DIGEP
AO 2.4. Proceso de articulación entre las entidades formadoras en ciencias de la salud y las IPRESS para impulsar el desarrollo de competencias profesionales para el CP en el pre y el posgrado		PP0024		DPCAN – DIGEP
		PP0018		DENOT – DIGEP
AO 3.1. Organización de los servicios de CP en las IPRESS dentro de su ámbito territorial		PP0024		DPCAN – DGOS
		PP0018		DENOT- DGOS
AO 3.2. Fortalecer los procesos en el sistema de referencias y contrarreferencias para la articulación de los servicios de CP en el ámbito territorial		PP0024		DPCAN- DGOS- DGAJN
		PP0018		DENOT- DGOS – DGAJN
AO 3.3. Garantizar el Acceso y Disponibilidad de tecnología sanitaria para la atención de CP	s/. 600,000		2.6. 32 42. Equipos 2.6. 32 33. Equipos de telecomunicaciones 2.6. 32 31. Equipos computacionales y periféricos 2.6. 32 32. Equipos de comunicaciones para redes informáticas 2.6. 32 41. Mobiliario	DPCAN – DIGEMID – CENARES
	s/. 10,000	PP0024		DENOT – DIGEMID – CENARES
		PP0018		DENOT – DIGEMID – CENARES
	s/. 540,000	PP0131		DSAME – OGPPM

		PP0016		DPCTB- DPVSH – OGPPM
		PP002	Prestaciones para población sana para identificar factores de riesgo y fortalecer factores protectores.	DVCI – OGPPM
	S/. 100,000	PP0129	2.3. 2.8.1.1 Contratación de profesional en medicina física y de rehabilitación. 2.3. 2.8.1.1 0014 Contratación de personal médico especializado 2.3. 2.8.1.1 Contratación de personal tecnólogo médico de rehabilitación. 2.3. 2.9.1.1 Servicio de apoyo administrativo 2.3. 2.4. 1.5 Mantenimiento preventivo de equipos biomédicos 2.3. 2.4. 1.5 Mantenimiento correctivo de equipos de ultrasonido terapéutico y electroterapia 2.6. 3.2. 4.2 Equipo de electroterapia de corrientes múltiples 2.6. 3.2. 4.2 Equipo de electroterapia de corrientes múltiples de 2 canales 2.6. 3.2. 4.2 Equipo de ergometría 2.6. 3.2. 4.2 Equipo de fisioterapia 2.6. 3.2. 4.2 Equipo de fisioterapia combinada 2.6. 3.2. 4.2 Equipo de fisioterapia por electroterapia con estimulación biofeedback 2.6. 3.2. 4.2 Equipo de fisioterapia por electroterapia por estimulación biofeedback combinada con ultrasonido 2.6. 3.2. 4.2 Equipo de fisioterapia por láser-laserterapia 2.6. 3.2. 4.2 Equipo de magnetoterapia Otros relacionados según especificación e implementación del proceso y servicios	DSCAP – OGPPM
		PP0104	Se evalúa incorporación de actividades en CP y ampliación de presupuesto.	DIGTEL/DISAMU – OGPPM
	TOTAL	1'008,000.00		



ANEXO N° 09

Tabla 21

FORMATO 5 - MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES

FASE DE FORMULACIÓN

Unidad Organizativa		Unidad de Medida		PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS 2021										PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/.) 2021									
Origen y Generación del Plan	Objetivo Operativo del Plan	Actividad Operativa	Unidad de Medida	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre		IV Trimestre		Anual % de Asesoría Meta Física Anual	I TRIMESTRE		II TRIMESTRE		III TRIMESTRE		IV TRIMESTRE		Ejecutado Acumulado	% ejecución Presupuesto (P.A. S/.)	
				Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado		Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado			
Mejorar la respuesta del sistema nacional de salud para la atención de cuidados paliativos de las personas con enfermedades oncológicas y no oncológicas, sus familiares, amigos y comunidad, bajo los principios de universalización, accesibilidad, oportunidad, solidaridad y equidad durante el periodo 2021-2023	1. Elaborar e implementar el documento de formulación de la política operativa necesaria para la atención en CP.	AQ. 1.1	RSOC																				
		AQ. 1.2	Informe					1	1	1	1	33.33					18,000	18,000	30,000	38,000	68,000	38	
		AQ. 1.3	Programa Presupuestal					1	1			6.66							60,000	60,000	68,000	21.42	
	2. Fortalecer la capacidad en y disponibilidad de los Recursos Humanos para responder a la atención en cuidados paliativos para enfermos antes oncología y no oncología a nivel nacional	AQ. 2.1	Informe de avance situación de y ejecución de la disponibilidad de BMS			2					33.33			20,000	20,000					20,000	38		
		AQ. 2.2	Profesional capacitado						15	15	60.00					25,000	25,000			25,000	50		
		AQ. 2.3	IRM					150	150	150	150	17.64					9,000	9,000	9,000	9,000	18,000	6.7	
		AQ. 2.4	Universidad pública y privadas						1	1	50.00									0.00	0		
3. Integrar y fortalecer	AQ. 3.1	Atenciones						1	1	16.66									0.00	0			



