



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CUIDADOS PALIATIVOS EN REGIONES RURALES DEL PERÚ

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA
OPTAR EL GRADO DE MAESTRA EN
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN
ONCOLOGÍA MÉDICA

GLORIA MARIA HUARCAYA GARCIA

LIMA – PERÚ

2024

ASESOR

MG. JOSE LUIS ROJAS VILCA

COASESOR

MG. TATIANA VIDAURRE ROJAS

JURADO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

DR. CARLOS AYESTAS PORTUGAL

PRESIDENTE

DR. RICARDO CARREÑO ESCOBEDO

VOCAL

DR. MILWARD UBILLUS TRUJILLO

SECRETARIO

DEDICATORIA.

A mi amada madre por ser mi fuente de inspiración, por su inmensurable amor y
su impulso para salir adelante.

A mi padre, por sus bendiciones desde el cielo.

A mis hijos, por ser el motivo de mi vida y mi mayor bendición en la vida.

AGRADECIMIENTOS.

Agradezco a mi familia por ser los
cimientos de mi desarrollo. Y a mis maestros por su guía y mentoría.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Trabajo de investigación autofinanciado

DECLARACIÓN DE AUTOR			
FECHA	15	NOVIEMBRE	2024
APELLIDOS Y NOMBRES DEL EGRESADO	GLORIA MARIA HUARCAYA GARCIA		
PROGRAMA DE POSGRADO	MAESTRÍA EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN ONCOLOGÍA MÉDICA		
AÑO DE INICIO DE LOS ESTUDIOS	2022		
TITULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE GRADO	CUIDADOS PALIATIVOS EN REGIONES RURALES DEL PERÚ		
MODALIDAD DE TRABAJO DE GRADO	Trabajo de Investigación		
Declaración del Autor El presente Trabajo de Grado es original y no es el resultado de un trabajo en colaboración con otros, excepto cuando así está citado explícitamente en el texto. No ha sido ni enviado ni sometido a evaluación para la obtención de otro grado o diploma que no sea el presente.			
Teléfono de contacto (fijo / móvil)	919524536		
E-mail	gloria.huarcaya@upch.pe		



Firma del Egresado(a)
DNI 21493766

INDICE

RESUMEN ABSTRACT

I.	DESARROLLO DE LOS TRABAJOS.....	7
1.1	1.1 TRABAJO 1: BARRERAS EN LA ATENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS POR TELEMEDICINA EN LA RED ASISTENCIAL ESSALUD HUANCAMELICA.....	7
1.2	INTRODUCCIÓN.....	9
1.3	HIPÓTESIS O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.4	JUSTIFICACIÓN	11
1.5	OBJETIVOS.....	11
1.6	METODOLOGÍA	12
1.7	TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:	16
1.8	PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS:	17
1.9	INTERVENCION.....	19
1.10	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	24
1.11	LIMITACIONES:	27
1.12	ASPECTOS ÉTICOS	27
1.13	PRESUPUESTO	28
1.14	CRONOGRAMA.....	29
1.2	1.2 TRABAJO 2: PLAN DE CAPACITACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS EN LA RED ASISTENCIAL HUANCAMELICA II ESSALUD	30
1.3	JUSTIFICACIÓN:	30
1.4	OBJETIVO:.....	31
1.5	PROPÓSITO DE LA CAPACITACIÓN:	32
1.6	COMPETENCIAS QUE ALCANZAR:	32
1.7	CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES:	33
1.8	POBLACIÓN OBJETIVO:	33
1.9	CONTENIDOS A DESARROLLAR:	33
1.10	EVIDENCIA.....	33
1.11	LUGAR, FECHA Y HORA:	34
1.12	METODOLOGÍA:	34
1.13	CRONOGRAMA:.....	35
1.14	PRESUPUESTO:.....	36

1.15	INTRODUCCION: USO DE HERRAMIENTAS TECNOLOGICAS:	37
1.16	MÓDULO 0: LA COMUNICACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS PARA ADULTOS. 38	
1.17	MÓDULO 1: ORIENTACIÓN A CUIDADOS PALIATIVOS:.....	44
1.18	MÓDULO 2: ROL DEL CUIDADOR EN CASA.	48
1.19	MÓDULO 3: MANEJO DEL DOLOR, SÍNTOMAS COMUNES Y EFECTOS SECUNDARIOS.....	53
1.20	MÓDULO 4: MANEJO DE MEDICAMENTOS	58
1.21	MÓDULO 5: FINAL DE LA VIDA.....	64
1.3.	1.3 TRABAJO 3 : CARTA AL EDITOR: NECESIDAD DE EXPANSIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS EN REGIONES RURALES DEL PERÚ	69
1.22	PRESENTACIÓN:	69
1.23	SITUACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PERÚ	77
1.24	RECOMENDACIONES FINALES.....	85
II.	CONCLUSIONES.....	109
III.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
IV.	ANEXOS1	

RESUMEN

El acceso limitado a cuidados paliativos en regiones rurales del Perú enfrenta barreras sociales, económicas y geográficas, afectando principalmente a pacientes oncológicos. Este portafolio de investigación aborda esta problemática mediante tres proyectos: un estudio sobre Barreras en la atención de cuidados paliativos oncológicos por telemedicina en la Red Asistencial EsSalud Huancavelica, un programa con un Plan de capacitación en cuidados paliativos en la Red Asistencial Huancavelica II EsSalud y una carta al editor que revisa la Necesidad de expansión de los cuidados paliativos oncológicos en regiones rurales y analiza la actividad "Atención de Cuidados Paliativos" dentro del Programa Presupuestal 024 de Prevención y Control del cáncer en Perú. Se describe un enfoque holístico que considera factores médicos, sociales, culturales y económicos, alineado con un modelo de atención centrado en la persona. El estudio de barreras utiliza entrevistas a pacientes y cuidadores para identificar desafíos como conectividad limitada, falta de dispositivos tecnológicos e interculturalidad(1) (2). El programa de capacitación, diseñado con un enfoque participativo, incluye módulos sobre comunicación, manejo de síntomas y final de vida(3). La Carta al editor analiza políticas nacionales, señalando la implementación deficiente de cuidados paliativos en la atención primaria, evidencia estrategias con herramientas tecnológicas, monitoreo de redes, y capacitación en las comunidades sobre los beneficios de la telemedicina y los cuidados paliativos. Este portafolio busca contribuir al desarrollo de estrategias viables para integrar estos servicios en áreas rurales. Y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos y sus familias.

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos, Regiones rurales, Telemedicina, Pacientes oncológicos,
Capacitación (MeSH/NLM)

ABSTRACT

Limited access to palliative care in rural regions of Peru faces social, economic, and geographical barriers, primarily affecting oncology patients. This research portfolio addresses this issue through three key projects: a study on barriers to providing oncological palliative care via telemedicine in the EsSalud Huancavelica Healthcare Network; a program for training healthcare professionals in palliative care within the EsSalud Huancavelica II Healthcare Network; and a letter to the editor that reviews the need to expand oncological palliative care services in rural areas and analyzes the activity "Palliative Care Attention" under the Budgetary Program 024 for Cancer Prevention and Control in Peru.

The portfolio describes an integrated approach that considers medical, social, cultural, and economic factors, aligned with a person-centered care model. The barriers study uses interviews with patients and caregivers to identify challenges such as limited connectivity, lack of technological devices, and intercultural factors (1) (2). The training program, developed with a participatory approach, includes modules on communication, symptom management, and end-of-life care (3).

The letter to the editor examines national policies, highlighting deficiencies in the implementation of palliative care in primary healthcare and identifying strategies involving technological tools, network monitoring, and community training on the benefits of telemedicine and palliative care. This portfolio aims to propose viable strategies for integrating these services into rural areas, enhancing the quality of life for oncology patients and their families.

KEYWORDS

Palliative care, Rural areas, Telemedicine. Oncological Training (MeSh/NLM)

I. DESARROLLO DE LOS TRABAJOS

1.1 1.1 Trabajo 1: Barreras en la atención de Cuidados Paliativos oncológicos por telemedicina en la Red Asistencial EsSalud Huancavelica.

RESUMEN

Antecedentes: La telemedicina es una herramienta de la atención médica a distancia y su aplicación en cuidados paliativos contribuye a disminuir la inequidad de la atención. En las regiones rurales y alejadas de nuestro país, los pacientes oncológicos en cuidados paliativos se desplazan grandes distancias para llegar a los hospitales, por lo que los sistemas de telemedicina resultan ideales para mejorar la atención. Sin embargo, existen las barreras que sufre la población para acceder a un servicio por telemedicina.

Objetivo: Caracterizar las principales barreras en la atención de cuidados paliativos oncológicos por telemedicina en el Hospital II EsSalud Huancavelica. Se realizará un estudio no experimental descriptivo, transversal, que estudiará a los pacientes con diagnóstico de cáncer que hayan sido atendidos entre el 2020 y el 2023. A través de una encuesta se recabará las variables que representan las limitantes en el uso de la telemedicina. Se espera tener como resultado limitaciones en: estructura tecnológica (falta de internet); de personal: capacitación del personal; culturales como el idioma y la interculturalidad; económica como el financiamiento.

PALABRAS CLAVES

Telemedicina, cuidados paliativos, teleconsulta, atención digital.

ABSTRACT

Telemedicine is a tool for remote medical care; its application in palliative care helps to reduce inequity in care and improve accessibility, especially in remote regions with difficult geographic access. In our country, telemedicine systems are ideal for facilitating access to health services, especially in areas with few medical resources.

The objective of this study is to characterize the limitations in the use of telemedicine as an oncological palliative care strategy in the Huancavelica region.

A non-experimental, descriptive, cross-sectional study will be conducted that will study patients diagnosed with cancer who have received care by teleconsultation during 2020 to 2023. Through a survey that will collect the variables that represent the limitations in the use of telemedicine.

It is expected to result in limitations in technological structure (lack of internet); personnel: personnel training; cultural factors such as language and interculturality, economic as financing.

KEYWORDS

Telemedicine, palliative care, teleconsultation, digital care

1.2 INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el uso de tecnologías de la información y comunicación (TIC) en el ámbito de la salud ha experimentado un crecimiento significativo, revolucionando los sistemas de atención médica (1). En América Latina y Perú, el uso de TIC, como la telemedicina, ha permitido acercar los servicios de salud a zonas rurales y áreas con limitada capacidad de atención. (2) La telemedicina ha demostrado ser una herramienta accesible que disminuye los tiempos de atención y traslado de los pacientes, mejorando la cobertura de atención y llegando a poblaciones alejadas de las zonas urbanas. Es especialmente valiosa para poblaciones vulnerables, regiones con recursos de salud limitados y personas de edad avanzada (3). La implementación de la telemedicina en la región de las Américas se justifica debido a las características geográficas y la distribución de los servicios de salud (4). Es fundamental identificar a las personas y grupos sociales en función de su grado de vulnerabilidad para poder diseñar intervenciones digitales adecuadas. En el caso de los cuidados paliativos oncológicos, la telemedicina brinda la oportunidad de brindar al paciente y su familia una atención continua, superando los obstáculos de la atención domiciliaria (4) (5). Para utilizar eficazmente la telemedicina en cuidados paliativos oncológicos, es necesario contar con un sistema planificado. En Estados Unidos, existen programas de telesalud, como PATCH-24 y líneas de ayuda en cuidados paliativos, que monitorean los síntomas de los pacientes en el hogar (6). En África, se han implementado iniciativas para mejorar el diagnóstico del cáncer mediante el uso de la telemedicina. Estos son ejemplos exitosos de una planificación integral que aborda las necesidades de los pacientes, proveedores de salud, poblaciones y sistemas de salud. En América Latina, países como México han logrado avances significativos en telemedicina a través del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). En Brasil, la Red Universitaria de

Telemedicina (RUTE) se conecta con los hospitales universitarios. En Perú, se han establecido políticas y normativas para impulsar la telemedicina. En 2005, se publicó el Plan Nacional de Telesalud, seguido por la Norma Técnica de Telesalud en 2008, que abarca la prestación de servicios, la gestión de servicios de salud y la información, educación y comunicación para la población y el personal de salud. La Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud, establece los lineamientos para la implementación y desarrollo de la telesalud y se fortaleció la implementación de la telemedicina con el Decreto Legislativo N° 1490 (7) (8). En EsSalud, el uso de la telemedicina se aprueba a través de la Directiva de Gerencia Central N° 12-GCPS-ESSALUD-2020, para pacientes con enfermedades crónicas o en continuidad de atención. Estos servicios se coordinan a través del Centro Nacional de Telemedicina (CENATE). En la región Huancavelica, los tumores malignos ocupan el segundo lugar en términos de carga de enfermedad, con una pérdida de 18.8 años por cada mil habitantes (causando 7,085 AVISA, el 10.3% del total) (9). Además, el 46% de los pacientes diagnosticados tienen más de 60 años y la mayoría son referidos a Huancayo, Ica o Lima para su diagnóstico y tratamiento. Posteriormente, el 90% de estos pacientes regresa a su provincia para recibir cuidados paliativos. La difícil geografía y la distancia entre las provincias es un obstáculo para la continuidad de la atención de los pacientes; mantenerse lejos en otro departamento genera altos costos (10).

1.3 HIPÓTESIS O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen barreras para la atención de cuidados paliativos oncológicos por telemedicina en el Hospital II EsSalud Huancavelica

PREGUNTA ¿Cuáles son las barreras en la atención de cuidados paliativos oncológicos por telemedicina en el Hospital II EsSalud Huancavelica?

1.4 JUSTIFICACIÓN

En nuestro país, los sistemas de telemedicina son ideales para facilitar el acceso a los servicios de salud, sobre todo en zonas alejadas con pocos recursos médicos. Solo entre el 2019 y el 2021, en la Red Huancavelica se reportaron 131 pacientes con diagnóstico de cáncer definitivo; el 38% eran adultos mayores y el 80% se encontraba en estadios III y IV. Sin embargo, solo el 30% acudía a su atención presencial en el hospital (11). Las ventajas de la telemedicina deben ser aplicadas, difundidas entre el personal y la población como una oportunidad de mejora ante poblaciones de difícil acceso. Es conveniente identificar las limitantes en el uso de la telemedicina en cuidados paliativos, porque este aporte puede contribuir a elevar la eficiencia de la atención y servir de base a nuevos estudios o estrategias de atención (4)

1.5 OBJETIVOS

Determinar la percepción de los pacientes oncológicos sobre las barreras tecnológicas, de comunicación, de acceso a la atención y otros factores en el uso de la telemedicina para la atención en cuidados paliativos en la Red Asistencial EsSalud Huancavelica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar las barreras tecnológicas que enfrentan los pacientes oncológicos para acceder a la atención de cuidados paliativos mediante telemedicina en la Red Asistencial EsSalud Huancavelica.
2. Analizar las barreras de comunicación percibidas por los pacientes oncológicos durante la atención de cuidados paliativos por telemedicina en la Red Asistencial EsSalud Huancavelica.
3. Evaluar las barreras de acceso geográfico y económico que dificultan la implementación efectiva de telemedicina en la atención de cuidados paliativos oncológicos.
4. Explorar las percepciones socioculturales que influyen en la aceptabilidad y uso de telemedicina para la atención de cuidados paliativos en pacientes oncológicos en la Red Asistencial EsSalud Huancavelica.
5. Determinar los factores asociados a una percepción positiva del uso de telemedicina para cuidados paliativos oncológicos, considerando aspectos tecnológicos, actitudinales y sociocultural.

1.6 METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Es un estudio observacional analítico transversal.

Población:

Personas con diagnóstico de cáncer que han acudido a establecimientos de la Red EsSalud de Huancavelica entre enero 2020 hasta diciembre 2023, registradas en el sistema de gestión hospitalario ESSI.

Criterios de selección:**Criterios de inclusión**

- Pacientes con diagnóstico de cáncer registrados en el sistema ESSI.
- Edad mayor de 18 años.
- Haber participado en al menos una consulta con diagnóstico de cáncer.
- Comunicación en español o quechua.
- Consentimiento informado firmado.

Criterios de exclusión

- Pacientes con estado clínico crítico que impide su participación.
- Diagnósticos psiquiátricos graves o deterioro cognitivo severo.
- Información incompleta en el sistema de registro hospitalario.
- Falta de acceso a dispositivos tecnológicos para teleconsulta.

Muestreo:

Se incluirá a todos los pacientes que hayan acudido al Hospital II EsSalud - Huancavelica durante el periodo 2020 al 2023. Muestreo censal que incluirá a todos los pacientes que cumplan con los criterios de selección.

Cálculo del tamaño muestral:

Se realizó un cálculo de tamaño de muestra para la asociación entre edad (≤ 80 años y > 80 años) y tener una percepción positiva hacia la telemedicina. Para ello, se tomó como referencia un estudio hecho en Australia, que encontró que los pacientes con ≤ 80 años tuvieron 91.3% de aceptabilidad, en tanto que aquellos > 80 años tuvieron 45.7%. Además, en dicho estudio, los pacientes ≤ 80 años cuatuplicaron a aquellos con > 80 años

(12)

Con estos datos, se realizó el cálculo de tamaño de muestra usando el programa Epidat 4.2, como se detalla a continuación:

[1] Tamaños de muestra. Comparación de proporciones independientes:

Datos:

Proporción esperada en:
Población 1: 91,300%
Población 2: 45,700%
Razón entre tamaños muestrales: 4,00
Nivel de confianza: 95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra *		
	Población 1	Población 2	Total
80,0	10	40	50

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 sin corrección por continuidad.

De esta manera, se obtuvo un tamaño de muestra mínimo a recolectar de 50 personas.

VARIABLES

Variable dependiente: aceptabilidad hacia la telemedicina del paciente

Esta variable fue evaluada mediante la pregunta “¿Qué tan aceptable consideras que es para ti usar teleconsulta para tus atenciones médicas?”, que tuvo las siguientes alternativas en formato Likert:

- Nada aceptable
- Poco aceptable
- Algo aceptable
- Aceptable
- Muy aceptable

Se considerará que el encuestado acepta la telemedicina cando responde “algo aceptable”, “aceptable” o “muy aceptable”.

Esta variable es evaluada de manera similar en otros estudios como el Jennifer Philip que utiliza Cuestionario de Usabilidad de Telesalud (TUQ) (12) (13)

Variables independientes.

- Sexo del paciente.
- Edad del Paciente.
- Diagnóstico primario.
- Presencia de metástasis.
- Nivel educativo del Paciente.
- Lugar de residencia.
- ¿Con quién vive?
- Tiempo de traslado al hospital.
- Gasto para el traslado al hospital.
- Idioma predominante del paciente.
- Uso previo de teleconsulta.
- Satisfacción con teleconsulta previa.
- Disponibilidad de medios tecnológicos.
- Preocupación por privacidad/confidencialidad.
- Dificultad percibida en teleconsulta.
- Motivo de la teleconsulta.
- Hora preferida para teleconsulta.
- Entrega de medicamentos

Variables confusoras:

- Edad del cuidador (puede influir en el soporte que recibe el paciente para usar teleconsulta).
- Nivel educativo del cuidador (podría afectar la facilidad de implementación de la teleconsulta).
- Condición socioeconómica general del paciente/cuidador (relacionada con los recursos disponibles para acceder a tecnología).
- Disponibilidad de infraestructura tecnológica en la comunidad (calidad de señal de internet, acceso a dispositivos).
- Percepción previa sobre el sistema de salud (nivel de confianza en los servicios ofrecidos, incluida la teleconsulta).

1.7 Tabla de operacionalización de variables:

VARIABLE INDEPENDIENTE

Variable	Definición Operacional	Valores que se pueden adoptar	Tipo de variable	Escala de Medición
Aceptabilidad de la teleconsulta	Nivel de aceptación del paciente hacia el uso de teleconsulta para sus atenciones médicas.	Nada aceptable, poco aceptable, algo aceptable, muy aceptable	Categórico	Ordinal

VARIABLE INDEPENDIENTE

Variable	Definición Operacional	Valores que se pueden adoptar	Tipo de variable	Escala de Medición
Sexo del paciente	Sexo biológico indicado en la historia clínica del paciente.	Masculino, Femenino	Categórico	Nominal
Edad del Paciente	Años cumplidos del paciente.	En años	Numérica	De razón
Diagnóstico primario	Localización del tumor original del paciente.	Pulmón, mama, próstata, piel, digestivo, otros	Categórico	Nominal

Presencia de metástasis	Propagación del cáncer a órganos distintos del tumor primario.	Sí, no	Categórico	Dicotómica
Nivel educativo del Paciente	Máximo grado de instrucción alcanzado por el paciente.	Analfabeto, primaria incompleta/completa, secundaria, superior	Categórico	Ordinal
Lugar de residencia	Región o localidad donde vive el paciente.	Huancavelica, Lircay, Acobamba, Pampas, otros	Categórico	Nominal
¿Con quién vive?	Personas con las que el paciente comparte su hogar.	Solo, pareja, familiares, no familiares.	Categórico	Nominal
Tiempo de traslado al hospital	Tiempo transcurrido desde la residencia del paciente en el Hospital de Huancavelica.	En horas y minutos	Numérica	Continua
Gasto para el traslado al hospital	Monto promedio gastado en transporte, comida y alojamiento para asistir al hospital.	En soles	Numérica	Discreta
Idioma predominante del paciente	Idioma en el que el paciente se comunica mejor.	Español, quechua, Otros	Categórico	Nominal

1.8 Procedimientos y Técnicas:

Se recolectará la información del navegador Explotación de datos del sistema EsSALUD Servicios de Salud Inteligente (ESSI), y se elaborará una base de datos desde los ítems consulta externa y diagnósticos en la atención desde enero 2020 hasta diciembre 2023.

