

TALLER CUIDADOS PALIATIVOS

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

TALLER CUIDADOS PALIATIVOS

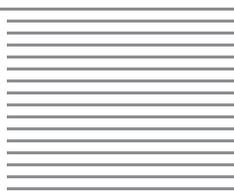
SALUD
SECRETARÍA DE SALUD





AGRADECIMIENTOS

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD /
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



ÍNDICE

DIRECTORIO	4
PRÓLOGO	5
INTRODUCCIÓN	6
I. MARCO JURÍDICO	7
II. ALINEACIÓN A LAS METAS NACIONALES	8
II.1 ALINEACIÓN CON EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO (PND)	8
II.2 ALINEACIÓN CON EL PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD (PROSESA)	9
III. ANTECEDENTES	9
IV. OBJETIVOS	9
V. RESUMEN EJECUTIVO	10
VI. PROGRAMA	11
VII. PARTICIPANTES	12
VIII. MEMORIA DE PARTICIPACIONES	14
IX. RESULTADOS	24
IX.1 ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS	24
IX.2 ACCESO A LA ATENCIÓN PALIATIVA	28
IX.3 CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN CUIDADOS PALIATIVOS	32
BIBLIOGRAFÍA	35

DIRECTORIO

José Narro Robles
Secretario de Salud

José Meljem Moctezuma
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Pablo Antonio Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Marcela Guillermina Velasco González
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Fernando Gutiérrez Domínguez
Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
*Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad*

Manuel Mondragón y Kalb
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Ernesto Héctor Monroy Yurrieta
Titular de la Unidad Coordinador de Vinculación y Participación Social

Gustavo Nicolás Kubli Albertini
Titular de la Unidad de Análisis Económico

Julio Sánchez y Tépoz
Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Manuel Hugo Ruiz de Chávez Guerrero
Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética

Gabriel O'Shea Cuevas
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Jesús Ancer Rodríguez
Secretario del Consejo de Salubridad General

Sebastián García Saisó
Director General de Calidad y Educación en Salud

PRÓLOGO

Recientemente en México, se han incorporado a la Ley General de Salud y a su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, lineamientos en relación con la implementación y promoción de atención en cuidados paliativos, con el objetivo de preservar la calidad de vida de las personas con condiciones limitantes para la vida, establecer y garantizar sus derechos, y dar a conocer los alcances del tratamiento curativo y paliativo, evitando así la obstinación terapéutica.

Como resultado de estos procesos, se ha publicado la Norma Oficial Mexicana, NOM-011-SSA3-2014, que establece los criterios para la atención de enfermos en fase terminal a través de cuidados paliativos, y el Acuerdo del Consejo de Salubridad General que declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos. De esta forma el Sistema Nacional de Salud en México, cuenta con un marco normativo suficiente -el más amplio en América Latina- para iniciar acciones que favorezcan la implementación de atención paliativa en el país.

En la Secretaría de Salud se han iniciado acciones para elaborar un diagnóstico situacional de los servicios de cuidados paliativos que permita identificar las prioridades y necesidades de la población.

Es así que, bajo la coordinación de Dirección General de Calidad y Educación en Salud, se llevaron a cabo dos talleres en los que participaron expertos internacionales y nacionales en cuidados paliativos, con el objetivo de conformar el Programa Nacional de Cuidados Paliativos, con enfoque diferencial en la atención a personas adultas y a la población pediátrica.

En este contexto, se presentan los resultados del taller “Hacia la Consolidación del Programa Nacional de Cuidados Paliativos”, en el que profesionales de la salud de los tres niveles de atención, disertaron en relación con los factores que inciden en la adecuada prestación de Cuidados Paliativos.

DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ
Director General de Calidad y Educación en Salud

INTRODUCCIÓN

En la actualidad los avances científicos en el área de la medicina han sido significativos. A pesar de ello, en nuestro país la transición epidemiológica hacia el aumento de enfermedades crónicas degenerativas y cáncer representa un importante reto para la salud pública. La historia natural de la enfermedad de estas patologías al final de su evolución se caracteriza por complicaciones, sufrimiento y una alta demanda asistencial con pocas alternativas terapéuticas curativas. Se ha calculado con base en datos de mortalidad general publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) que cada año en México el 66% de la población que fallece es a causa de estas enfermedades.

Los cuidados paliativos tienen como objetivo fundamental aliviar el sufrimiento y mejorar en lo posible la calidad de vida de estos enfermos. La atención paliativa a los pacientes que lo requieren es un derecho reconocido por organismos internacionales y en el marco jurídico mexicano.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a los cuidados paliativos como un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y familiares que se están enfrentando a los problemas asociados a una enfermedad potencialmente mortal a través de la prevención y el alivio del sufrimiento a partir de una identificación temprana, una evaluación adecuada, una aplicación de tratamientos para el dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

Los cuidados paliativos se caracterizan por:

- Proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas que causan sufrimiento;
- Afirmando la vida y contemplar el morir como un proceso normal;
- No pretender adelantar ni posponer la muerte;
- Integrar los aspectos psicológicos y espirituales de cuidado del paciente;
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes de la manera más activa posible hasta la muerte;
- Proporcionar un sistema de apoyo para ayudar a las familias a sobrellevar la enfermedad del paciente y su propio duelo;
- Emplear una estrategia de equipo para abordar las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo el apoyo psicológico al duelo si está indicado;
- Mejorar la calidad de vida e influir positivamente el curso de la enfermedad;
- Ser aplicables en las fases tempranas de la enfermedad junto con otras terapias dirigidas a prolongar la vida, como la quimioterapia o radioterapia, e incluir las investigaciones necesarias para entender y manejar las complicaciones clínicas que causan sufrimiento.

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018, establece en su objetivo:

2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, a través de su estrategia
 - 2.3 Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales, en su línea de acción
 - 2.3.3 Reforzar las redes de servicios y procesos para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, asumen el reto de contribuir a brindar una atención paliativa integral a

la persona en condiciones limitantes para la vida y su familia, tomando en cuenta no solo los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, sino también la calidad de la atención. Si bien existen experiencias en las entidades federativas y se han logrado avances en la materia, todavía existen amplios sectores de la población que requieren de estos cuidados.

Lo anterior justifica la integración de un Programa Nacional de Cuidados Paliativos con base en el marco jurídico y las metas nacionales, para impulsar la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedades avanzadas y de sus familias, mediante servicios que brinden atención paliativa de manera oportuna, segura, efectiva y eficiente, como un derecho individual de los enfermos y sus familias.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, con base en sus atribuciones I y II referidas en el artículo 18 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, convocó a participar a expertos en el taller “Hacia la Consolidación del Programa Nacional de Cuidados Paliativos”, que tuvo como objetivo conocer la opinión y necesidades de los profesionales de la salud que están relacionados con la práctica y la implementación de los servicios de los cuidados paliativos en nuestro país. En este documento se muestran los resultados del consenso de 102 profesionales de diferentes instituciones de salud, provenientes de 27 entidades federativas.

I. MARCO JURÍDICO

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo cuarto el derecho que tienen todas las personas a la protección de la salud. De igual manera, el artículo sexto de la Ley General de Salud (LGS) plantea, entre otros objetivos del Sistema Nacional de Salud, “proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud...”; el artículo 51 de la misma ley establece que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como un trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

De manera específica, en lo referente a las atribuciones de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, el artículo 18 del reglamento interior de la Secretaría de Salud le otorga facultades entre las que destacan diseñar, operar y evaluar mecanismos que promuevan la calidad en los servicios de atención médica y asistencia social, conforme estándares de desempeño mediante instrumentos y proyectos estratégicos para la gestión de calidad entre la Federación y los gobiernos de las entidades federativas.

La atención paliativa se fundamenta en un marco jurídico en el que se destacan los siguientes ordenamientos legales y normas oficiales mexicanas:

- Las fracciones II y XXVII bis, del artículo tercero de la Ley General de Salud, que dictan que la atención médica y el tratamiento integral del dolor son materia de salubridad general;
- La fracción IV, del artículo 33 de la Ley General de Salud, que determina que las actividades de atención médica paliativas incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente a través de la prevención, tratamiento, control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario;
- El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica;
- La Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014;
- Los criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos;

- El acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos.

II. ALINEACIÓN A METAS NACIONALES

II.1 ALINEACIÓN CON EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO (PND)

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 20 de mayo de 2013, establece entre sus metas nacionales un “México Incluyente”.

El alcance de la meta es garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos. Asimismo, propone fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud y promover la integración funcional de las instituciones; reforzar la regulación de los establecimientos de la atención médica; aplicar estándares de calidad rigurosos; privilegiar el enfoque de prevención y promoción de una vida saludable; y renovar la planeación y gestión de los recursos disponibles.

Para alcanzar esta meta, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 propone el objetivo 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud, del cual se desprende la estrategia 2.3.4, garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad. Esta estrategia plantea las líneas de acción en las que se fundamenta la Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica, que a su vez contribuye a fundamentar la elaboración del Programa Nacional de Cuidados Paliativos.

La Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica tiene los siguientes objetivos:

Objetivo 1. Mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente en los servicios de salud, a través de su estrategia 1.1, calidad con énfasis en la seguridad del paciente, y de la línea de acción 1.1.12, incentivar la creación de equipos multidisciplinarios para la mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Objetivo 4. Direccionar las acciones de acreditación para consolidar la mejora de la calidad y el acceso efectivo a la salud, con base en su estrategia 4.1, para alinear acciones intersectoriales e institucionales que permitan un acceso efectivo a los establecimientos y servicios de salud a través de la acreditación y la línea de acción 4.1.5, que consiste en contribuir a la formulación, implementación y seguimiento de los modelos de atención para optimizar el uso de recursos y alcanzar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.