de cuidado a paliativo s en los servicio s de los estableci mientos de salud en el marco de las Redes Integrada s de Salud y articulan do los tres niveles de atención		SPRES S con Atención en CP								1000	1000	8.12							400,000	400,000	500,000	8.12			
										2	3	14.28							100,000	130,000					
	AQ 3.2	Red con incorpora ción de ACP organiza do								1	1	16.66				15,000	15,000	15,000	15,000	30,000	9				
	AQ 3.3	Dispositi vo médico s									2	3	14.28						90,000	90,000	90,000	7.7			
TOTAL PRESUPUESTO PIA S/																		20,000.00	23,900.00	55,000.00	55,000.00	704,000.00	704,000.00	103,000	9.21



Tabla 22

FORMATO 5 - MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES
FASE DE FORMULACIÓN

Unidad Organizadora		DGE/DF		PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS 2022										PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (M.) 2022									
Objetivo General del Plan	Objetivo específico n.º del Plan	Actividad Operativa	Unidad de Medida	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre		IV Trimestre		Anual % de Avance Meta Física Anual	I TRIMESTRE		II TRIMESTRE		III TRIMESTRE		IV TRIMESTRE				
Mejorar la respuesta del sistema nacional de salud para la atención de cuidados paliativos de las personas con enfermedades oncológicas y no oncológicas, sus cuidadores, familias y comunidades, bajo los principios de interculturalidad, universalidad, oportunidad, solidaridad y equidad, durante el periodo 2021-2023.	1. Elaborar e implementar el documento normativo de gestión operativa necesario a para la atención en CP.	AO 1.1	RMDS	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado		Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado Acumulado	Ejecutado Acumulado	% ejecución Presupuesto (PA. S/.)		
		AO 1.2	informes			1	1			1	2	33.33			30,000	30,000			30,000	30,000	120,000	80	
		AO 1.3	Programas Presupuestales							6	6	40.00			60,000	60,000			60,000	60,000	180,000	87.54	
	2. Fortalecer la capacidad de y disponibilidad de los Recursos Humanos para implementar la atención en cuidados paliativos para enfermos oncológicos y no oncológicos a nivel nacional	AO 2.1	Intervenciones de análisis situación y valoración de disponibilidad de RHUG	2						2		33.33	20,000	20,000							40,000	50	
		AO 2.2	Profesional capacitado							10	10	40.00					25,000	25,000			50,000	100	
		AO 2.3	RM	150	150	150	150	150	150	150	600	35.29	29,800	29,800	29,800	29,800	29,800	29,800	29,800	29,800	117,200	51.11	
		AO 2.4	Universidad pública y privadas					1	1	1	2	100.00							30,000	30,000	30,000	30	
	3. Integrar y fortalecer la atención	AO 3.1	Atenciones					1	1	2	2	50.00							15,000	15,000	15,000	42.85	



de cuidados paliativos en los servicios de los establecimientos de salud en el marco de las Redes Integradas de Salud y atención de los traslados de atención		IPRES con Atención en CP	1,000	1,000	1,200	1,200	1,200	1,200	1,400	4,800	30.02	400,000	400,000	480,000	480,000	480,000	480,000	560,000	560,000	2'320,000	47.15
				2	2	2	2	2	2	6	28.57			117,000	117,000	119,000	119,000	119,000	119,000	485,000	37.14
	AD 3.2	Red con incorporación de ACP organizado				2	2	2	2	4	33.33	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	130,000	56
	AD 3.3	Dispositivos médicos			2	2	2	2	2	6	28.57			120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	480,000	62.8
TOTAL PRESUPUESTO PIA SI												474,000.00	474,000.00	601,800.00	601,800.00	736,800.00	736,800.00	976,800.00	976,800.00	2'987,200	45.23



