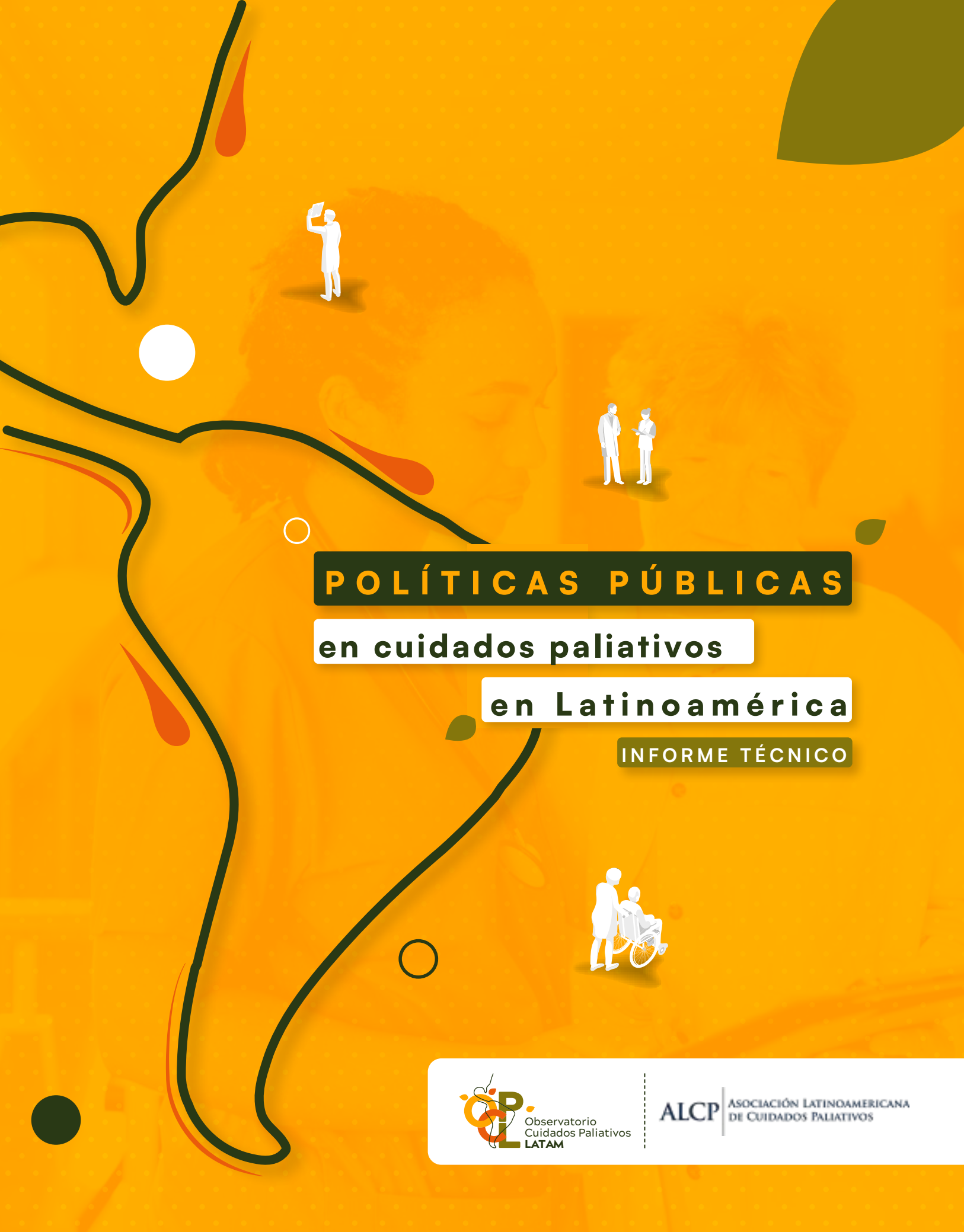




POLÍTICAS PÚBLICAS

en cuidados paliativos

en Latinoamérica

INFORME TÉCNICO



Observatorio
Cuidados Paliativos
LATAM

ALCP

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA
DE CUIDADOS PALIATIVOS



Observatorio
Cuidados
Paliativos
LATAM

Políticas públicas en cuidados paliativos en Latinoamérica

Equipo investigador Observatorio

Miguel Antonio Sánchez-Cárdenas PhD
María Alejandra Umbacia Parra MD
Martha Ximena León MD
Juan Esteban Correa Morales MD
Paula Milena Buitrago Florián

Equipo Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos

Paola Marcela Ruiz Ospina MD

Miembros del grupo desarrollador

República de Panamá

Dafnia De Gracia D

República Federativa do Brasil

Rodrigo Kappel Castilho

República del Ecuador

Viviana Araujo Lugo, Paula Hidalgo Andrade

República Bolivariana de Venezuela

Tulio González, Nexduar Ortuño

República del Paraguay

Andrea Ferreira Valiente, Miriam Elisa Riveros Ríos

República de Guatemala

Myriam Rios Castellanos

Estado Plurinacional de Bolivia

Mirna García Burgoa, Ana María Maldonado Bakovic

República Argentina

Rut Kitman, Liliana Rodríguez

República de Chile

Carolina Valdebenito Torres, Juan Pablo Yaeger Monje

República Dominicana

Bethania Martínez Del Villar

República oriental del Uruguay

Fernando Elhordoy

República de El Salvador

José Mario López Saca

República de Colombia

María Adelaida Córdoba Núñez, Luisa Rodríguez

República del Perú

Elizabeth Díaz Pérez

República de Costa Rica

Marco Ferrandino Carballo

Asistentes de Investigación

Eliana Pérez Kowoll Natalia Botero Jaramillo
Residente de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos, Universidad de la Sabana.

Contenido

Introducción / Pag 6

Método para elaborar este informe / Pag 8

Reporte de los hallazgos / Pag 13

Políticas públicas consultadas en este proceso / Pag 31



Introducción

En América Latina, los cuidados paliativos han ganado un creciente reconocimiento en las últimas décadas, principalmente gracias a los esfuerzos por integrar estos servicios dentro de los sistemas de salud. Sin embargo, la implementación efectiva y equitativa de políticas públicas que regulen y garanticen el acceso a cuidados paliativos sigue siendo un reto en muchos países de la región. Este documento, elaborado por el **Observatorio Latinoamericano de Cuidados Paliativos**, presenta un análisis detallado sobre las políticas públicas en salud relacionadas con cuidados paliativos en América Latina. El Observatorio cuenta con el apoyo técnico de investigadores de la Universidad El Bosque y la Universidad de La Sabana en Colombia, así como un equipo de trabajo compuesto por delegados de las asociaciones nacionales de cuidados paliativos y la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP).

El estudio realizado se centró en la revisión y análisis de políticas públicas emitidas entre 2010 y 2024, con el objetivo de compararlas con los seis componentes esenciales formulados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el desarrollo de sistemas de salud que integren cuidados paliativos. **Estos componentes incluyen aspectos como la disponibilidad de medicamentos esenciales, la formación de recursos humanos especializados, la integración de los cuidados paliativos** en los servicios de atención primaria y la participación comunitaria, entre otros. El enfoque metodológico adoptado fue cualitativo, con un análisis documental descriptivo que permitió identificar y clasificar los diferentes marcos normativos vigentes en la región.



El análisis comparativo de las normativas nacionales se hizo categorizando las políticas públicas en tres grupos, **Grupo 1: Fundamentos Iniciales** **Grupo 2: Directrices Específicas** **Grupo 3: Normativas Avanzadas**, según el nivel de detalle y profundización de las mismas. **El Grupo 1** incluye aquellos países que enuncian en su norma los distintos componentes para el desarrollo de los cuidados paliativos (esto incluye la asignación de recursos). **El Grupo 2** agrupa a las naciones cuyas normativas establecen las características necesarias para garantizar la prestación de servicios paliativos y los demás componentes, mientras que el **Grupo 3** define los criterios de acceso y funcionamiento necesario para la prestación de los servicios y su desarrollo. Estos hallazgos destacan la heterogeneidad en la regulación de los cuidados paliativos en la región, evidenciando importantes disparidades en el acceso y la calidad de los servicios disponibles.

Este análisis se enmarca en los diez años de la Resolución WHA67.19, aprobada en 2014 por la Asamblea Mundial de la Salud, que instó a los países miembros a integrar los cuidados paliativos como parte fundamental de sus sistemas de salud. Sin embargo, a una década de esta resolución, aún hay siete países en América Latina que no han avanzado en la regulación de los cuidados paliativos como parte de los paquetes básicos de salud. **Esta falta de regulación impide que millones de personas puedan acceder a servicios diseñados** para mitigar el sufrimiento asociado a enfermedades avanzadas o terminales, lo que representa una clara violación a los principios de equidad y derecho a la salud.