Objetivo 6. Fortalecer la política en la formación, capacitación y educación continua del personal de salud de acuerdo con las características demográficas y epidemiológicas de la población, en su estrategia 6.1, relativa a establecer la política de formación, capacitación y educación continua de los recursos humanos para la salud que facilite su integración en el Sistema Nacional de Salud, y la línea de acción 6.1.1, que mandata establecer mecanismos técnicos normativos que orienten la política de formación, capacitación y educación continua de los recursos humanos en salud.

II.2 ALINEACIÓN CON EL PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD (PROSESA)

El Programa Sectorial de Salud, publicado en el Diario oficial de la federación el 12 de diciembre de 2013, establece en su objetivo 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, en relación con su estrategia 2.3, de creación de redes integradas de servicios de salud interinstitucionales y su línea de acción 2.3.3, reforzar las redes de servicios y procesos para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

III. ANTECEDENTES

El Programa Sectorial de Salud 2007-2012 establecía entre sus objetivos prestar servicios de salud con calidad y seguridad y para ello formulaba como estrategia situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud. Bajo esta premisa se creó el Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD, el cual integró en su eje de calidad técnica y seguridad del paciente el proyecto PALIAR, que contempló la incorporación a los establecimientos de salud de tres acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida del paciente: promover, estandarizar e implementar acciones de cuidados paliativos para pacientes en situación terminal y desarrollar programas de hospitalización a domicilio con el fin de acercar los servicios a los ciudadanos.

El proyecto señaló que es posible mejorar o mantener el bienestar de los enfermos a través de una mayor profesionalización de su cuidado, la atención al dolor, la capacitación al enfermo y su familia sobre temas de tanatología y un buen control de sus síntomas. Entre sus acciones principales se establecieron:

1. Apoyar la publicación de una Norma Oficial Mexicana de criterios para cuidados paliativos, con el fin de regular la atención a pacientes en situación terminal.
2. Establecer un grupo técnico para la formulación de criterios, recomendaciones de buena práctica y construcción de indicadores, para cuidados paliativos.
3. Desarrollar acciones de capacitación vinculadas a SICALIDAD, para la operación de programas de cuidados paliativos para pacientes terminales y de alternativas a la hospitalización.
4. Evaluar los resultados de implantación del modelo y generación de espacios para compartir experiencias destacadas.

IV. OBJETIVOS

GENERAL

Conocer la opinión y necesidades de los profesionales de la salud que están relacionados con la práctica y la implementación de los servicios de los cuidados paliativos pediátricos en nuestro país, acerca de la organización, acceso y capacitación, para desarrollar los componentes fundamentales del Programa Nacional de Cuidados Paliativos Pediátricos con base en el marco jurídico y en congruencia con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 en su estrategia 2.3, crear redes integradas de servicios de salud interinstitucional y su línea de acción 2.3.3, reforzar las redes de servicios y procesos para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

ESPECÍFICOS

1. Facilitar el desarrollo y fortalecimiento del Programa Nacional de Cuidados Paliativos en México, con la participación de la opinión de los profesionales de la salud involucrados e interesados en el tema y de los responsables estatales de calidad en salud.
2. Sensibilizar sobre la importancia de implementar estos servicios en las entidades federativas, priorizando el primer nivel de atención médica.
3. Presentar temas por expertos nacionales e internacionales para establecer un marco de referencia para el desarrollo del taller.
4. Conocer las experiencias y lecciones aprendidas sobre la atención paliativa pediátrica que se brinda en algunas entidades federativas.
5. Crear un espacio para el intercambio de experiencias entre los diferentes actores en cuidados paliativos pediátricos que se encuentran trabajando en las entidades federativas.

V. RESUMEN EJECUTIVO

Esta publicación es fruto del esfuerzo de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, y recoge opiniones de diversas colaboraciones nacionales e internacionales así como planteamientos de distintos actores e instituciones del Sector Salud.

En el taller “Hacia la Consolidación del Programa Nacional de Cuidados Paliativos” se convocó a participar a representantes con interés y experiencia en cuidados paliativos de las 32 entidades federativas a través de los Secretarios de Salud de la República Mexicana, al Consejo de Salubridad General, a la Comisión Permanente de Enfermería, a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, a la Fundación Mexicana para la Salud, a la Universidad Nacional Autónoma de México, y a las Instituciones de Salud que integran el sector: Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, hospitales privados, organizaciones no gubernamentales y asociaciones civiles.

Durante el taller se realizaron presentaciones sobre conceptos básicos en cuidados paliativos, marco normativo, modelos de atención, acceso y oportunidad de la atención, experiencias de servicios, disponibilidad y accesibilidad a medicamentos, estrategias de educación y capacitación, cuidados de enfermería.

El taller se realizó con base en un esquema modificado de la técnica cualitativa de búsqueda de consenso Phillips 6/6.

Se realizaron tres sesiones con relación a los temas: 1) Organización de servicios de cuidados paliativos, 2) Accesibilidad terapéutica en cuidados paliativos y 3) Capacitación de recursos humanos y formación de equipos.

Para la discusión de cada tema se conformaron 8 grupos de entre 7 y 12 profesionales de la salud de carácter multidisciplinario y cada grupo designó a un moderador, un relator y un secretario. Al taller asistieron 102 profesionales de la salud involucrados con los cuidados paliativos, procedentes de 28 entidades federativas.

VI. PROGRAMA

23 Marzo de 2015		16:00-18:00	Panel: Experiencias Estatales en Cuidados Paliativos. *M.C. Sandra Elizabeth Jiménez Cetina/Responsable del Programa de la Unidad Móvil de Cuidados Paliativos de Aguascalientes *Lic. Evangelina Zyle Fero/Coordinadora de Cuidados Paliativos de los Servicios de Salud de Yucatán *Dra. Patricia Emiliama García Ramírez/Coordinadora de la Unidad de Cuidados Paliativos y Medicina del Dolor del HGR No. 1 del IMSS, Cd. Obregón, Sonora *Dr. Ricardo Valtierra/Coordinador de Cuidados Paliativos en Guanajuato
24 Marzo de 2015			
8:00- 9:00	Registro	8:00- 9:00	Registro
9:00- 9:30	Ceremonia de Inauguración Dr. Sebastián García Saisó Director General de Calidad y Educación en Salud	9:00-9:45	Formación de Recursos Humanos en Cuidados Paliativos Dr. Julio M. Cacho Salazar Jefe de la Subdivisión de Educación Continua de la División de Estudios de Posgrado/ Facultad de Medicina de la UNAM
9:30-10:15	El papel del Consejo de Salubridad General en la política de los Cuidados Paliativos Dr. Lombardo Ruiz Pérez Secretaría del Consejo de Salubridad General	9:45-10:30	Importancia de la Enfermería en Cuidados Paliativos Lic. en Enf. María Elena Reyes Nieto Enfermera del Instituto Nacional de Cancerología
10:15-10:30	Marco Normativo en Cuidados Paliativos Dr. Bernardo Villa Cornejo Jefe del Departamento de Cuidados Paliativos/DGCE	10:30-11:00	Receso
10:30-11:30	Redes Integradas de Servicios de Salud de la OPS, en Cuidados Paliativos Dr. Osvaldo Ariza Barrios Asesor en Servicios y Sistemas de Salud/OPS	11:00-12:00	Taller 1: Organización de los Servicios de Cuidados Paliativos Coordinar: Dr. Bernardo Villa Cornejo
11:30-12: 30	Historia del Servicio de Cuidados Paliativos en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) Dra. Silvia Allende Pérez Jefa del Servicio de Cuidados Paliativos del INCAN	12:00-13:00	Taller 2: Accesibilidad Terapéutica en Cuidados Paliativos Coordinar: Dra. Mónica Osío Saldaña
12:30 -13:00	Receso	13:00-14:00	Taller 3: Capacitación de Recursos Humanos y Formación de Equipos Coordinar: Dra. María Guadalupe Grijalva
13:00-13:45	Inclusión de Servicios de Cuidados Paliativos en el Sistema Nacional de Protección Social en Salud Dra. Celina Castañeda de la Lanza Subdirectora de Control de Gestión de Integración Regional/CNPS	14:00-14:00	Presentación de Resultados Dr. Bernardo Villa Cornejo Jefe del Departamento de Cuidados Paliativos/DGCE
13:45-14:30	Disponibilidad y Acceso a los Opioides Mtro. Julio Sánchez y Tepoz Comisionado de Fomento Sanitario de la COFEPRIS	14:30-14:45	Clausura Dr. Eduardo González Pier Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud
14:30-16:00	Comida		

VII. PARTICIPANTES

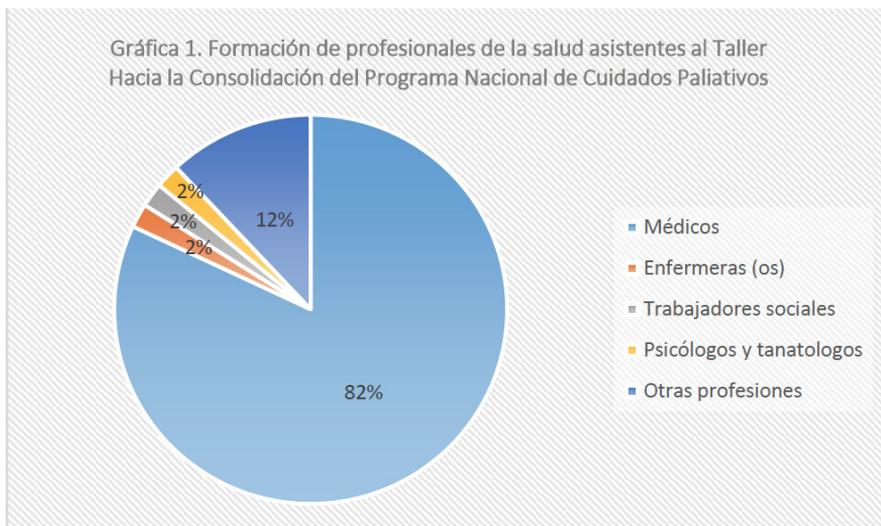
En la inauguración del taller participaron como integrantes del presidium el Asesor de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, el Secretario del Consejo de Salubridad General, el Director General de Calidad y Educación en Salud y el Jefe del Departamento de Cuidados Paliativos de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. En la clausura del evento estuvo presente el Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud.