Preparación

- Permisos y registros

Antes de realizar el presente estudio, solicitaremos la autorización del Hospital II EsSalud-Huancavelica registraremos el protocolo en el repositorio de PRISA-INS.

- Entrenamiento del personal

El enrolamiento y la recolección de datos estarán a cargo de dos enfermeras del Hospital II Huancavelica, quienes habrán completado previamente un entrenamiento impartido por

el investigador principal (médico oncólogo con estudios cuidados paliativos) sobre la aplicación del instrumento para la recolección de datos. Este entrenamiento tendrá una duración total de 12 horas repartidas en 3 días.

- Estudio piloto

Una vez solicitado el permiso a la Dirección del Hospital Departamental de Huancavelica, el investigador aplicará un estudio piloto para evaluar la comprensión del consentimiento informado y del cuestionario, además de entrenar a los recolectores de datos. El piloto será llevado a cabo durante la tercera semana de marzo del 2024. Esto será realizado en 20 pacientes con diagnóstico de cáncer, registrados en el área de oncología del Hospital Departamental de Huancavelica, que forman parte de una población similar a la de nuestro objetivo. El enrolamiento y la recolección de datos serán realizados por una enfermera del Hospital Departamental de Huancavelica, que habrá tenido entrenamiento previo por parte del investigador principal del estudio. Para ello, se llamará a los pacientes con diagnóstico de cáncer que se encuentren inscritos en el libro de registro diario del área de oncología. Luego de la aplicación del consentimiento informado y del cuestionario, se les preguntará si fueron comprendidos, y se les pedirá que indiquen los ítems que no lo fueron y de qué forma podrían mejorarse.

Enrolamiento

- Lugar, horario y duración

El enrolamiento se llevará a cabo vía telefónica de lunes a viernes entre 8 am y 2 pm, y durará aproximadamente 1 mes. Se dejará de reclutar pacientes cuando se tenga la respuesta de al menos el 85% de los participantes del hospital.

- Cómo se encontrará a los participantes

Los encuestadores realizarán llamadas telefónicas a los pacientes con diagnósticos de cáncer definitivo que se encuentren en la base de datos del navegador Explotación de

datos del sistema EsSALUD Servicios de Salud Inteligente (ESSI). Al realizar la llamada, los encuestadores proceden a presentarse, explican en qué consiste el estudio y solicitarán el permiso para evaluar si el paciente cumple con los criterios de inclusión para participar en el estudio. De tener este permiso, se evaluarán los criterios de inclusión. Si cumple con estos, se invitará al paciente a continuar con la entrevista, para explicarle más sobre el estudio.

- Consentimiento informado

Cuando un sujeto cumpla con los criterios de inclusión, los encuestadores lo expondrán en lenguaje claro y sencillo el consentimiento informado y le explicarán verbalmente el objetivo del estudio y en qué consistiría su participación. Se brindará un tiempo prudente para que el participante pueda aclarar sus dudas. Finalmente, si el participante acepta participar en el estudio, autorizará el consentimiento informado vía telefónica.

- Pagos a participantes

No se brindará ningún pago o incentivo a los sujetos del estudio.

1.9 INTERVENCION

- Nombre: Entrevista
- Materiales y procedimientos: Se utilizará para realizar la entrevista teléfonos prepago operador BITEL y (2) tabletas LENOVO – TAB P11. Se realizarán llamadas telefónicas de 30 – 45 min a los pacientes de la base de datos obtenida del navegador Explotación de datos del sistema EsSALUD servicios de salud inteligente (ESSI), donde registra el número telefónico de cada paciente.
- Quién brindará la entrevista: La intervención será brindada por una enfermera del Hospital II de Huancavelica, con dos años de experiencia.

- Cómo: A través de la vía telefónica se contactará a cada participante y se pactará una cita para brindar la intervención.
- Dónde y cuándo: Las entrevistas se realizarán desde el consultorio de oncología del Hospital II Huancavelica, en el turno de la mañana (8 a.m. a 12 m.).
- Cuánto: Se realizarán llamadas telefónicas de 30 – 45 min de duración cada una, por 4 semanas.
- Personalización: Para pacientes adultos mayores con dificultad para responder la entrevista se apoyará con un familiar para contestar la encuesta.
- Se considerará que un paciente cumplió con la entrevista cuando respondió el 100% de las preguntas.
- Recolección de variables
 - Cómo se realizará

Los encuestadores utilizarán tabletas electrónicas para realizar las encuestas. Los encuestadores tendrán acceso a la encuesta a través de la aplicación Google Forms en sus tabletas electrónicas, lo que les permitirá completar la encuesta de manera rápida y eficiente, y permitirá la recopilación de datos en tiempo real.

- Dónde se realizará

Los evaluadores recabarán las variables de interés en dos pasos: cuestionario aplicado a paciente y en caso lo amerite el cuidador. Todo este proceso se realizará desde el consultorio de oncología en el Hospital II de Huancavelica.

- En qué orden se realizará

Primero, se recabará datos de la historia clínica y luego a cada paciente se le realizará el cuestionario, que contará con 20 preguntas (edad, sexo, lugar de procedencia, cuenta con cuidador, preguntas sobre la teleconsulta).

Posteriormente, realizarán preguntas al cuidador.

- Seguimiento

Los evaluadores no realizarán seguimiento de pacientes luego de aplicar la encuesta.

- Manejo de eventos adversos

Los pacientes pueden confundirse por preguntas relacionadas con las características de la consulta (Videollamadas, llamadas telefónicas, Google Meet)

De evidenciarse confusión se preguntará al participante si permite la intervención de un personal especializado que pueda explicar sobre estos métodos de comunicación.

- Corroboración de la calidad de datos

Dos personas digitarán los datos independientemente y luego se reunirán para comparar sus registros y resolver las discrepancias que se presenten.

INSTRUMENTOS

Análisis del Instrumento de Recolección de Datos

1. Descripción general del instrumento

Para la presente investigación se diseñó un instrumento estructurado en formato de encuesta/entrevista, orientado a recabar la información tanto de pacientes oncológicos en seguimiento por cuidados paliativos como de sus cuidadores principales. El instrumento busca identificar las barreras percibidas y objetivas en el acceso y uso de la telemedicina como modalidad de atención paliativa en la Red Asistencial EsSalud Huancavelica.

El instrumento incluye preguntas cerradas, preguntas de opción múltiple, escalas tipo Likert y respuestas abiertas que permiten captar tanto información cuantitativa como

cualitativa. El diseño fue elaborado en base a literatura científica previa, experiencia clínica y adaptado al contexto sociocultural y geográfico del ámbito rural altoandino.

Está diseñada a partir de estudios previos (12) (13). Anexo N° 2.

2. Estructura y dimensiones del instrumento

El cuestionario está organizado en ocho bloques temáticos:

- **Bloque 1: Información sociodemográfica del paciente y cuidador**
Recoge edad, sexo, nivel educativo, distrito de residencia y relación familiar entre el paciente y su cuidador.
- **Bloque 2: Accesibilidad a los servicios presenciales**
Evalúa tiempo y gasto para acceder a los servicios de salud, incluyendo tiempos de espera y días de desplazamiento.
- **Bloque 3: Lengua y comprensión cultural**
Indaga el idioma de comunicación y preferencia lingüística para la atención en salud.
- **Bloque 4: Uso previo de teleconsulta**
Explora experiencias previas, nivel de satisfacción y percepción respecto al uso de telemedicina.
- **Bloque 5: Percepción sobre la telemedicina**
Se mide mediante escala tipo Likert (1–5) el nivel de acuerdo en aspectos como comodidad, privacidad, claridad, utilidad y frecuencia de uso.
- **Bloque 6: Capacidades tecnológicas disponibles**
Revisa la factibilidad técnica del paciente para conectarse (dispositivos disponibles, ayuda de terceros, etc.).

○ **Bloque 7: Preferencias logísticas**

Incluye horarios preferidos y modos de entrega de medicamentos luego de la teleconsulta.

○ **Bloque 8: Usos esperados de la teleconsulta**

Permite identificar los principales motivos por los que los pacientes optarían por esta modalidad (control de síntomas, prescripción, educación, etc.).

3. Evaluación de validez del contenido

La **validez de contenido** se garantiza mediante revisión por expertos en cuidados paliativos, salud pública e investigación clínica, quienes evaluarán la pertinencia, claridad y relevancia de cada ítem. Posteriormente, se realizarán ajustes de redacción, organización temática y adecuación semántica a partir de sus recomendaciones.

Además, se llevará a cabo una validación semántica con un grupo piloto de 10 participantes del mismo perfil del estudio, con el fin de asegurar la comprensión y adecuación cultural del lenguaje. Las sugerencias derivadas de esta prueba se incorporarán para mejorar la fluidez y la precisión interpretativa del instrumento.

4. Consistencia interna del instrumento

La **consistencia interna** del instrumento será evaluada de manera cuantitativa una vez realizada la recolección de datos, mediante el cálculo del **coeficiente Alfa de Cronbach** para los bloques que emplean escalas Likert. En particular, se aplicará este análisis a las secciones de percepción de teleconsulta y disposición de uso, considerando un valor de referencia aceptable de $\alpha \geq 0.70$.

De forma complementaria, se empleará un análisis exploratorio de frecuencias y distribución de respuestas para verificar patrones de homogeneidad y coherencia entre ítems relacionados.

5. Consideraciones éticas y lingüísticas

Se respetarán principios de autonomía y comprensión cultural, asegurando la traducción funcional del instrumento al idioma quechua en caso sea necesario, mediante personal capacitado en traducción intercultural. Asimismo, el instrumento se aplicará junto con la firma del consentimiento informado, enfatizando el carácter voluntario y confidencial de la participación.

6. Consideraciones metodológicas adicionales

- El formato de respuesta ha sido estandarizado para facilitar la codificación y análisis en bases de datos electrónicas.
- Se diseñó una plantilla de Excel y otra para SPSS con los encabezados correspondientes, codificación y libro de variables para asegurar una adecuada gestión y análisis de los datos recabados.
- Se incluye una hoja de interpretación automática para facilitar una lectura preliminar de resultados en tiempo real, útil para retroalimentación en campo o toma de decisiones clínicas rápidas.

1.10 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos se llevará a cabo con el software estadístico SPSS v26. Se adoptará un enfoque cuantitativo riguroso con base en análisis descriptivo, bivariado y multivariado, en función del tipo de variable y los objetivos planteados.

- **Análisis descriptivo**

Las variables categóricas serán reportadas mediante frecuencias absolutas y relativas (%).

Las variables numéricas se describirán con media y desviación estándar (DE) si presentan una distribución normal. En caso de distribución no normal, se reportarán la mediana y el rango intercuartílico (RIC).

La distribución de normalidad será evaluada mediante la prueba de Shapiro-Wilk y la inspección visual de histogramas y diagrama de cajas.

- **Análisis de asociación entre variables**

Se explorarán asociaciones entre variables independientes y la variable dependiente principal (aceptabilidad de la teleconsulta) mediante los siguientes métodos: **Análisis bivariado:**

- Variables categóricas: prueba de chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher si los valores esperados son bajos.
- Variables numéricas: para comparar con la variable dependiente categórica ordinal se usará la prueba U de Mann-Whitney (para dos grupos) o la prueba de Kruskal-Wallis (para más de dos grupos).

Análisis multivariado

Se calcularán razones de prevalencia (RP) crudas y ajustadas mediante regresión de Poisson con varianza robusta, si se cumplen los supuestos estadísticos requeridos. El modelo multivariado incluirá ajustes por variables confusoras previamente identificadas (como grupo etario y motivo de la teleconsulta).

Se reportarán las RP con sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%).

Se validarán los supuestos del modelo, incluyendo la linealidad en la escala logarítmica y la inspección de residuos.

- **Otros análisis estadísticos:**

- Análisis estratificado: se evaluará la asociación entre sexo y aceptabilidad de la teleconsulta en subgrupos definidos por lugar de procedencia y tipo de cáncer.
- Interacciones: se explorarán interacciones significativas entre el sexo y otras variables clave (por ejemplo, lugar de procedencia, nivel educativo) mediante inclusión de términos de interacción en el modelo.
- Nivel de significancia: se considerará estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$. Para pruebas de interacción, se considerará un valor $p < 0,10$ como criterio exploratorio.

- **Manejo de datos perdidos**

Se identificará el porcentaje de datos perdidos por variable y se evaluará el patrón de pérdida (aleatorio o no aleatorio).

- Si los datos perdidos representan menos del 5% del total, se excluirán los casos.
- Si los datos perdidos están entre 5% y 20%, se aplicará imputación múltiple.
- Si la pérdida supera el 20%, se evaluará su impacto y se reportará como limitación del estudio.

1.11 Limitaciones:

- Muestra limitada a EsSalud Huancavelica: Puede no ser representativa de otras regiones o contextos de atención.
- Mitigación: Señalar esta limitación en la discusión del estudio y considerar replicar el análisis en otras regiones en futuros estudios.
- **Sesgo de selección:**
 - Incentivar la participación mediante recordatorios personalizados o apoyo logístico, en lugar de depender únicamente de incentivos.
 - Comparar las características de los participantes con las de los no participantes evaluar para diferencias potenciales.

1.12 ASPECTOS ÉTICOS

La investigación realizada se cataloga como categoría I (sin riesgo a la salud de los participantes), la interacción será no invasiva o de bajo riesgo con los sujetos en estudio y a que no se divulgaron los datos personales de los mismos (únicamente el número de historial clínico). Se solicitará el consentimiento informado de los sujetos y la autorización para realizar la investigación en el Hospital EsSalud de Huancavelica.

1.13 PRESUPUESTO

El siguiente presupuesto detalla los recursos requeridos para la ejecución del estudio. Los costos están expresados en soles peruanos (S/).

Concepto	Cantidad	Costo estimado (S/)
Impresión de instrumentos y consentimientos informados	100 unidades	300.00
Equipos de cómputo y tabletas electrónicas	4 unidades	5,000.00
Movilización del equipo investigador (transporte regional)	10 salidas	1,000.00
Viáticos para entrevistas domiciliarias	10 días	1,200.00
Insumos para actividades de campo (papelería, útiles, protección)	Lote único	250.00
Traducción y validación intercultural (español - quechua)	Servicio externo	400.00
Tabulación y registro de datos	Servicio por honorarios	800.00
Análisis estadístico y redacción técnica del informe final	Servicio por honorarios	1,200.00

Revisión por Comité de Ética y gestión administrativa	Tasa única	150.00
Contingencias (5%)	Margen de seguridad	215.00
TOTAL		10,515.00

1.14 CRONOGRAMA

Plan de trabajo						
ACTIVIDAD POR DESARROLLAR	Septiembre - diciembre 2023	Enero - Junio 2024	Julio - noviembre 2024	Diciembre 2024 - marzo 2025	Abril - Julio 2025	Agosto 2025
Revisión bibliográfica						
Preparación y presentación del protocolo de investigación						
Recolección de la información						
Análisis de la información						
Elaboración del informe final						
Presentación del informe.						

1.1 1.2 Trabajo 2: Plan de capacitación en cuidados paliativos en la Red asistencial Huancavelica II EsSalud

1.2 Justificación:

La alta incidencia de enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer, tanto en América Latina como en el Perú. Los datos revelan que el cáncer es la segunda causa de muerte en la región de las Américas, con un estimado de 4 millones de nuevos casos y 1,4 millones de muertes en 2020, afectando principalmente a personas menores de 69 años. (14) (15) (16) Esta situación se refleja también en Perú, donde en 2018 se registraron más de 32 mil muertes por cáncer, con tasas de mortalidad más altas en regiones como Huánuco, Junín, Apurímac y Ayacucho. Además, se estima que en 2016 se perdieron aproximadamente 366 mil años de vida saludable debido al cáncer, siendo los cánceres de estómago, leucemia, cérvix, mama y pulmón los más comunes (17). La necesidad de abordar esta situación se ve reforzada con la Declaración política de la tercera reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles (A/RES/73/2- Asamblea General), que destaca el impacto significativo de estas enfermedades en países de ingresos bajos o medianos, incluido el cáncer, y su efecto en la salud pública. Esta realidad es especialmente evidente en países andinos como Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, donde se observa un impacto sustancial en la salud pública, según datos del Banco Mundial. (18) (19) (20). Además, las regiones altoandinas de Perú, que representan aproximadamente el 20% de la población, enfrentan condiciones de vida difíciles y un acceso limitado a los servicios de salud, lo que deja a gran parte de la población en situación de pobreza o vulnerabilidad. A pesar de esta alta prevalencia de enfermedades crónicas, el acceso a cuidados paliativos en el país es limitado.

Según la Asociación Peruana de Cuidados Paliativos (APECP), solo el 10% de los pacientes que necesitan cuidados paliativos en el país tienen acceso a ellos.

En este contexto, la implementación de un plan de capacitación en cuidados paliativos se presenta como una medida crucial para abordar las brechas en la atención de pacientes con enfermedades crónicas, como el cáncer. Este plan de capacitación debería incluir aspectos tanto teóricos como prácticos, abarcando temas como el manejo del dolor, el control de síntomas físicos y emocionales, la comunicación efectiva con pacientes y familias, así como el respeto a la diversidad cultural y la cosmovisión de las comunidades atendidas.

Es importante señalar que la implementación de un plan de capacitación en cuidados paliativos debe ser sensible a las necesidades y características únicas de las comunidades atendidas, integrando prácticas tradicionales y respetando la autonomía y dignidad de los pacientes y sus familias.

Esto implica desarrollar instrumentos de implementación que promuevan la colaboración entre diferentes culturas en la prevención y control del cáncer, reconociendo la igualdad y legitimidad entre ellas.

El Instructivo de Enfermería para Educar a Cuidadores en Cuidados Paliativos Oncológicos, elaborado por PATH en alianza con el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), es el referente para la elaboración de este plan de capacitación.

Para garantizar una atención paliativa accesible y de calidad en comunidades rurales y marginadas.

1.3 Objetivo:

Fortalecer las competencias del personal de enfermería mediante el uso de estrategias de comunicación efectiva y la identificación de los síntomas principales, así como su manejo

mediante conceptos básicos de cuidados paliativos adaptados a la realidad del primer nivel de atención.

1.4 Propósito de la capacitación:

El personal de salud será capaz de utilizar estrategias de comunicación efectivas al comunicar con los pacientes oncológicos y sus familiares. Resuelve casos clínicos aplicando conceptos básicos de cuidados paliativos y asimismo identifica los síntomas principales y su tratamiento.

1.5 Competencias que alcanzar:

- **Manejo de información y aprendizaje constante:**
Mantenerse actualizado en los conocimientos esenciales de cuidados paliativos, relacionando la información con las realidades concretas del entorno asistencial. Saber buscar, interpretar y aplicar de forma flexible lo aprendido para responder adecuadamente a cada situación clínica que se presente.
- **Pensamiento creativo y capacidad para resolver problemas:**
Desarrollar la habilidad de encontrar soluciones prácticas y adaptadas a los desafíos que puedan surgir en la atención de pacientes oncológicos, aprovechando los recursos disponibles en su contexto.
- **Síntesis, comunicación empática y toma de decisiones con criterio:**
Reflexionar y sintetizar la información para la toma de decisiones acertadas. Expresarse con claridad en momentos difíciles, y actuar con responsabilidad en el manejo de síntomas y tratamientos, considerando tanto los aspectos físicos como emocionales, espirituales y culturales del paciente y su familia.

1.6 Características de los participantes:

Dirigido al personal de enfermería que labora en la Red Asistencial Huancavelica. De las áreas asistenciales de Atención primaria, PADOMI y del primer nivel de atención.

1.7 Población objetivo:

Se trabajará con un total de:

Personal de enfermería hospitalario: 03 enfermeras de las áreas de Atención Primaria y 02 enfermeras del servicio de PADOMI.

Personal de enfermería del primer nivel de atención: 02 enfermeras del CS Lircay, 02 enfermeras del CS Pampas, 01 enfermera del PS Acobamba, 01 enfermera de PS Castrovirreyna y 01 enfermera del PS Churcampá.

1.8 Contenidos a desarrollar:

- Introducción: uso de herramientas tecnológicas.
- Módulo 0: la comunicación en cuidados paliativos para adultos.
- Módulo 1: orientación a cuidados paliativos.
- Módulo 2: rol del cuidador en casa.
- Módulo 3: manejo del dolor, síntomas comunes y efectos secundarios.
- Módulo 4: manejo de medicamentos.
- Módulo 5: final de la vida.

1.9 Evidencia

- Elaboración de mapas mentales.
- Creación de presentaciones para exposición.

- Informe de resolución de casos clínicos.
- Reporte de autoevaluación del desempeño. Por Google Forms

1.10 Lugar, fecha y hora:

Sistema de tele capacitación por plataforma zoom, sesiones programadas de 45 min. Los viernes de 4 a 5 pm, durante 6 semanas.