En Latinoamérica cada país posee autonomía en el desarrollo de los marcos normativos que considera más adecuados para alcanzar los objetivos de salud de su población. Esto ha dado lugar a una diversidad de enfoques y regulaciones en la región. A pesar de los adelantos en algunos países, los resultados de este análisis resaltan la necesidad urgente de que los países de la región avancen en la creación y aplicación de normativas que garanticen el acceso universal a los cuidados paliativos como un derecho esencial de sus ciudadanos. **La falta de regulación y la inequidad en el acceso a estos servicios exacerban el sufrimiento de millones de personas** que padecen enfermedades que limitan la vida, subrayando la importancia de que los gobiernos prioricen la integración de los cuidados paliativos dentro de sus sistemas de salud.



Miguel Antonio Sánchez-Cárdenas PhD

*Director Observatorio Latinoamericano de Cuidados Paliativos
Profesor Investigador Universidad El Bosque*



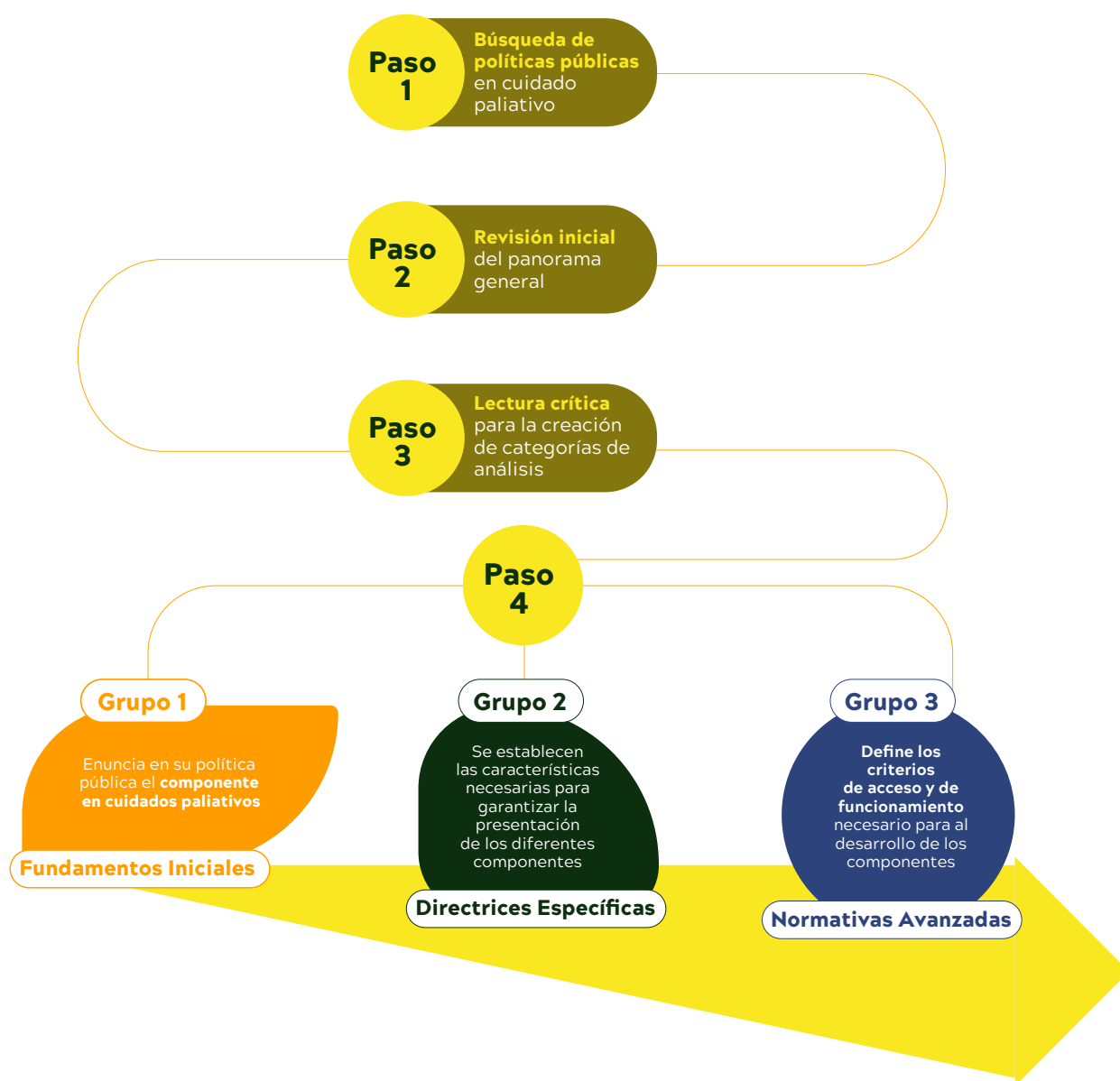
Paola Marcela Ruiz Ospina MD

Presidente ALCP

Método para elaborar

este informe





Gráfica 1. Paso a paso del desarrollo metodológico del estudio

Se realizó la búsqueda, lectura crítica y análisis documental de las políticas públicas de salud en América Latina (LATAM) relacionadas con los cuidados paliativos en los últimos 10 años. El objetivo fue comparar estas políticas con los seis componentes esenciales establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Qué se entiende por políticas de salud en nuestro contexto

Políticas de salud relacionadas con los cuidados paliativos ¹

Hace referencia al compromiso político y al liderazgo expresado en gobernanza y marcos normativos (estrategias, reglas, directrices) Incluyen el desarrollo de un **marco legal y normativas** que garanticen los derechos de los pacientes, el acceso a los servicios de cuidados paliativos y medicamentos, y la financiación e inclusión de los cuidados paliativos en el servicio nacional de salud y el conjunto de prestaciones. Asimismo, incluye el **diseño del sistema de salud y la organización de la atención médica**, además de la administración y acción de múltiples partes interesadas

Enfoque del Estudio

Se adoptó un enfoque de análisis documental descriptivo, el cual subraya la construcción del cuerpo, la caracterización de textos, y el análisis de contenido. Basado en estos elementos, se llevó a cabo un análisis detallado para identificar y clasificar los componentes esenciales de la OMS presentes en las políticas públicas de cuidados paliativos en LATAM.

Bowen² sugiere que el análisis de contenido es la metodología más adecuada para investigar políticas de salud. Este método permitió realizar un análisis documental profundo de las políticas de cada país, siguiendo tres fases clave:

1. Revisión inicial para obtener un panorama general de las políticas.
2. Lectura crítica para crear categorías de análisis.
3. Interpretación de los documentos.

Este proceso nos facilitó un análisis riguroso de las políticas públicas sobre cuidados paliativos en la región, respondiendo de manera efectiva a la pregunta de investigación.

Búsqueda de Documentos y Fuentes de Información

La recopilación de información para este análisis se basó en tres fuentes principales:

1

Normogramas de autoridades nacionales de salud:

En los países con normogramas como herramienta de control normativo, se utilizaron términos de búsqueda como "**cuidados paliativos**", "**final de vida**", "**atención paliativa**" y "**enfermedad avanzada**".

2

Informantes clave

Se **contactó a representantes de las asociaciones nacionales** de cuidados paliativos de cada país, quienes proporcionaron las políticas más recientes por correo electrónico.

3

Atlas Latinoamericano de Cuidados Paliativos (segunda edición):

Utilizado como referencia para identificar las normas nacionales de 18 países.

1. Evaluación del desarrollo de los cuidados paliativos en el mundo: conjunto de indicadores factibles [Assessing the development of palliative care world-wide: a set of actionable indicators]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

2. Document analysis in health policy research: the READ approach. Health Policy and Planning. 35(10):1424-31

¿Qué documentos fueron considerados como políticas de salud relacionadas de cuidados paliativos en este informe?



Leyes: Normativas de carácter vinculante que establecen derechos y obligaciones para la provisión de cuidados paliativos.



Decretos: Ordenamientos jurídicos emitidos por los gobiernos para reglamentar la implementación de políticas de cuidados paliativos.



Resoluciones: Directrices específicas emitidas por los Ministerios de Salud que establecen estándares y procesos relacionados con los cuidados paliativos.



Programas Nacionales: Iniciativas formales desarrolladas por los gobiernos para organizar y financiar la atención paliativa.



Planes Nacionales o normas técnicas: Estrategias a largo plazo diseñadas por los Ministerios de Salud para integrar los cuidados paliativos en el sistema de salud.

Criterios de Inclusión de las políticas revisadas

Se definieron criterios específicos para la inclusión y exclusión de documentos en el análisis:

1

Políticas de salud de alcance nacional: Se incluyeron leyes, decretos, resoluciones, circulares y planes nacionales de cuidados paliativos.

2

Período de análisis: Documentos emitidos entre 2010 y 2024, aunque se admitieron normativas anteriores si no existía una actualización.

3

Idiomas: Documentos en el idioma oficial del país, permitiendo el análisis en español y portugués.