Instituciones participantes:

Tabla 1. Instituciones participantes en el Taller: Hacia la Consolidación del Programa Nacional de Cuidados Paliativos en México, 2015
Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
Comisión Nacional de Protección Social en Salud
Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
Comisión Permanente de Enfermería
Consejo de Salubridad General
Instituto Nacional de Cancerología
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga
Hospital General Dr. Manuel Gea González
Secretaría de Salud del Distrito Federal
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
Secretaría de Marina
Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos
Universidad Nacional Autónoma de México
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Hospitales Privados
Hospitales Universitarios
Voluntariado Nacional
Organizaciones no Gubernamentales y Asociaciones Civiles
Organización Panamericana de la Salud

Entidades federativas participantes:

Aguascalientes	Michoacán
Baja California	Morelos
Baja California Sur	Nayarit
Campeche	Nuevo León
Chiapas	Oaxaca
Chihuahua	Querétaro
Coahuila	Quintana Roo
Colima	San Luis Potosí
Distrito Federal	Sinaloa
Durango	Sonora
Estado de México	Tabasco
Guanajuato	Tlaxcala
Guerrero	Veracruz
Hidalgo	Yucatán



Durante el evento se realizó una encuesta a la que respondieron el 71% de los asistentes. A partir de ésta se determinó la formación profesional de los participantes: 82% médicos, 2% enfermeras (os), 2% trabajadores sociales, 2% psicólogos y tanatólogos y 12% otras profesiones, entre las que se mencionaron ingeniería, abogacía, integrantes de organizaciones no gubernamentales, voluntarios y odontólogos (Gráfica 1).

VIII. MEMORIA DE PARTICIPACIONES

EL PAPEL DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL (CSG) EN LA POLÍTICA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

DR. LEOBARDO RUIZ PÉREZ

Entonces Secretario del Consejo de Salubridad General

Desde la década de los ochenta, la Organización Mundial de la Salud (OMS) insta a los países a impulsar los cuidados paliativos.

En 2006, solo 15% de las naciones promovían este tipo de cuidados. Más tarde, en 2013, la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC), la Asociación Internacional de Cuidados Paliativos (IAHPC), la Alianza Mundial de Cuidados Paliativos (WPCA) y el observatorio de derechos humanos (HRW), suscribieron la carta de Praga, en la que estipularon realizar trabajos en colaboración, estableciendo que el acceso a los cuidados paliativos es una obligación legal -tal como lo reconocen las convenciones de las Naciones Unidas- y ha sido reclamado como un derecho humano por parte de asociaciones internacionales, basándose en el derecho a la salud física y mental al más alto nivel.

Para los casos de pacientes que presentan dolor severo, la falta de provisión de cuidados paliativos por parte de los gobiernos puede considerarse también trato cruel, inhumano o degradante. Los cuidados paliativos pueden aliviar este sufrimiento con eficacia, o incluso prevenirlo, y pueden ser proporcionados a un costo comparativamente bajo.

La OMS, en su 67° asamblea celebrada en enero de 2014, establece incluir los cuidados paliativos en los Sistemas Nacionales de Salud.

El Consejo de Salubridad General (CSG) es un órgano del Estado Mexicano, establecido por el artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, dependiente del Presidente de la República, presidido por el Secretario de Salud y que tiene como mandato la emisión de disposiciones obligatorias en materia de salubridad general. El CSG representa la segunda autoridad sanitaria del país, con funciones normativas, consultivas y ejecutivas; su ámbito de acción abarca a todas las organizaciones públicas y privadas que constituyen el Sistema Nacional de Salud y todas aquellas instancias que estén relacionadas con éste, incluyendo las autoridades administrativas federales, estatales y municipales.

Con base en el marco normativo de cuidados paliativos en México, el CSG, en conjunto con la Facultad de Medicina de la UNAM e instituciones del Sector Salud, ha encabezado la iniciativa de crear el Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía Integral de Cuidados Paliativos, misma que, para brindar certeza jurídica, se incluye como anexo único del acuerdo. El objetivo específico del acuerdo es establecer la atención del manejo de cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud en los siguientes subgrupos: enfermedades oncológicas, enfermedades no oncológicas y envejecimiento.

El contenido del acuerdo describe el contexto y generalidades del manejo del dolor y cuidados paliativos, modelos de atención, manejo sintomático, formación de recursos humanos, marco regulatorio y consideraciones bioéticas. Referente al cuadro básico y catálogo de medicamentos del sector salud, establece que actualmente se encuentran disponibles medicamentos para el alivio del dolor.

MARCO NORMATIVO EN CUIDADOS PALIATIVOS

DR. BERNARDO VILLA CORNEJO

Jefe del Departamento de Cuidados Paliativos, Dirección General de Calidad y Educación en Salud

El marco legal en cuidados paliativos en México se rige por:

1. La Ley General de Salud, artículo 166 Bis. De los Cuidados Paliativos a los enfermos en Situación Terminal, publicada en el DOF, el 5 de Enero 2009.
2. El decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de servicios de Atención Médica, publicado en el DOF el 05 de noviembre de 2013.
3. La Norma Oficial Mexicana-011-SSA3-2014. Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos, publicada en el DOF, el 9 de diciembre de 2014.
4. El acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, publicado en el DOF, el 26 de diciembre de 2014.
5. Adicionalmente en el 2010, la Secretaría de Salud publicó la Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos, así como la Guía de Referencia Rápida en Cuidados Paliativos.

La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, tiene a su cargo la elaboración del Programa Nacional de Cuidados Paliativos, alineado a las metas nacionales establecidas en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en su estrategia, 2.3. Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucional y su línea de acción 2.3.3, reforzar las redes de servicios y procesos para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

El objetivo general del programa es contribuir a la implementación de los cuidados paliativos en México con base en la normatividad vigente, mediante políticas y lineamientos que faciliten su desarrollo y mejoren la calidad de la atención paliativa y su evaluación.

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) EN CUIDADOS PALIATIVOS

DR. OSVALDO ARTAZA BARRIOS

Asesor en Servicios y Sistemas de Salud de la OPS

El 2 de octubre del 2009, durante el 49° Consejo Directivo de la OPS, se aprobó la Resolución CD 49.R22 sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), basadas en la atención primaria. “Las RISS se definen como una red de organizaciones que presta o hace arreglos para prestar servicios de salud

equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos, económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”. Las RISS se implementan como una estrategia de política pública ante la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud y como una herramienta de política social para sistemas de salud equitativos, eficientes y de calidad.

Los valores, principios y elementos esenciales de un sistema de salud basado en la atención primaria incluyen: el derecho al nivel de salud lo más alto posible, solidaridad y equidad, dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sustentabilidad, participación, intersectorialidad, acceso y cobertura universal, primer contacto, atención integral, integrada y continua, orientación familiar y comunitaria, énfasis en la promoción y en la prevención, atención apropiada, mecanismos activos de participación, políticas y programas, organización y gestión óptima, recursos humanos apropiados, y recursos adecuados y sostenibles.

Los atributos esenciales y ámbitos de abordaje de las RISS contemplan cuatro aspectos: **1) modelo asistencial:** un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención a la salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población **2) gobernanza y estrategia:** un sistema de gobernanza único para la red, participación social amplia, acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud **3) organización y gestión:** integradas entre los sistemas clínico, administrativo y logístico, con recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red, con sistemas de información que vinculan a los miembros de la red, y con una gestión basada en resultados y **4) asignación e incentivos:** financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

HISTORIA DEL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA (INCan)

DRA. SILVIA ALLENDE PÉREZ

Jefa del Servicio de Cuidados Paliativos del INCan

En 1981 inició actividades la primera clínica multidisciplinaria del dolor en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan).

En noviembre de 1988, se introdujo a México por medio del INCan el primer embarque de morfina procedente de Alemania, bajo la tutela del Dr. Juan Ignacio Romero Romo, médico psiquiatra, quien desarrolló en 1989 el primer programa académico de Cuidados Paliativos (CP) en el INCan. Este primer programa fue apoyado por la OMS.

De igual forma, el Dr. Romero organizó el primer simposio de CP en el paciente con cáncer, con el objetivo primordial de introducir en la teoría y en la práctica los conceptos de calidad de vida, con el fin de evitar internamientos frecuentes por el manejo inadecuado de la enfermedad, y concentrarse en atender no solo los aspectos biológicos, sino también los aspectos psicológicos, sociales y espirituales del paciente moribundo.

Entre 1989 y 1990 iniciaron las visitas domiciliarias a partir de la solicitud de usuarios que preferían permanecer en casa y en 1990 México se integró a la iniciativa Latinoamericana de CP Florianópolis, Brasil.

En 1994 el INCan designó el servicio de clínica del dolor y cuidados paliativos del instituto y en 1995 tuvo lugar el primer curso diplomado de cuidados paliativos.

En 2008 el INCan participó con el Sistema Integral de Calidad en Salud en las jornadas técnicas realizadas para conformar la línea de acción PALIAR. En 2010, se independizó el servicio de clínica del dolor de cuidados paliativos. En 2011 se asignaron las áreas físicas de 300m², con 6 consultorios médicos, 1 centro de atención telefónica, área para recepción, sala de espera y área de corta estancia con 5 reposet y 5 camas destinadas a cuidados paliativos. También en 2011 el servicio de cuidados paliativos inició operaciones con base en el Programa de Atención y Cuidados en Oncología (PACO), que se implementó como modelo de atención basado en el sistema de salud mexicano, y puesto a disposición para su operación y replicación en los centros estatales de cancerología.