1.11 Metodología:

El método de aprendizaje integra el uso de plataformas digitales para maximizar la participación e interacción de los asistentes. En este enfoque, los participantes revisan materiales didácticos en formato electrónico previamente entregados, lo que incluye documentos, videos y guías prácticas. Este material proporciona los fundamentos teóricos necesarios, permitiendo que las sesiones en tiempo real se concentren en actividades de carácter práctico.

En las sesiones virtuales, se emplean herramientas como por ejemplo Canva, Padlet y Book Creator para dinamizar la experiencia de aprendizaje. Estas actividades incluyen la resolución de escenarios clínicos reales o simulados, discusiones grupales sobre problemas contextualizados y la creación de organizadores visuales para consolidar los conceptos adquiridos. Los participantes aplican lo aprendido en simulaciones y proyectos, con un enfoque en casos específicos y situaciones propias del ámbito de los cuidados paliativos.

La evaluación del aprendizaje es continua y utiliza diversos instrumentos como autoevaluaciones y productos de aprendizaje que miden tanto la comprensión teórica como la capacidad de aplicación práctica. Las actividades grupales fomentan el análisis

crítico y promueven un entorno de aprendizaje colaborativo, con énfasis en el respeto a las diferencias culturales y sociales de las comunidades atendidas.

El cierre de cada módulo incluye una actividad integradora, en la que los participantes demuestran su competencia al conectar los contenidos del curso con sus experiencias profesionales.

1.12 Cronograma:

Fecha	Semana	Módulo/Contenido	Duración	Actividades principales
10/01/2025	1	Introducción: Uso de herramientas tecnológicas	2 horas	Taller práctico sobre herramientas como Canva, Jamboard, Book Creator y FlexClip.
17/01/2025	2	Módulo 0: Comunicación en cuidados paliativos	3 horas	Visualización de videos, análisis de casos clínicos, elaboración de mapas mentales en Padlet.
24/01/2025	3	Módulo 1: Orientación a cuidados paliativos	3 horas	Discusión grupal, creación de rotafolios explicativos, desarrollo de foros virtuales.
31/01/2025	4	Módulo 2: Rol del cuidador en casa	3 horas	Lectura guiada, elaboración de organizadores visuales, simulación de escenarios.
07/02/2025	5	Módulo 3: Manejo del dolor y efectos secundarios	3 horas	Análisis de síntomas y propuestas terapéuticas en grupos pequeños.
14/02/2025	6	Módulo 4: Manejo de medicamentos	3 horas	Evaluación de casos clínicos, preparación de presentaciones sobre mitos y verdades de opioides.
21/02/2025	7	Módulo 5: Final de la vida	3 horas	Taller práctico sobre acompañamiento emocional y espiritual en los cuidados al final de la vida.

1.13 Presupuesto:

Concepto	Cantidad	Costo Unitario (S/.)	Subtotal (S/.)	Detalle
Plataforma virtual (Zoom pro)	1 licencia	200	200	Licencia mensual para realizar reuniones de hasta 100 participantes.
Materiales electrónicos (manuales y guías)	1 paquete	300	300	Desarrollo y distribución de manuales y guías electrónicas en PDF.
Desarrollo de certificados digitales	20 unidades	5	100	Generación y envío de certificados digitales a los participantes.
Licencias de herramientas tecnológicas	1 paquete	300	300	Acceso a herramientas como Canva, Padlet y Flipgrid para actividades.
Publicidad y difusión	1 campaña	300	300	Promoción en redes sociales y creación de contenido digital informativo.
Equipo audiovisual (alquiler)	1 equipo	500	500	Micrófonos, cámaras y proyectores para las sesiones presenciales.
TOTAL			1,700	

SECUENCIA DIDÁCTICA

1.14 INTRODUCCION: USO DE HERRAMIENTAS TECNOLOGICAS:

Se orienta a familiarizar al personal de enfermería con plataformas y aplicaciones que faciliten la interacción virtual y el aprendizaje activo. Este módulo inicial está diseñado como un taller práctico de dos horas, en el que los participantes conocerán y aplicarán diversas herramientas digitales integradas al proceso educativo.

El contenido del taller se organiza en tres fases: introducción, exploración práctica y evaluación. En la fase introductoria, se presenta una visión general de las herramientas tecnológicas seleccionadas: Canva, Padlet, Jamboard, Book Creator, FlexClip, YouTube, Google Forms. Se explica su utilidad en la creación de materiales educativos, la gestión de información y la comunicación con pacientes y familias.

En la fase práctica, los participantes navegan por cada herramienta a través de ejercicios guiados. Por ejemplo, utilizan **Padlet** para generar lluvias de ideas, **Jamboard** para trabajar en colaboraciones visuales y **FlexClip** para elaborar contenido multimedia dirigido a pacientes. Durante esta etapa, el docente actúa como facilitador, respondiendo preguntas y orientando a los participantes en la resolución de problemas técnicos básicos. Finalmente, en la fase de evaluación, los participantes aplican lo aprendido al crear un producto digital sencillo, como un mapa mental en Canva o un video educativo en FlexClip. Este producto se comparte con el grupo para recibir retroalimentación constructiva, asegurando que los participantes desarrollen confianza en el uso de las herramientas.

Este enfoque asegura que el personal de enfermería no solo conozca las tecnologías, sino que las integre como recursos efectivos en su práctica profesional. El objetivo es optimizar su capacidad para educar a cuidadores y pacientes, facilitando la comunicación y el acceso a información clave dentro del contexto de los cuidados paliativos.

1.15 **MÓDULO 0: La comunicación en cuidados paliativos para adultos.**

Secuencia didáctica	Rol del docente	Rol del estudiante	Recursos	Tiempo	Rol del estudiante	Evidencias	Responsable
autoaprendizaje	Facilita el PDF de lectura en medio impreso y digital. Facilita los artículos de revisión.	Lectura del documento, toma notas, crea un organizador visual.	Video N° 01: Comunicación de las malas noticias/principios éticos, enlace: https://youtu.be/tkrU1F5qP9M?feature=shared. Video N° 02: Importancia de la comunicación general e individual en la concientización de los cuidados paliativos, enlace: https://ecancer.org/es/video/8214-importancia-de-la-comunicacion-general-e-individual-en-la-concientizacion-de-los-cuidados-paliativos. Video N° 03: La comunicación asertiva, enlace: https://www.youtube.com/live/Hh32fl6bF5Q?feature=shared. Artículo: La comunicación con el paciente terminal y su familia, enlace: https://www3.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/palliative-care-03.pdf.	2h	Lectura del documento, toma notas, y sintetiza las ideas principales al crear un organizador visual.	Elaborará un Padlet y lo colocará en el foro de discusión, enlace: https://padlet.com/gloriahuarcaaya1/un-pacientedeja-de-comer-porque-su-vecina-le-dice-que-en-qu-gfxske65bqm8smz8 , enlace: https://padlet.com/gloriahuarcaaya1/a-veces-las-familias-quieren-negar-decir-la-verdad-al-	Gloria Huarcaya García

			Guía: Instructivo de enfermería para educar a cuidadores en cuidados paliativos oncológicos. Modulo 0: página 7-12, enlace: https://media.path.org/documents/Instructivo_Enfermer%C3%ADa_para_Educar_a_Cuidadores_en_Cuidados_Paliativos_Oncol%C3%B3gicos.pdf?gl=1*c6m2fm*_gcl_au*MzUxNjQ1MjQ2LjE3MTUxMTY5OTE.*_ga*Nzc4NzMwNDY4LjE3MDY0NjM3OTA.*_ga_YBSE7ZKDQM*MTcxNjcwNTYzMS4xNi4wLjE3MTY3MDU2MzEuNjAuMC4w. Entrevista: Dra. Tatiana Vidaurre: Club de la mama, enlace: https://youtu.be/1VnAKgNzYGE?feature=shared.			pacien-d33f0edw06o99nvc. Criterios para la evaluación: Con la ayuda de Chatmind (IA) elabore mapas mentales, cree una lluvia de ideas para responder las preguntas del foro. Se está evaluando el manejo de información, la creatividad del estudiante y capacidad de síntesis del alumno.	
--	--	--	--	--	--	--	--

	Facilita el enlace del video para su visualización y del Canva.	Mira el video atentamente y realiza una lluvia de ideas en Canva.	Artículo La comunicación con el paciente con enfermedad en fase terminal, enlace: https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13039041. Video N° 03: Comunicación en cuidados paliativos, enlace: https://youtu.be/Oz1AKjR16V4.	1h	Exposición de sus conceptos en Canva, ingresar al enlace y grabar su presentación: enlace: https://www.canva.com/design/DAGGcJhaarM/S-jRTAZBKPQR6ZQnQu5nRg/edit?utm_content=DAGGcJhaarM&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=		Gloria Huarcaya García

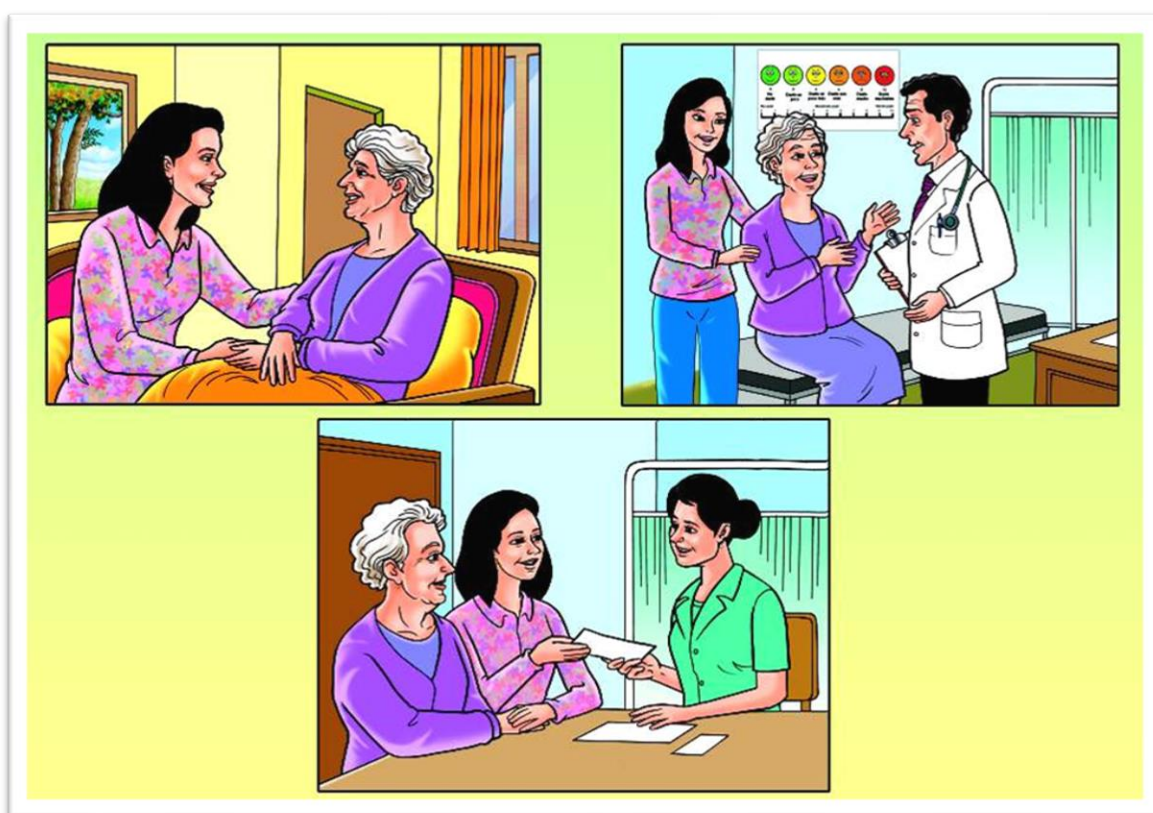
					rce=sharebutton.		
co-aprendizaje	Crea una sala de zoom y forma grupos de trabajo. Utiliza la página https://calcular.me/formar-equipos-al-azar. Para formar grupos al azar.	Ingresa a la sala de zoom para discutir casos clínicos.	Ingresar a sala de zoom: https://www.zoom.us/es/signin#/login Dividir en dos grupos. Discusión, análisis y resolución de caso N° 1. Responder las preguntas del caso clínico N°1.	45 min	Formación de grupos, elección de un líder, discusión de casos y exposición sus respuestas.	Explique cómo los conceptos presentados utilizando el Canva y colocar 2 respuestas por pregunta, enlace: https://www.canva.com/design/DAGGcRp1jA/xq49_tzUo-aO2MYYY3NxEG/view?utm_content=DAGGcRp1jA&utm_campaign=dsignshare&utm_medium=link&utm_source=editor.	Gloria Huarcaya García
	Crea un video con características Book Creator para	Estudio de casos clínicos y	Discusión, análisis y resolución de caso N° 1.	2h	Discusión de casos.		Gloria Huarcaya García

	que participación de forma asincrónica.	resuelve las preguntas. Utiliza listado, lluvia de ideas, etc. Participa en Book Creator expresa sus opiniones y responde a los compañeros.	Responder las preguntas del caso clínico planteado e ingresa a la sala Book Creator: https://read.bookcreator.com/AbWyFwyblQNya28P9bn14rHTjzb2/6ZhjxY29Qly9tlHjlOT8rA .		Exposición de respuestas.		
socialización	Califica la producción de los alumnos mediante una lista de cotejo para asignar la nota correspondiente.	Por grupo realizarán un video short para YouTube basado en la creación de un spot publicitario o dirigido a la población vulnerable.	Grabar y editar video con FlexClip enlace: https://www.flexclip.com/es/editor/app?id=cf93d1a8e6b2d7f6d73500b4cd782474 .	1h	La exposición del video presenta la importancia de la comunicación en cuidados paliativos.	Luego difundir en redes sociales.	Gloria Huarcaya García

Caso N° 1

EL CASO DE LA SRA. JUANA Y SU HIJA MARTA

La Sra. Juana es una mujer de 64 años con cáncer avanzado se presenta en el servicio de cuidados paliativos donde Ud. trabaja. La Sra. no ha asistido a sus dos últimas citas. Marta, de 40 años e hija de la Sra. Juana, si ha ido al servicio esta semana -fuera del día citado-, pidiendo receta para su mamá. Marta ha explicado que su mamá se queda en casa y que se pone muy ansiosa cuando ella sale.



Fuente: Rotafolio de Cuidados paliativos PDF (media.path.org), Escuela de Cuidadores INEN, 2023.

Preguntas a debate:

Ud. cree que Marta podría beneficiarse de las charlas informativas para Cuidadores que elabora el personal de enfermería:

1. ¿Qué le diría a Marta para invitarla a participar?
2. ¿Qué preguntas le realizaría?

1.16 **MÓDULO 1: Orientación a cuidados paliativos:**

Secuencia didáctica	Rol del docente	Rol del estudiante	Recursos	Tiempo	Rol del estudiante	Evidencias	Responsable
autoaprendizaje	Facilita el PDF de lectura en medio impreso y digital. Facilita los artículos de revisión.	Lectura del documento, toma notas, crea un organizador visual.	Video N° 01: Entendiendo la enseñanza en cuidados paliativos, enlace: https://youtu.be/GuPShQQg05M. Video N° 02: Definición de los cuidados paliativos, enlace: https://youtu.be/96B1s4xHQxE. Video N° 03: Tele capacitación INEN: Filosofía de los cuidados paliativos, enlace: https://youtu.be/awyLQ5W3atg. Artículo: Cuidados paliativos: principios generales https://www3.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/palliative-care-01.pdf. guía:	2h	Lectura del documento, toma notas, y sintetiza las ideas principales al crear un organizador visual.	Por medio de un video: enlace: https://editor.flixier.com/share/FOfg0pw. Elaborar un rotafolio para construir una sesión educativa que: Explique que entiende por cuidados paliativos. Narre una experiencia en cuidados paliativos.	Gloria Huarcaya García

			Instructivo de enfermería para educar a cuidadores en cuidados paliativos oncológicos. Modulo 1: página 16-19, enlace: https://media.path.org/documents/Instructivo_Enfermer%C3%ADa_para_Educar_a_Cuidadores_en_Cuidados_Paliativos_Oncol%C3%B3gicos.pdf?_gl=1*c6m2fm*_gcl_au*MzUxNjQ1MjQ2LjE3MTUxMTY5OTE.*_ga*Nzc4NzMwNDY4LjE3MDY0NjM3OTA.*_ga_YBSE7ZKDQM*MtcxNjcwNTYzMS4xNi4wLjE3MTY3MDU2MzEuNjAuMC4w .			Criterios para la evaluación: Se está evaluando el manejo de información, la creatividad del estudiante creatividad y capacidad de síntesis del alumno.	
co-aprendizaje	Crea una sala de zoom y forma grupos de trabajo. Utiliza la página https://calcular.me/formar-equipos-al-azar . Para formar grupos al azar.	Ingresa a la sala de zoom para debatir sobre la actividad dinámica.	Ingresar a sala de zoom: https://www.zoom.us/es/signin#/login Dividir en participantes en parejas. Discusión, análisis y respuesta de la actividad dinámica.	45 min	Formación de grupos discusión de la actividad dinámica. Cada uno expone la respuesta de su pareja.	Utilizando el Jamboard, coloca las respuestas por cada pareja, enlace: https://jamboard.google.com/d/1tx-d0TQY9duUPDNyR8R5ei1zOWD1IYT0aKxp-34yVcQ/edit?usp=sharing .	Gloria Huarcaya García
	Crea un video con ayuda de	Análisis de actividad	Resumir en un solo mensaje la respuesta de cada pareja.	2h	Elegir un líder del		Gloria Huarcaya García

	Book Creator, para la participación de forma asincrónica.	dinámica, resuelve y participa con Book Creator. Expresa sus opiniones y responde a sus compañeros.	Participa enviando un mensaje en relación con la actividad dinámica, ingresa a la sala de Book Creator: https://read.bookcreator.com/AbWyFwyblQNya28P9bn14rHTjzb2/6ZhjxY29Qly9tHjIOT8rA .		grupo que exponga el mensaje del grupo.		
socialización	Califica la producción de los alumnos mediante una lista de cotejo para asignar la nota correspondiente.	Por grupo realizarán un video short para YouTube dirigido a la población vulnerable.	Grabar y editar video con FlexClip, enlace: https://www.flexclip.com/es/share/60374442220371ead9982ac6992e90b585e6aa3.html .	1h	La exposición del video presenta el mensaje de la actividad dinámica.	Luego difundir en redes sociales.	Gloria Huarcaya García

Actividad Dinámica

¿QUÉ ES UNA BUENA VIDA?

Utilizando las imágenes del rotafolio para esta sesión, solicitar una “lluvia de ideas” de los participantes: ¿qué podría significar una vida buena para cada persona representada en los dibujos?

Después de esta lluvia de ideas, se pedirá que cada participante y su cuidador tomen un momento para conversar entre sí cómo definen “**una vida buena**” para sí mismos en este momento.

Al final solicitar que cada persona explique en una sola frase, lo que les explicó su pareja.



1.17 **MÓDULO 2: Rol del cuidador en casa.**

Secuencia didáctica	Rol del docente	Rol del estudiante	Recursos	Tiempo	Rol del estudiante	Evidencias	Responsable
autoaprendizaje	Facilita el PDF de lectura en medio impreso y digital. Facilita los artículos de revisión.	Lectura del documento, toma notas, crea un organizador visual	Video N° 01: El rol del cuidador del paciente con cáncer, enlace: https://youtu.be/NYBFLs9tX6k. Video N° 02: Recomendaciones de un paciente con cáncer, enlace: https://youtu.be/9YQq_M5Pqw. Artículo: Cuidadores de personas con cáncer: cómo cuidarse a sí mismo (última revisión 9 de junio de 2022), disponible en: https://www.cdc.gov/spanish/cancer/survivors/caregivers/caring-for-yourself.htm. Blog: Rol del cuidador, enlace: https://www.asmetasalud.com/blog/rol-del-cuidador.	2h	Lectura del documento, toma notas, y sintetiza las ideas principales al crear un organizador visual.	Elaborar las respuestas en Padlet, enlace: https://padlet.com/gloriahuarcaya1/una-lista-de-repuesta-hasta-10-t9lujbhxj6w7tfn0. Y responde: - Explique qué entiende por Rol del cuidador en caso. ¿Qué entiende por el cuidado físico? Criterios para la evaluación: Se está evaluando la capacidad de análisis y de síntesis del alumno.	Gloria Huarcaya García

			Guía: Instructivo de enfermería para educar a cuidadores en cuidados paliativos oncológicos. Módulo 02: página 26-42, enlace: https://media.path.org/documents/Instructivo Enfermer%C3%ADa para Educar a Cuidadores en Cuidados Paliativos Oncol%C3%B3gicos.pdf? gl=1*c6m2fm*_gc1au*MzUxNjQ1MjQ2LjE3MTUxMTY5OTE.*_ga*Nzc4NzMwNDY4LjE3MDY0NjM3OTA.*_ga_YBSE7ZKDQM*MTcxNjcwNTYzMS4xNi4wLjE3MTY3MDU2MzEuNjAuMC4w .				
co-aprendizaje	Crea una sala de zoom y forma grupos de trabajo. Utiliza la página https://calcular.me/formar-equipos-al-azar . Para formar grupos al azar.	Ingresa a la sala de zoom para debatir sobre la actividad dinámica.	Ingresar a sala de zoom: https://www.zoom.us/es/signin#/login . Los participantes discutirán en sala de zoom en grupos de 4 alumnos. Discusión, análisis y respuesta de la actividad dinámica.	45 min	Forma de grupos de discusión en relación con la actividad dinámica. Cada uno expone la respuesta de su pareja.	En el Jamboard se presenta una lluvia de ideas, enlace: https://jamboard.google.com/d/1tx-d0TQY9duUPDNyR8R5e1zOWD1IYToaKxp-34yVcQ/edit?usp=sharing .	Gloria Huarcaya García

	Crea un video ayuda de Book Creator, para que participación de forma asincrónica.	Análisis actividad dinámica y participa en la sala de Book Creator. Expresa sus opiniones y responde a los compañeros.	Resumir en un solo mensaje la respuesta de Grupo. Participa enviando un mensaje con relación a la actividad dinámica planteada e ingresa a la sala Book Creator: https://read.bookcreator.com/AbWyFwyblQNYa28P9bn14rHTjzb2/6ZhjxY29Qly9tlHjlOT8rA .	2h	Elegir un líder del grupo que exponga el mensaje del grupo.		Gloria Huarcaya García
socialización	Califica la producción de los alumnos mediante una lista de cotejo para asignar la nota correspondiente.	Por grupo realizarán un video short para YouTube basado en la creación de un spot publicitario dirigido a la población	Grabar y editar video con FlexClip, enlace: https://www.flexclip.com/es/template/ .	1 h	La exposición del video presenta el mensaje de respuesta a la actividad dinámica.	Luego difundir en redes sociales.	Gloria Huarcaya García

		vulnerabl e.					
--	--	-----------------	--	--	--	--	--

ACTIVIDAD DINÁMICA

1. Con apoyo del Rotafolio Cuidados Paliativos - PAHT (link:

https://media.path.org/documents/PDF_ROTAFOLIO_CUIDADOS_PALIATIVOS.pdf?_gl=1*7ui2dw*_gcl_au*MzUxNjQ1MjQ2LjE3MTUxMTY5OTE.*_ga*Nzc4NzMwNDY4LjE3MDY0NjM3OTA.*_ga_YBSE7ZKDQM*MTcxNjcwNTYzMS4xNi4wLjE3MTY3MDU2MzEuNjAuMC4w), observa y analiza la

siguiente figura.