Análisis Comparativo

El análisis comparativo de los marcos normativos de los países revela distintos niveles de regulación, agrupados en tres categorías:

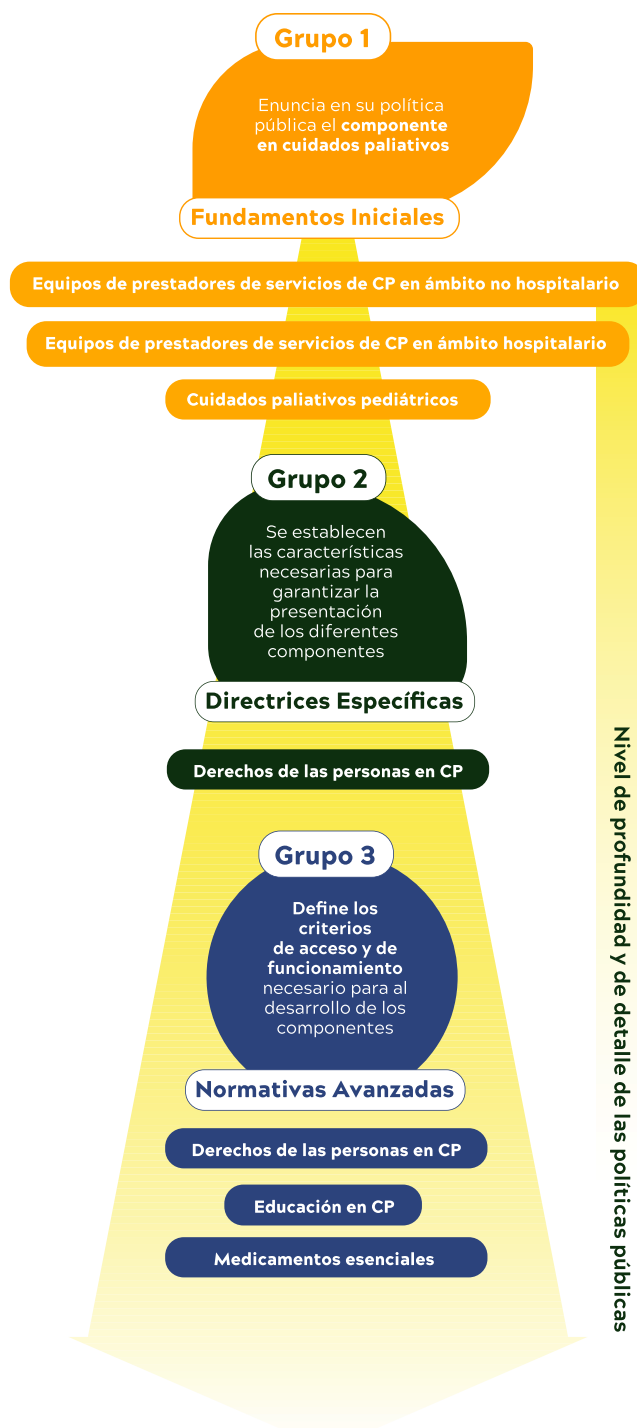


Gráfico 2. Descripción de los grupos (categorías) de análisis de las políticas públicas en cuidados paliativos

Reporte de

los hallazgos



Se identificaron políticas públicas relacionadas con cuidados paliativos en 11 países de la región para una totalidad de 21 políticas públicas, dentro de las cuales existe una variedad de documentos normativos que incluyen Leyes (n=8) Resoluciones (n=2), Decretos (n=2), Normas técnicas (n=4) y otros textos reglamentarios denominados políticas, planes o programas nacionales de cuidados paliativos (n=5). (Ver tabla 1)

Tabla 1. Marco normativo de los cuidados paliativos en América Latina.



En la región, once países cuentan con marcos normativos nacionales para los cuidados paliativos. En la mayoría de los países las leyes han sido aprobadas por los Congresos nacionales, excepto en los casos de Chile y Costa Rica en los cuales la normativa fue emitida directamente por el Ministerio de Salud. En Colombia existen dos leyes, una general de cuidados paliativos y otra específica para la educación de profesionales de salud en este campo. Brasil y Ecuador, por su parte, han establecido políticas públicas con alcance nacional a través de sus ministerios de salud. En cuanto a reglamentaciones más detalladas, dos países han emitido decretos que especifican los requisitos para ofrecer servicios de cuidados paliativos, especialmente en entornos domiciliarios y ambulatorios. Además, han publicado resoluciones con el objetivo de aprobar planes nacionales de cuidados paliativos en países como Perú e incorporar directrices sobre el talento humano y guías de práctica clínica en los estándares de atención como es el caso de Colombia. Panamá ha implementado un programa nacional desde el Ministerio de Salud, enfocado en garantizar la alta calidad de los servicios de cuidados paliativos. Finalmente, tres países cuentan con normas técnicas desarrolladas por sus ministerios de salud para regular la prestación de estos servicios a nivel nacional, en el caso de Costa Rica, se establece la conformación de un consejo nacional de cuidados paliativos.



Para los países Bolivia, Cuba, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, República Dominicana, y Venezuela no se identificaron regulaciones nacionales en la presente revisión.

Derechos de las personas en Cuidados Paliativos

Los derechos de las personas y la comunidad tienen como objetivo garantizar el acceso equitativo a los servicios de cuidados paliativos, promoviendo la equidad e igualdad en su provisión. En las diferentes políticas públicas se identifica la mención al derecho a los cuidados paliativos. En el Grupo 1, Ecuador (10) cita la ley de derechos y amparo al paciente, la cual garantiza a la comunidad y a la familia el derecho de decidir sobre su tratamiento médico, asegurando una atención integral, de calidad y gratuita. Ecuador tiene como objetivo en su política nacional promover e incrementar el conocimiento y la participación de la sociedad civil en temas relacionados con cuidados paliativos, así como generar y promover la creación de redes de apoyo enfocados en el bienestar de los pacientes y sus familias.

México (20) el Modelo de Atención Integral en Salud (MAI) como un sistema lógico que organiza el funcionamiento de las redes de atención de salud en México. Este Modelo, centrado en las personas, implica hacer transversales las perspectivas de derechos humanos, interculturalidad, género y determinantes sociales en el curso de vida. México (21) La atención paliativa es un derecho humano que sostiene su existencia principalmente en la dignidad humana; en el derecho a la protección de la salud y a la integridad personal y en la protección contra tratos degradantes e inhumanos.

En el Grupo 2 se encuentran Colombia (3), Costa Rica (5) y México (6), quienes fomentan el derecho a recibir atención médica en cuidados paliativos de manera integral en cualquier entorno. Además, garantizan información clara, oportuna sobre la condición clínica, el tratamiento, las al-



ternativas y el pronóstico del paciente, permitiendo su participación activa en la toma de decisiones sobre su manejo terapéutico, y la posibilidad de desistir de este en el momento que lo desee. Por otro lado, se hace mención del derecho a designar un familiar o apoderado para la toma de decisiones terapéuticas en caso de que el paciente se encuentre incapacitado para hacerlo.

Colombia (3), por otro lado, reconoce el derecho a solicitar una segunda opinión en casos de enfermedad terminal. Además, los niños y adolescentes mayores de 14 años pueden participar en la toma de decisiones relacionadas con su tratamiento. En México (6) se reconoce como derecho el recibir servicios espirituales por la familia o el paciente, y el derecho que cuentan los pacientes en recibir la atención de los cuidados en domicilio.

Costa Rica (5) menciona en su política pública que el paciente tiene derecho a ser cuidado por personas sensibles y competentes, así como el derecho a morir en paz y con dignidad. La legislación también destaca que los profesionales de salud deben emplear medidas farmacológicas y no farmacológicas para aliviar la sintomatología del paciente, garantizando que este esté libre de dolor y de otros síntomas angustiantes. Además, reconoce la importancia del apoyo que debe brindarse a la familia para facilitar la aceptación de la muerte del paciente.

Chile (11) y Uruguay (8) se incluyen dentro del Grupo 3. Para Chile, se destaca el papel que se otorga a la familia y a los cuidadores en la defensa no solo de los derechos del paciente, sino también de sus acompañantes. Se describen derechos tales como la compañía de familiares, así como la generación de herramientas de comunicación para proporcionar información, y la facultad de extender o flexibilizar el horario de visitas, en espacios confortables y separados, para la estancia y compañía a las personas que padecen enfermedad terminal o grave.

En la población pediátrica que padezcan una enfermedad terminal o grave que se encuentre hospitalizada se promueve el acompañamiento permanente de sus familiares. Por otro lado, el paciente debería tener el acceso oportuno a la atención en cuidados paliativos y velar por su dignidad, recibir atención espiritual, recibir información clara, oportuna sobre su condición clínica, tratamiento, alternativas y pronóstico además ser participe en la toma de decisiones y velar por un buen morir.