Entre 2012-2014 el INCan participó en la elaboración del Acuerdo del Consejo de Salubridad General. La publicación del acuerdo tuvo la participación de FUNSALUD, mientras que Tómatelo a Pecho A.C. y *Harvard Global Equity Initiative* apoyaron con investigación, promoción y educación en materia de disponibilidad y acceso de cuidados paliativos y alivio del dolor en México. Por su parte, el INCan junto con *Human Rights Watch* formó parte del grupo de investigación para la identificación de barreras y áreas de oportunidad para el acceso de los cuidados paliativos en México, en su informe “Cuidar cuando curar no es posible.”

El INCan ha sido integrante del grupo de morfina de la COFEPRIS, erigido con el fin de desarrollar el nuevo sistema de recetas y libros de control electrónicos para mejorar el acceso a opioides en el alivio del dolor por cáncer.

El INCan ha participado en el grupo de reflexión de Cuidados Paliativos de la CCINSHAE, he incluyó el tema de cuidados paliativos en su reunión de residentes. El Instituto ha asimismo colaborado con el gobierno de la Ciudad de México en materia de voluntad anticipada y fue el hospital que impulsó más registros en 2014.

Este organismo integró la red oncopaliativa con el objetivo de vincular el trabajo en equipo de los diferentes centros estatales de atención oncológica en materia de cuidados paliativos, con el fin de fortalecer la referencia y contrarreferencia de pacientes oncológicos paliativos de los diferentes estados que acuden al instituto para garantizar su control y seguimiento.

En 2015, el servicio de cuidados paliativos del INCan contabilizó que ya ha atendido a más de 15,900 pacientes.

INCLUSIÓN DE SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

DRA. CELINA CASTAÑEDA DE LA LANZA

Subdirectora de Control de Gestión e Integración Regional, CNPSS

El Sistema Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular) es un mecanismo financiero que asegura el acceso a servicios médicos quirúrgicos farmacéuticos y hospitalarios a efecto de satisfacer de manera integral las necesidades en salud de las personas que no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social.

Desde su puesta en operación en el año 2004 hasta el cierre del 2013, el Sistema Nacional de Protección Social en Salud ha alcanzado los siguientes objetivos: 1) Crecimiento en la afiliación de más de 10 veces. Para el 2015 se estima una afiliación de 57.3 millones de personas. 2) Incremento de la cartera de servicios en más de 3 veces y de medicamentos en más de 4 veces.

En cuanto al involucramiento con los cuidados paliativos, por ejemplo, en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) se incluyó la intervención 88 para la atención por algunos signos, síntomas y otros factores que influyen en el estado de salud. Aunado a ello, en el 56% del total de intervenciones del CAUSES es posible hacer un abordaje de cuidados paliativos; es decir, intervenir en el control de síntomas, incluyendo el dolor. Además, dentro del catálogo de 634 medicamentos del Sistema Nacional de Salud, se encuentran los opioides: morfina solución inyectable 2.5 mg /2.5 ml caja con 5 ampollas, buprenorfina 20 mg parches con 4 parches de uso transdérmico, buprenorfina 30 mg caja con 4 parches de uso transdérmico, buprenorfina tableta sublingual 0.2 mg con 10 y 20 tabletas, nalbupfina solución inyectable 10 mg/1 ml caja con 3 ampollas y con 5 ampollas, tramadol solución inyectable 100 mg con 5 ampollas, tramadol–paracetamol tabletas 37.5, tramadol 325 mg, paracetamol caja con 20 tabletas, dextropropoxifeno cápsula o comprimido 65 mg caja con 20 tabletas.

Resulta indispensable sin embargo, el uso racional de los recursos y de las tres carteras de servicios; a saber; el CAUSES, el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, y el Seguro Médico Siglo XXI.

DISPONIBILIDAD Y ACCESO A LOS OPIOIDES

MTRO. JULIO SÁNCHEZ Y TÉPOZ

Entonces Comisionado de Fomento Sanitario de la COFEPRIS

México es uno de los países que registra mayor uso de analgésicos opioides para cuidados paliativos con un consumo de opioides de 5.54 mg per cápita, mientras que el promedio de la región latinoamericana se sitúa en 4.51 mg per cápita.

El país latinoamericano que registra mayor consumo de morfina es Argentina, con 10.08 mg per cápita. Por su parte, México registra un consumo per cápita de morfina de aproximadamente 0.51 mg, mientras que el promedio de la región se ubica en 1.54 mg per cápita.

El acuerdo del Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos y otorga a la COFEPRIS las siguientes facultades:

La Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, dará a conocer las reglas generales para el uso de libros de control electrónicos para los medicamentos a que se refiere el artículo 226, fracciones I, II y III de la Ley General de Salud; así como las reglas generales para el uso de recetas especiales electrónicas para los medicamentos a que se refiere el artículo 226, fracción I de la Ley General de Salud y que su prescripción se realice con la denominación genérica e incluya opciones de prescripción de acuerdo a presentaciones y concentraciones diversas. Estas reglas deberán establecer medidas para agilizar la disponibilidad de los medicamentos antes referidos.

Por instrucciones de la Secretaría de Salud, la COFEPRIS creó un grupo de trabajo de acción rápida para identificar y resolver el problema del desabasto de morfina en México. Este grupo identificó tres tipos de problemas que explican la situación: **1) Entorno regulatorio inadecuado:** la prescripción de morfina requiere de recetas especiales con códigos de barras que son difíciles de obtener. **2) Fallas de mercado, fallas de información y coordinación entre productores, distribuidores y dispensadores de morfina:** no se tiene claridad con respecto a los productores de morfina en el mercado, sus existencias de producto, su capacidad productiva, etc. y se desconocen las existencias de farmacias con

licencia para la comercialización de morfina, lo que provoca que exista una percepción generalizada de escasez de morfina en México. **3) Falta de capacitación para la prescripción, dispensación y consumo de morfina:** muchos médicos desconocen los usos de la morfina, por lo que no la prescriben. Por otro lado, existe una percepción generalizada entre la comunidad médica y los pacientes de que la morfina es «mala», pues se asocia con la adicción a las drogas. Además, los dispensadores de morfina no están adecuadamente capacitados, por lo que no realizan una dispensación oportuna del medicamento.

Ante la problemática anterior, la COFEPRIS ha emprendido acciones estratégicas de mejora tales como:

- Crear una plataforma electrónica para simplificar la emisión de recetarios especiales con códigos de barras.
- Generar una plataforma electrónica para el llenado y administración de los libros de control.
- Dar trato prioritario a todos los trámites de autorización de producción y comercialización de morfina.
- Incentivar el licenciamiento para que más cadenas de farmacias comercialicen morfina en México.
- Incorporar en el plan curricular de las facultades de medicina de México, empezando por la Facultad de Medicina de la UNAM, asignaturas que aborden el uso y prescripción de morfina.
- Incluir en la «Guía de Manejo y Asistencia en la Dispensación de Medicamentos e Insumos para la Salud en Farmacias» de la COFEPRIS un capítulo especial referente a la morfina.
- Realizar una serie de capacitaciones para la operación de la plataforma electrónica.

FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN CUIDADOS PALIATIVOS

DR. JULIO M. CACHO SALAZAR

Jefe de la Subdivisión de Educación Continua de la División de Estudios de Posgrado / Facultad de Medicina de la UNAM

Entre 1999 y 2014 han egresado 455 alumnos de los cursos de alta especialidad en cuidados paliativos. Los cursos de alta especialidad se imparten actualmente en nueve sedes académicas, algunas de ellas son:

- Hospital “Gea González”
- Instituto Nacional de Cancerología
- Hospital General de México
- Instituto Nacional de Pediatría
- Hospital Infantil “Federico Gómez”
- Hospital Juárez de México
- Hospital de Traumatología “Victorio de la Fuente Narváez”

Existen diversas opciones en educación médica continua en cuidados paliativos, en formación básica en cuidados paliativos y atención domiciliaria, formación intermedia en cuidados paliativos, diplomados en cuidados paliativos y tanatología.

IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS

LIC. EN ENF. MARIA ELENA REYES NIETO
Enfermera del Instituto Nacional de Cancerología

La enfermería como unidad funcional en cuidados paliativos se une al grupo multidisciplinario de atención con el objetivo de mejorar la organización desde el primer contacto. La enfermería brinda apoyo para establecer el diagnóstico en breve tiempo y para realizar seguimiento del tratamiento durante las distintas etapas del proceso, estableciendo estrecho contacto con el paciente y su familia para su cuidado.

Los planes de enfermería en cuidados paliativos deberán contemplar entre sus objetivos principales disminuir el sufrimiento, valorar las alteraciones en la calidad de vida provocadas por la enfermedad y su tratamiento, procurar el mayor equilibrio físico, psíquico y ambiental del enfermo, y apoyar y educar a la familia y paciente sobre la dieta, medicamentos, higiene, cambios posturales. Estos planes estarán enfocados en ayudar a prevenir y sobrellevar los momentos de crisis.

El Programa de Atención al Enfermo en el Hogar (PAEH), establece una forma ordenada de brindar cuidados al paciente. Incluye la asistencia continua, la promoción del autocuidado e independencia, la valoración por sistemas y detección de síntomas, y la satisfacción de las necesidades fundamentales como alimentación, hidratación, eliminación e higiene, todo ello con el fin de mejorar el estado psico-afectivo y la reintegración familiar y social. Finalmente, el programa comprende la evaluación en el duelo.