2. Coloca en el Padlet una lluvia de ideas sobre el rol del cuidador en casa.
3. Elabora un mensaje por cada grupo que será emitido en un video de 5-6 min a través de la plataforma YouTube.



1.18 **MÓDULO 3: Manejo del dolor, síntomas comunes y efectos secundarios**

Secuencia didáctica	Rol del docente	Rol del estudiante	Recursos	Tiempo	Rol del estudiante	Evidencias	Responsable
autoaprendizaje	Facilita el PDF de lectura en medio impreso y digital. Facilita los artículos de revisión.	Lectura del documento, toma notas, crea un organizador visual.	Video N° 01: Criterios clínicos de la enfermedad terminal, enlace: https://youtu.be/DEwct184E0E?feature=shared. Video N° 02: Fisiopatología y clasificación del dolor en el paciente oncológico, enlace: https://youtu.be/DTCbaC5Vz7s?feature=shared Video N° 03: Manejo de síntomas gastrointestinales en cuidados paliativos, enlace: https://youtu.be/YbV5geLQy1U?feature=share Entrevista: Cáncer en Perú: ¿Qué es el cuidado paliativo?, enlace: https://www.facebook.com/watch/?v=2142755736071673.	2h	Lectura del documento, toma notas, y sintetiza las ideas principales al crear un organizador visual.	En el Padlet, enlace: https://padlet.com/gloriahuarcaya1/una-lista-de-repuesta-hasta-10-t9lujbhxj6w7tfn0 Responda el siguiente foro: a. De acuerdo con la información brindada, ¿Qué opinión le merece el manejo multidisciplinario?	Gloria Huarcaya García

			Guía: Instructivo de enfermería para educar a cuidadores en cuidados paliativos oncológicos. Módulo 03: página 45-60, disponible: https://media.path.org/documents/Instructivo_Enfermer%C3%ADa_para_Educar_a_Cuidadores_en_Cuidados_Paliativos_Oncol%C3%B3gicos.pdf?_gl=1*c6m2fm*_gcl_au*MzUxNjQ1MjQ2LjE3MTUxMTY5OTE.*_ga*Nzc4NzMwNDY4LjE3MDY0NjM3OTA.*_ga_YBSE7ZKDM*MTcxNjcwNTYzMS4xNi4wLjE3MTY3MDU2MzEuNjAuMC4w. PDF: Manejo de los síntomas más frecuentes en cuidados paliativos, enlace: https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/MANEJO-DE-SINTOMAS-GALVE.pdf. Manual de cuidados paliativos para M.I.R Desde página: 29-54, enlace: https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/MANUAL-RESIDENTES-MEDICINA-PALIATIVA-final1.pdf.		plinario del servicio de Medicina paliativa del INEN? Criterios para la evaluación: Se está evaluando el manejo de información, capacidad de síntesis y el discernimiento del alumno.	
--	--	--	--	--	--	--

co-aprendizaje	Crea una sala de zoom y forma grupos de trabajo. Utiliza la página https://calcular.me/formar-equipos-al-azar. Para formar grupos al azar.	Ingresa a la sala de zoom para discutir la actividad dinámica.	Ingresar a sala de zoom: https://www.zoom.us/es/signin#/login. Dividir en participantes 02 grupos. Discusión, análisis y respuesta a la actividad dinámica.	45 min	Formación de grupos discusión actividad dinámica. Cada uno expone la respuesta de su pareja.	En el Jamboard presenta las respuestas de la actividad dinámica y un líder expondrá los conceptos principales, enlace: https://jamboard.google.com/d/1tx-d0TQY9duUPDNyR8R5ei1zOWD1IYToaKxp-34yVcQ/edit?usp=sharing.	Gloria Huarcaya García
	Crea un video en la sala de Book Creator, para que participación de forma asincrónica.	Participa en el análisis de la actividad dinámica, ingresa a la sala de Book Creator, registra sus opiniones y	Resumir y emitir los conceptos principales de la actividad dinámica y participa enviando un mensaje. Ingresa a la sala Book Creator: https://read.bookcreator.com/AbWyFwyblQNYa28P9bn14rHTjzb2/6ZhjxY29Qly9tlHjLOT8rA.	2h	Elegir un líder del grupo que exponga el mensaje del grupo.		Gloria Huarcaya García

		responde las preguntas de sus compañeros.					
socialización	Califica la producción de los alumnos mediante una lista de cotejo para asignar la nota correspondiente.	Por grupo realizarán un video short para YouTube dirigido a la población vulnerable.	Grabar y editar video con FlexClip, enlace: https://www.flexclip.com/es/template/ .	1h	La exposición del video expone con el mensaje de la actividad dinámica.	Luego difundir en redes sociales.	Gloria Huarcaya García

ACTIVIDAD DINÁMICA

1. Con apoyo del Rotafolio Cuidados Paliativos - PAHT (enlace: https://media.path.org/documents/PDF_ROTAFOLIO_CUIDADOS_PALIATIVOS.pdf?_gl=1*7ui2dw*_gcl_au*MzUxNjQ1MjQ2LjE3MTUxMTY5OTE.*_ga*Nzc4NzMwNDY4LjE3MDY0NjM3OTA.*_ga_YBSE7ZKDQM*MTcxNjcwNTYzMS4xNi4wLjE3MTY3MDU2MzEuNjAuMC4w), identifique y describa los síntomas que se presentan en los pacientes oncológicos en cuidados paliativos.
2. Elabore una presentación y exponga.
3. Elabora un mensaje por cada grupo que será emitido en un video de 5-6 min por la plataforma YouTube.

1.19 MÓDULO 4: MANEJO DE MEDICAMENTOS

Secuencia didáctica	Rol del docente	Rol del estudiante	Recursos	Tiempo	Rol del estudiante	Evidencias	Responsable
autoaprendizaje	Facilita el PDF de lectura en medio impreso y digital. Facilita los artículos de revisión.	Lectura del documento, toma notas, crea un organizador visual.	Video N° 01: Manejo del dolor en cáncer (minuto 29- 56), enlace: https://youtu.be/jh-YMg6lX_I?feature=shared. Video N° 02: Uso de opioides en cáncer, enlace: https://youtu.be/VwfHtFxqiA0?feature=shared Guía: Instructivo de enfermería para educar a cuidadores en cuidados paliativos oncológicos. Modulo 04: página 64-73, enlace: https://media.path.org/documents/Instructivo Enfermer%C3%ADa para Educar a Cuidadores en Cuidados Paliativos Oncol%C3%B3gicos.pdf?_gl=1*c6m2fm*_gcl_au*MzUxNjQ1MjQ2LjE3MTUxMTY5OTE.*_ga*Nzc4NzMwNDY4LjE3MDY0NjM3OTA.*_ga_YBSE7ZKDQM*MTcxNjcwNTYzMS4xNi4wLjE3MTY3MDU2MzEuNjAuMC4w.	2h	Lectura del documento, toma notas, y sintetiza las ideas principales al crear un organizador visual.	En el Padlet, enlace: https://padlet.com/gloriahuarcaya1/una-lista-de-repuesta-hasta-10-t9lujbhxj6w7tfn0. Elaborar un rotafolio para construir una sesión educativa que: a. ¿Explique qué entiende por los mitos y verdades de la	Gloria Huarcaya García

			Manual de cuidados paliativos para M.I.R Desde página 29-54, enlace: https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/MANUAL-RESIDENTES-MEDICINA-PALIATIVA-final1.pdf .			morfina ? Criterios para la evaluación: Se está evaluando el manejo de información, y la capacidad de síntesis del alumno	
Coaprendizaje	Crea una sala de zoom y forma grupos de trabajo. Utiliza la página https://calcular.me/formar-equipos-al-azar . Para formar grupos al azar.	Ingresa a la sala de zoom para discutir la actividad dinámica.	Ingresar a sala de zoom: https://www.zoom.us/es/signin#/login . Dividir en participantes 02 grupos. Discusión, análisis y respuesta a la actividad dinámica.	45 m in	Participa en los grupos de discusión sobre la actividad dinámica. Y expone la respuesta de su pareja.	En el Jamboard se registra las respuestas de la actividad dinámica. Un líder expondrá los conceptos principales, enlace: https://jamboard.google.com/d/1tx-d0TQY9duUPDNyR8R5ei1zOWD1IYToaK	Gloria Huarcaya García

						xp-34yVcQ/edit?usp=sharing.	
	Crea un video con ayuda de Book Creator, para que participación de forma asincrónica.	Participa en la actividad dinámica ingresando a la sala de Book Creator, registra sus respuestas e intercambia opiniones con sus compañeros.	Participa y responde la actividad dinámica. Y elabore un video donde exprese los conceptos principales. Ingresa a la sala Book Creator: https://read.bookcreator.com/AbWyFwyblQNYa28P9bn14rHTjzb2/6ZhjxY29Qly9tlHjlOT8rA .	2h	Elegir un líder del grupo que exponga el mensaje del grupo.		Gloria Huarcaya García
socialización	Califica la producción de los alumnos mediante una lista de cotejo para asignar la	Por grupo realizarán un video short para YouTube basado en	Grabar y editar video con FlexClip, enlace: https://www.flexclip.com/es/template/ .	1 h	La exposición del video expone con el mensaje de	Luego difundir en redes sociales.	Gloria Huarcaya García

	nota correspondiente.	la creación de un spot publicitario dirigido a la población vulnerable.			la presentación.		
--	-----------------------	---	--	--	------------------	--	--

ACTIVIDAD DINÁMICA

1. Con apoyo del Rotafolio PAHT (enlace: https://media.path.org/documents/PDF_ROTAFOLIO_CUIDADOS_PALIATIVOS.pdf?_gl=1*7ui2dw*_gcl_au*MzUxNjQ1MjQ2LjE3MTUxMTY5OTE.*_ga*Nzc4NzMwNDY4LjE3MDY0NjM3OTA.*_ga_YBSE7ZKDQM*MTcxNjcwNTYzMS4xNi4wLjE3MTY3MDU2MzEuNjAuMC4w), identifique y describa tres usos de los medicamentos utilizados en el manejo de los pacientes oncológicos en Cuidados Paliativos.
2. Elabore una presentación y exponga.
3. Elabora un mensaje por cada grupo que será emitido en un video de 5-6 min por la plataforma YouTube.



La morfina

MITOS

- La morfina produce adicción en el paciente con dolor.
- La morfina se usa cuando ya el paciente va a morir.

VERDADES

- La morfina alivia el dolor por cáncer.
- La morfina se puede usar en cualquier etapa de la enfermedad.



Las analgésicos Opioides como la morfina deben usarse con precaución.

1.20 MÓDULO 5: FINAL DE LA VIDA

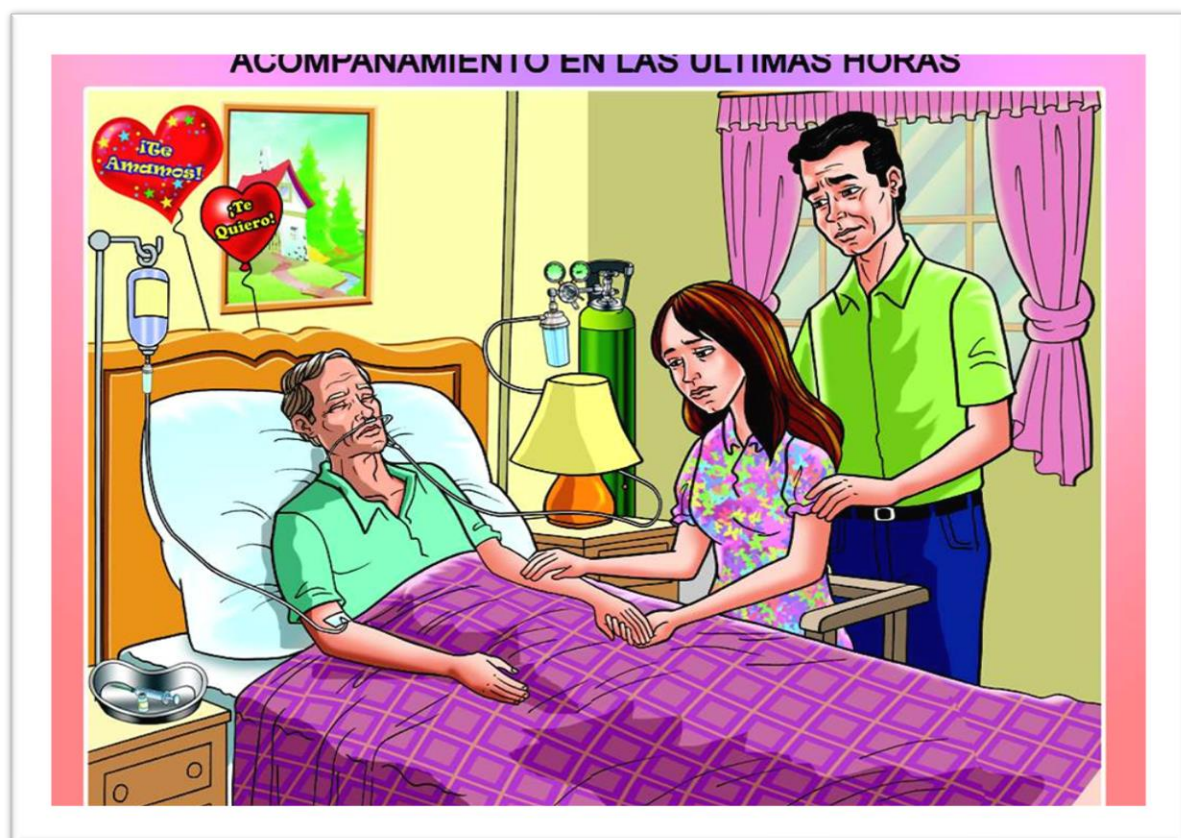
Secuencia didáctica	Rol del docente	Rol del Estudiante	Recursos	Tiempo	Rol del estudiante	Evidencias	Responsable
autoaprendizaje	Facilita el PDF de lectura en medio impreso y digital. Facilita los artículos de revisión.	Lectura del documento, toma notas, crea un organizador visual.	Video N° 01: Agonía y sedación paliativa, enlace: https://youtu.be/4bitaE2oFZM?feature=shared. Video N° 02: Acompañamiento en la última agonía, enlace: https://youtu.be/eLY62O5bPQ0?feature=shared. guía: Instructivo de enfermería para educar a cuidadores en cuidados paliativos oncológicos. Módulo 05: página 74-92, enlace: https://media.path.org/documents/Instructivo_Enfermer%C3%ADa_para_Educar_a_Cuidadores_en_Cuidados_Paliativos_Oncol%C3%B3gicos.pdf?_gl=1*c6m2fm*_gcl_au*MzUxNjQ1MjQ2LjE3MTUxMTY5OTE.*_ga*Nzc4NzMwNDY4LjE3MDY0NjM3OTA.*_ga_YBSE7ZKDQM*MTcxNjcwNTYzMS4xNi4wLjE3MTY3MDU2MzEuNjAuMC4w. MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA M.I.R	2h	Lectura del documento, toma notas, y sintetiza las ideas principales al crear un organizador visual	En el Padlet enlace: https://padlet.com/gloriahuarcaya1/una-lista-de-repuesta-hasta-10-t9lujbhxxj6w7tfn0 Responder el siguiente foro: ¿Qué entiende por acompañamiento espiritual? Criterios para la evaluación: Se está evaluando el manejo de	Gloria Huarcaya García

			Desde página 77-82, enlace: https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/MANUAL-RESIDENTES-MEDICINA-PALIATIVA-final1.pdf .			información, la creatividad del estudiante y capacidad de síntesis del alumno.	
co-aprendizaje	Crea una sala de zoom y forma grupos de trabajo. Utiliza la página https://calcular.me/formar-equipos-al-azar . Para formar grupos al azar.	Ingresa a la sala de zoom para debatir sobre la actividad dinámica.	Ingresar a sala de zoom: https://www.zoom.us/es/signin#/login Dividir en participantes 02 grupos. Discusión, análisis y respuesta a la actividad dinámica.	45 min.	Debate sobre la actividad dinámica en los grupos de zoom y expone la respuesta de su pareja.	En el Jamboard se registra las respuestas de la actividad dinámica y un líder expondrá los conceptos principales, enlace: https://jamboard.google.com/d/1tx-d0TQY9duUPDNyR8R5ei1zOWD1IYToaKxp-34yVcQ/edit?usp=sharing .	Gloria Huarcaya García
	Crea un video en la sala de Book Creator, para que	Participa en la sala de Book Creator,	Participa enviando un mensaje con relación a la actividad dinámica planteada.	2h	Elegir un líder del grupo que exponga el		Gloria Huarcaya García

	participación de forma asincrónica.	registra sus opiniones y debate con sus compañeros.	Ingresa a la sala Book Creator: https://read.bookcreator.com/AbWyFwyblQNYa28P9bn14rHTjzb2/6ZhjxY29Qly9tHjlOT8rA .		mensaje del grupo.		
Socialización	Califica la producción de los alumnos mediante una lista de cotejo para asignar la nota correspondiente.	Por grupo realizarán un video short para YouTube dirigido a la población vulnerable.	Grabar y editar video con FlexClip, enlace: https://www.flexclip.com/es/template/ .	1h	La exposición del video expone con el mensaje de la actividad dinámica.	Luego difundir en redes sociales.	Gloria Huarcaya García

ACTIVIDAD DINÁMICA

1. Con apoyo del Rotafolio PAHT (enlace: https://media.path.org/documents/PDF__ROTAFOLIO_CUIDADOS_PALIATIVOS.pdf?_gl=1*7ui2dw*_gcl_au*MzUxNjQ1MjQ2LjE3MTUxMTY5OTE.*_ga*Nzc4NzMwNDY4LjE3MDY0NjM3OTA.*_ga_YBSE7ZKDQM*MTcxNjcwNTYzMS4xNi4wLjE3MTY3MDU2MzEuNjAuMC4w, describa la labor de acompañamiento del cuidador en la agonía.
2. Elabore una presentación y exponga.
3. Elabora un mensaje por cada grupo que será emitido en un video de 5-6 min por la plataforma YouTube.



RESPETANDO LOS DESEOS DEL SER QUERIDO



Mis deseos son:

- Morir en mi casa.
- Que no me coloquen sondas.
- Estar con mi familia.
- Quiero que me vistan con esta ropa.

1.3. 1.3 Trabajo 3 : CARTA AL EDITOR: Necesidad de expansión de los cuidados paliativos oncológicos en regiones rurales del Perú

Gloria Huarcaya García.