Uruguay (8,16) destaca los derechos para todas las personas que cuentan con una enfermedad que limita la vida, como un derecho universal a recibir cuidados pa-

liativos. Además de recibir información continua y suficiente sobre su estado de salud para tomar decisiones de manera autónoma con respecto a su tratamiento. Cabe resaltar que sin importar la condición clínica del paciente, cuenta con el derecho a ser tratado con dignidad en todo el curso de la enfermedad, en especial en el fin de vida, dentro de este proceso se incluye el derecho a una muerte digna de forma natural y sin dolor. Así como brindar una atención de calidad sin importar la raza, etnia, sexo, creos, diversidad sexual, o creencias. Así mismo es de resaltar qué cuentan con un anexo de patologías tanto oncológicas como no oncológicas susceptibles a recibir cuidados paliativos en la cual desglosa los criterios de enfermedad avanzada. Es de resaltar qué la familia cumple un rol importante debido a qué tienen derecho a recibir acompañamiento permanente y seguimiento al duelo luego del fallecimiento de su ser querido.

Reglamentación sobre equipos prestadores de Cuidados Paliativos en el ámbito no hospitalario

Se ha identificado un conjunto de doce países que han establecido lineamientos específicos para la organización de equipos de atención en ámbitos no hospitalarios dentro de sus marcos normativos. El análisis comparativo de sus marcos normativos revela distintos grados de regulación, es así que países como Argentina, Brasil, Colombia y Ecuador, enuncian la inclusión de Cuidados Paliativos dentro de distintos niveles y modalidades de atención ubicándose en el Grupo 1. Sin embargo, Argentina y Ecuador mencionan específicamente la integración de esta atención a través de servicios de atención domiciliaria en sus marcos regulatorios. Cada país presenta particularidades, en el caso colombiano, este se enfoca en garantizar cobertura, equidad, accesibilidad y calidad; Brasil prioriza la integración temprana de los cuidados paliativos en este tipo de atención; Ecuador impulsa el desarrollo de unidades provinciales especializadas, destacando además la importancia de la atención no hospitalaria mediante la consulta externa, finalmente Argentina busca asegurar la oportunidad y continuidad de estos servicios a lo largo de todo el ciclo vital.

México y Perú se ubican en el Grupo 2, dado que establecen un marco normativo más específico para la atención domiciliaria. En México, la legislación enfatiza en la atención domiciliaria para la atención del fin de la vida, ofreciendo orientación, asesoría y seguimiento tanto al



paciente como a sus familiares, además, se ha establecido una línea telefónica gratuita para brindar apoyo y resolver dudas de los familiares, en esta etapa de fin de vida. Por su parte, Perú ha establecido que la atención no hospitalaria incluye consulta externa y atención domiciliaria, buscando que su personal de salud esté capacitado y poder brindar una cartera de servicios adaptados a las necesidades de los pacientes. Asimismo, se ha destacado la importancia de ofrecer estos servicios en las áreas con mayor demanda y de contar con el apoyo de otras organizaciones del sector salud.

El Grupo 3 está conformado por países que han establecido marcos normativos para la prestación de servicios de cuidados paliativos no hospitalarios con mayor precisión. Como es el caso de Chile, México, Costa Rica, El Salvador, Panamá y Uruguay. En Chile, la normativa enfatiza dentro de la atención domiciliaria, la relevancia de la educación y el apoyo psicosocial tanto para familiares como para cuidadores no remunerados. Además, subraya la importancia de mantener registros clínicos detallados que documenten la evolución de los síntomas y la eficacia de los tratamientos. El Salvador ha establecido un plan gradual para la implementación de cuidados paliativos domiciliarios, en donde se requiere de una atención interdisciplinaria y la provisión de medicamentos e insumos adecuados según el nivel de atención. La normativa salvadoreña enfatiza en la importancia de contar con personal capacitado y sensibilizado, garantizar la equidad de género en el acceso a los servicios para el control de síntomas y la situación de últimos días de vida, acorde a las voluntades anticipadas.

México (20) indica que el nivel de atención se divide según su complejidad en donde la primaria esta destinada a los paciente con enfermedad limitante para la vida que eligieron permanecer en el domicilio atendido por un equipo multidisciplinario en donde se especifica el recurso humano que se debe tener y las características en formación paliativa que estos deben tener, los insumos e infraestructura que se requiere y desglosa las funcionales en generales, específicas y las actividades a desarrollar dentro de este primer nivel de atención, así como la interacción que debe tener con los niveles mas complejos de atención (segundo y tercero).

En Costa Rica, se resalta la importancia de contar con un recurso humano altamente capacitado, garantizar la infraestructura y logística necesarias para la atención domiciliaria, incluyendo sistemas de transporte eficientes, que cumplan con los criterios de habilitación y acreditación expuestos por la norma. La normativa costarricense también enfatiza en la integralidad dentro de la atención, la necesidad de contar con equipos interdisciplinarios y la elaboración de protocolos clínicos. Panamá ha establecido criterios de ingreso específicos tanto para la atención domiciliaria como para la atención ambulatoria, destacando la importancia de contar con los recursos humanos necesarios para una atención integral y una línea telefónica para atención personalizada y continua. La normativa panameña también subraya la necesidad de una comunicación efectiva entre los equipos de salud para integrar el nivel local con el regional y también con los pacientes y sus familias.

Por su parte Uruguay incluye la atención no hospitalaria en el ámbito domiciliar y de consulta externa, además menciona los integrantes del Equipos de Soportes de Cuidados Paliativos para brindar asesoría al servicio trante o intervenciones familiares directas. Adicionalmente propone la monitorización del Plan Nacional de Cuidados Paliativos en los diferentes ámbitos de atención, mediante diferentes indicadores, mediante registros enviados anualmente por los distintos prestadores y encuestas de satisfacción a pacientes y familiares en el primer año de implementación y luego cada 2 años.

Tabla 2. Recursos no hospitalarios de cuidados paliativos

	País	Recursos identificados	Nivel de Información
Grupo 1	Argentina (1)	En los distintos niveles y modalidades de atención, incluyendo el domicilio.	Oportunidad y continuidad a lo largo del ciclo vital.
	Brasil (9)	Red de atención en Salud.	No se determinan
	Chile (2)	Atención institucional o domiciliaria	Necesidad de reglamentación por el Ministerio de Salud.
	Colombia (3)	Servicios en todos los niveles de atención por niveles de complejidad.	No brinda consideraciones
	Ecuador (10)	Consulta externa Equipo de atención domiciliaria	No se determinan
Grupo 2	Perú (15)	Apoyo sectorial en salud Consulta externa Atención domiciliaria	Capacitación del personal de salud. Cartera de servicios acorde a la demanda.
Grupo 3	Chile (11)	Atención domiciliaria Educación y apoyo psicológico a los familiares	Educación y apoyo psicosocial para familia y cuidador no remunerado. Criterios de registros clínicos.
	El Salvador (19)	Atención domiciliaria Unidad de salud especializada	Necesidad de un plan gradual de implementación de equipos domiciliarios. Conformación interdisciplinaria de equipos de atención. Control de síntomas en situación de últimos días. Voluntades anticipadas Capacitación del personal. Equidad de género en el acceso a los servicios.
	Costa Rica (12)	Atención domiciliaria	Recurso humano altamente capacitado. Infraestructura y logística para la atención domiciliaria. Requerimiento de medicamentos, protocolos y equipo multidisciplinario.
	Panamá (17)	Atención domiciliaria Atención Ambulatoria	Visitas domiciliarias. Criterios de ingreso para la atención domiciliaria y ambulatoria. Comunicación entre equipos de salud, pacientes y familia. Recursos humanos requeridos. Línea telefónica para atención personalizada y continua
	México (20,21)	Atención Domiciliaria	
	Uruguay (8,16)	Atención en todos los ámbitos asistenciales y niveles de atención en niños, adolescentes y adultos (domicilio, consultorio).	

Reglamentación sobre equipos prestadores de Cuidados Paliativos en el ámbito hospitalario

Se ha identificado un conjunto de nueve países que han establecido lineamientos específicos para la organización de equipos de atención en ámbitos hospitalarios dentro de sus marcos normativos. Ver Tabla 3.

Se ha identificado un conjunto de siete países que han establecido lineamientos específicos para la organización de equipos de atención en ámbitos hospitalarios dentro de sus marcos normativos. El análisis comparativo de sus marcos normativos revela que países como Argentina, Brasil, Chile y Colombia, mencionan en sus políticas públicas la inclusión de cuidados paliativos en todos los niveles de atención, ofreciendo estos durante todo el ciclo vital. Para el caso de Argentina y en el caso de Chile se indica que estos deben ser reglamentados por el Ministerio de Salud, por lo cual se sitúan en el Grupo 1.

Perú, es el único país que se ubica en el Grupo 2. En esta política se amplía la descripción del servicio hospitalario, especificando que debe brindar la atención en cuidados paliativos en hospitalización y en urgencias, resaltando la importancia de capacitar al personal de salud y brindar una cartera de servicios acorde a la demanda de cuidados paliativos.