Las guías para la paliación del enfermo en situación terminal incluyen: obtener toda la información médica posible del paciente, crear un entorno terapéutico adecuado -averiguando que saben o entienden de la enfermedad tanto el paciente como la familia- tener buena comunicación, hablar con la verdad (utilizar los términos adecuados, permitir los silencios), tratar las reacciones del paciente y de la familia (negación, culpa, intelectualización), y validar las emociones.

Cuidar y asistir al enfermo paliativo significa ofrecer los conocimientos y habilidades adquiridos, estableciendo una relación de colaboración y confianza entre la enfermera/o, el enfermo/a y su familia.

Los profesionales de enfermería cuidan y acompañan. A ellos les corresponde dar la mano al enfermo y caminar juntos hasta el umbral de la puerta que solo él puede traspasar. Acompañar no es una técnica ni miligramos. Acompañar son actividades y cualidades humanas que se ofrecen al enfermo.

PANEL DE EXPERIENCIAS ESTATALES EN CUIDADOS PALIATIVOS

M.C. SANDRA ELIZABETH JIMÉNEZ CETINA
Responsable del programa de la Unidad Móvil de Cuidados Paliativos de Aguascalientes

El estado de Aguascalientes trabaja con un modelo de atención cuyo principal objetivo es brindar los cuidados paliativos a quienes más lo necesitan y a quienes por su situación -condiciones críticas de salud, físicas, emocionales y económicas- no es posible que acudan a un servicio médico.

Desde abril del 2013 inició actividades la unidad móvil del estado, la cual tiene dentro de su infraestructura un consultorio médico, así como un área de trabajo social y psicología. En el 2014, con

el fin de minimizar tiempo de traslados e incrementar las actividades de los equipos, se adquirió una camioneta pick-up para el proyecto.

Las ventajas de este modelo de atención en nuestro sistema de salud son: minimizar los reingresos hospitalarios y las hospitalizaciones prolongadas, optimizar recursos, proveer con un seguimiento extrahospitalario a los pacientes, disminuir el gasto social, dar atención multidisciplinaria integral, mejorar en la satisfacción de los pacientes y sus familiares y potenciar el trabajo en equipo y multidisciplinario, integrando aspectos bio-psico-sociales de la atención.

Por su parte, las ventajas para el paciente son: tener atención individual con base en necesidades, minimizar traslados en distancia, tiempo y costo, tener atención multidisciplinaria integral, promoción y educación específica, contar con mayor confort, redes de apoyo y estabilidad psicosocial.

En cuanto a los familiares, se consideran las siguientes ventajas: Tener la oportunidad de cuidar al ser querido en un momento muy importante de su vida, aumentar las redes de apoyo, orientación y capacitación al cuidador primario, obtener consejería familiar con orientación telefónica las 24 horas, disminuir costos de cuidado, asesorar en trámites y documentación oficiales.

Los resultados han sido bastante alentadores. En el 2014 se atendieron a 113 pacientes de primera vez y se otorgaron 1692 consultas y se brindó servicio a 3440 familiares (terapias psicológicas y asesorías de trabajo social). De entre ellos, el 56% fueron del sexo femenino y el 57% adultos mayores, siendo las principales patologías las enfermedades oncológicas. Los pacientes fueron referidos por las unidades hospitalarias del sector salud (5 hospitales generales de la Secretaría de Salud, 2 hospitales generales de zona del IMSS, y un hospital general del ISSSTE), los servicios de urgencias prehospitales y la ciudadanía que conoce ya los beneficios del programa. Actualmente se tiene en control a 85 pacientes y a 15 familias en seguimiento de duelo.

PANEL DE EXPERIENCIAS ESTATALES EN CUIDADOS PALIATIVOS

LIC. EVANGELINA ZITTE FERRO

*Coordinadora Estatal de Calidad y Enlace Intercultural en Salud.
Servicios de Salud de Yucatán (SSY).*

El estado de Yucatán se ubica en la región sureste del país y tiene una población de 1'074,517 (estimaciones a partir de la muestra del censo de población y vivienda 2010 y de las proyecciones de la población de los municipios de México 2010-2013 de CONAPO, en abril 2013). El estado se caracteriza por ser el que concentra el mayor número de población hablante de lengua indígena en el país; de cada 10 yucatecos, 6 son maya-hablantes.

De los 106 municipios que conforman Yucatán, 11 se encuentran en situación de pobreza extrema y carentes de alimentación. De éstos, 7 se ubican en la región oriente, 3 en la región sur y 1 en el área conurbada del municipio de Mérida (Kanasín).

Entre las cinco principales causas de mortalidad en Yucatán entre 2012 y 2014 se encuentran: enfermedad isquémica del corazón, diabetes mellitus, enfermedad del hígado, neoplasias y enfermedad cerebro vascular. (Departamento de Estadística, Dirección de Planeación y Servicios, Servicios de Salud de Yucatán)

La oferta de servicios de salud se encuentra organizada en tres jurisdicciones sanitarias: Mérida (JS 1), Valladolid (JS 2) y Ticul (JS 3). La infraestructura está integrada por: 221 núcleos básicos; 138

centros de salud; 16 unidades de atención médica especializada en enfermedades crónicas y adicciones y 8 hospitales, de los cuales 4 se encuentran en la ciudad de Mérida. De éstos, solo el hospital general “Dr. Agustín O’Horán” concentra la atención de “segundo nivel con otros servicios de atención especializada”, tales como la unidad de atención oncológica, la clínica de la mujer y la torre de oncología pediátrica. En este hospital, además de recibir a los pacientes referidos del estado y la región, también se atiende a pacientes de América central, como Belice y Guatemala.

El inicio de los servicios de cuidados paliativos en el estado fue a partir de 2011 con la impartición del diplomado “Cuidados paliativos con enfoque tanatológico en la práctica clínica”. Este proyecto resultó ganador y fue financiado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud e impartido en colaboración con el Colegio de Tanatología de Yucatán A.C.

En el diplomado se capacitó a 63 trabajadores de la salud en dos grupos provenientes de 3 hospitales. El objetivo general que se planteó fue impulsar en el estado el programa de cuidados paliativos en los hospitales para contribuir al cambio de actitud del profesional de la salud ante la enfermedad terminal y la muerte y reconocer las necesidades y los problemas de los pacientes que requieren cuidados paliativos.

A raíz de la capacitación, se fortaleció el subcomité de cuidados paliativos del hospital O’Horán. El gestor de calidad designado debía monitorear la implementación de la cédula de registro del “Programa de cuidados paliativos” para identificar a todo aquel paciente que era candidato a este servicio.

Se comprobó que la principal limitación era el subregistro tanto en el expediente como en la cédula y esto limitaba la identificación y la intervención oportuna a los pacientes. Por lo tanto, el gestor de calidad y el personal que cursó el diplomado capacitaron al personal de salud, fundamentalmente al personal de los servicios de la clínica de la mujer, que atiende a pacientes con cáncer.

En los servicios como oncología pediátrica y medicina interna, el personal capacitado a través del diplomado fue incorporado como parte de la atención para brindar cuidados paliativos en la medida de que les era permitido.

Por su parte, en el hospital de Tizimín, la implementación de los cuidados paliativos se enfocó en los pacientes con insuficiencia renal crónica en el servicio de diálisis.

La NOM-011-SSA3-2014 ha permitido establecer la instrucción estatal para implementar los cuidados paliativos en los hospitales de los servicios de salud de Yucatán, con el fin de proporcionar a los gestores de calidad los elementos necesarios para continuar impulsando su gestión al interior de la organización.

PANEL DE EXPERIENCIAS ESTATALES EN CUIDADOS PALIATIVOS

DRA. PATRICIA EMILIANA GARCÍA RAMÍREZ

Coordinadora de la Unidad de Cuidados Paliativos y Medicina del Dolor del Hospital General Regional número 1 del IMSS, Ciudad Obregón, Sonora

La clínica de cuidados paliativos en el Hospital General Regional (HGR) número 1 del IMSS de Ciudad Obregón, Sonora, es un servicio médico especializado en el estudio y tratamiento integral de pacientes portadores de síndromes dolorosos crónicos, con padecimientos no oncológicos y oncológicos, que son sometidos a tratamientos múltiples para el manejo de la enfermedad primaria.

La clínica tiene una función de apoyo de atención múltiple a pacientes de diferentes servicios del hospital sede así como de hospitales de su área de influencia en los estados de Sinaloa, Baja California y Baja California Sur.

Los derechohabientes potenciales en la región noroeste son 4,915,547 habitantes, mientras que la población usuaria en el estado de Sonora es de 1,151,210. Desde el inicio de sus funciones la clínica de cuidados paliativos ha atendido, en 6 años, a 30,546 usuarios, disminuyendo los costos hospitalarios y de medicamentos y brindando atención paliativa en el domicilio.

Entre los objetivos del servicio se plantean los siguientes:

- Excelencia en la atención y seguimiento de pacientes terminales mediante la atención paliativa.
- Incremento de la calidad de vida de los enfermos y su familia.
- Ahorro de recursos farmacológicos por el uso racional de los mismos.
- Participación en la atención de primer y segundo nivel de los enfermos con cáncer.
- Participación activa de la familia y el acompañamiento de los pacientes en el hospital.

PANEL DE EXPERIENCIAS ESTATALES EN CUIDADOS PALIATIVOS

PSICÓLOGO RICARDO VALTIERRA DÍAZ INFANTE
Responsable del Programa de Cuidados Paliativos de los Servicios de Salud de Guanajuato

En Guanajuato la gestión de los cuidados paliativos está organizada a nivel estatal a través de una jefatura de departamento, que opera con el lema “Hacer de los cuidados paliativos un estilo de vida”.