Mg. José Luis Rojas Vilca

Mg. Tatiana Vidaurre Rojas

***Maestría Docencia e Investigación en Oncología Medica, Universidad Peruana
Cayetano Heredia, Lima, Perú***

1.21 Presentación:

La creciente demanda de cuidados paliativos ha sido reflejada como una necesidad urgente dentro de la atención sanitaria global. Anualmente, más de 56.8 millones de personas en el mundo requieren estos cuidados, cifra que continúa incrementándose debido al envejecimiento poblacional y a la prevalencia de enfermedades crónicas (23). A pesar de que un 67.1% de las personas que necesitan cuidados paliativos corresponde a adultos mayores, una proporción significativa no tiene acceso a los servicios requeridos. La situación ha sido considerada particularmente crítica en países de ingresos bajos y medianos (PIBM), donde reside el 76% de quienes requieren estos cuidados. (24)

Las enfermedades no transmisibles, tales como el cáncer, la diabetes y las afecciones cardiovasculares, generan una proporción considerable de muertes a nivel mundial, acompañadas de un sufrimiento que podría ser mitigado mediante cuidados paliativos adecuados. No obstante, se ha identificado que más del 80% de

las personas que requieren estos cuidados residen en países donde el acceso resulta extremadamente limitado o inexistente (20) (19).

Desde la fundación del St Christopher's Hospice en Londres, llevada a cabo por Cicely Saunders en 1967, los cuidados paliativos han experimentado una notable evolución. Saunders introdujo un modelo de atención integral que abordaba no solo el alivio del dolor, sino también el apoyo emocional, social y espiritual para los pacientes y sus familias. Este enfoque transformó la forma en que se comprende y proporciona la atención al final de la vida.

El término "cuidados paliativos" fue formalizado por Balfour Mount en 1974, a partir de su experiencia en el St Christopher's Hospice. Posteriormente, en 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó una definición formal que destacó la importancia de mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familias mediante el alivio del sufrimiento. En 2002, dicha definición fue ampliada para incluir todas las etapas de la enfermedad, no solo la fase terminal, subrayándose la relevancia de la prevención y el tratamiento temprano de problemas físicos, psicológicos y espirituales.

En la 67ª Asamblea Mundial de la Salud, realizada en 2014 (25), se reafirmó la necesidad de integrar los cuidados paliativos en los sistemas de salud globales. En este marco, se identificaron barreras significativas, tales como la ausencia de políticas adecuadas, la insuficiencia en la formación de los profesionales de salud y la carencia de medicamentos esenciales. Estas dificultades han sido especialmente críticas en los PIBM, caracterizados por infraestructuras sanitarias deficientes y recursos limitados.

Las desigualdades en el acceso a los cuidados paliativos se presentan como un problema global, manifestándose con mayor intensidad en regiones rurales y de escasos recursos. La Comisión Lancet sobre Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor cuantificó la carga del sufrimiento grave relacionado con la salud (SGRS), documentándose una crisis global que afecta de manera desproporcionada a los PIBM (26). Millones de personas que necesitan cuidados paliativos no tienen acceso a ellos, lo cual resulta en sufrimientos innecesarios tanto en los últimos días de vida como durante el curso de enfermedades crónicas.

Entre las barreras más críticas en la provisión de cuidados paliativos, se ha identificado la distribución desigual de opioides, esenciales para el manejo del dolor en pacientes con enfermedades avanzadas. De las aproximadamente 300 toneladas métricas de opioides equivalentes a la morfina distribuidas anualmente en el mundo, solo una pequeña fracción se destina a países de bajos ingresos. Esta desigualdad refleja no solo una limitación de recursos, sino también la falta de priorización de los cuidados paliativos en las agendas de salud globales. Además, se ha observado que la distribución de opioides tiende a concentrarse en zonas urbanas, lo cual limita el suministro en áreas rurales (27).

Más allá de las barreras económicas

Existen factores culturales, sociales y políticos que dificultan el acceso a cuidados paliativos en zonas rurales y de bajos recursos. El enfoque predominante en los sistemas de atención sanitaria global ha estado centrado en la prolongación de la vida, lo que ha llevado a una subestimación de la relevancia de los cuidados paliativos. Esta priorización ha derivado en una limitada inversión en estos

servicios, a pesar de su impacto crítico en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades avanzadas.

En muchas culturas, la muerte y el proceso de morir permanecen como temas tabúes. Esta resistencia cultural ha sido identificada como una barrera que limita la aceptación y el desarrollo de servicios de cuidados paliativos. Asimismo, en algunas sociedades, el sufrimiento es percibido como una parte natural de la vida o como una prueba espiritual, lo que puede disminuir la demanda de estos servicios y restringir su implementación (28).

Desde una perspectiva política, la falta de voluntad para priorizar los cuidados paliativos constituye un obstáculo considerable. En varios PIBM, los recursos sanitarios se destinan mayoritariamente a servicios considerados más urgentes o que tienen un impacto directo en la productividad económica. En consecuencia, los cuidados paliativos, frecuentemente asociados con la fase terminal de la vida, no reciben la atención ni la financiación necesarias, perpetuando un ciclo de acceso limitado en las comunidades más vulnerables.

Estrategias y soluciones propuestas

Diversas estrategias han sido planteadas para abordar la crisis de acceso a los cuidados paliativos. Entre estas, la Comisión Lancet ha sugerido implementar un Paquete Esencial de Cuidados Paliativos que incluya intervenciones eficaces y accesibles a bajo costo. Este paquete, diseñado para ser flexible y adaptable, debería integrarse en los sistemas de salud globales, garantizando su disponibilidad para todas las personas, independientemente de su situación económica. Asimismo, se considera imprescindible que este paquete incluya medicamentos, equipos y

formación especializada para los profesionales de salud, atendiendo las particularidades de las regiones rurales y de bajos recursos.

Adicionalmente, se ha propuesto redefinir y ampliar la definición de cuidados paliativos de la OMS. Este concepto renovado debería eliminar las limitaciones relacionadas con el tiempo o el pronóstico y abarcar todos los niveles del sistema de salud. Se sugiere que los cuidados paliativos formen parte integral de la atención desde el diagnóstico hasta el final de la vida, cubriendo tanto la fase terminal como las etapas avanzadas de enfermedades crónicas.

La garantía de acceso a medicamentos esenciales para el alivio del dolor, como los opioides, se identifica como una prioridad. Para ello, se requieren revisiones y reformas en las políticas y regulaciones que restringen el acceso a estos medicamentos. Asimismo, se enfatiza la importancia de implementar programas educativos dirigidos a los profesionales de salud.

Se destaca, además, la necesidad de fortalecer la formación de los profesionales en cuidados paliativos, particularmente en regiones rurales y de bajos recursos. Dicha capacitación debe incluir el manejo de medicamentos, el alivio del dolor, y el apoyo emocional y espiritual tanto a los pacientes como a sus familias. Se propone, asimismo, que esta formación sea continua y adaptada a las necesidades locales, asegurando que los profesionales estén equipados para brindar una atención paliativa de calidad.

Evolución de los cuidados paliativos en Latinoamérica

En la región de Latinoamérica, los cuidados paliativos enfrentan desafíos significativos, derivados principalmente de las disparidades socioeconómicas y la

desigual distribución de recursos sanitarios. Se estima que aproximadamente 3.5 millones de personas requieren cuidados paliativos anualmente, pero solo el 7.6% tiene acceso a estos servicios. La mayoría de estos servicios se encuentra concentrada en áreas urbanas, lo que amplía la brecha entre las zonas metropolitanas y las regiones rurales (29).

Para mejorar el acceso y la calidad de la atención al final de la vida, especialmente en regiones rurales, se ha considerado esencial integrar los cuidados paliativos en el modelo de atención primaria. Durante la década de 1980, la expansión de estos servicios se inició con la campaña "Alivio del Dolor por Cáncer" promovida por la OMS en 1982. Esta campaña, enfocada inicialmente en el manejo del dolor en pacientes oncológicos, se amplió posteriormente para incluir otras enfermedades crónicas y terminales.

En los años siguientes, países como Brasil, Colombia, Argentina y Uruguay establecieron servicios especializados en cuidados paliativos. Durante la década de 1990 y los primeros años de 2000, países como República Dominicana, Venezuela, Perú, y México consolidaron sus propias iniciativas, reflejando un crecimiento sostenido en la región. A pesar de estos avances, los servicios de cuidados paliativos siguen concentrados en áreas urbanas, dejando a las zonas rurales con una cobertura mínima (30).

Desafíos en la integración de los cuidados paliativos

A pesar de los avances observados en la implementación de cuidados paliativos en Latinoamérica, persisten importantes desafíos, especialmente en la integración de estos servicios en las áreas rurales. Según el *Atlas Mundial de Cuidados Paliativos*

al Final de la Vida de 2014, menos del 1% de la población en Latinoamérica recibe cuidados paliativos adecuados, con una concentración del 97% de los servicios en áreas urbanas. Este panorama refleja una notable falta de acceso en las regiones rurales.

A medida que los países de la región avanzan hacia la cobertura sanitaria universal, se ha identificado la necesidad de incluir los cuidados paliativos como un componente esencial de los sistemas de salud. La OMS ha enfatizado que estos servicios deben integrarse en los planes nacionales de salud no solo como una prioridad de salud pública, sino también como un imperativo de equidad y derechos humanos. Sin embargo, la inversión en este campo es insuficiente frente a la creciente demanda.

Integrar los cuidados paliativos en la atención primaria ha sido considerado fundamental para reducir las desigualdades en el acceso y mejorar la cobertura. Este enfoque propone que los cuidados paliativos no se limiten a la etapa terminal, sino que formen parte de un continuum de atención desde el diagnóstico de enfermedades crónicas o avanzadas.

En las zonas rurales, la integración en la atención primaria presenta ventajas significativas. Entre estas, se destaca la mejora en la accesibilidad y la continuidad de la atención, así como el desarrollo de capacidades locales que permitan formar profesionales preparados para gestionar el cuidado de pacientes con enfermedades avanzadas. Además, esta integración facilita el manejo temprano y preventivo de síntomas, mejorando la calidad de vida de los pacientes y evitando complicaciones

graves que suelen presentarse cuando los cuidados paliativos se introducen tardíamente.

Barreras para la implementación en áreas rurales

La implementación de cuidados paliativos en regiones rurales enfrenta múltiples barreras. Entre las más relevantes se encuentra la desigualdad en la infraestructura de atención primaria, especialmente en áreas donde los recursos son limitados. Para superar este obstáculo, se requiere una inversión significativa en infraestructura, incluyendo la creación de unidades móviles y la mejora de los centros de salud locales (31).

Otro desafío importante ha sido la falta de formación y capacitación en cuidados paliativos para los profesionales de la salud. Se considera indispensable desarrollar programas educativos continuos que estén adaptados a las necesidades locales y que capaciten a los profesionales en el manejo integral de pacientes, tanto en aspectos clínicos como emocionales.

Asimismo, se identifican desafíos relacionados con la financiación y los recursos. La creación de modelos de financiación sostenibles resulta esencial para asegurar el acceso a los recursos necesarios y permitir la expansión de los servicios de cuidados paliativos en las zonas más vulnerables.

En cuanto a las políticas y regulaciones, se ha señalado que la ausencia de normativas claras puede dificultar la integración efectiva de los cuidados paliativos en los sistemas de atención primaria. Por ello, se considera fundamental desarrollar políticas nacionales y regionales que promuevan estos servicios y establezcan directrices claras para su implementación (32).

Por último, se ha identificado como una barrera la falta de conocimiento y la resistencia cultural hacia los cuidados paliativos. Esta situación puede limitar su aceptación e integración, especialmente en comunidades donde prevalecen tabúes asociados al proceso de morir. Para contrarrestar este problema, se han planteado estrategias orientadas a promover la educación y la sensibilización tanto en pacientes como en sus familias y en los profesionales de la salud.

1.22 Situación de los cuidados paliativos en el Perú

En el Perú, la legislación relacionada con cuidados paliativos ha avanzado con la promulgación de la Ley N° 30846 en 2018, la cual establece un plan nacional para enfermedades oncológicas y no oncológicas. Este esfuerzo ha sido complementado por el *Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas 2021-2023*. Sin embargo, se ha identificado que ambos documentos aún no logran garantizar una atención paliativa adecuada ni asegurar la protección efectiva de los pacientes, comprometiendo así su dignidad. (17)

El incremento en la esperanza de vida en el país ha generado un cambio demográfico significativo. Según el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN), se estima que en 2021 había 3.7 millones de personas mayores de 60 años, cifra que se proyecta en 8.7 millones para 2050. Este fenómeno destaca la urgente necesidad de evaluar y fortalecer el sistema de salud, particularmente en lo que respecta a los cuidados paliativos.

Un informe del *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020*, estimó que en 2018 aproximadamente 150,105 personas en Perú requerían cuidados paliativos. Sin embargo, solo el 6.5% de esta población accedió a estos servicios, evidenciando

una brecha significativa en la cobertura. Además, se ha señalado que la mayor parte de los servicios disponibles se concentran en hospitales de tercer nivel ubicados en zonas urbanas, dejando a las regiones rurales con opciones limitadas o inexistentes.

Evaluación del presupuesto asignado a cuidados paliativos

El *Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas en el Perú 2021-2023* incluye un análisis presupuestal que evidencia importantes limitaciones en la asignación y ejecución de recursos para cuidados paliativos, especialmente en regiones rurales. Los datos extraídos de la *Consulta Amigable del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)* muestran marcadas disparidades entre las distintas regiones del país.

Tabla N°1: Presupuesto asignado a la atención de Cuidados Paliativos dentro el programa presupuestal Prevención y Control del Cáncer. Se subraya en amarillo las regiones rurales del Perú, se denota los montos asignados y el avance de ejecución de gasto.

Consulta Amigable (Mensual) Consulta de Ejecución del Gasto Fecha de la Consulta: 13-agosto-2024 Año de Ejecución: 2024 Incluye: Actividades y Proyectos								
TOTAL	240,806,216,645	257,376,072,736	216,328,695,934	188,970,070,732	142,603,021,953	124,752,730,168	120,668,980,018	48.5
Categoría Presupuestal 0024: PREVENCIÓN Y CONTROL DEL	1,248,697,232	1,591,316,620	1,319,964,050	1,137,466,592	977,339,806	843,027,388	831,663,620	53.0
Producto/Proyecto 3000819: PERSONA ATENDIDA CON	12,383,148	14,729,546	12,614,983	11,631,414	7,699,477	7,458,813	7,351,518	50.6
Nivel de Gobierno R: GOBIERNOS REGIONALES	6,630,415	8,034,556	6,376,423	5,873,270	3,746,821	3,622,330	3,542,509	45.1
Sector 99: GOBIERNOS REGIONALES	6,630,415	8,034,556	6,376,423	5,873,270	3,746,821	3,622,330	3,542,509	45.1
Departamento (Meta)	PIA	PIM	Certificación	Compromiso Anual	Ejecución			Avance %
					Atención de	Devengado	Girado	
ANCASH	487,151	678,579	535,726	332,378	332,378	332,072	304,182	48.9
APURIMAC	34,258	139,387	101,191	101,191	101,191	82,891	82,891	59.5
AREQUIPA	711,551	724,346	439,495	439,495	435,094	434,133	425,698	59.9
AYACUCHO	54,968	188,560	88,861	84,862	81,982	51,982	51,982	27.6
CAJAMARCA	8,228	12,824	9,966	9,966	9,516	9,516	9,516	74.2
PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO	20,800	101,265	21,750	5,150	5,150	5,150	5,150	5.1
CUSCO	497,087	511,462	492,892	492,892	103,031	102,971	101,758	20.1
HUANCAYELICA	1,100	600	0	0	0	0	0	0.0
ICA	1,007,259	1,101,415	1,053,683	1,053,683	646,898	594,466	593,670	54.0
JUNIN	277,845	486,040	472,067	472,067	286,276	286,090	286,090	58.9
LA LIBERTAD	1,135,008	1,733,191	1,340,890	1,098,089	510,216	509,567	497,285	29.4
LAMBAYEQUE	440,895	471,049	463,249	451,710	349,550	339,550	339,083	72.1
LIMA	563,402	669,696	640,416	635,430	356,658	355,638	347,218	53.1
LORETO	18,152	18,152	15,999	15,999	15,999	15,999	15,999	88.1
MADRE DE DIOS	141,949	171,800	148,296	141,677	79,493	73,385	73,385	42.7
PIURA	519,551	517,486	119,248	119,248	119,202	116,918	106,458	22.6
PUNO	178,329	203,289	181,247	170,027	99,956	98,050	93,461	48.2
SAN MARTIN	0	44,316	0	0	0	0	0	0.0
TACNA	485,648	213,865	213,864	211,824	200,606	200,326	196,600	93.7
TUMBES	43,460	43,460	37,583	37,583	13,624	13,624	12,084	31.3
UCAYALI	3,774	3,774	0	0	0	0	0	0.0

Fuente: Consulta Amigable MEF. 31 de julio 2024.

En la **Tabla N°1**, se presentan los montos asignados a la atención de cuidados paliativos dentro del programa presupuestal de prevención y control del cáncer. Se observa que las regiones rurales, como Huancavelica y Ayacucho, presentan una baja ejecución del gasto asignado. Esto sugiere una dificultad tanto en la distribución como en la implementación de los recursos disponibles, lo que afecta directamente la cobertura y calidad de los servicios ofrecidos en estas áreas.

Tabla N°2: Presupuesto asignado a la atención de Cuidados Paliativos dentro el programa presupuestal Prevención y Control del Cáncer. Departamento de Ayacucho, avance del presupuesto asignado 27.6%, en su mayor porcentaje asignado al Hospital regional de Ayacucho donde se utiliza el 92% del mismo para contratación de personal.

Consulta Amigable (Mensual)									
Consulta de Ejecución del Gasto									
Fecha de la Consulta: 13-agosto-2024									
Año de Ejecución: 2024									
Incluye: Actividades y Proyectos									
TOTAL	240,806,216,645	257,376,072,736	216,328,695,934	188,970,070,732	142,603,021,953	124,752,730,168	120,668,980,018	48.5	
Categoría Presupuestal 0024: PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER	1,248,697,232	1,591,316,620	1,319,964,050	1,137,466,592	977,339,806	843,027,388	831,663,620	53.0	
Producto/Proyecto 3000819: PERSONA ATENDIDA CON CUIDADOS	12,383,148	14,729,546	12,614,983	11,631,414	7,699,477	7,458,813	7,351,518	50.6	
Nivel de Gobierno R: GOBIERNOS REGIONALES	6,630,415	8,034,556	6,376,423	5,873,270	3,746,821	3,622,330	3,542,509	45.1	
Sector 99: GOBIERNOS REGIONALES	6,630,415	8,034,556	6,376,423	5,873,270	3,746,821	3,622,330	3,542,509	45.1	
Departamento (Meta) 05: AYACUCHO	54,968	188,560	88,861	84,862	81,982	51,982	51,982	27.6	
Función 20: SALUD	54,968	188,560	88,861	84,862	81,982	51,982	51,982	27.6	
División Funcional 044: SALUD INDIVIDUAL	54,968	188,560	88,861	84,862	81,982	51,982	51,982	27.6	
Actividad/Acción de Inversión/Obra 5006032: ATENCIÓN CON	53,968	53,968	49,195	45,196	43,996	43,996	43,996	81.5	
Grupo Funcional 0097: ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA	53,968	53,968	49,195	45,196	43,996	43,996	43,996	81.5	
Pliego 444: GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE	53,968	53,968	49,195	45,196	43,996	43,996	43,996	81.5	
Unidad Ejecutora 401-1024: REGIÓN AYACUCHO-HOSPITAL	53,968	53,968	49,195	45,196	43,996	43,996	43,996	81.5	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD									
Cantidad: 100.0									
Unidad de Medida: PERSONA ATENDIDA									
Avance Físico: 46 (46.0 %)	53,968	53,968	49,195	45,196	43,996	43,996	43,996	81.5	
Fuente de Financiamiento 1: RECURSOS ORDINARIOS	53,968	53,968	49,195	45,196	43,996	43,996	43,996	81.5	
Rubro 00: RECURSOS ORDINARIOS	53,968	53,968	49,195	45,196	43,996	43,996	43,996	81.5	
Tipo de Recurso 0: RECURSOS ORDINARIOS	53,968	53,968	49,195	45,196	43,996	43,996	43,996	81.5	
Genérica 5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	49,968	49,968	45,196	45,196	43,996	43,996	43,996	88.0	
Sub-Genérica 1: RETRIBUCIONES Y COMPLEMENTOS EN EFECTIVO	45,941	45,941	42,359	41,159	41,159	41,159	41,159	89.6	
Detalle Sub-Genérica 13: CONTRATO ADMINISTRATIVO DE	44,741	44,741	41,159	41,159	41,159	41,159	41,159	92.0	
Específica 1: CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS	44,741	44,741	41,159	41,159	41,159	41,159	41,159	92.0	
Detalle Específica	PIA	PIM	Certificación	Compromiso Anual	Ejecución			Avance %	
					Atención de	Devenzado	Girado		
1: CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS - INDETERMINADO	0	44,741	41,159	41,159	41,159	41,159	41,159	92.0	
2: CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS - TRANSITORIO	44,741	0	0	0	0	0	0	0.0	

Fuente: Consulta Amigable MEF. 31 de julio 2024.

La **Tabla N°2**, que detalla la asignación presupuestal para el departamento de Ayacucho, refleja que un 92% del presupuesto destinado se utiliza para la contratación de personal, mientras que apenas el 8% se destina a la atención domiciliaria a través de las redes de salud. Esta distribución indica una priorización en el componente administrativo y recursos humanos, dejando una proporción limitada para la adquisición de medicamentos y equipos médicos esenciales.