Las políticas públicas en El Salvador, México, Panamá y Uruguay amplían aún más las características de la atención hospitalaria, situándose en el Grupo 3. En el caso de El Salvador, se especifica que el personal de salud debe recibir capacitación con enfoque en equidad de género y derechos humanos en el acceso a los servicios, brindando un manejo paliativo a través de abordajes farmacológicos y no farmacológicos, buscando el alivio de sufrimiento y la mejora la calidad de vida del paciente y la familia.

Para Panamá, la atención hospitalaria abarca la atención por consulta externa, urgencias y hospitalización, en donde el objetivo principal es buscar una pronta articulación con el componente domiciliario y ambulatorio para evitar reingresos. Dentro de su política pública también define los criterios de ingreso para la atención hospitalaria y dado que otro de sus objetivos es derivar adecuadamente al paciente al servicio que le corresponde para su adecuada atención dentro del ámbito hospitalario, propone capacitar continuamente en cuidados paliativos a todo el personal incluyendo al servicio de urgencias. Como consideración final menciona, que los equipos de salud que brinden atención hospitalaria debe contar con médico, enfermera, personal de salud mental, farmacéuta y trabajador social, e idealmente debería contarse con áreas específicas para atención de cuidados paliativos y fin de vida.

Uruguay propone en su política pública la creación de un sistema de atención integrado y progresivo en donde el nivel básico está dado por el equipo de soporte hospitalario que al integrarse con las unidades ambulatorias conforman las Unidades de Cuidados Paliativos las cuales se distribuyen geográficamente según las necesidades de la población.

México (20) indica que el nivel de atención se divide según su complejidad en donde el segundo y tercer nivel de atención están destinados a paciente con enfermedad limitante para la vida en consulta externa, urgencias, hospitalización y el domicilio. Atendido por un equipo multidisciplinario en donde se especifica el recurso humano que se debe tener y las características en formación paliativa que estos deben tener, los insumos e infraestructura que se requiere y desglosa las funciones en generales, específicas y las actividades a desarrollar dentro de estos niveles de atención, brindando además del control sintomático de alta complejidad, otras funciones dentro de la esfera biopsicosocial como el abordaje del duelo patológico, realización de Directrices Anticipadas, abordaje de dilemas éticos al final de la vida, cuidado del desgaste del equipo de Cuidados Paliativos y actividades de investigación.

Tabla 3. Recursos hospitalarios de cuidados paliativos

	País	Recursos identificados	Nivel de Información
Grupo 1	Argentina (1)	En los distintos niveles y modalidades de atención, incluyendo el domicilio.	Oportunidad y continuidad a lo largo del ciclo vital.
	Brasil (9)	Red de atención en Salud.	No se determina.
	Chile (11)	Independientemente del lugar donde se otorguen.	Necesidad de reglamentación por el Ministerio de Salud.
	Colombia (3)	Servicios en todos los niveles de atención por niveles de complejidad.	No se determina.
Grupo 2	Perú (15)	Apoyo sectorial en salud Atención en internamiento y hospitalización. Atención en urgencia y/o emergencia.	Capacitación del personal de salud. Cartera de servicios acorde a la demanda.
Grupo 3	El Salvador (19)	Unidades de dolor y cuidados paliativos.	Oportunidad y continuidad a lo largo del ciclo vital.
	Panamá (17)	Atención hospitalaria (hospitalización, consulta externa, cuarto de urgencias)	No se determina.
	Uruguay (16)	Se propone un modelo progresivo y escalonado teniendo un equipo de soporte hospitalario que al integrarse con las unidades de cuidados paliativos ambulatorios se pueden convertir en una unidad de cuidados paliativos desarrollada.	Necesidad de reglamentación por el Ministerio de Salud.
	México (20)	Atención Paliativa Especializada destinada a prestar atención sanitaria a pacientes paliativos de mediana y alta complejidad a través del modelo integral/integrativo.	Integrar al Comité Hospitalario de Bioética en los dilemas de tratamiento al final de la vida. Prevención del desgaste y soporte emocional al equipo de Cuidados Paliativos. Apoyar al Registro Nacional de Pacientes de Cuidados Paliativos.





Cuidados paliativos pediátricos

En el ámbito de Cuidados Paliativos pediátricos, 5 de 11 países cumplen con las características instauradas de los grupos. Dentro del Grupo 1 se encuentran Colombia (3) y Chile (11) con políticas públicas que mencionan el acceso a cuidados paliativos a niños, niñas y adolescentes que cuenten con alguna enfermedad terminal o grave. Para el Grupo 2 se identificó a Costa Rica (12), quien norma los cuidados paliativos pediátricos, además hace hincapié en la utilidad de las intervenciones para evitar maniobras fútiles y el abandono terapéutico. Además, Uruguay (16) identifica a los niños con patologías que limitan la vida, susceptibles de recibir cuidados paliativos pediátricos y los discrimina en cuatro grupos según el tipo de patología y las intervenciones a realizar por parte del equipo de cuidados paliativos. El Grupo 3, El Salvador (19) discrimina la prestación de cuidados paliativos pediátricos entre la atención neonatal, niñez y adolescencia, cuyo objetivo se basa en mejorar en la calidad de vida y alivio del sufrimiento tanto del paciente como de la familia y los cuidadores.



Medicamentos esenciales

Los medicamentos esenciales, tanto opioides como no opioides, buscan satisfacer las necesidades prioritarias de atención en cuidados paliativos en la región, los cuales deben estar disponibles y garantizar el acceso para toda la población. Este componente hace referencia a la descripción normativa sobre la disponibilidad y acceso a medicamentos esenciales para los cuidados paliativos en todos los niveles del sistema de salud, y hace hincapié en el uso de opioides para el control del dolor y otros síntomas, respaldado por las respectivas estrategias de gestión de riesgos. Cada país define en su normativa cuáles son los medicamentos esenciales, si bien el grupo transversal a todos son los opioides, dependiendo del país y su política pública se incluyen otros.

Tabla 4. Acceso a Medicamentos esenciales.

	Pais	Recursos identificados	Consideraciones normativas	Medicamentos descritos en la norma
Grupo 1	Argentina (1)	Acceso a medicamentos esenciales en cuidados paliativos.	Actualización periódica según recomendaciones vigentes.	Analgésicos
	Brasil (9)	Acceso a medicamentos esenciales en cuidados paliativos.	Manejo de síntomas paliativos.	No hace referencia.
	Chile (11)	Acceso a medicamentos en cuidados paliativos.	Alivio de dolor Control de síntomas Uso de medicamentos con indicación diversa a la registrada Atención individual y personalizada cubriendo las necesidades del paciente	No hace referencia.
	Costa Rica (5)	Acceso a medicamentos e insumos esenciales en cuidados paliativos.	Para pacientes en fin de vida y condiciones de vida limitadas.	No hace referencia.
	El Salvador (19)	Acceso e incorporación a medicamentos e insumos esenciales en cuidados paliativos.	Manejo de síntomas paliativos para manejo de dolor y síntomas que deterioran la calidad de vida.	No hace referencia.
	México (6)	Acceso y suministro de medicamentos paliativos	Para manejo de dolor en situación de fin de vida suministrados por médicos tratantes.	No hace referencia.
Grupo 2	Colombia (3)	Acceso a opioides	Garantizar la distribución 24 horas al día 7 días de la semana por entes regulatorios.	Opioides.
	Ecuador (25)	Acceso a medicamentos básicos en cuidados paliativos.	Priorizar en el Plan Obligatorio anual el presupuesto para el abastecimiento de medicamentos e insumos. Actualización periódica de medicamentos según la guía de práctica clínica. Tener disponibilidad de medicamentos en zonas de difícil acceso	Morfina oral.
Grupo 3	Costa Rica (12)	Acceso a medicamentos esenciales en cuidados paliativos en atención domiciliar y ambulatoria.	Medicamentos para la habilitación y acreditación de los servicios. Dispensación, entrega, registro y retorno de medicamentos no administrados. Disponibilidad de medicamentos esenciales. Medicamentos para control de dolor, opioides y coadyuvantes.	Opioides.
	Perú (15)	Acceso y uso de medicamentos esenciales	Incluir en el Petitorio Nacional único de medicamentos esenciales, para fortalecer la prescripción, adquisición y uso de estos medicamentos. Actualización continua del listado de medicamentos que se encuentran disponibles según las recomendaciones de la OMS.	Opioides.
	Uruguay (16)	Acceso y uso de medicamentos esenciales	Cuentan con adecuada presentación de opioides débiles y fuertes. Propone tres indicadores para evaluar el consumo de opioides de manera anual, dentro de ellos mencionan: Consumo de opioides fuertes por muertes por cáncer (en equivalencia morfina, excluyendo metadona) Consumo de opioides fuertes per cápita (en equivalencia a morfina, excluyendo meperidina pero incluye la metadona) Razón de establecimientos farmacéuticos que dispensan opioides fuertes por millón de habitantes.	
	México (20)	Manejo de síntomas en Cuidados Paliativos	Control de síntomas prevalentes en Cuidados Paliativos, manejo de dolor Oncológico y No Oncológico y situaciones urgentes y de fin de vida. También incluye un apartado sobre consumo de opioide y aspectos regulatorios de estos medicamentos.	Opioides débiles y potentes



En cuanto a medicamentos esenciales en cuidados paliativos, se evidencia que 11 países mencionan el acceso a medicamentos esenciales. Dentro de ellos el Grupo 1 se centra en brindar un adecuado manejo de síntomas paliativos centrados en alivio de dolor. Argentina propone realizar actualizaciones periódicas de estos medicamentos según las recomendaciones vigentes; en el caso de Costa Rica y México estos medicamentos son exclusivos para pacientes que se encuentren en fin de vida y deben ser únicamente formulados por su médico tratante. Chile hace referencia al uso de medicamentos para el control de síntomas con indicación diferente de la registrada.