Los objetivos de esta jefatura:

- Gestionar un enlace personal en cada unidad hospitalaria, formalizar un directorio de enlaces y crear un sistema de redes entre los enlaces para disminuir los tiempos de atención entre las unidades.
- Lograr el 100% de reportes de pacientes candidatos a cuidados paliativos y complementar el reporte con base al CIE-10.
- Coordinar actividades de difusión.
- Capacitar y concientizar sobre cuidados paliativos.
- Coordinar actividades de implementación de manuales.
- Implementar procedimientos y Guías de Práctica Clínica (GPC) en cuidados paliativos en todas las unidades de salud.
- Coordinar actividades de toda índole con otras jefaturas, coordinaciones, comités y consejos estatales afines a los cuidados paliativos.
- Gestionar enlaces entre la sociedad civil e instituciones gubernamentales afines a los cuidados paliativos en el Estado.
- Gestionar la implementación de programas de capacitación en las universidades locales en materia de cuidados paliativos.
- Un objetivo a largo plazo es crear unidades especializadas en cuidados paliativos y de clínicas de dolor por zonas, que incluyan los municipios de San Miguel de Allende, León y Celaya.

IX. RESULTADOS

Los resultados del Taller “Hacia la Consolidación del Programa Nacional de Cuidados Paliativos” representan, en relación a los temas tratados (organización de los servicios, accesibilidad, y formación de recursos humanos), un panorama general sobre la opinión de los profesionales de la salud al respecto de las características bajo las cuales se otorgan servicios de atención paliativa en el país. Una de las opiniones compartidas fue la de priorizar los requerimientos para brindar una mejor atención a la población con oportunidad y en el sitio en donde se requiera, con calidad, con equidad y eficiencia.

Entre los resultados se destacan:

1. La importancia de ejercer acciones específicas para resolver temas tales como la formación de redes de intervención en salud.
2. La urgencia por capacitar a profesionales de la salud en el área.
3. El interés de priorizar la implementación de servicios resolutivos de atención paliativa en el primer nivel, atendiendo las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente con una enfermedad terminal y su familia.

Algunos conceptos descritos durante el consenso coinciden con lo referido en la literatura al respecto.

IX.1 ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Para establecer la misión de los servicios de cuidados paliativos se sugirieron aspectos tales como: 1) mejorar la calidad de vida del paciente y su familia mediante un modelo de atención integral con un enfoque holístico (biológico, social, psicológico, espiritual), 2) brindar atención paliativa oportuna con calidad y seguridad, 3) proporcionar alivio del dolor y otros síntomas, 4) evitar el sufrimiento y 5) brindar atención a través del apoyo de un equipo multidisciplinario, a fin de dignificar la muerte.

En las discusiones sobre la conformación de la visión del servicio de cuidados paliativos se mencionaron como características principales: 1) ser una organización de atención paliativa multidisciplinaria altamente capacitada, 2) ser un centro innovador de excelencia en calidad y calidez que fomente la investigación y capacitación, que opere a través de redes interinstitucionales, y que involucre los tres niveles de atención, unidades móviles y atención domiciliaria. Todo esto mediante protocolos de atención integral para el adecuado manejo del dolor y otros síntomas, así como de los aspectos sociales, psicológicos y espirituales del paciente y de su familia, para lograr una calidad de vida con base en valores y el derecho humano.

En correspondencia al tema de organización de los servicios de cuidados paliativos, se obtuvieron diferentes opiniones sobre quién debería liderar estos esfuerzos. La mención más frecuente fue la de un coordinador estatal de atención médica y de calidad.

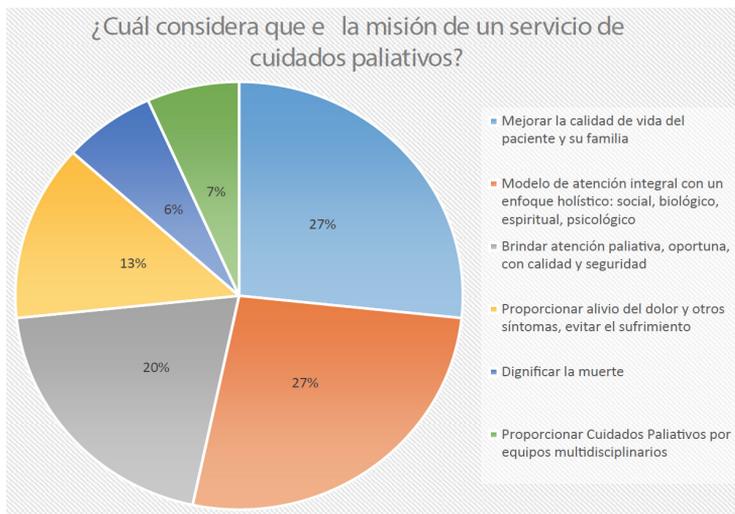
Sobre los recursos que se consideraron necesarios para la implementación de los servicios de cuidados paliativos en los tres niveles de atención, las acciones contempladas fueron: 1) designar un área física que cuente con infraestructura adecuada y que cumpla con los parámetros de la normatividad, 2) fortalecer la vinculación con otros servicios y entre los diferentes niveles para lograr una atención adecuada, 3) consolidar recursos humanos multidisciplinarios capacitados y recursos financieros que permitan la operación de redes integradas de atención, que involucren al voluntariado y a la sociedad civil.

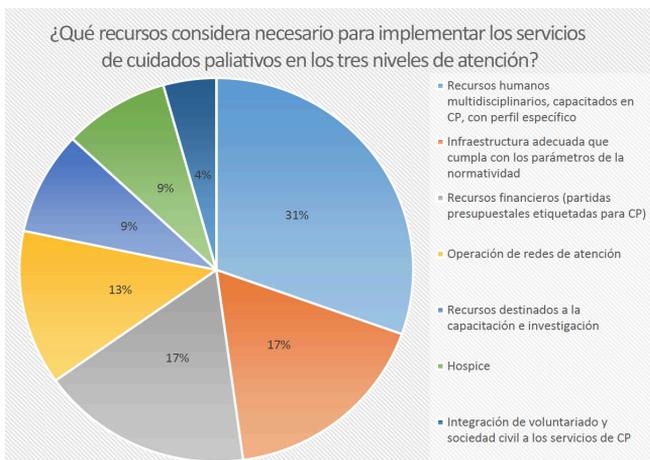
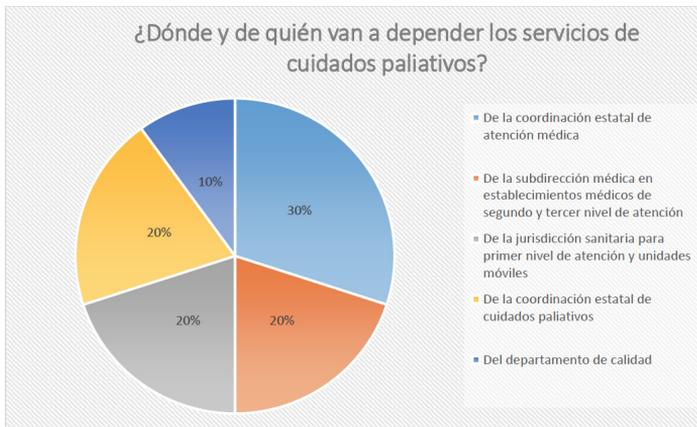
En cuanto a la organización de los equipos para facilitar la atención domiciliaria, se establecieron los siguientes pasos a seguir: conformar modelos operativos de atención primaria con un equipo multidisciplinario capacitado, que cuente con infraestructura adecuada para la atención a domicilio -una línea telefónica y el apoyo de tecnologías de la información- y contar con una unidad móvil con los elementos suficientes para facilitar el traslado de medicamentos, manejo expedientes clínicos, instrumental y equipos médicos.

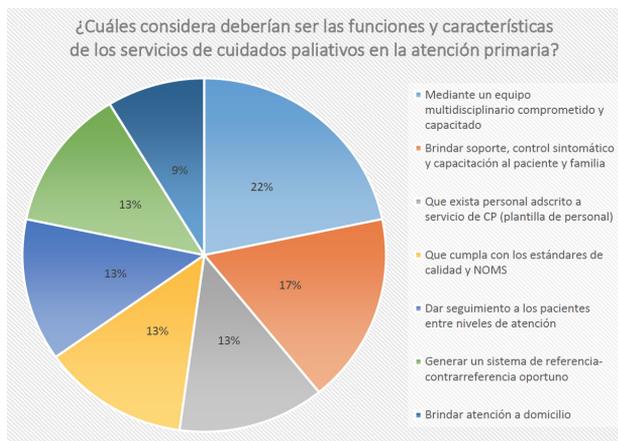
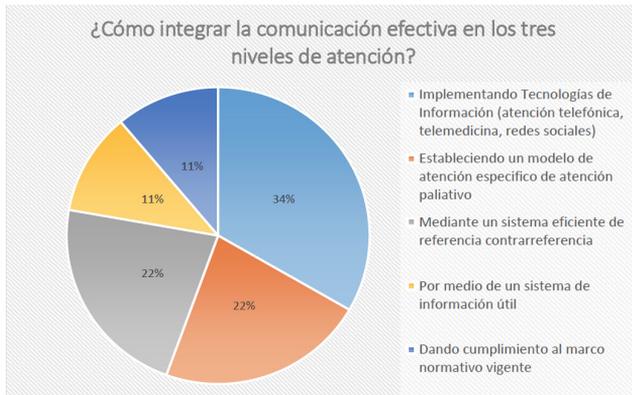
Respecto a las funciones de los servicios de atención paliativa en el primer nivel se mencionaron las siguientes acciones: brindar soporte y control sintomático, capacitar a los cuidadores y a familiares que atienden al paciente, dar seguimiento a los pacientes entre niveles de atención, evitar complicaciones o reingresos hospitalarios por defectos en la calidad de la atención y, cumplir con los estándares de calidad.