Tabla N°3: Presupuesto asignado a la atención de Cuidados Paliativos dentro el programa presupuestal Prevención y Control del Cáncer. Departamento de Ayacucho, presupuesto asignado a la atención de cuidados paliativos domiciliarios con avance 8.4%, asignado a las redes de salud de Ayacucho donde está comprometido y devengado menos del 10% a medicamentos y equipos médicos.

[illegible]

Fuente: Consulta Amigable MEF. 31 de julio 2024.

Por su parte, la **Tabla N°3** profundiza en el análisis del presupuesto de Ayacucho, destacando que menos del 10% de los recursos asignados ha sido comprometido y devengado para medicamentos y equipos médicos necesarios en la atención domiciliaria. Este bajo porcentaje subraya una importante carencia en la implementación de estrategias que permitan garantizar un servicio efectivo en comunidades rurales.

Se concluye que, aunque el plan nacional contempla medidas para abordar las necesidades de cuidados paliativos, las brechas presupuestales y las dificultades en la ejecución del gasto afectan de manera desproporcionada a las zonas más vulnerables del país.

Impacto de la ruralidad en el acceso a cuidados paliativos

El censo de población y vivienda de 2017, realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), indica que los departamentos con mayor índice de ruralidad incluyen Huancavelica, Cajamarca, Amazonas y Ayacucho, entre otros. Estas áreas concentran un 61.7% de la población rural del país, lo que representa un desafío significativo para la provisión de servicios de cuidados paliativos.

A pesar de las necesidades identificadas en estas regiones, el análisis de los cuadros presupuestales demuestra que la asignación y ejecución del gasto no ha sido proporcional a las demandas. Esta situación perpetúa las desigualdades en el acceso a los cuidados paliativos, dejando a una gran parte de la población sin los servicios necesarios para aliviar su sufrimiento y mejorar su calidad de vida.

Se recomienda que los próximos planes estratégicos incluyan mecanismos más efectivos para asegurar una distribución equitativa de los recursos. Asimismo, se considera fundamental priorizar la capacitación del personal de salud en áreas rurales y garantizar el acceso a medicamentos esenciales como los opioides, que son imprescindibles para el manejo adecuado del dolor y otros síntomas.

Propuestas para la mejora de los cuidados paliativos en Perú

El "Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicas 2021-2023" propone medidas específicas orientadas a superar las deficiencias identificadas en la cobertura y calidad de los servicios. Entre estas, destacan la creación de normativas específicas, el desarrollo de indicadores y mecanismos para garantizar una financiación sostenible, así como la recopilación sistemática de información relevante. Además, se sugiere fortalecer la comunicación entre los profesionales de la salud y priorizar la formación académica en las facultades de ciencias de la salud.

En términos de acceso a medicamentos, se ha señalado la necesidad de mejorar la disponibilidad de opioides y otros insumos esenciales, especialmente en regiones rurales. Para ello, se recomienda reformar las políticas actuales que limitan su distribución y uso, además de implementar programas educativos que reduzcan el estigma asociado a su empleo en el manejo del dolor.

Impacto de la telemedicina en los cuidados paliativos

En respuesta a los desafíos logísticos que enfrentan los pacientes en áreas rurales, se ha promovido la implementación de herramientas tecnológicas, como la telemedicina. En el contexto peruano, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) ha adoptado un modelo de atención paliativa que integra la teleorientación y la telemedicina para mejorar el acceso a los servicios en regiones alejadas (31) (33).

El uso de telemedicina en cuidados paliativos permite superar barreras relacionadas con la distancia geográfica, la falta de transporte y las limitaciones de infraestructura. Estudios recientes, como el de Sánchez-Cárdenas et al. (2022) (4),

destacan que este modelo debe incluir cuatro aspectos clave: la identificación de pacientes candidatos, la selección de la modalidad de telemedicina más adecuada, el acuerdo con pacientes y cuidadores sobre las necesidades específicas de cuidados paliativos, y la evaluación continua de la efectividad de las intervenciones.

Sin embargo, para garantizar el éxito de esta herramienta, se requiere superar limitaciones logísticas, económicas y de conectividad, especialmente en las zonas rurales donde los recursos tecnológicos son escasos. Además, se recomienda expandir la fuerza laboral especializada y desarrollar políticas que promuevan la equidad en el acceso a la telemedicina.

Avances normativos y pendientes en Perú

A nivel legislativo, la Ley N° 30846, promulgada en 2018, representa un avance significativo en la institucionalización de los cuidados paliativos en el Perú. Sin embargo, su implementación ha sido limitada debido a la falta de normativas detalladas y a la insuficiente capacidad operativa del sistema de salud.

En 2021, el Perú ratificó la Convención Interamericana de Derechos Humanos de las Personas Mayores, que exige a los Estados miembros establecer sistemas integrales de cuidados paliativos. Posteriormente, se aprobó la Resolución Ministerial N° 939-2021/MINSA, la cual establece lineamientos para mejorar la respuesta del sistema de salud ante la creciente demanda de estos servicios. A pesar de estos esfuerzos, las regiones rurales son las más afectadas por la falta de cobertura y recursos adecuados.

1.23 Recomendaciones finales

Para garantizar un acceso universal a cuidados paliativos en el Perú, se considera imprescindible adoptar un enfoque integral que aborde las desigualdades existentes.

Entre las acciones prioritarias se incluyen las acciones de la Tabla N° 4::

1. Fortalecer la infraestructura sanitaria en regiones rurales

Las revisiones de Aregay et al. y Cai et al. (34) (31) destacan que los sistemas de salud en áreas rurales enfrentan deficiencias estructurales significativas, lo cual limita la provisión de cuidados paliativos. Además, se enfatiza que los modelos comunitarios prevalecen como solución, pero dependen de ONG para su sostenibilidad.

En respuesta, se recomienda que los gobiernos nacionales prioricen la creación de infraestructura básica en centros de atención primaria, complementada con modelos de atención domiciliaria y comunitaria. Centros de telemedicina que permitan una atención integral, apoyados por redes locales de salud comunitaria. El modelo del INEN establece la necesidad de articular los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria para garantizar una cobertura integral de cuidados paliativos. En este marco, se propone que: Los establecimientos del nivel I sean fortalecidos mediante la provisión de infraestructura básica y recursos tecnológicos para implementar servicios paliativos en comunidades rurales, conectándose con hospitales de nivel II y III mediante redes integradas. La telemedicina, se incorpora como parte del nivel I para llevar los cuidados paliativos a zonas remotas, articuladas con los niveles superiores para garantizar la continuidad y el escalonamiento de la atención

2. Promover la formación continua de los profesionales de la salud

Mendieta et al., Cai et al. y Aregay et al. (35) (31) (34) identifican que la falta de educación y capacitación en cuidados paliativos representa una barrera significativa para la prestación de servicios en zonas rurales. La alfabetización digital y la formación en tecnologías de atención remota son particularmente cruciales, según los hallazgos de El Sabrouy et al. (36)

El enfoque del INEN subraya la importancia de capacitar al personal en todos los niveles de atención. Se recomienda que:

- Los programas de formación continua incluyan módulos específicos para los profesionales del nivel I sobre el manejo del dolor, estrategias de comunicación y uso de tecnologías de telesalud, complementados con soporte técnico del nivel III.
- Las capacitaciones sean impartidas mediante plataformas virtuales lideradas por los hospitales de nivel III, aprovechando la telemedicina para alcanzar a los equipos locales de salud en regiones rurales
- Se propone que se desarrolle una formación “en cascada” incentivando la formación de “formadores” dentro de las instituciones sanitarias.

3. Garantizar la disponibilidad de medicamentos esenciales

Aregay et al. (34)resaltan que el acceso a medicamentos esenciales como la morfina es limitado en áreas rurales, mientras que Tedder et al. (37)mencionan que las barreras financieras y regulatorias dificultan la provisión de estos insumos.

El modelo RIS del INEN prioriza el acceso equitativo a medicamentos esenciales, como los opioides, en todos los niveles de atención. Se propone que:

- Los niveles I y II sean integrados en una red logística que asegure el suministro constante de medicamentos paliativos, supervisada desde los hospitales de nivel III.
- Se desarrollen protocolos específicos para la gestión y distribución de estos medicamentos en regiones rurales, incluyendo la eliminación de barreras regulatorias y la implementación de subsidios dirigidos a pacientes de bajos recursos

.

4. Fomentar el uso de las herramientas tecnológicas

Según El Sabrouy et al. y Kaufman et al., (36) (38)la telemedicina es una herramienta clave para superar las barreras geográficas en regiones rurales. Sin embargo, las limitaciones de infraestructura tecnológica y alfabetización digital persisten como desafíos.

En el INEN más del 40% de los pacientes que se atienden en el servicio de cuidados paliativos proceden del interior del país, para garantizar la continuidad y accesibilidad de la atención, ha implementado un modelo de atención paliativa que integra el manejo multidisciplinario intrahospitalario con la atención en regiones

rurales a través de herramientas tecnológicas como la telemedicina y la teleorientación.

5. Desarrollar políticas públicas inclusivas

Cai et al. y Aregay et al. (31) (34) enfatizan que los enfoques colaborativos y personalizados son esenciales para mejorar el acceso en zonas rurales. Las políticas actuales a menudo no consideran las particularidades culturales y socioeconómicas de estas comunidades.

El modelo de atención del INEN propone:

- Políticas públicas que prioricen el fortalecimiento de las redes integradas, garantizando una articulación fluida entre los niveles I, II y III. Esto debe incluir directrices claras para la derivación temprana y el manejo colaborativo de los pacientes oncológicos que requieren cuidados paliativos.
- Se asegure que las decisiones de política consideren las preferencias expresadas por los pacientes y sus familias, promoviendo un enfoque centrado en la persona. Esta adaptación debe integrarse en los planes de atención personalizados, supervisados desde los hospitales de nivel III, pero ejecutados en coordinación con los EESS de niveles I y II.
- Se fomente la asignación equitativa de recursos financieros y humanos dentro de la RIS, garantizando que todos los EESS puedan cumplir con los estándares de calidad exigidos para los cuidados paliativos.

De este modo, las políticas públicas no solo facilitarán una atención integral y continua, sino que también asegurarán que las necesidades de los pacientes y sus familias sean atendidas de manera oportuna

.

6. Apoyar a los cuidadores y familias en zonas rurales

Kaufman et al. (38) subrayan que los cuidadores en áreas rurales enfrentan cargas desproporcionadas, lo que afecta tanto su bienestar como la calidad de la atención que ofrecen. Las intervenciones basadas en tecnología, en cuidadores familiares rurales, han demostrado ser eficaces para apoyar a los cuidadores.

Se propone implementar programas específicos que incluyan visitas virtuales regulares y soporte psicosocial para los cuidadores.

7. Promover la educación y la sensibilización en cuidados paliativos

Se considera necesario promover la educación y sensibilización en cuidados paliativos para abordar los conceptos erróneos y superar las barreras culturales que afectan su aceptación y uso, especialmente en zonas rurales, como lo destacan Mendieta et al. y Cai et al. (35) (31) Para ello, se recomienda la implementación de campañas comunitarias que informen a la población sobre la importancia y los beneficios de los cuidados paliativos. Estas campañas deben ser culturalmente adaptadas e incluir la participación de líderes comunitarios y religiosos para garantizar su efectividad.

En concordancia con el modelo estratégico del INEN, se establece como estrategia clave la ejecución de programas formativos dirigidos a los grupos profesionales de

los establecimientos de salud que brindan atención en cuidados paliativos. Estas actividades formativas deben realizarse a través de modalidades sensibilizadoras, mediante formatos a distancia, semipresenciales o presenciales, a fin de fortalecer las competencias de los equipos de salud en la atención de estos pacientes.

Se considera que la incorporación efectiva de los cuidados paliativos en los sistemas de salud permitirá aliviar el sufrimiento de millones de personas, mejorando significativamente la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familias. Asimismo, se destaca el rol de la telemedicina como una herramienta tecnológica clave para ofrecer una atención de calidad en regiones rurales y alejadas, replicando las iniciativas lideradas por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y contribuyendo a garantizar un acceso equitativo y universal a la atención en salud.

Tabla N° 4: Características de los estudios incluidos

Nombre	Resumen	Resultados	Conclusiones
Barriers and facilitators to palliative care for patients with non-curable cancer (39)	Un estudio explora las barreras de los cuidados paliativos en Colombia.	Se organizaron dos eventos de World Café en Popayán y Bogotá.	El estudio destaca los conceptos erróneos sobre los cuidados paliativos (PC).
	Centrarse en las perspectivas de los profesionales de la salud y la asistencia social afines.	Dieciocho entidades Profesionales de atención sanitaria y social aliados participaron en los grupos focales.	La falta de formación en informática afecta a la comprensión de los profesionales de la salud.
	Se identificaron cinco temas clave que afectan el acceso a los cuidados paliativos.	Se identificaron cinco áreas temáticas relacionadas con los cuidados paliativos.	Las zonas rurales se enfrentan a importantes barreras para acceder a la informática.

Autores: Cindy V. Mendieta, et al.	Los malentendidos y las barreras geográficas dificultan la prestación de servicios.	Los malentendidos sobre los cuidados paliativos prevalecieron entre los participantes.	Se necesita un enfoque de salud pública para abordar los conceptos erróneos.
	La educación es crucial para mejorar la comprensión de los cuidados paliativos.	Las barreras geográficas limitaron el acceso a los servicios de cuidados paliativos.	La integración de la educación informática en los planes de estudios de salud es esencial.
		Se observó una educación limitada en cuidados paliativos entre los profesionales de la salud.	La provisión integral de PC requiere una reforma del sistema de seguro médico.
		Los participantes hicieron hincapié en la importancia de la	Se necesitan niveles adecuados de personal para la PC en la atención primaria.

		derivación temprana a los cuidados paliativos.	
		La comunicación sobre el estado de los pacientes se vio afectada por una «conspiración de silencio».	
		Los AHSCPS destacaron la necesidad de mejorar la capacitación en cuidados paliativos.	
		Los cuidados paliativos mejoran significativamente la calidad de vida de los pacientes.	

Remote Palliative Care: A Systematic Review of Effectiveness, Accessibility, and Patient Satisfaction (36)	Los cuidados paliativos remotos abordan eficazmente las necesidades complejas de los pacientes.	Los cuidados paliativos remotos mejoran el manejo de los síntomas y la autonomía del paciente.	Los cuidados paliativos remotos mejoran el manejo de los síntomas y la satisfacción del paciente.
	Mejora el acceso y la calidad de vida de los pacientes.	Mayor satisfacción de los pacientes mediante un mayor acceso a la atención.	El dominio tecnológico es crucial para la implementación efectiva de la atención remota.

Autores: Rihab El Sabrouty, et al.	Los avances tecnológicos facilitan un apoyo compasivo fuera de los entornos tradicionales.	Las intervenciones de telesalud reducen las visitas innecesarias al hospital.	Las barreras incluyen las limitaciones de infraestructura y los problemas de calidad de la comunicación.
	Las principales barreras incluyen la alfabetización digital y las limitaciones de infraestructura.	El dominio tecnológico es crucial para la implementación efectiva de la atención remota.	Se necesita una investigación continua para optimizar los servicios de atención remota.
	Se necesita una investigación continua para optimizar los servicios de atención remota.	Las herramientas de inteligencia artificial adaptan la atención en función del estado de salud del paciente.	La atención remota mejora el acceso de los pacientes rurales y desatendidos.

		La atención remota fomenta relaciones de confianza entre los pacientes y los proveedores.	
		La integración integral de los servicios mejora la comodidad y la seguridad del paciente.	

Forging a New Frontier: Providing Palliative Care to People with Cancer in Rural and Remote Areas (40)	Los cuidados paliativos tempranos son vitales para los pacientes con cáncer avanzado.	Los cuidados paliativos tempranos mejoran las puntuaciones de depresión y estrés del cuidador.	Los cuidados paliativos deben abordar los factores culturales y socioeconómicos.
	Las áreas rurales enfrentan desafíos únicos en cuanto al acceso a los cuidados paliativos.	La satisfacción de los pacientes aumentó en el grupo de cuidados paliativos tempranos.	Muchos pacientes con cáncer carecen de cuidados paliativos de alta calidad en todo el mundo.
autores:	Los recursos limitados dificultan la prestación eficaz de cuidados paliativos en entornos rurales.	Los servicios de navegación redujeron los costos de Medicare para los pacientes con cáncer de alto riesgo.	La inclusión de las voces de los pacientes rurales es esencial para una atención eficaz.

Marie Bakitas, Kristen Allen Watts, et al.	La participación y la educación de la comunidad son esenciales para mejorar la atención.	La calidad de vida mejoró a los cuatro meses, no a los tres.	Los debates sobre el diseño de la investigación no deben eclipsar las cuestiones de accesibilidad a la atención.
	Las políticas nacionales deben apoyar los cuidados paliativos equitativos en todas las regiones.		

Analysis of common barriers to rural patients utilizing hospice and palliative care services: An integrated literature review (37)	El documento analiza las barreras a los cuidados paliativos y de hospicio en las zonas rurales.	Se identificaron las barreras a los cuidados paliativos y de hospicio.	El acceso a la HC y al PC mejora la calidad de vida de los pacientes.
	Los pacientes rurales infrautilizan los servicios de hospicio y cuidados paliativos.	Se establecieron cinco temas de barreras: proveedor, educación, financiero, geográfico y paciente.	Los cuidadores reducen la carga que suponen estos servicios.
Autores:	Las barreras identificadas incluyen problemas con los proveedores, la educación, las finanzas, la geografía y los pacientes.	Los pacientes rurales infrautilizan los servicios de hospicio y cuidados paliativos.	Los pacientes rurales infrautilizan importantes servicios de atención médica e informática.

Tara Tedder, et al.	Las soluciones sugeridas tienen como objetivo mejorar el acceso a los servicios para las poblaciones rurales.	Los métodos sugeridos para mejorar la utilización de los servicios parecen factibles.	La toma de conciencia sobre las brechas en los servicios es el primer paso para el cambio.
	La conciencia de las brechas en los servicios es el primer paso para el cambio.	La escasez de proveedores dificulta el acceso a los cuidados paliativos y de hospicio.	
		La educación limitada sobre los cuidados al final de la vida afecta la comodidad del proveedor.	

		La derivación temprana mejora la calidad de vida y reduce la carga del cuidador.	
Implementation Costs of Technology-Enhanced Transitional Palliative Care for Rural Caregivers (38)	El estudio evalúa los cuidados paliativos transicionales mejorados por la tecnología para los cuidadores rurales.	La mayoría de los cuidadores tenían menos de 65 años.	La TPC es una estrategia factible y de bajo costo para apoyar a los cuidadores.
	Evalúa el uso de los recursos y los costos del sistema de salud.	La mayoría de los cuidadores eran mujeres y personas de raza blanca.	Los mecanismos de reembolso pueden compensar los costos del sistema de salud para el TPC.

Autores: Brystana G Kaufman, et al.	Los cuidadores soportan mayores cargas en las zonas rurales.	Los cuidadores vivían en zonas rurales o desatendidas.	Los cuidadores rurales se enfrentan a mayores dificultades para acceder a una atención coordinada.
	La intervención incluye visitas por video a cargo de enfermeras certificadas en cuidados paliativos.	El grupo de intervención recibió más visitas que el grupo de control.	La TPC mejora la calidad de vida y los resultados psicosociales de los cuidadores.
	Se exploran los posibles mecanismos de reembolso de Medicare para garantizar la sostenibilidad.	El costo promedio por cuidador fue de 395 dólares con una enfermera titulada.	Es necesario seguir investigando sobre las estrategias de costos y reembolsos.

	La intervención es de bajo costo y potencialmente neutra desde el punto de vista presupuestario.	El reembolso de Medicare varió según la complejidad del paciente y el tipo de atención.	
	Es necesario seguir investigando sobre las estrategias de costos y reembolsos.	La TPC es una intervención factible y de bajo costo.	
Strategies used to establish palliative care in	Las necesidades de cuidados paliativos son altas en los países de ingresos bajos y medianos rurales.	Treinta artículos cumplieron con los criterios de inclusión para la síntesis.	Se describen las estrategias para los cuidados paliativos en los países de ingresos bajos y medianos rurales.

rural low- and middle-income countries: an integrative review (34)	Las estrategias para establecer los cuidados incluyen la formación y la creación de redes comunitarias.	Se incluyeron tres estudios cuasiexperimentales.	La mayoría de los modelos dependen de las ONG para su financiación.
	La tecnología ayuda a prestar servicios de cuidados paliativos.	Siete artículos cualitativos formaron parte de la revisión.	Los cuidados paliativos no están integrados en los sistemas de salud.
Autores:	La calidad de los artículos revisados fue en general baja.	Se identificaron siete descripciones de servicios.	Acceso limitado a medicamentos como la morfina en las zonas rurales.

Atsede Aregay, et al.	Se identificaron varios modelos de cuidados paliativos.	Se revisaron cuatro artículos de estudio de casos.	Los modelos basados en la comunidad prevalecen en las zonas rurales.
		Se incluyó un artículo sobre una serie de casos.	Los enfoques colaborativos son esenciales para el desarrollo exitoso de los servicios.
		Cinco artículos utilizaron enfoques de métodos mixtos.	Se necesitan más investigaciones sobre los modelos de salud pública.
		Se describieron modelos integrados de atención comunitaria y domiciliaria.	

Examining Barriers and Facilitators to Palliative Care Access in Rural Areas: A Scoping Review (31)	El acceso a los cuidados paliativos en las zonas rurales es un desafío.	Veintiocho estudios cumplieron los criterios de inclusión para la revisión.	Gran necesidad de cuidados paliativos (PC) en las zonas rurales de EE. UU.
	Entre las barreras figuran los conocimientos inadecuados y los sistemas mal estructurados.	Entre los obstáculos figuran la falta de conocimientos y la mala estructura de los sistemas informáticos.	Se identificaron las barreras y los factores que dificultan el acceso a los ordenadores.
	Las brechas de comunicación y las barreras culturales dificultan el acceso.	Las brechas de comunicación y las barreras culturales dificultan el acceso al ordenador.	Hay que aumentar la conciencia y el conocimiento sobre la informática.

	Los facilitadores incluyen las conexiones con los proveedores locales y las redes sociales.	Los facilitadores incluyen la conexión con los proveedores locales y las redes sociales.	Se necesitan programas educativos para que los proveedores de ordenadores sean competentes.
Autores: Yun Cai, et al.	Se necesitan más fondos y más educación para los proveedores.	En los estudios incluidos se observó un debate limitado sobre los facilitadores.	El apoyo financiero es esencial para mejorar los recursos de PC.
	Un enfoque comunitario personalizado puede mejorar el acceso.	La investigación futura debería centrarse en los enfoques de informática basados en la comunidad.	Un modelo holístico de PC puede mejorar el acceso a los servicios.

			Los enfoques comunitarios pueden integrar la informática en la atención primaria.
			Se necesitan investigaciones futuras para desarrollar estrategias innovadoras de integración de ordenadores.

II. CONCLUSIONES

El portafolio presenta un enfoque integral y multidimensional para abordar los desafíos identificados en la provisión de cuidados paliativos oncológicos en regiones rurales del Perú, específicamente en contextos socioeconómicos vulnerables como en la región Huancavelica. A través de los trabajos desarrollados, se analizan las barreras tecnológicas, culturales, económicas y de capacitación que limitan la implementación y aceptación de la telemedicina como herramienta clave para reducir las brechas de acceso en estas comunidades.

1. Proyecto de Investigación: Barreras en la Atención de Cuidados Paliativos Oncológicos por Telemedicina en la Red Asistencial EsSalud Huancavelica

- Este trabajo se dirige a identificar barreras específicas relacionadas con la conectividad limitada, la insuficiencia tecnológica y las dificultades interculturales, en una región rural alejada y de difícil accesibilidad geográfica.

2. Plan de Capacitación: Fortalecimiento de Competencias en Cuidados Paliativos para la Red Asistencial Huancavelica II EsSalud

- En este plan se diseñaron e implementaron herramientas digitales y metodologías participativas que fortalecieron las habilidades del personal de salud en comunicación, manejo de síntomas y cuidado al final de la vida.
- Se evidenció la relevancia de sensibilizar al personal sanitario en una atención humanizada y culturalmente adaptada, proponiéndose como un modelo replicable en otras regiones.

- Se evidenció que la integración de tecnologías digitales en los procesos formativos facilita el aprendizaje y refuerza el uso de la telemedicina en los cuidados paliativos.

3. Carta al Editor: Expansión de los Cuidados Paliativos Oncológicos en Regiones Rurales del Perú

- En este informe narrativo se destacó la urgencia de priorizar políticas que permitan la expansión de los cuidados paliativos en áreas rurales, señalando las deficiencias en el acceso y la limitada implementación de programas sostenibles.
- Se promovió el uso de la telemedicina y estrategias de educación comunitaria como herramientas fundamentales para superar las barreras identificadas.
- También se subrayó la importancia de articular esfuerzos entre el sistema de salud, las comunidades y los actores políticos para garantizar una atención equitativa y de calidad.

Impacto del Portafolio

En el portafolio abordó estrategias como la telemedicina, capacitación y el análisis de barreras como un medio para fortalecer los cuidados paliativos en regiones rurales. Se identificó que, con una implementación adecuada, estas propuestas podrían contribuir significativamente a mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos y sus familias, al tiempo que se optimizan los recursos disponibles en el sistema de salud

Desde la investigación aplicada hasta la capacitación y la comunicación, las acciones propuestas buscan impactar positivamente en la equidad y accesibilidad del sistema de salud, posicionando a la telemedicina como una herramienta crucial para cerrar las brechas existentes.

III. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bautista Altamirano CH. La Telesalud en Perú. Diagnóstico y Propuestas de Mejora. Revista Gobierno y Gestión Pública. 2015;53–73.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). De la evolución de los sistemas de información para la salud a la transformación digital del sector de la salud. Informe de la conferencia sobre IS4H. 2021.
3. Frydman JL, Berkalieva A, Liu B, Scarborough BM, Mazumdar M, Smith CB. Telemedicine Utilization in the Ambulatory Palliative Care Setting: Are There Disparities? J Pain Symptom Manage. 2022;63(3):423–9.
4. Sánchez Cárdenas MA, Iriarte Aristizábal MF, León-Delgado MX, Rodríguez Campos LF, Correa Morales JE, Cañón-Piñeros Á, et al. Rural Palliative Care Telemedicine for Advanced Cancer patients: A Systematic Review. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®. Agosto de 2023;40(8):936–44.
5. Raj M, Rai P, Gvi N, Onkar A, Angral S, Varshney S. Feasibility and Acceptability of Teleconsultation during COVID-19: A Cross-Sectional Study. Cureus. Octubre de 2022;14(10):1–9.
6. Ankuda CK, Woodrell CD, Meier DE, Morrison RS, Chai E. A Beacon for Dark Times: Palliative Care Support During the Coronavirus Pandemic.

- NEJM Catalyst [Internet]. mayo de 2020;1(3). Disponible en:
<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0204>.
7. MINSA. Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley No 30421, Ley Marco de Telesalud, y del Decreto Legislativo No 1490, Decreto Legislativo que fortalece los alcances de la Telesalud [Internet]. 2021 ene. Disponible en:
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1611088/Decreto%20Supremo%20N%C2%B0%20005-2021-SA.pdf.pdf>.
8. Saigí-Rubió F, Torrent-Sellens J, Robles N, Pérez Palaci JE, Baena MI. Estudio sobre telemedicina internacional en América Latina: motivaciones, usos, resultados, estrategias y políticas [Internet]. 2021 sep. Disponible en:
<https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Estudio-sobre-telemedicina-internacional-en-America-Latina-motivaciones-usos-resultados-estrategias-y-politicas.pdf>.
9. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades Ministerio de Salud del Perú. Carga de Enfermedad en el Nivel Regional [Internet]. 2020 dic. Disponible en:
<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/CargaEnfermedad/2020/HUANCAVELICA.pdf>.

10. Ebnetter AS, Thomas CAS, Eychmueller S. Feasibility, acceptability and needs in telemedicine for palliative care. *Revista Médica Suiza* 2022. marzo de 2022;152: w30148.
11. Unidad de Epidemiología del Hospital Regional de Huancavelica “Zacarias Correa”. Estadísticas de cáncer 2019-2022. 2022.
12. Philip J, Wawryk O, Pasanen L, Wong A, Schwetlik S, Collins A. Telehealth in outpatient delivery of palliative care: a prospective survey evaluation by patients and clinicians. *Revista de Medicina Interna*. julio de 2022;52(7):1144–53.
13. Sommer J, Torre AC, Bibiloni N, Plazzotta F, Vázquez Peña F, Terrasa SA, et al. Telemedicina: validación de un cuestionario para evaluar la experiencia de los profesionales de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública Rev Panam Salud Pública*. octubre de 2022;46: e173.
14. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. Observatorio Mundial del Cáncer: El Cáncer Hoy (versión 1.1) [Internet]. Lyon, Francia: Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer. 2024 [citado el 13 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/today>

15. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Estadísticas mundiales del cáncer 2020: Estimaciones de GLOBOCAN sobre la incidencia y la mortalidad a nivel mundial para 36 tipos de cáncer en 185 países. CA: A Cancer Journal for Clinicians. febrero de 2021;71(3):209–49.
16. Organización Mundial de la Salud. Prevention and control of noncommunicable diseases: implementation of the global strategy [Internet]. 2010 may. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha63/a63_12-en.pdf
17. Ministerio de Salud (MINSA). Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No oncológicas en el Perú 2021-2023. Resolución Ministerial 939-2021/MINSA. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2049810/Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B0939-2021-MINSA.pdf?v=1627519577>: Peruano; 2021 jul.
18. Bonilla P. Cuidados paliativos en Latinoamérica. Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo. diciembre de 2020;4(2):4–13.
19. Kielstra P. Control del cáncer, acceso y desigualdad en América Latina: una historia de luces y sombras [Internet]. Economist Intelligence Unit. 2017. Disponible en: <https://www.iccp->

portal.org/system/files/resources/Cancer_control_access_and_inequality_in_Latin_America_0.pdf

20. Stucke A, Lovell A, Cook R, Zanetti M, Humphreys D. Decision-making for cancer care: A review of current practice and opportunities for improvement in Latin America [Internet]. The Economist Intelligence Unit Limited. 2019. Disponible en: <https://www.eiu.com/graphics/marketing/pdf/VarianEIUCancerCareReport.pdf?linkId=100000008664984>
21. Connor S. Global Atlas of Palliative Care [Internet]. World Health Organization. 2020. Disponible en: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3)
22. Knaul FM, Farmer PE, Bhadelia A, Berman P, Horton R. Cerrando la brecha: la Iniciativa de Equidad Global de Harvard – Comisión Lancet sobre el acceso global al control del dolor y los cuidados paliativos. The Lancet. agosto de 2022;386(9995):722–4.
23. Tay-Teo K. Dejadados atrás en el dolor: Alcance y causas de las variaciones globales en el acceso a la morfina para uso médico y acciones para mejorar el acceso seguro [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2023. Disponible en:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/369294/9789240075269-eng.pdf?sequence=1>

24. Brant JM, Silbermann M. Perspectivas globales sobre los cuidados paliativos para pacientes con cáncer: no todos los países son iguales. *Curr Oncol Rep.* abril de 2021;23(5):60.
25. Pastrana T, De Lima L, Sánchez-Cárdenas M, Van Steijn D, Garralda E, Pons JJ, et al. Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020, (2a ed.) [Internet]. Asociación Internacional de Hospicio y Cuidados Paliativos. 2021. Disponible en: <https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/AtlasLatam2020.2Edicion.pdf>
26. Mendoza CM. Cuidados Paliativos y Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas Avanzadas en América Latina. *Revista Científica De Salud Y Desarrollo Humano.* Agosto de 2020;1(1):19–40.
27. Capurro D, Ganzinger M, Pérez-Lu JE. Cuidados paliativos desde una perspectiva de informática médica en Chile, Alemania y Perú. *Stud Health Technol Inform.* 2013; 192:1013.
28. Peeler A, Afolabi O, Adcock M, Evans C, Nkhoma K, van Breevoort D, et al. Primary palliative care in low- and middle income countries: A

systematic review and thematic synthesis of the evidence for models and outcomes. *Palliative Medicine*. 2024;38(8):776–89.

29. Parajuli J, Hupcey JE. A Systematic Review on Barriers to Palliative Care in Oncology. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 2021;38(11):1361–77.

30. Cai Y, Lalani N. Examining Barriers and Facilitators to Palliative Care Access in Rural Areas: A Scoping Review. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 2022;39(1):123–30.

31. Castro JA, Hannon B, Zimmermann C. Integrating Palliative Care into Oncology Care Worldwide: The Right Care in the Right Place at the Right Time. *Curr Treat Options in Oncol*. abril de 2023;24(4):353–72.

32. Pesut B, Hooper BP, Robinson CA, Bottorff JL, Sawatzky R, Dalhuisen M. Feasibility of a rural palliative supportive service. *Rural and Remote Health*. mayo de 2015;15(2):3116.

33. Rainsford S, MacLeod RD, Glasgow NJ, Phillips CB, Wiles RB, Wilson DM. Rural end-of-life care from the experiences and perspectives of patients and family caregivers: A systematic literature review. *Palliat Med*. diciembre de 2017;31(10):895–912.

34. Jiang B, Bills M, Poon P. Integrated telehealth-assisted home-based specialist palliative care in rural Australia: A feasibility study. *Telemed Telecare*. enero de 2023;29(1):50–7.
35. Kirby S, Barlow V, Saurman E, Lyle D, Passey M, Currow D. Are rural and remote patients, families and caregivers need in life-limiting illnesses different from those of urban dwellers? A narrative synthesis of the evidence. *Aust J Rural Health*. octubre de 2016;24(5):289–99.
36. Van Vorst RF, Crane LA, Barton PL, Kutner JS, James Kallail K, Westfall JM. Barriers to Quality Care for Dying Patients in Rural Communities. *J Rural Health*. 2006;22(3):248–53.
37. Suntai Z, Won CR, Noh H. Access Barrier in Rural Older Adults' Use of Pain Management and Palliative Care Services: A Systematic Review. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 38(5):494–502.
38. Robinson CA, Pesut B, Bottorff J. Issues in Rural Palliative Care: Views from the Countryside. *CURRENT RESEARCH IN RURAL HEALTH*. 2010;26(1):78–84.
39. Masso M, Owen A. Linkage, coordination and integration: Evidence from rural palliative care. *Aust J Rural Health*. octubre de 2009;17(5):263–7.

40. Dumont S, Jacobs P, Turcotte V, Turcotte S, Johnston G. Palliative care costs in Canada: A descriptive comparison of studies of urban and rural patients near end of life. *Palliative Medicine*. diciembre de 2015;29(10):908–17.
41. McConnell T, Mendieta CV, de Vries E, Calvache JA, Prue G, Ahmedzai S, et al. Developing research priorities for palliative care in Colombia: a priority setting partnership approach. *BMC Palliative Care*. agosto de 2024;23(1):194.
42. Reid J, de Vries E, Ahmedzai SH, Arias-Rojas M, Calvache JA, Gómez-Sarmiento SC, et al. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39090640/>. *Healthcare*. junio de 2021;9(7):789.
43. Aregay A, O'Connor M, Stow J, Ayers N, Lee S. Perceived policy-related barriers to palliative care implementation: a qualitative descriptive study. *Palliative Care & Social Practice*. noviembre de 2023; 17:1–8.
44. El Sabrouty R, Elouadi A, Karimoune MAS. Remote Palliative Care: A Systematic Review of Effectiveness, Accessibility, and Patient Satisfaction. *International Journal of Advanced Computer Science and Applications (IJACSA)*. 2024;15(5):502–13.

45. Haier J, Schaefer J. Economic Perspective of Cancer Care and Its Consequences for Vulnerable Groups. *Cancers (Basel)*. junio de 2022;14(13):3158.
46. Qanungo S, Calvo-Schimmel A, McGue S, Singh P, Roy R, Bhattacharjee G, et al. Barriers, Facilitators and Recommended Strategies for Implementing a Home-Based Palliative Care Intervention in Kolkata, India. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. junio de 2021;38(6):572–82.
47. Marshall C, Virdun C, Phillips JL. Evidence-based models of rural palliative care: A systematic review. *Palliat Med*. septiembre de 2023;37(8):1129–43.
48. Antunes B, Harding R, Higginson IJ, EUROIMPACT. Implementing patient-reported outcome measures in palliative care clinical practice: A systematic review of facilitators and barriers. *Palliat*. febrero de 2014;28(2):158–75.
49. Bakitas MA, Elk R, Astin M, Ceronky L, Clifford KN, Dionne-Odom JN, et al. Systematic Review of Palliative Care in the Rural Setting. *Cancer Control*. octubre de 2015;22(4):450–64.
50. Arévalo-Vanegas A, Cuavas-Bohada M, Martínez-de la Hoz J, Ochoa-Gutiérrez L, Bohórquez-Moreno C. Identificación de necesidades de

cuidados paliativos en Pacientes oncológicos: una revisión sistemática: Necesidades de cuidados paliativos en pacientes oncológicos. Ciencia y Salud Virtual [Internet] [Internet]. 2021;13(1). Disponible en: <https://revistas.uninunez.edu.co/index.php/cienciaysalud/article/view/1544>

51. Da Silva Pinto C, Borsatto AZ, Vaz DC, dos Santos Machado Sampaio SG, de Oliveira LC. Telemedicina en Cuidados Paliativos Oncológicos: un Legado de la Pandemia. Revista Brasileira de Cancerología (Online). 2023;69(1): e-142698.

52. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Documento Técnico Estrategias para la Integración de los. Cuidados Paliativos a Pacientes Oncológicos en la Red integrada de Salud [Internet]. 2019 Apr. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/04/RJ-147-2019.pdf>

53. PATH, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Instructivo de Enfermería para Educar a Cuidadores en Cuidados Paliativos Oncológico [Internet]. 2017. Disponible en: https://media.path.org/documents/Instructivo_Enfermer%C3%ADa_para_Educar_a_Cuidadores_en_Cuidados_Paliativos_Oncol%C3%B3gicos.pdf?_gl=1*1nhq3me*_gcl_aw*R0NMLjE3NDc5NTg1NjUuRUFJYUIRb2JD aE1JcDZXUGdhVzRqUU1WZHFCYUJSMVpSeXpjRUFBWUFTQUFF Z0pUWmZEX0J3RQ..*_gcl_au*MjAzNTA4NjQyNC4xNzQxNTY4NDA z*_ga*Nzc4NzMwNDY4LjE3MDY0NjM3OTA.*_ga_YBSE7ZKDQM*

[czE3NDc5NTg1NDkkbzIyJGcxJHQxNzQ3OTU4OTIwJGo2MCRsMCRoMCRkeE1lemQ3cWVnRlpLRy1wZ0JhUkZPWFJ1WVBVVEgzVEY5QQ](https://media.path.org/documents/PDF__ROTAFOLIO_CUIDADOS_PALIATIVOS.pdf?_gl=1*1vmyg43*_gcl_au*R0NMLjE3NDc5NTg1NjUuRUFJYUIRb2JDaE1JcDZXUGdhVzRqUU1WZHFCYUJSMVpSeXpjRUFBWUFTQUFFZ0pUWmZEX0J3RQ..*_gcl_au*MjAzNTA4NjQyNC4xNzQxNTY4NDZAz*_ga*Nzc4NzMwNDY4LjE3MDY0NjM3OTA.*_ga_YBSE7ZKDQM*czE3NDc5NTg1NDkkbzIyJGcxJHQxNzQ3OTU4OTIwJGo2MCRsMCRoMCRkeE1lemQ3cWVnRlpLRy1wZ0JhUkZPWFJ1WVBVVEgzVEY5QQ).

54. PATH, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Rotafolio Cuidados Paliativos [Internet]. 2017. Disponible en: https://media.path.org/documents/PDF__ROTAFOLIO_CUIDADOS_PALIATIVOS.pdf?_gl=1*1vmyg43*_gcl_au*R0NMLjE3NDc5NTg1NjUuRUFJYUIRb2JDaE1JcDZXUGdhVzRqUU1WZHFCYUJSMVpSeXpjRUFBWUFTQUFFZ0pUWmZEX0J3RQ..*_gcl_au*MjAzNTA4NjQyNC4xNzQxNTY4NDZAz*_ga*Nzc4NzMwNDY4LjE3MDY0NjM3OTA.*_ga_YBSE7ZKDQM*czE3NDc5NTg1NDkkbzIyJGcxJHQxNzQ3OTU4OTIwJGo2MCRsMCRoMCRkeE1lemQ3cWVnRlpLRy1wZ0JhUkZPWFJ1WVBVVEgzVEY5QQ.

55. Campbell NC, Ritchie LD, Cassidy J, Little J. Systematic review of cancer treatment programmes in remote and rural areas. British Journal of Cancer. 1999;80(8):1275–80.

56. Mendieta CV, de Vries E, Gomez-Neva ME, Escudero AMM, Calvache JA, McConnell T. Barriers and facilitators to palliative care for patients with non-curable cancer in Colombia: perspectives of allied health and social care professionals. Mendieta et al BMC Palliative Care. 2023 oct; 22:149.

57. Bonsignore L, Bloom N, Steinhauser K, Nichols R, Allen T, Twaddle M, Bull J. Evaluación de la viabilidad y aceptabilidad de un programa de telesalud en una población rural de cuidados paliativos: TapCloud para cuidados paliativos. *J Pain Symptom Manage*. 2018 jul;56(1):7–14.
58. Gupta M, Kankaria A, Joshy LE, Singh S, Lal B, Choudhary S, Marcus S, Grewal A, Goyal LD, Kakkar R. Necesidades de cuidados paliativos comunitarios y barreras de acceso entre pacientes con cáncer en zonas rurales del norte de la India: una investigación-acción participativa. *BMC Palliat Care*. 2024 nov;9(1):258.
59. Tedder T, Elliott L, Lewis K. Analysis of common barriers to rural patients utilizing hospice and palliative care services: An integrated literature review. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2017 jul;29(6):356–62.
60. Bakitas M, Allen Watts K, Malone E, Dionne-Odom JN, McCammon S, Taylor R, Tucker R, Elk R. Abriendo una nueva frontera: Brindando cuidados paliativos a personas con cáncer en zonas rurales y remotas. *J Clin Oncol*. 2020 Mar;38(9):963–73.
61. Rhodri Evans, Debbie Stone, Glyn Elwyn. Organizing palliative care for rural populations: a systematic review of the evidence. *Fam Pract*. 2003 jun;20(3):304–10. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmg312>

62. Cerni J, Rhee J, Hosseinzadeh H. Utilización de recursos para la atención oncológica al final de la vida en entornos rurales y urbanos: una revisión sistemática. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 jul;17(14):4955. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17144955>

IV. ANEXOS

TRABAJO N°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante, usted está siendo invitado a participar en el estudio “BARRERAS EN LA ATENCION DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLOGICOS POR TELEMEDICINA EN LA RED ASISTENCIAL ESSALUD HUANCVELICA” en el que podría participar entre 2020 y 2023, desarrollado por investigadores del Hospital II EsSalud - Huancavelica. Antes de decidir si desea participar, es importante que entienda por qué se está llevando a cabo este estudio, por lo que le solicitamos lea los siguientes aspectos:

¿Quiénes son los responsables de esta investigación?

La presente investigación tiene como investigador principal la Dra. Gloria Huarcaya García, médico investigador en el Hospital II EsSalud - Huancavelica.

¿Por qué se lleva a cabo este estudio?

El objetivo principal del presente estudio es identificar las barreras que existen para implementar un sistema de teleconsulta para el cuidado paliativo de los pacientes con cáncer que pertenecen al Hospital II EsSalud de Huancavelica.

¿Por qué se me invita a participar en el estudio?

Le invitamos a participar en el presente estudio, porque usted fue seleccionado de una relación de pacientes recolectada entre 2020-2023.

¿En qué consiste su participación?

Consiste en responder al encuestador diversas preguntas, sobre su percepción de la atención por teleconsulta. Además, también de algunos antecedentes de su salud. Al mismo tiempo si usted cuenta con una persona de apoyo o un cuidador, a este se le realizará parte de la encuesta. Esta encuesta demorará aproximadamente 30 a 45 minutos. Finalizada la entrevista, su participación concluirá. Sin embargo, es posible que volvamos a invitarlo para futuros estudios o mediciones.

¿Qué beneficios podrían existir si participo en el estudio?

Usted no recibirá ningún beneficio directo. Sin embargo, estará contribuyendo al estudio del bienestar y naturaleza de la salud mental de los adultos mayores de EsSalud durante la pandemia actual. Esta información que se obtendrá podrá servir como base para futuros estudios y/o para informar a las autoridades sobre la salud mental de los pacientes, durante el periodo de vacunación. No se le ofrece atención de salud de ningún tipo adicionalmente del que recibe actualmente.

¿Qué riesgos podrían existir si participo en el estudio?

Participar en el estudio no tendrá riesgos importantes para usted. Existe un mínimo riesgo que durante el llenado de la encuesta pueda sufrir un episodio agudo de estrés, ansiedad o depresión, o exponerse a recuerdos no gratos sobre el estado actual de su enfermedad. Frente a cualquiera de estas molestias, siéntese libre de

terminar la encuesta, y comunicarlo al entrevistador. El encuestador finalizará la encuesta y lo derivará con un profesional de la salud para que reciba el apoyo necesario. Se le brindará apoyo sin costo.

¿Qué se hará para cuidar su privacidad y su información?

La información obtenida de la encuesta será confidencial, es decir que sólo los investigadores a cargo del presente estudio tendrán acceso a la base de datos. Previo al análisis de este, se codificará toda su información personal (nombre, DNI), sin realizar identificación de ningún participante individual. Los resultados que se obtengan del estudio podrán ser publicados en una revista científica. Ninguna información que permita la identificación individual de los participantes será publicada.

¿Puede dejar de participar en cualquier momento, aún luego de haber aceptado?

Su participación es voluntaria y usted tiene el derecho de no contestar cualquier pregunta que no quiera responder o retirarse completamente del estudio, por la razón que sea y sin tener que dar una explicación. De no participar en el estudio no afectará algún aspecto de vida personal, de salud o laboral, o la relación que tiene con la institución de EsSalud.

¿Puedo hablar con alguien si tengo dudas sobre el estudio o sobre mis derechos como participante de un estudio de investigación?

Para cualquier consulta acerca del estudio puede contactar al Investigador Principal Dra. Gloria Huarcaya García. del Hospital II EsSalud - Huancavelica, al teléfono 919524536 al correo electrónico gloria.huarcaya@upch.pe

También puede contactarse con el Dr. Ángel Aníbal Sánchez Jaime presidente del Comité de Ética en Investigación (CEI) del Hospital II EsSalud - Huancavelica, al teléfono 967699004, al correo electrónico angel.sanchez@essalud.gob.pe. (El CEI es un grupo de personas que fiscaliza la conducta ética de los estudios de investigación). El CEI no forma parte del equipo del estudio. Todo lo que discuta con el CEI será confidencial.

A continuación, indique su interés en participar o no en esta investigación.

Nota: si usted responde “Sí”, se entiende que ha consentido participar en la investigación, y se procederá con la entrevista. Por el contrario, si responde “No”, le agradeceremos su tiempo, y daremos por finalizada la llamada

SÍ, acepto participar _____

NO, no acepto participar _____

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Título del estudio: Barreras en la atención de Cuidados Paliativos Oncológicos por Telemedicina en la Red Asistencial EsSalud Huancavelica.

Objetivo: Identificar barreras en el acceso, uso y percepción de la telemedicina para cuidados paliativos desde la perspectiva de pacientes oncológicos y sus cuidadores.

Bloque 1: Información sociodemográfica

Paciente:

Edad: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐

Distrito de residencia: _____

Nivel educativo:

☐ Sin instrucción

☐ Primaria incompleta

☐ Primaria completa

☐ Secundaria completa

☐ Estudios superiores completos

Cuidador principal:

Edad: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Parentesco: _____

Nivel educativo:

☐ Sin instrucción

☐ Primaria incompleta

☐ Primaria completa

☐ Secundaria completa

☐ Estudios superiores completos

Bloque 2: Accesibilidad a los servicios presenciales

1. Tiempo de viaje al Hospital de Huancavelica: ____ horas ____ minutos

2. Gasto total por atención presencial: S/ _____

3. Días promedio para obtener resultados de laboratorio: _____ días

Bloque 3: Lengua y comprensión cultural

4. Idioma(s) en los que se comunica:

☐ Español

☐ Quechua

☐ Otro: _____

5. Idioma preferido para atención médica:

☐ Español

☐ Quechua

☐ Otro: _____

Bloque 4: Uso previo de teleconsulta

6. ¿Ha recibido teleconsulta? ☐ Sí ☐ No. ¿Con qué profesional? _____

7. Nivel de satisfacción (1–5): [1] Muy insatisfecho [2] Insatisfecho [3] Neutral
[4] Satisfecho [5] Muy satisfecho

Bloque 5: Percepción sobre telemedicina

(1=Totalmente en desacuerdo, 5=Totalmente de acuerdo)

1. Me sentiría cómodo(a) recibiendo atención médica por videollamada [1] [2] [3]
[4] [5]

2. Confío en que se protegerá mi privacidad en una teleconsulta [1] [2] [3] [4] [5]
3. La teleconsulta es una alternativa útil cuando no puedo asistir presencialmente [1] [2] [3] [4] [5]
4. Creo que la atención médica por teléfono es clara y comprensible [1] [2] [3] [4] [5]
5. Usaría la teleconsulta con frecuencia si estuviera disponible [1] [2] [3] [4] [5]

Bloque 6: Capacidades tecnológicas

8. ¿Qué medio usa para comunicarse? (marcar todo lo que corresponda)

☐ Llamada celular

☐ Videollamada WhatsApp

☐ Videollamada Facebook

☐ Computadora con Zoom o Meet

☐ Ninguno

9. ¿Quién le ayudaría con una teleconsulta?

☐ Familiar ☐ Cuidador ☐ Nadie

Bloque 7: Preferencias logísticas

10. Horarios preferidos para teleconsulta:

☐ Antes de las 8 a.m.

☐ 8 a.m. a 12 p.m.

☐ 2 p.m. a 6 p.m.

☐ Después de las 6 p.m.

11. Método preferido para recibir medicamentos:

☐ Recojo en hospital

☐ Envío a centro de salud cercano

☐ Recojo por familiar

Bloque 8: Uso esperado de teleconsulta

12. Motivos por los que solicitaría teleconsulta (marcar todo lo que corresponda):

☐ Control de síntomas

☐ Nuevos síntomas

☐ Revisión de exámenes

☐ Prescripción de fármacos

☐ Coordinación con especialistas

☐ Educación sobre tratamiento

INFORME DE JUICIO DE EXPERTOS

Estimada(o):

.....
El Dr.(a). **Gloria María Huarcaya García** estudiante de la maestría de **Maestría en Docencia e Investigación en Oncología Médica**, solicita su participación como juez experto en la evaluación del instrumento:

1. Entrevista para Tesis

Para lo cual se adjunta el resumen del proyecto y el instrumento. Muchas gracias por su colaboración.

Indicaciones: Marque con una equis según corresponda, valorando la pertinencia, claridad y redacción de cada ítem o pregunta según la siguiente escala:

1= Inaceptable 2 = Deficiente 3 = Regular 4 = Bueno 5 = Excelente

Si califica algún ítem con 1, 2 o 3, indicar en el recuadro de “observación” la razón o comentario.

Ítem	Enunciado	Evaluación					Observación
		1	2	3	4	5	
1	Datos del paciente: Edad, Sexo, diagnóstico primario, Presencia de metástasis.						
2	Preguntas para el cuidador: Edad, Sexo, Nivel educativo						
3	Preguntas para el paciente: Edad, Sexo, Dónde vive, Nivel educativo.						
4	Preguntas para el paciente: ¿Con quién vive actualmente?						
5	Preguntas para el paciente: ¿Cuenta con algún cuidador (persona que lo acompañe a sus consultas y lo atienda en casa)?						
6	Preguntas para el paciente: ¿Cuánto tiempo sueles demorar en llegar desde tu casa al Hospital de Huancavelica:						
7	Preguntas para el paciente: ¿Cuánto sueles gastar para llegar desde tu casa al Hospital de Huancavelica y luego regresar a tu casa (considerar transporte, comida, alojamiento, etc.):						
8	Preguntas para el paciente: ¿Cuánto tiempo sueles demorar desde que llegas al Hospital de Huancavelica hasta que sales del hospital (incluyendo recepción, consulta, recojo de medicamentos, etc.)?						
9	Preguntas para el paciente: ¿Cuánto tiempo sueles demorar en llegar desde tu casa al hospital de EsSalud más cercano (habría que indicarle según dónde vive):						

10	Preguntas para el paciente y el cuidador: Idiomas en los que se puede comunicar fluidamente (puede marcar más de una alternativa):						
11	Preguntas para el paciente y el cuidador: ¿En qué lenguaje desearías que se realice la consulta?						
12	Preguntas para el paciente y el cuidador: ¿Alguna vez has tenido una teleconsulta?						
13	Preguntas para el paciente y el cuidador: ¿Si tuvo una teleconsulta antes, ¿qué tan satisfecho estuvo?						
14	Preguntas para el paciente y el cuidador: ¿Usarías la teleconsulta para tus atenciones médicas?						
15	Preguntas para el paciente y el cuidador: ¿Te preocupa la privacidad y confidencialidad al realizar una teleconsulta?						
16	Preguntas para el paciente y el cuidador: ¿Anteriormente ha usado alguno de los siguientes métodos para comunicarte con tus familiares o conocidos?						
17	Preguntas para el paciente y el cuidador: ¿Por qué medio tiene la factibilidad de recibir una teleconsulta?						
18	Preguntas para el paciente y el cuidador: ¿Si se realizara una videoconsulta, ¿por qué medio prefiere que sea?						
19	Preguntas para el paciente y el cuidador: ¿Cuál es la principal ventaja que podría presentarse al realizar teleconsultas?						
20	Preguntas para el paciente y el cuidador: ¿Cuál es la principal desventaja que podría presentarse al realizar teleconsultas?						
21	Preguntas para el paciente y el cuidador: ¿Qué tan difícil crees que sería realizar teleconsultas?						
22	Preguntas para el paciente y el cuidador: ¿Cuál es la razón por la que usted solicitaría una teleconsulta? (puede marcar más de una) MOTIVO DE LA LLAMADA						
23	Preguntas para el paciente y el cuidador: ¿Cuál sería la hora más adecuada la que te realicen una teleconsulta?						
24	Preguntas para el paciente y el cuidador: Si usted realiza una teleconsulta						

	médica, ¿Cómo preferiría que se le entreguen sus medicamentos?						
25	Preguntas para el paciente y el cuidador: Si usted realiza una teleconsulta médica, ¿Estaría dispuesto a continuar con la atención para:						
26	Preguntas para el paciente y el cuidador: Cuando has tenido que viajar al Hospital de Huancavelica para realizarte un examen de laboratorio, ¿cuántos días te has demorado en promedio?						
27	Preguntas para el paciente y el cuidador: ¿Qué tan aceptable consideras que es para ti usar teleconsulta para tus atenciones médicas?						

Nombre del juez-experto:

.....
.....

Cargo:

.....
.....
.....
.....

Identificación (DNI o CMP u otro):

Fecha: Lima de del

Sello y firma.....

LIBRO DE VARIABLES

Nombre de variable	Descripción	Tipo de dato	Valores / Códigos
Paciente Edad	Edad del paciente	Numérica	Libre
Paciente Sexo	Sexo del paciente	Categórica	1=Masculino, 2=Femenino
Paciente Distrito	Distrito de residencia	Texto	Nombre del distrito
Paciente Educación	Nivel educativo del paciente	Ordinal	1=Sin instrucción, ..., 5=Superior
Cuidador-Edad	Edad del cuidador	Numérica	Libre
Cuidador_Sexo	Sexo del cuidador	Categórica	1=Masculino, 2=Femenino
Cuidador_Parentesco	Relación con el paciente	Texto	Especificar
Cuidador_Educacion	Nivel educativo del cuidador	Ordinal	Mismo formato que paciente
Tiempo_Viaje_Hospital_Horas	Horas de viaje al hospital	Numérica	Libre
Tiempo_Viaje_Hospital_Minutos	Minutos de viaje al hospital	Numérica	Libre
Gasto_Total_Atencion	Gasto total por atención presencial	Numérica	En soles
Dias_Entrega_Laboratorio	Días promedio para resultados de laboratorio	Numérica	Libre
Idioma_Comunicacion	Idiomas que comprende el paciente	Categórica	1=español, 2=quechua, 3=otro
Idioma_Preferido	Idioma en que prefiere atención médica	Categórica	Mismo formato
Teleconsulta_Previa	¿Ha recibido teleconsulta?	Categórica	1=Sí, 0=No
Profesional_Teleconsulta	Profesional que realizó la teleconsulta	Texto	Libre
Satisfaccion_Teleconsulta	Nivel de satisfacción con la teleconsulta	Ordinal	1 a 5
Percepcion_Comodidad	Se siente cómodo con la teleconsulta	Ordinal	1 a 5
Percepcion_Privacidad	Confía en la privacidad de la teleconsulta	Ordinal	1 a 5

Percepcion_Utilidad	Percibe la teleconsulta como útil	Ordinal	1 a 5
Percepcion_Claridad	Considera clara la atención telefónica	Ordinal	1 a 5
Percepcion_Frecuencia	Usaría teleconsulta con frecuencia	Ordinal	1 a 5
Medio_Llamada	Medio que usaría para la teleconsulta	Categórica	1=Celular, 2=WhatsApp, ..., 5=Ninguno
Apoyo_Teleconsulta	Quién le ayuda a conectarse	Categórica	1=Familiar, 2=Cuidador, 3=Nadie
Horario_Pre_1	Prefiere teleconsulta antes de las 8 a.m.	Binaria	1=Sí, 0=No
Horario_Pre_2	Prefiere entre 8 a.m y 12 p.m	Binaria	1=Sí, 0=No
Horario_Pre_3	Prefiere entre 2 p.m. y 6 p.m.	Binaria	1=Sí, 0=No
Horario_Pre_4	Prefiere después de 6 p.m.	Binaria	1=Sí, 0=No
Metodo_Entrega_Med	Método preferido para recibir medicamentos	Categórica	1=Recojo hospital, 2=Centro de salud, 3=Familiar
Motivo_Control	Solicitaría por control de síntomas	Binaria	1=Sí, 0=No
Motivo_Nuevos	Solicitaría por aparición de nuevos síntomas	Binaria	1=Sí, 0=No
Motivo_Exámenes	Solicitaría por revisión de exámenes	Binaria	1=Sí, 0=No
Motivo_Receta	Solicitaría por receta médica	Binaria	1=Sí, 0=No
Motivo_Especialistas	Solicitaría para coordinación con especialistas	Binaria	1=Sí, 0=No
Motivo_Educacion	Solicitaría para recibir orientación educativa	Binaria	1=Sí, 0=No

PLANILLA BASE DE DATOS Y GRAFICO

ENLACE:
C:\Users\Gloria\OneDrive\Documentos\Plantilla_Base_Datos_Telemedicina_
Resumen_Con_Grafico.xlsx

Pacient e_Edad	Pacient e_Sexo	Pacient e_Distri to	Pacient e_Educa cion	Cuidado r_Edad	Cuidado r_Sexo	Cuidado r_Paren tesco	Cuidado r_Educa cion	Tiempo _Viaje_ Hospital _Minuto s	Tiempo _Viaje_ Hospital _Aten cion	Gasto_ rega_ Labora torio	Dias_ Entrega_ Labora torio	Idioma_ Comuni cacion	Idioma_ Preferid o	Telecon sulta_ Previa	Profesio nal_ Telecon sulta	Satisfacc ion_ Telecon sulta	Percepci on_ Comodid ad	Percepci on_ Privacida d	Percepci on_ Utilidad	Percepci on_ Claridad	Percepci on_ Frecuencia	Medio_ Llamada	Apoyo_ Telecon sulta	Horario_ _Pre_1	Horario_ _Pre_2	Horario_ _Pre_3	Horario_ _Pre_4	Metodo_ _Entrega_ Med	Motivo_ Control	Motivo_ Nuevos	Motivo_ Examen es	Motivo_ Receta	Motivo_ Especiali stas	Motivo_ Educado n
68	1	icobambi	3	40	2	Hija	4	3	30	45	2	2	2	1	Médico	4	4	4	5	4	5	2	1	0	1	1	0	2	1	1	1	1	0	1



TRABAJO N°2

TEST DE AUTOEVALUACIÓN

ENLACE: https://docs.google.com/forms/d/1Ss4LGZzR9bOIPg-Xhx_S0lxq1FtoZliE0eIPyJ6V1Uo/edit

Cuidados Paliativos

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. Nombre

2. ¿Cuál es uno de los principales objetivos de los cuidados paliativos? * 1 punto

Marca solo un óvalo.

- ☐ Proporcionar alivio y mejorar la calidad de vida
- ☐ Alargar la vida del paciente
- ☐ Aumentar el estrés en el entorno familiar
- ☐ Reducir la autonomía del paciente

3. ¿Quiénes forman parte del equipo de cuidados paliativos? * 1 punto

Marca solo un óvalo.

- ☐ Solo médicos
- ☐ Médicos, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos
- ☐ Solo familiares del paciente
- ☐ Solo el paciente

4. ¿En qué etapa de la enfermedad se inician los cuidados paliativos? * 1 punto

Marca solo un óvalo.

- ☐ Desde el diagnóstico de la enfermedad
- ☐ Nunca se inician

- Solo en la etapa terminal
- En la etapa de remisión

5. ¿Qué busca aliviar principalmente los cuidados paliativos? * 1 punto

Marca solo un óvalo.

- La duración del tratamiento
- La familia del paciente
- Los síntomas y el sufrimiento del paciente
- Solo el dolor físico

6. ¿Cuál es un efecto común de los cuidados paliativos en los pacientes? * 1 punto

- Marca solo un óvalo.
- Disminución de la calidad de vida
- Mejora en el bienestar emocional
- Incremento del aislamiento
- Aumento de la agitación

7. ¿Qué aspecto no suele ser abordado por los cuidados paliativos? * 1 punto

Marca solo un óvalo.

- Manejo del dolor
- Apoyo espiritual
- Apoyo psicológico
- Aspectos legales del tratamiento

8. ¿Cuál es una característica de los cuidados paliativos pediátricos? * 1 punto

Marca solo un óvalo.

- ☐ Se centran solo en el paciente
- ☐ Incluyen el apoyo a la familia
- ☐ No consideran la calidad de vida
- ☐ No involucran a los padres

9. ¿Qué es importante en la comunicación con pacientes en cuidados paliativos? *1 punto

Marca solo un óvalo.

- ☐ No abordar temas sensibles
- ☐ No permitir preguntas del paciente
- ☐ Ser honesto y empático
- ☐ Ocultar información sobre su estado de salud

10. ¿Por qué es esencial el alivio del sufrimiento en los cuidados paliativos? * 1 punto

Marca solo un óvalo.

- ☐ Para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia
- ☐ Porque reduce la carga emocional del equipo médico
- ☐ Para incrementar el estrés del entorno familiar
- ☐ Para prolongar la vida del paciente

11. ¿Cuál es el objetivo principal de la medicina paliativa? * 1 punto

Marca solo un óvalo.

- ☐ Proporcionar tratamiento agresivo en todo momento
- ☐ Aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida
- ☐ Buscar la cura de la enfermedad
- ☐ Aumentar la duración de la hospitalización