Se propone en el Grupo 2 países como Colombia y Ecuador en los cuales se debe tener acceso a los medicamentos y así mismo Ecuador propone que el abastecimiento de estos medicamentos debe estar incluidos en el presupuesto nacional, velar por el acceso de estos para la población objeto y en zonas de difícil acceso y dentro de los opioides resalta el acceso a la morfina oral. En Colombia se debe garantizar el acceso y distribución de los medicamentos opioides las 24 horas del día y los 7 días de la semana.

En el Grupo 3 se incluye el acceso a los medicamentos esenciales por parte de Costa Rica, Perú, México y Uruguay, en este Costa Rica hace referencia en la importancia de contar con los medicamentos esenciales para la habilitación y acreditación de los servicios de cuidados paliativos así como la dispensación, entrega, registro y retorno oportuno de estos medicamentos. Por otro lado, Perú indica incluir dentro del petitorio nacional estos medicamentos para fortalecer su prescripción y adquisición. Uruguay para su Plan Nacional realiza una encuesta Nacional de Cuidados Paliativos anual para definir 3 indicadores de monitorización del consumo de opioides fuertes: Consumo anual de opioides fuertes en equivalencia a morfina, excluyendo metadona por muertes por cáncer, al evaluar este indicador consideraron necesario desarrollar un indicador adicional de consumo de opioides, por lo cual crearon: Consumo anual de opioides fuertes en equivalencia a morfina, excluyendo meperidina pero incluyendo la metadona, dado que consideran que es un medicamento ampliamente utilizado en Latinoamérica como analgésico de primera línea y en rotación de opioides, por lo cual no incluirla afectaría negativamente la percepción del consumo real de opioides en cuidado paliativo en la Región. Como tercer indicador Uruguay propone medir la razón de establecimientos farmacéuticos que dispensan opioides fuertes por millón de habitantes.

Educación en cuidados paliativos en los pensum de pregrados, posgrado y educación continuada

La educación es uno de los pilares fundamentales en cuidados paliativos en LATAM. Se encontró nueve países que hacen referencia en este ámbito en los tres grupos, dentro de cada uno de ellos se pudo apreciar la integración dentro del ámbito laboral (Educación continuada), posgrado y pregrado. Para el Grupo 1 se incluyeron países como Costa Rica, México, Ecuador, Argentina y Chile.

Costa Rica y México solo hacen referencia a la educación en el ámbito laboral por medio de educación continuada, utilizando programas dirigidos a todo el personal de salud que brinda atención en cuidados paliativos de todas las instituciones prestadoras de salud para pacientes paliativos y en situación terminal. Para Ecuador se incorpora la materia de cuidados paliativos de manera optativa dentro de los pensums de medicina y enfermería. En Argentina se promueve la formación de contenidos básicos de cuidados paliativos en el ámbito de pregrado y posgrado para profesionales de la salud. Por otro lado Chile incluye la formación en cuidados paliativos tanto en pregrado, posgrado y en el ámbito laboral.

Panamá se incluye en el Grupo 2, en que se hace referencia a una asignatura de cuidados paliativos en el pregrado como eje transversal de todas las carreras universitarias del área de la salud y para el ámbito laboral propone desarrollar programas, cursos y diplomados para todos los trabajadores de la salud.

Para el Grupo 3 se incluyen países como Perú, Colombia y Uruguay, en los que se abarcan las tres dimensiones y se destacan lo siguiente: en pregrado se busca incorporar núcleos básicos en cuidados paliativos en el área de la salud, psicología y trabajo social; en el posgrado busca incentivar la formación de profesionales en este ámbito y la creación continúa de programas así mismo para el ámbito laboral se deben capacitar continuamente al personal de salud en cuidados paliativos. En Perú llama la atención que en el ámbito laboral se deben realizar capacitaciones continuas no sólo para el personal de salud si no para el personal de farmacia con un enfoque de humanización, comunicación y sensibilización.

México indica que los profesionales en cuidados paliativos deben estar capacitados con el nivel de educación de acuerdo a sus funciones en el equipo al que pertenecen, por lo cual deben contar con avales educativos en Cuidados Paliativos de carácter obligatorio por Universidades e instituciones de educación superior públicas y privadas, instituciones del Sistema Nacional de Salud, academias y colegios nacionales relacionados a la salud, que incluyan contenidos de pre, posgrado y educación continua en Cuidados Paliativos para técnicos y profesionales de la salud de medicina, enfermería, trabajo social, psicología, nutrición, rehabilitadores, inhalo-terapeutas y otras disciplinas afines y para los no profesionales de la salud como cuidadores y voluntarios.

Uruguay indica que la formación en cuidado paliativo se debe realizar en pregrado de medicina y enfermería, como asignatura o módulo específico dentro de una asignatura con una duración mínima de 20 horas, considerando los fundamentos básicos de Cuidado Paliativo: Identificación, evaluación y manejo de síntomas más frecuentes, abordaje de aspectos físicos, psicológicos y sociales y Comunicación con paciente, familia y cuidador.

Adicionalmente indica la importancia de la formación especializada para médicos en cuidado paliativo mediante: la especialidad, sub-especialidad, máster o diplomado según lo defina la autoridad competente. Además, incluye componentes de Cuidados Paliativos dentro de la formación de otras especialidades médicas como Medicina Familiar, Neonatología, Pediatría y Oncología.

Propone también para el ámbito laboral realizar actividades de Educación Profesional Permanente en forma coordinada con instituciones formadoras del recurso humano en Salud, para brindar una calidad asistencial adecuada y prevenir el síndrome de desgaste profesional, los cargos profesionales deben ser de dedicación exclusiva para Cuidados Paliativos, con 24 horas semanales para médicos y de 35 para enfermería. Además estos equipos tendrán actividades asistenciales, docentes, de investigación así como actividades de cuidado del propio equipo.

Tabla 5. Educación en pregrado, posgrado y educación continuada.

	País	Pregrado	Posgrado	Educación Continuada
Grupo 1	Argentina (1)	Promover y fomentar la formación de contenidos básicos de cuidados paliativos en pregrado y posgrado para profesionales de la salud.		No menciona.
	Chile (2,11)	Incorporar contenidos sobre cuidados paliativos en pregrado en Universidades, Centros de formación técnica e Institutos profesionales que imparten carreras en el área de la salud.		Capacitación continua en cuidados paliativos a profesionales y técnicos en salud.
	Costa Rica (12)	No menciona.	No menciona.	El Ministerio establece programas que permitan la formación al personal de salud incluyendo personal de apoyo, auxiliar, voluntariado, para promover la prestación de los servicios en cuidados paliativos, tanto a nivel gubernamental como en las organizaciones no gubernamentales
	Ecuador (10)	Incorporar contenidos sobre cuidados paliativos en pregrado como materia optativa en el pensum de pregrado de medicina y enfermería		No menciona.
	México (6)	No menciona.	No menciona.	Las Instituciones del Sistema Nacional de Salud garantizarán la capacitación y actualización permanente de los recursos humanos para la salud, en materia de cuidados paliativos y atención a enfermos en situación terminal.
Grupo 2	Panamá (17)	Contenidos básicos en cuidados paliativos Inclusión en el pensum como eje transversal, de estudiantes universitarios de ciencias de la salud y carreras afines al sector salud.	No menciona.	Desarrollar programas de educación permanente a profesionales de la salud y disciplinas afines. Como cursos, diplomados, eventos científicos de educación continua en cuidados paliativos.
Grupo 3	Colombia (4)	Incorporar, capacitar y fomentar contenidos sobre cuidados paliativos en pregrado en núcleos básicos en programas de áreas de ciencias de la salud, psicología y trabajo social.	El estado promoverá e incentivará la formación de profesionales en modalidad de posgrados y la creación de posgrados en Cuidados Paliativos.	Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizan el acceso a la atención de servicios de cuidado paliativo, con personal capacitado, el cual le sea ofrecida educación continuada en este tema.
	Perú (17)	Incorporar contenidos sobre cuidados paliativos en pregrado y posgrado promoviendo la creación de programas y cursos en cuidados paliativos.		Capacitar a todos los profesionales de salud en Cuidados Paliativos, haciendo énfasis en comunicación, sensibilización, humanización, incluyendo al personal de farmacia para dispensación de medicamentos.
	Uruguay (16)	Incorporar contenidos sobre cuidados paliativos en pregrado y posgrado en carreras como Medicina, Enfermería, Psicología. En donde se deben cursar más de 20 horas según la universidad que la imparta (en el pregrado).		Capacitar a todo el recurso humano en salud en Cuidados Paliativos de manera continua con el fin de asegurar una asistencia paliativa de calidad.
	México (20)	Las universidades e instituciones de educación superior en el área de la salud y disciplinas afines incorporarán la asignatura y/o contenidos de Cuidados Paliativos, en el currículo según el plan de estudios.		La oferta de actividades académicas de educación continua desarrollada por expertos en Cuidados Paliativos, en las instituciones de educación superior e instituciones de salud, estará disponible para el personal de salud interesado en la capacitación y educación continua.