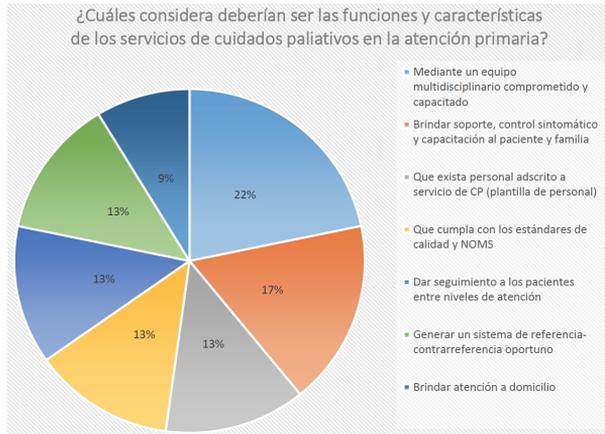
Sobre las funciones de los servicios hospitalarios de cuidados paliativos se concluyó que es necesario: estabilizar síntomas para el egreso a domicilio, resolver urgencias paliativas, intervenir en crisis para el paciente y la familia, brindar hospitalización de corta estancia, y capacitar en modalidad de educación continua al personal de cuidados paliativos.

Para el monitoreo de la calidad de la atención en cuidados paliativos se propuso diseñar los siguientes indicadores: control de síntomas, calidad de vida, reingresos hospitalarios, mortalidad hospitalaria contra domiciliaria, tiempos de espera, diferimiento de atención, ingreso a urgencias y consumo de opioides.









IX.2 ACCESO A LA ATENCIÓN PALIATIVA

Se determinó que una prioridad para el tema de accesibilidad a los servicios de cuidados paliativos es difundir y aplicar en la evaluación del paciente los “criterios de terminalidad”, a fin de identificar el momento oportuno para referir a un paciente a cuidados paliativos y así brindar atención oportuna y evitar retraso en la atención paliativa.

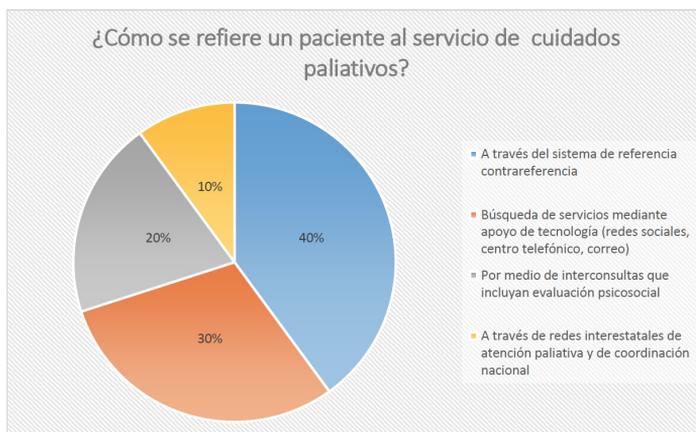
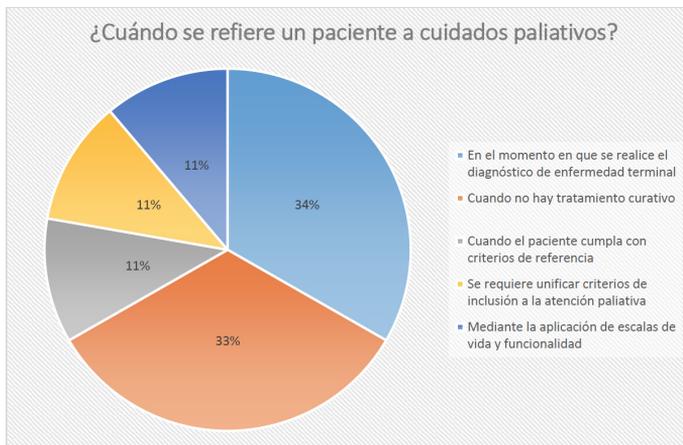
Un alto porcentaje de participantes propone los siguientes mecanismos que contribuyan a establecer una comunicación efectiva entre los tres niveles de atención: 1) optimizar el sistema de referencia-contrarreferencia, estableciendo un formato único que contenga un resumen completo del caso con los datos para asegurar el seguimiento de la atención y 2) implementar por regiones redes integradas de servicios que se apoyen en tecnologías de la información para la búsqueda de establecimientos que tengan capacidad resolutoria de la atención paliativa.

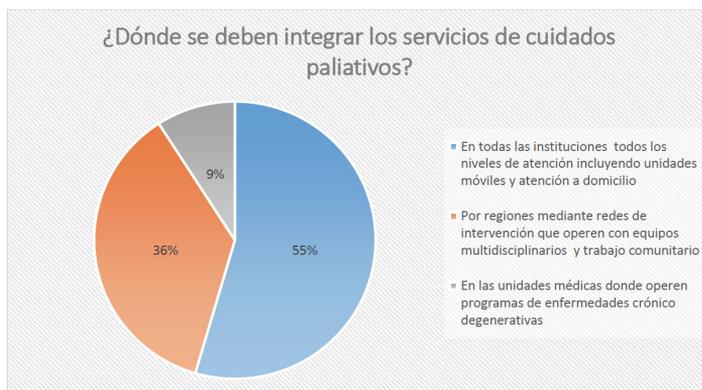
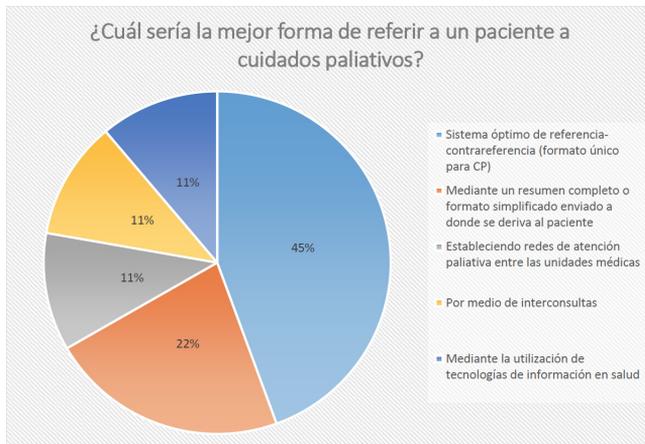
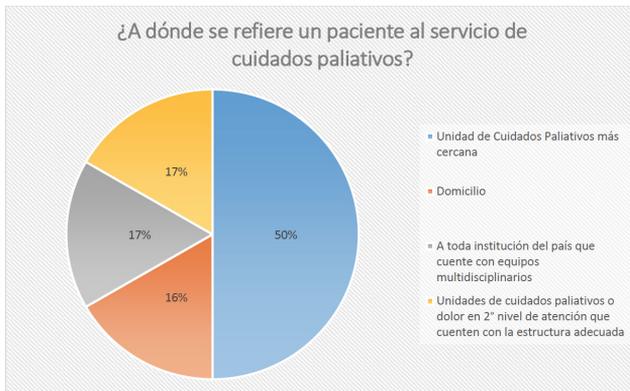
En relación al sitio donde se deben integrar los servicios de cuidados paliativos, las propuestas se dirigen a conformarlos en donde exista mayor incidencia de enfermedades crónico degenerativas, en todos los niveles de atención, priorizando el primer nivel e incluyendo unidades móviles y atención domiciliaria. Según estas consideraciones, los servicios de cuidados paliativos deberían estar distribui-

dos operar mediante comités o juntas de asociación. Adicional a ello, se propone establecer convenios de colaboración con la sociedad civil.

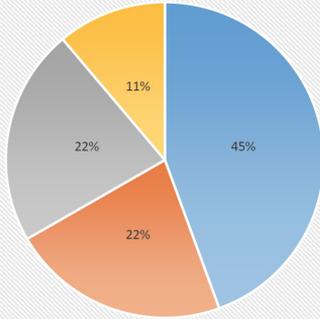
Se puntualizó sobre la importancia de los cuidados paliativos en atención primaria. Esto debido a que en el primer contacto se tiene la oportunidad de intervenir en la comunidad y de brindar atención a domicilio, lo que permite la identificación de pacientes que requieren cuidados paliativos, otorgando con ello el acceso a la atención y la capacitación de la familia. La atención primaria facilita el seguimiento y por lo tanto contribuye a evitar reingresos al segundo y tercer nivel, lo que economiza la atención hospitalaria.

Sobre el tema de medicamentos se señaló que para lograr un adecuado acceso es necesario enriquecer el cuadro básico de medicamentos para el manejo del dolor en el primer nivel de atención y áreas rurales, garantizar el abasto farmacológico suficiente para cubrir la demanda de atención, sensibilizar sobre el tema a tomadores de decisiones y establecer procesos que faciliten la prescripción y adquisición de fármacos, así como profesionalizar al personal de farmacia.



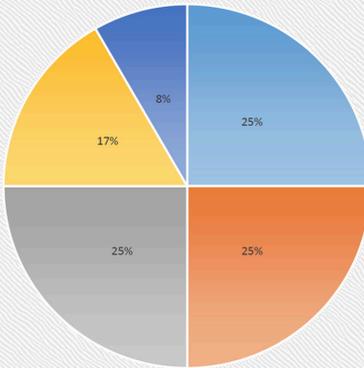


¿Por qué los cuidados paliativos en atención primaria?



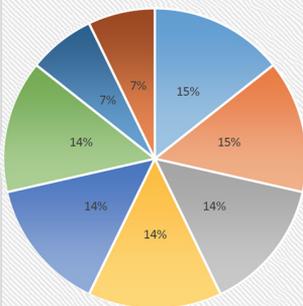
- Primer contacto con la población, permite el tamizaje
- Facilitan el acceso y la atención al paciente y capacitación a la familia
- Facilita el seguimiento de pacientes y contribuye a disminuir los reingresos al segundo y tercer nivel
- Contribuyen a la reducción de costos hospitalarios

¿Cómo integraría redes de atención hospitalaria, ambulatoria y domiciliaria?



- Regionalizando los servicios y recursos de acuerdo a las necesidades de la población
- Mediante el uso de tecnologías (redes sociales, telefonía, internet etc.)
- Fortaleciendo el sistema de referencia-contrareferencia, favoreciendo la comunicación entre niveles de atención, incluyendo unidades móviles y equipos de atención domiciliaria
- Mediante la operación y funcionamiento de comités o juntas de asociaciones.
- Estableciendo convenios de colaboración con sociedades civiles, voluntariado, servicio social profesional, ONG

¿Cómo lograr un adecuado acceso a medicamentos para cuidados paliativos?



- Asignando recursos para el abasto farmacológico
- Facilitando los procesos de adquisición de fármacos controlados (aviso de previsión)
- Implementando recetas electrónicas
- Promoviendo el abasto mediante la acreditación de intervención en CP
- Enriqueciendo cuadros básicos de medicamentos para el manejo del dolor (primer nivel de atención, áreas rurales)
- Profesionalización de personal de farmacias
- Sensibilizando sobre el tema a directivos y administrativos (tomadores de decisiones)
- Estableciendo comités de farmacovigilancia



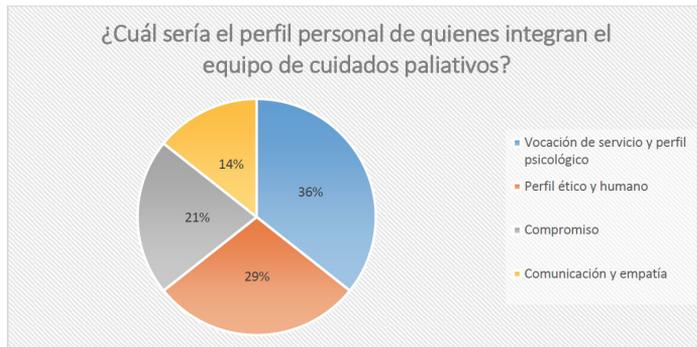
IX.3 CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN CUIDADOS PALIATIVOS

La opinión consensuada respecto al perfil de quienes integran los equipos de cuidados paliativos fueron que la persona que los practique deberá: estar capacitada en cuidados paliativos, contar con competencias en el cuidado del paciente en situación terminal, tener vocación de servicio, un perfil psicológico ético y humano, ser comprometido, tener facilidad de comunicación y empatía, estar asignado al servicio de cuidados paliativos, recibir una remuneración adecuada, y saber trabajar en equipo.

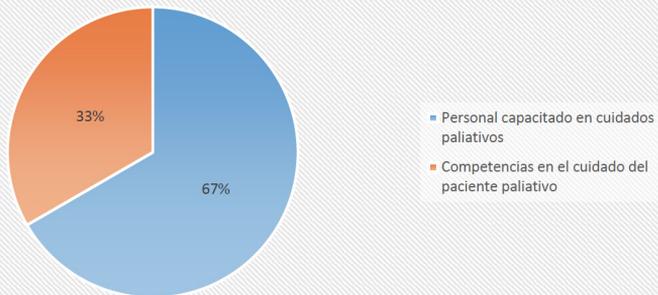
En el tema de recursos humanos, se hace evidente la necesidad de otorgar recursos para la capacitación de profesionales dedicados a ejercer los cuidados paliativos y considerarlos como parte de un equipo multidisciplinario y no como una actividad extra a sus funciones. En cuanto a la formación de recursos humanos, se acordó que se debe: incluir la asignatura de cuidados paliativos en programas multidisciplinarios de licenciatura, fortalecer la educación médica continua, implementar programas de posgrado en especialización y maestría, establecer programas de capacitación virtual y fomentar la investigación.

Para capacitar al voluntariado y cuidadores, se sugirió la implementación de cursos, talleres y pláticas psico-educativas, la incorporación de la enseñanza presencial durante el proceso de atención, y el involucramiento de recursos comunitarios como los promotores de la salud.

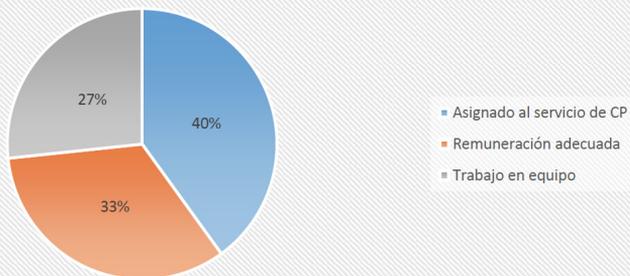
Sobre la promoción de la voluntad anticipada, la mayoría opinó que debe promoverse su legislación en todo el país, como un derecho humano.



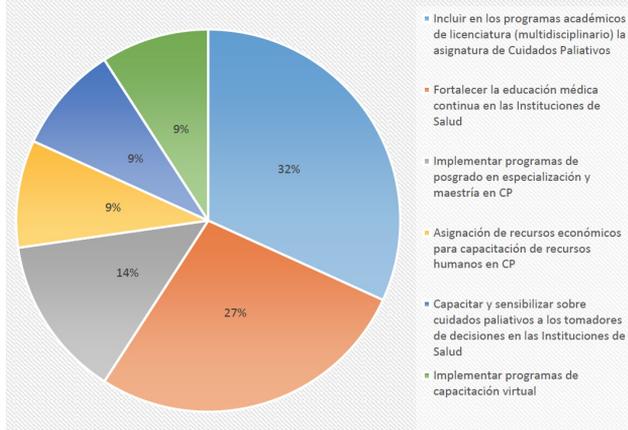
¿Cuál sería el perfil profesional de quienes integran el equipo de cuidados paliativos?

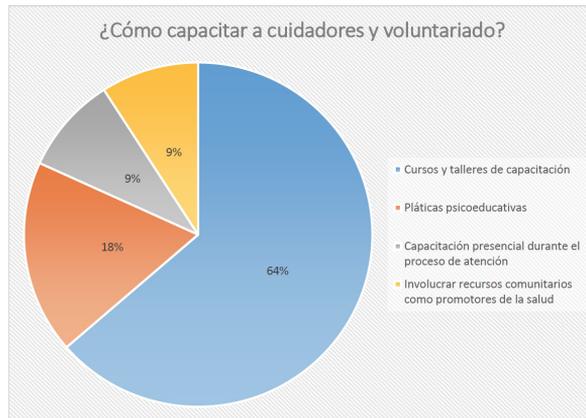
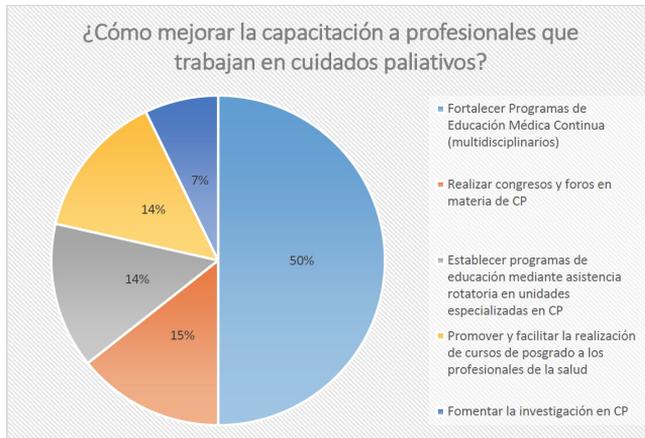


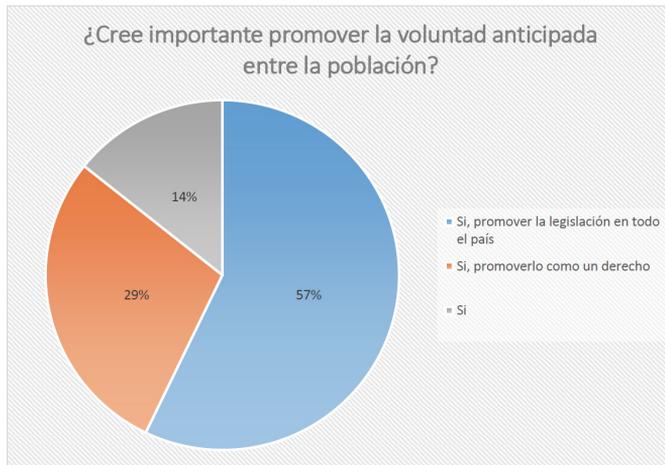
¿Cuáles deberán ser las características laborales de quienes integran el equipo de cuidados paliativos?



¿Qué propuestas haría para la formación de recursos humanos en cuidados paliativos?







X. BIBLIOGRAFÍA

1. Mortalidad General por tabulación de la CIE 10, <http://buscador.inegi.org.mx/search?tx=mortalidad&q=mortalidad&site=sitioINEGI>
2. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces, control del cáncer, aplicación de los conocimientos, 2007
3. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, artículo 18, http://www.calidad.salud.gob.mx/site/somos/dg-somos_02.html
4. Ley General de Salud, Secretaría de Salud México, http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
5. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Secretaría de Salud, México, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/ri190104.html>
6. Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5375019&fecha=09/12/2014
7. Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos. DOF. 26-12-2014 http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5377407&fecha=26/12/2014

LA PRESENTE EDICIÓN SE TERMINÓ DE IMPRIMIR Y
ENCUADERNAR EN LOS TALLERES DE KUNTS GRÁFICO
EN ABRIL DE 2016, EN LA CIUDAD DE MÉXICO

www.kuntsgrafico.com



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas