

TALLER SUBREGIONAL SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS PARA CENTROAMÉRICA Y LA REPÚBLICA DOMINICANA

Tegucigalpa, Honduras

21 y 22 de noviembre de 2011



Taller Subregional sobre Cuidados Paliativos para Centroamérica y la República Dominicana

Tegucigalpa, Honduras

21 y 22 de noviembre de 2011



Taller Subregional sobre Cuidados Paliativos para Centroamérica y la República Dominicana.
Tegucigalpa, Honduras, 21 y 22 de noviembre de 2011.
Washington, D.C.: OPS, © 2012

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a Servicios Editoriales, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

©Organización Panamericana de la Salud, 2012

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

PATH proporcionó apoyo para la realización de este proyecto. Las opiniones contenidas en este documento no representan necesariamente el punto de vista de PATH.

Citación sugerida: Organización Panamericana de la Salud. Taller Subregional sobre Cuidados Paliativos para Centroamérica y la República Dominicana. Tegucigalpa, Honduras, 21 y 22 de noviembre de 2011. Washington, D.C.: OPS, © 2012

AGRADECIMIENTOS

La organización del **“Taller Subregional sobre Cuidados Paliativos para Centroamérica y la República Dominicana”** desea expresar su agradecimiento al Ministerio de Salud de Honduras por la estrecha colaboración brindada como país anfitrión para la celebración del encuentro. El personal de la Organización Panamericana de la Salud en Honduras merece una especial mención por su dedicación y por el trabajo realizado antes y durante el desarrollo del taller. La organización también desea reconocer la labor y el esfuerzo de los ponentes y representantes de diversas organizaciones internacionales tales como el Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos, Instituto Catalán de Oncología; la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos y la Asociación Internacional de Hospicios y Cuidados Paliativos.

Finalmente esta reunión ha sido posible gracias a la colaboración y el entusiasmo de los representantes de la República Dominicana y de los 6 países participantes de Centroamérica. Su interés por introducir e implementar los programas de cuidados paliativos en la subregión ha dado lugar a la realización de este taller cuyos resultados y conclusiones esperamos que influyan positivamente en la evolución de la atención paliativa en sus países y, en general, en toda la región de las Américas.



ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.....	1
ABREVIATURAS.....	3
RESUMEN EJECUTIVO.....	5
1. INTRODUCCIÓN.....	7
1.1. Antecedentes.....	7
1.2. Objetivos.....	8
1.3. Resultados esperados.....	8
1.4. Participantes.....	9
1.5. Trabajo preparatorio.....	9
2. CONTENIDOS.....	11
2.1. Agenda y programación.....	11
2.2. Inauguración del taller.....	12
2.3. Introducción y conceptos básicos.....	13
• <i>Presentación de los objetivos y resultados esperados de la reunión.....</i>	<i>13</i>
• <i>Definición de cuidados paliativos: conceptos básicos y modelo de CP en salud pública de la OMS.....</i>	<i>17</i>
2.4. Planificación de programas de CP: análisis de la situación.....	21
• <i>Evaluación de las necesidades de CP en la población.....</i>	<i>21</i>
• <i>Evaluación de los recursos con los que se cuenta.....</i>	<i>25</i>
• <i>Experiencia en CP de Costa Rica.....</i>	<i>27</i>
2.5. Acceso a medicamentos controlados.....	29
• <i>Legislación sobre CP, derechos humanos y acceso a medicamentos controlados.....</i>	<i>29</i>
• <i>Disponibilidad y acceso a los opioides en los países de la subregión.....</i>	<i>32</i>
2.6. Estrategias de educación y capacitación.....	35
• <i>Formación del personal sanitario: currículos a nivel pregrado.....</i>	<i>35</i>
• <i>Recursos para la formación de los profesionales: curso virtual de ALCP. Especialización en Guatemala.....</i>	<i>37</i>
• <i>Curso virtual de gestión de programas de CP utilizando la plataforma de OPS.....</i>	<i>39</i>
• <i>Educación de los cuidadores, familias y voluntarios.....</i>	<i>40</i>
2.7. Organización de los programas de CP.....	42
• <i>Elementos de un programa de CP.....</i>	<i>42</i>
• <i>Integración de los programas de CP en las RISS.....</i>	<i>46</i>
• <i>Diseño y organización de los servicios de CP.....</i>	<i>50</i>
• <i>El Programa Nacional de CP de Panamá.....</i>	<i>52</i>
2.8. Grupos de trabajo.....	55
3. RESULTADOS.....	59
4. CONCLUSIONES.....	61
5. REFERENCIAS.....	63
6. ANEXOS.....	65