Requisitos para la implementación, desarrollo o estimulación de la investigación en Cuidados Paliativos

Según un estudio Delphi (21), actualmente el progreso en cuidados paliativos, requiere del desarrollo científico. Esto es de vital importancia en Latinoamérica.

Dentro de las metas para lograr este objetivo se plantea estimular la formación de redes de investigación colaborativa, ofrecer cursos y talleres sobre investigación, estructurar centros con recursos de infraestructura e investigadores capacitados, y hacer lobby con organizaciones gubernamentales sobre la importancia de cuidados paliativos.

El desarrollo de la investigación en cuidados paliativos ayuda a promover y actualizar los cuidados dirigidos al paciente, tener la mejor evidencia científica disponible brindando un tratamiento adecuado, mejorando la carga sintomática y calidad de vida. Argentina (1) y Uruguay (16) se encuentran en el Grupo 1 debido a que su política promueve la investigación en cuidados paliativos.

Para el Grupo 2 Costa Rica (5), Colombia (4) y Brasil (9) tienen como objetivo promover, desarrollar e innovar en los cuidados paliativos con el fin de generar mejor apoyo a las familias y sus pacientes así como su desarrollo continuo para la toma oportuna de decisiones. Es de destacar que Brasil recibe apoyo por medio del gobierno a través de las instituciones de enseñanza.

El Salvador (19) es el único que se ubica en el Grupo 3, ya que las instituciones prestadoras de salud se encargan de promover la investigación en los cuidados paliativos, con el fin de generar evidencia para la toma de decisiones, cumpliendo con los lineamientos del comité de Nacional de ética de investigación en Salud y las pautas establecidas por la Política Nacional de investigación en salud.

En México la investigación hace parte del quinto dominio dentro de la formación en Cuidados paliativos de acuerdo al nivel formación: básica, media o avanzada, podrá participar, proponer o dirigir y realizar estudios de investigación en su área de competencia para mejorar la atención en Cuidados Paliativos.



Voluntades anticipadas

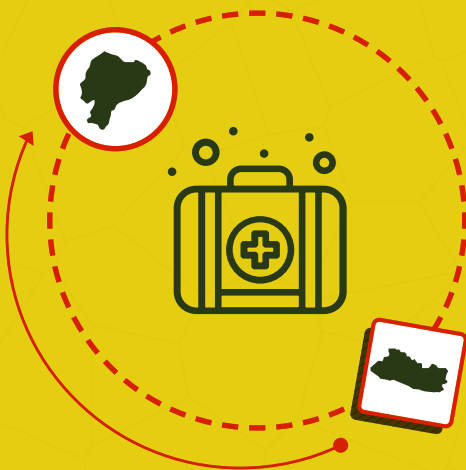
Costa Rica (5) y México (20) están en el Grupo 1. Costa Rica hace mención al derecho que tienen las personas en pleno uso de sus facultades, a expresar voluntades anticipadas por escrito, con respecto a intervenciones médicas. En México hace parte de los derechos de los pacientes en donde debe expresar sus voluntades anticipadas por escrito y se indica que los profesionales de la salud deberán considerar la existencia y respetar lo establecido en las directrices anticipadas (o voluntades anticipadas). Colombia (3) y Uruguay (8,16) se incluyen en el Grupo 2, en cuyo caso el diligenciamiento del documento de voluntades anticipadas puede ser realizado por cualquier persona (sana o en estado de enfermedad), con el fin de no someterse a tratamientos médicos innecesarios.

Chile (11) y El Salvador (19) se clasifican en el Grupo 3. Chile enuncia de forma explícita el contenido de las voluntades anticipadas como la identificación del paciente y ante quien se realiza la declaración, el diagnóstico de la enfermedad o la condición calificada como terminal o grave, y sus deseos frente a situaciones de carácter vital. Además, permite que los niños, niñas y adolescentes puedan declarar anticipadamente sus preferencias. El Salvador dispone de dos documentos de voluntades anticipadas incluidos de forma explícita en la política pública, los cuales se deben registrar de forma periódica y sistemática. El personal de salud debe identificar los pacientes con necesidades paliativas, e incluir las voluntades anticipadas dentro de la planeación avanzada.

Requisitos para la conformación de asociaciones nacionales de cuidados paliativos

Ninguna de las políticas examinadas en LATAM hace referencia a la conformación de asociaciones nacionales de cuidados paliativos. En países como Ecuador y El Salvador se menciona el rol de las asociaciones nacionales de cuidados paliativos, las cuales pueden influir sobre las decisiones que se tomen respecto de la política nacional de cuidados paliativos.

- **Ecuador:** Asociación Ecuatoriana para el Estudio de Dolor (AEETD) Sociedad Ecuatoriana de Anestesiología (SEA) Sociedad Ecuatoriana de Oncología Clínica (SEO) Sociedad Ecuatoriana de Geriátría y Gerontología (SECUGG) Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar (SEMF) , Asociación Ecuatoriana de Medicina Interna (AEMI).
- **México:** Asociación Mexicana para Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD), Asociación Mexicana de Cuidados Paliativos (AMECUP), Asociación Mexicana de Cuidados Paliativos y Algiólogos A.C. (AMECPA),
- **El Salvador:** Asociación Salvadoreña para el Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos (ASDP)



Recomendaciones para la generación e implementación de políticas públicas en América Latina



Diseño de políticas de salud relacionadas con cuidados paliativos

- **Actualización:** Los marcos normativos deben ser revisados y actualizados periódicamente para adaptarse a las nuevas evidencias científicas, las necesidades cambiantes de la población y los avances en la materia.
- **Enfoque en Atención Primaria:** Las políticas deben enfatizar la integración de los cuidados paliativos en la atención primaria de salud, garantizando el acceso oportuno y continuo a estos servicios para todos los pacientes que lo requieran.
- **Participación Ciudadana:** Es crucial promover la participación activa de los pacientes, familiares, profesionales de la salud y la sociedad civil en el diseño y evaluación de las políticas públicas de cuidados paliativos.



Fortalecimiento de los Sistemas de Salud

- **Financiamiento Sostenible:** Se requiere garantizar un financiamiento sostenible y equitativo para los cuidados paliativos, incluyendo la cobertura de medicamentos, insumos y recursos humanos.
- **Capacitación del Personal de Salud:** Es fundamental invertir en la capacitación continua del personal de salud en todos los niveles, con énfasis en el manejo de los síntomas y las necesidades paliativas, la comunicación con los pacientes y sus familias, y la atención integral de los cuidados paliativos.
- **Desarrollo de Redes de Cuidados Paliativos:** Se debe promover la creación de redes de cuidados paliativos que permitan articular los diferentes niveles de atención y garantizar la continuidad de los cuidados.
- **Acceso a Medicamentos Controlados:** Es necesario asegurar el acceso oportuno y seguro a medicamentos controlados para el manejo del dolor y otros síntomas, cumpliendo con las normativas internacionales y nacionales.



Promoción de la Investigación y la Educación

- **Investigación:** Se debe fomentar la investigación en cuidados paliativos para generar evidencia científica que permita mejorar la calidad de la atención y desarrollar nuevas estrategias de intervención.
- **Educación en Cuidados Paliativos:** Es necesario incluir la educación en cuidados paliativos en los planes de estudio de las carreras de salud y desarrollar programas de formación continua para los profesionales en ejercicio.
- **Sensibilización de la población:** Se deben implementar estrategias de comunicación y educación para sensibilizar a la población sobre los cuidados paliativos y desmitificar los tabúes asociados a la muerte y el morir.



Monitoreo y Evaluación

- **Indicadores de Calidad:** Se deben establecer indicadores de calidad para medir el desempeño de los servicios de cuidados paliativos y evaluar el impacto de las políticas públicas implementadas.
- **Sistemas de Información:** Es necesario desarrollar sistemas de información robustos que permitan recolectar y analizar datos sobre la prestación de servicios de cuidados paliativos y la satisfacción de los usuarios.