Tabla 23

FORMATO 5 - MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE METAS FÍSICAS Y
PRESUPUESTALES
FASE DE FORMULACIÓN

Unidad Organizativa		DISEÑO		PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS 2023										PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (B.) 2023									
Objetivo General del Plan	Objetivo específico del Plan	Actividad Operativa	Unidad de Medida	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre		IV Trimestre		Anual % de Avance Meta Física Anual	I TRIMESTRE		II TRIMESTRE		III TRIMESTRE		IV TRIMESTRE		Ejecutado Acumulado	% ejecución Presupuesto (P/A B.)	
				Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado		Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado			
Mejorar la respuesta del sistema nacional de salud para la atención de cuidados paliativos de las personas con enfermedades oncológicas y no oncológicas, con sus cuidadores, familias y comunidad, bajo los principios de interculturalidad, universalidad, oportunidad y equidad, durante el periodo 2021-2023	1. Elaborar e implementar el documento normativo y de gestión operativa respecto a para la atención en CP	AO 1.1	RD/DS																				
		AO 1.2	Informes					1	1	1	1	33.33					40,000	40,000	40,000	40,000	60,000	100	
		AO 1.3	Proyectos Presupuestales							8	8	53.33			60,000	60,000			60,000	60,000	120,000	100	
	2. Fortalecer la capacidad de gestión y disponibilidad de los Recursos Humanos para implementar la atención en cuidados paliativos para enfermos oncológicos y no oncológicos a nivel nacional	AO 2.1	Informes de avances técnicos y ejecución de disponibilidad de RHC	2	2					2	33.33	40,000	40,000							60,000	100		
		AO 2.2	Perfil profesional capacitado																	60,000	100		
		AO 2.3	IRM	200	200	200	200	200	200	200	800	47.05	32,800	32,800	32,800	32,800	32,800	32,800	32,800	32,800	260,400	100	
		AO 2.4	Universidad pública y privada										38,000	38,000							60,000	100	
	3. Integrar y fortalecer la atención de cuidados	AO 3.1	Atenciones					1	1	2	2	66.66							20,000	20,000	35,000	100	
			IPRES S con Atención	1,200	1,200	1,500	1,500	1,800	1,800	2,000	6,500	52.84	480,000	480,000	600,000	600,000	720,000	720,000	800,000	800,000	4'920,000	100	



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS Y NO ONCOLÓGICAS EN EL PERÚ 2021 - 2023

positivos en los servicios de salud en los establecimientos de salud en el marco de las flotas integradas de Salud y Atención de los tres niveles de atención		7 en CP	3	3	3	3	3	3	3	3	12	57,14	192,000	192,000	192,000	192,000	192,000	192,000	192,000	192,000	1'225,000	100
	AO 3.2	Red con incorporación de ACP organizado			2	2	2	2	2	2	6	50,00	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	330,000	100
	AO 3.3	Disponer de médicos	3	3	3	3	3	3	3	3	12	57,14	190,000	190,000	190,000	190,000	190,000	190,000	190,000	190,000	1'170,000	100
TOTAL PRESUPUESTO PIA SI													1'005,300	1'005,300	1'115,300	1'115,300	1'215,300	1'215,300	1'375,300	1'375,300	8'618,400	100,00



VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Cuidados paliativos. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (Fecha de Acceso 29-08-2019)
2. Newacheck PW, Rising JP, Kim SE. (2006). Children at Risk for Special Health Care Needs. (A. A. Pediatrics, Ed.) Pediatrics, 118 (1), 334-342
3. Cuidados Paliativos. OMS. Febrero de 2018. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (Acceso 29-08-2019)
4. Global Atlas of palliative care at the end of the life. Ed. WPCA and WHO, January 2014
5. <https://www.fundacionpaliar.org.ar/historia-de-los-cuidados-paliativos/>
6. Manual de Cuidados Paliativos para la atención primaria de la salud. Ed. Jacob G y Sanchez L. 1ra. Edición. Buenos Aires. Instituto Nacional del Cáncer, 2014.
7. United Nation General Assembly. Resolution adopted by the General Assembly on 12 December 2012 2012 [Accessed 20th May 2018]. Available from: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/81.
8. World Health Organization, World Bank. Background document: Towards Universal Health Coverage: concepts, lessons and public policy challenges. Ministerial-level Meeting on Universal Health Coverage 18-19 February 2013, WHO headquarters Geneva, Switzerland 2013 [Accessed 20th May 2018]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2013/uhc_who_worldbank_fe_b2013_background_document.pdf
9. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. Journal of Pain and Symptom Management 2013;45(6):1094-106
10. WHO Global Atlas on Palliative Care at the End of Life. OMS. Jan 2014. <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care> (Acceso 29-08-2019)
11. Organización Mundial de la Salud. 67.a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 19-24 de mayo de 2014. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-sp.pdf
12. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. OMS 2016. ISBN 978 92 4 156541 7.
13. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care. A WHO guide for planners, implementers and managers. OMS. 2018. ISBN 978 92 4 151447 7.
14. Organización Mundial de la Salud. 19 de febrero 2018. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
15. Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica. Edición Cartográfica 2013. T. Pastrana, L. De Lima, J. Poris y C. Centeno.
16. Chan M. Ten years in public health 2007-2017. Geneva: Word Health Organization; 2017.
17. Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenchlas J, Monti C, Rocafort J, Centeno C. Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica. 1st ed. Houston: IAHP Press; 2012.
18. IAHP Global Project – Consensus Based Palliative Care Definition. <https://paliativos.uy/2018/12/18/723/> (Acceso 29-08-2019)
19. Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenchlas J, Monti C, Rocafort J, Centeno C. Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica. 1st ed. Houston: IAHP Press; 2012.
20. Cost-effeCtiveness of Palliative Care: A review of the literature. Canadian Hospice Palliative Care Association. Corinne Hodgson, 2012. (www.hpcintegration.ca)