Consideraciones adicionales:

- **Equidad:** Las políticas deben garantizar el acceso equitativo a los cuidados paliativos, independientemente del nivel socioeconómico, ubicación geográfica o tipo de enfermedad.
- **Enfoque en el paciente y la familia:** Los cuidados paliativos deben centrarse en las necesidades del paciente y su familia, promoviendo la autonomía y el acompañamiento en todas las etapas del proceso.
- **Interdisciplinaria:** La atención en cuidados paliativos debe ser integral y multidisciplinaria, involucrando a profesionales de diversas áreas como la medicina, enfermería, psicología, trabajo social, terapias (física, respiratoria y del lenguaje) y espiritualidad.

El fortalecimiento de los marcos normativos, la integración de los cuidados paliativos en los sistemas de salud, la promoción de la investigación y la educación, y el monitoreo y evaluación son elementos clave para garantizar el acceso equitativo y de calidad a los cuidados paliativos en América Latina.



Experiencias destacadas

y Marcos Regulatorios

**en Cuidados Paliativos
en Latinoamérica**



Adicional a lo presentado en cada país, en este apartado se presentan valiosas experiencias de diversos países latinoamericanos, permitiendo identificar casos de éxito en la integración de cuidados paliativos en sus sistemas de salud. Se observa una variedad de enfoques, desde la creación de marcos legales integrales hasta la implementación de programas y guías de práctica clínica.

México:

México ha establecido un marco regulatorio sólido para los cuidados paliativos a través de:

- **NOM-011-SSA3-2014:** Establece los criterios para la atención de pacientes en situación terminal a través de cuidados paliativos.
- **Acuerdo Modificatorio del Anexo Único (2018):** Actualiza y manda la implementación de esquemas de manejo integral de cuidados paliativos.
- **Acuerdo sobre Cuidados Paliativos Pediátricos Obligatorios:** Asegura la atención integral de pacientes pediátricos.
- **Ley de Voluntad Anticipada:** Reconoce la autonomía del paciente y se ha implementado en gran parte del territorio nacional.

Bolivia:

Bolivia está avanzando en el desarrollo de un sistema integral de cuidados paliativos:

- **Ley 1223 (2019) y Decreto Supremo 4881 (2023):** Garantizan la atención universal e integral para personas con cáncer, incluyendo cuidados paliativos.
- **Norma de Medicina Paliativa de la ASUSS (2020):** Establece estándares para la prestación de cuidados paliativos.
- **Ley 872 (2016):** Asegura el acceso a servicios de cuidados paliativos para personas mayores.

Ecuador:

Ecuador ha logrado avances significativos:

- **Guías de Práctica Clínica (2014):** El Ministerio de Salud Pública ha publicado guías para profesionales y ciudadanos.
- **Unidades de Cuidados Paliativos:** Integradas en hospitales oncológicos y de segundo nivel.
- **Ley Orgánica de Cuidados Paliativos:** En proceso de aprobación para garantizar el derecho a los cuidados paliativos y asignar recursos.
- **Cuadro Básico de Medicamentos:** Incluye opioides para todos los niveles de atención.

Panamá:

Panamá ha integrado los cuidados paliativos en su sistema de salud:

- **Guías de Cuidados Paliativos Pediátricos:** Incluyen atención neonatal y perinatal.
- **Lista CONAMEP:** Diferencia los medicamentos para cuidados paliativos, ofrecidos gratuitamente.
- **Ley 68:** Regula las voluntades anticipadas.

Este panorama regional destaca el compromiso creciente con los cuidados paliativos y la importancia de continuar fortaleciendo los marcos regulatorios, la capacitación del personal y la disponibilidad de recursos para garantizar el acceso equitativo a estos servicios esenciales.

Políticas públicas

consultadas en

este proceso



1. Congreso de la Nación Argentina. Ley 27.678. [Internet]. Buenos Aires: Congreso de la Nación; 2021 [citado 2024 Sep 20]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27678-368373>
2. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley 21375 consagra los cuidados paliativos y el derecho a recibir tratamiento del dolor para las personas que padecen enfermedades terminales o graves [Internet]. Santiago: BCN; 2021 [citado el 20 sep 2024]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1166846>
3. Función Pública de Colombia. Ley 1733 de 2014. [Internet]. Bogotá: Función Pública; 2014 [citado 2024 Oct 4]. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=59379
4. Congreso de Colombia. Ley 2241 de 2022. [Internet]. Bogotá: Congreso de Colombia; 2022 [citado 2024 Sep 20]. Disponible en: [https://sidn.ramajudicial.gov.co/SIDN/NORMATIVA/TEXTOS_COMPLETOS/7_LEYES/LEYES%202022/Ley%202241%20de%202022%20\(Educaci%C3%B3n%20en%20cuidados%20paliativos\).pdf](https://sidn.ramajudicial.gov.co/SIDN/NORMATIVA/TEXTOS_COMPLETOS/7_LEYES/LEYES%202022/Ley%202241%20de%202022%20(Educaci%C3%B3n%20en%20cuidados%20paliativos).pdf)
5. Ministerio de Salud. Reglamento a la Ley N° 10245 del 05 de mayo de 2022: Ley de Cuidados Paliativos. [Internet]. Costa Rica: Ministerio de Salud; 2022 [citado 2024 Sep 20]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/legislacion-sanitaria/consulta-publica/6177-reglamento-a-la-ley-no-10245-del-05-de-mayo-de-2022-ley-de-cuidados-paliativos/file#:~:text=10245%20del%2005%20de%20mayo%20de%202022%20%E2%80%9CLey%20de%20Cuidados,edad%2C%20condici%C3%B3n%20social%20o%20enfermedad.>
6. Secretaría de Salud. Lineamientos para la atención del dolor en pacientes paliativos. [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2013 [citado 2024 Sep 20]. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dmp-paliar_00C.pdf
7. Ministerio de Salud. Ley N° 30846. [Internet]. Perú: Ministerio de Salud; 2020 [citado 2024 Sep 20]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1039343/30846.pdf?v=1595862398>
8. Ministerio de Salud Pública. Ley N. 329. [Internet]. Montevideo: Presidencia de la República; 2023 [citado 2024 Oct 4]. Disponible en: https://medios.presidencia.gub.uy/legal/2023/leyes/08/msp_329.pdf
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N. 3.681, de 7 de maio de 2024 [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2024 [citado el 20 sep 2024]. Disponible en: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.681-de-7-de-maio-de-2024-561223717>
10. Ediciones Legales. SIE-SALUDMA-22-32: Guía técnica de salud materno infantil [Internet]. Quito: Ediciones Legales; 2022 [citado el 20 sep 2024]. Disponible en: <http://www.edicioneslegales-informacionadicional.com/webmaster/directorio/SIE-SALUDMA-22-32.pdf>
11. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley N° 21.203. [Internet]. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional; 2019 [citado 2024 Sep 20]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1177549>
12. Ministerio de Justicia y Paz. Ley de protección a la persona trabajadora. [Internet]. Costa Rica: PGR; 2019 [citado 2024 Sep 20]. Disponible en: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=63419&nValor3=72871&strTipM=TC
13. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución No. 3100 de 2019 [Internet]. Bogotá: MINSALUD; 2019 [citado el 20 sep 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf

14. Ministerio de Salud de Perú. Resolución Ministerial N. 939-2021-MINSA [Internet]. Lima: MINSA; 2021 [citado el 20 sep 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2049810/Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B0939-2021-MINSA.pdf?v=1627519577>
15. Ministerio de Salud. Documento técnico sobre [título específico del documento]. [Internet]. Perú: Ministerio de Salud; [año] [citado 2024 Sep 20]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2049811/Documento%20T%C3%A9cnico.pdf>
16. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. [Internet]. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2013 [citado 2024 Oct 4]. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/PLAN%20NACIONAL%20CP%20VERSION%20SETIEMBRE%202013_0.pdf
17. Ministerio de Salud de Panamá. Programa Nacional de Cuidados Paliativos [Internet]. Panamá: MINSA; 2015 [citado el 20 sep 2024]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/programa_nacional_de_cuidados_paliativos_0.pdf
18. Procuraduría General de la República de Costa Rica. Ley de protección al ciudadano del exceso de requisitos. [Internet]. San José: Procuraduría General de la República; 2022 [citado 2024 Oct 4]. Disponible en: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=70701&nValor3=85539&strTipM=TC
19. Ministerio de Salud de El Salvador. Norma técnica para la atención en cuidados paliativos [Internet]. San Salvador: Ministerio de Salud; 2022 [citado el 20 sep 2024]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/11/1516368/normatecnicaaparalaatencionencuidadospaliativos.pdf>
20. Murray C, Lopez A, Ahn J, et al. Estimating the burden of disease and injury in the United States: The need for accurate data. J Pain Symptom Manage. 2022;63(1) . Available from: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(22\)00998-8/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(22)00998-8/fulltext)

POLÍTICAS PÚBLICAS

en cuidados paliativos

en Latinoamérica

INFORME TÉCNICO