21. Base de datos de defunciones año 2016 – OGTI - MINSA.
22. Análisis de Base de datos de defunciones año 2016 OGTI –MINSA por Equipo técnico de Dirección de prevención y Control del Cáncer – Ministerio de Salud.
23. La salud en la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Organización Mundial de la Salud. Consejo ejecutivo 130. Reunión 27 de enero 2016. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_CONF8-sp.pdf
24. Resoluciones y Decisiones. 67a Asamblea Mundial De La Salud. WA67/2014/REC/1. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 19-24 de mayo de 2014.
25. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=B34AA6D25A830C75BC2E431CCAA81F9D?sequence=1
26. Suarez Cuba, Miguel Ángel. (2012). ATENCIÓN INTEGRAL A DOMICILIO. Revista Médica La Paz, 18(2), 52-58. Recuperado en 16 de junio de 2019, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200010&lng=es&tlng=es
27. RM N°1069-2017/MINSA
28. Atención primaria de Salud. OMS. https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/ (Acceso 19-07-2019)
29. RM N°366-2017/MINSA. "Lineamientos de Política de Promoción de la salud en el Perú".
30. ¿Qué calidad de vida? Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. Foro mundial de la salud 1996; 17(4): 385-387. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264> (Acceso 19-07-2019)
31. Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia clínica".
32. A guide to Palliative Care Service Development: A population-based approach. Palliative Care Australia February 2005 Pag. 14-15. <http://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/2015/05/A-guide-to-palliative-care-service-development-a-population-based-approach.pdf>
33. Guía práctica clínica Diagnóstico y tratamiento del síndrome de fragilidad n el adulto mayor México (IMSS-479-11)
34. RM N°366-2017/MINSA. "Lineamientos de Política de Promoción de la salud en el Perú".
35. Mezzich J., Repensando el Centro de la Medicina: De la enfermedad a la persona. Acta Med Per 27(2) 2010
36. Ley N°30885, Ley de conformación y funcionamiento de redes integradas de salud.
37. McNamara B, Rosenwax Lk, Holdman CD. A method of defining and estimating the palliative care population. Symptom Manage. 2006; 32:5-12.
38. World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care at the End of life. London: WPCA (World Palliative Alliance Care); 2014
39. <http://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-peru-tiene-una-poblacion-de-31-millones-488-mil-625-habitantes-9196/>
40. Resolución Jefatural N°147-2019-J/INEN Documento Técnico Estrategias para la Integración de los Cuidados Paliativos a Pacientes Oncológicos en la Red Integrada de Salud.
41. Documento técnico de creación de la primera Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos en el Perú. Instituto Nacional de Salud del Niño Breña
42. World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care at the End of life. London: WPCA (World Palliative Alliance Care); 2014
43. <http://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-peru-tiene-una-poblacion-de-31-millones-488-mil-625-habitantes-9196/>



44. Documento técnico de creación de la primera Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos en el Perú. Instituto Nacional de Salud del Niño Breña
45. Telemedicina en cuidados paliativos especializados : profesionales de la salud y sus perspectivas sobre las consultas por video.Funderskov KF , Boe Danbjørg D , Jess M , Munk L , Olsen Zwisler AD , Dieperink KB 2019.
46. Atlas latinoamericano de Cuidados Paliativos. Edición Cartográfica 2013. Pastrana, T. y col.
47. Resolución Jefatural N°147-2019-J/INEN Documento Técnico Estrategias para la Integración de los Cuidados Paliativos a Pacientes Oncológicos en la Red Integrada de Salud.
48. Documento técnico de creación de la primera Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos en el Perú. Instituto Nacional de Salud del Niño Breña
49. Guía Espiritual SECPAL 2008 – El acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos