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

- Tabla 1: Brecha entre los conocimientos y la práctica sobre el problema del cáncer
- Tabla 2: Dificultades y retos expresadas por los países en las encuestas
- Tabla 3: Expectativas de apoyo expresadas por los países en las encuestas
- Tabla 4: Propuestas de los países para los próximos 2 años.
- Tabla 5: Consumo de opioides en Centroamérica
- Tabla 6: Transiciones conceptuales en la atención paliativa al inicio del siglo XXI
- Tabla 7: Niveles de complejidad de los casos
- Tabla 8: Organigrama del CNCP de Costa Rica
- Tabla 9: Lista de analgésicos opioides esenciales
- Tabla 10: Aspectos de la atención sanitaria convencional de la atención primaria centrada en la persona

FIGURAS

- Figura 1: Continuidad de los cuidados
- Figura 2: Componentes de un programa
- Figura 3: Componentes del proceso de atención
- Figura 4: Proceso de intervención
- Figura 5: Guía de indicadores de pronóstico
- Figura 6: Instrumento NECPAL
- Figura 7: Curso de CP de la Universidad de La Sabana de Bogotá
- Figura 8: Curso de especialización de la Universidad San Carlos de Guatemala
- Figura 9: Elementos y acciones de un plan estratégico
- Figura 10: Componentes esenciales de un programa de CP
- Figura 11: Valores, principios y elementos de un SS basado en Atención Primaria
- Figura 12: Atributos esenciales de las RISS

- Figura 13: Modelo de organización de los CP en Venezuela
- Figura 14: Organización del Plan Nacional de CP de Panamá

ABREVIATURAS

AL	América Latina
ALC	América Latina y el Caribe
ALCP	Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos
APS	Atención Primaria en Salud
CP	Cuidados Paliativos
CCOMS	Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social
CNCP	Centro Nacional de control del dolor y Cuidados Paliativos
COR	Costa Rica
CSS	Caja del Seguro Social
DOR	República Dominicana
ELS	El Salvador
ENT	Enfermedades Crónicas no Transmisibles
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
GUA	Guatemala
HON	Honduras
ICC	Insuficiencia Cardíaca Congestiva
ICO	Instituto Catalán de Oncología
IAHCP	International Association for Hospice and Palliative Care
JIFE	Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes
MINSA	Ministerio de Salud
MP	Medicina Paliativa
NIC	Nicaragua
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAN	Panamá
PPCP	Programa Público de Cuidados Paliativos
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SS	Servicios de Salud
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
USAC	Universidad San Carlos Guatemala

RESUMEN EJECUTIVO

Se espera que en los próximos años cada vez sea mayor el número de personas que requiera cuidados paliativos, debido al envejecimiento de la población y a la transición epidemiológica que se está produciendo, siendo en la actualidad la carga de las enfermedades crónicas muy superior a la carga de las enfermedades transmisibles. Los pacientes crónicos a menudo fallecen tras pasar una larga etapa de enfermedad en la que los cuidados terapéuticos ya no dan resultado, son innecesarios y deben ser sustituidos por cuidados paliativos (CP).

Con el objetivo de facilitar el desarrollo y fortalecimiento de planes nacionales de cuidados paliativos en las Américas, se decidió iniciar una serie de talleres comenzando por Centroamérica y la República Dominicana debido al interés manifestado por los países de la subregión.

En el taller participaron más de 30 profesionales de la salud procedentes de los 7 países convocados (República Dominicana y toda Centroamérica, a excepción de Belice) y expertos en cuidados paliativos de diversas sociedades científicas y organizaciones internacionales.

La reunión se desarrolló en dos días, el primero se dedicó a presentaciones sobre conceptos básicos en CP, planificación de los programas, disponibilidad y accesibilidad a medicamentos controlados y estrategias de educación y capacitación. Las presentaciones se complementaron con espacios de debate sobre los temas expuestos. Durante el segundo día se habló de la organización de los programas y, después, se dedicó la mayor parte de la jornada al trabajo en grupos con el objetivo de identificar prioridades y actividades a corto, medio y largo plazo, así como oportunidades de colaboración tanto con las organizaciones socias como entre los países de la región. Los resultados de los grupos de trabajo fueron presentados en sesión plenaria.

En conclusión, a lo largo de la reunión se puso de manifiesto la necesidad de introducir e implementar los programas de CP en la subregión ya que solo un país cuenta con un programa específico de CP y en otro los CP constituyen una sección dentro del Plan Nacional de Prevención y Control del Cáncer. Además se vio que la implementación de estos programas es factible y costo-efectiva sobre todo si se realiza en colaboración con países con problemática y sistemas sanitarios similares, y con la ayuda de organizaciones expertas. Los participantes valoraron positivamente el liderazgo de la OPS.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES

En la actualidad, el progreso científico ha hecho posible el diagnóstico temprano y la curación de algunas enfermedades crónicas degenerativas y progresivas, así como la prolongación de la supervivencia. En varios países de la región de Centroamérica y en la República Dominicana, se han venido adoptando programas de prevención y tratamiento que han beneficiado a la población. Pero en muchos casos y por diferentes razones, los enfermos no tienen acceso a los diagnósticos tempranos y a las terapias curativas, o no responden a los tratamientos y fallecen tras pasar por una larga etapa caracterizada por un intenso sufrimiento y una gran necesidad de asistencia.

Por otro lado, los países en toda la región de las Américas están experimentando transiciones demográficas de unas sociedades predominantemente jóvenes a otras crecientemente envejecidas. Las personas mayores de 60 años representan actualmente el 10% de la población en América Latina y el Caribe, cifra que se espera que aumente al 25% en el año 2050 si se mantienen las tendencias actuales. Este envejecimiento de la población junto con la transición epidemiológica que se está produciendo en nuestra región hace esperar que en los próximos años, aumente el número de personas que van a necesitar cuidados paliativos, tanto ancianos como pacientes con enfermedades degenerativas, enfermedades crónicas y cáncer. Por tanto, cada vez van a ser más las personas que tengan que hacer frente a una situación terminal en sí mismos o en sus familiares y va a ser más necesario que la sociedad se organice para proporcionar la asistencia que requiere este tipo de pacientes y el apoyo que necesitan sus cuidadores.

Frente a este aumento progresivo de las necesidades de cuidados paliativos, la capacidad de respuesta en América Latina y el Caribe es escasa: muchos países no satisfacen las demandas y se considera que sólo reciben cuidados paliativos entre el 5 y el 10% de los enfermos que los necesitan; más del 90% de servicios paliativos está en las grandes ciudades, y más del 50% de pacientes no puede pagar los servicios o la medicación. El 80% de las naciones no los reconocen como una disciplina y no los incluyen en los sistemas sanitarios públicos o privados.

Los programas de Cuidados Paliativos deben desarrollarse e implementarse a través de políticas sanitarias e institucionales que garanticen su permanencia y financiación a largo plazo. Todos los profesionales sanitarios deben tener la formación necesaria para proporcionar cuidados paliativos a sus pacientes cuando estos lo necesiten, ya sea a nivel domiciliario, ambulatorio u

hospitalario. La atención primaria tiene un papel fundamental pero hay momentos en los que pueden ser necesarios los recursos hospitalarios por lo que es imprescindible establecer mecanismos de coordinación entre los distintos niveles implicados para asegurar la continuidad de la asistencia a lo largo de todo el proceso.

Este taller se ha organizado con el propósito de revisar todos estos componentes, desde la formación hasta la planificación y organización de los programas, necesarios para lograr una atención paliativa de calidad y ver como pueden ser llevados a los países de Centroamérica y en la República Dominicana.

1.2. OBJETIVOS

El objetivo principal de este taller fue facilitar el desarrollo y fortalecimiento de planes nacionales de cuidados paliativos en los países de la subregión.

Los objetivos secundarios fueron:

1. Revisar conceptos básicos sobre los cuidados paliativos y los componentes fundamentales de un programa nacional de cuidados paliativos en el contexto de los programas de salud pública para la prevención y el control de las enfermedades crónicas.
2. Mostrar experiencias llevadas a cabo en países de la subregión.
3. Facilitar la colaboración entre los países de la subregión y con las organizaciones expertas en el tema.

1.3. RESULTADOS ESPERADOS

Al finalizar la reunión se espera haber conseguido:

1. Mejorar los conocimientos sobre cuidados paliativos
2. Conocer las experiencias y lecciones aprendidas
3. Planificar una estrategia para la introducción e implementación de los planes de cuidados paliativos en Centroamérica y la República Dominicana.
4. Crear un plan de acción para el desarrollo e implementación de un plan de cuidados paliativos como componente de prevención y control de las enfermedades crónicas.

1.4. PARTICIPANTES

En la reunión participaron:

- Gerentes de los programas de enfermedades crónicas y cáncer y de cuidados paliativos de los Ministerios de Salud de países de Centroamérica (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá) y de la República Dominicana.
- Profesionales de la salud/clínicos que están liderando, junto a los gerentes de programa, los programas de cuidados paliativos de los países anteriormente citados.
- Sociedades y organizaciones expertas en cuidados paliativos: Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos, Instituto Catalán de Oncología; Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos y Asociación Internacional de Hospicio y Cuidado Paliativo.

El anexo 2 muestra un listado completo de los participantes del taller.

1.5. TRABAJO PREPARATORIO

Con antelación a la reunión, se creó un SharePoint site en la intranet de OPS a través del cual se difundieron la agenda de la reunión, documentos relevantes sobre Cuidados Paliativos y enlaces a las páginas web de las organizaciones socias y recursos de Internet. También se hicieron disponibles a través del SharePoint las presentaciones de los ponentes así como la metodología y los resultados de los grupos de trabajo.

Además, como trabajo preparatorio se solicitó a los gerentes de los programas de cáncer que completaran una breve encuesta sobre el estado de los cuidados paliativos en su país (*Anexo 3*).

2. CONTENIDOS

2.1. AGENDA Y PROGRAMACIÓN

La reunión se desarrolló a lo largo de dos jornadas completas en forma de presentaciones teóricas y espacios de preguntas y respuestas con intervención de todos los participantes. Las presentaciones cubrieron los aspectos más relevantes que deben tomarse en consideración para el desarrollo de un programa de CP, incluyendo cómo realizar un análisis de la situación y de las necesidades, la disponibilidad y acceso a medicamentos controlados, estrategias de educación y capacitación y consideraciones sobre el diseño y la organización de un programa de CP.

Asistieron al taller un total de 32 profesionales de la salud procedentes de los 7 países convocados (República Dominicana y toda Centroamérica, a excepción de Belice) y expertos en cuidados paliativos de diversas sociedades y organizaciones internacionales. Gran parte de la segunda jornada se dedicó al trabajo de grupo (*Anexo 4*) con el objetivo de que cada país analizara cuales han sido los avances y qué queda por hacer en Cuidados Paliativos, sobre todo en tres aspectos fundamentales:

- Estrategias para reforzar actuaciones en medicamentos controlados
- Estrategias para mejorar actuaciones en educación
- Estrategias para establecer o reforzar la organización de los programas.

El taller finalizó con una sesión plenaria en la que se expusieron los resultados de cada grupo de trabajo y se determinaron los pasos a seguir para la introducción e implementación de los planes de cuidados paliativos en Centroamérica y República Dominicana.

La agenda completa de la reunión se muestra en el anexo 1.

2.2. INAUGURACIÓN DEL TALLER

La inauguración del taller subregional fue presidida por la Lcda. Miriam Paz, Subsecretaría de Riesgos Poblacionales del Ministerio de Salud de Honduras, el Dr. Mario Nájera, Director General Promoción de la Salud y la Dra. Gina Watson, Representante de OPS/OMS en Honduras, que dieron la bienvenida a los participantes a la Ciudad de Tegucigalpa.



2.3. INTRODUCCIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS



 *Presentación de los objetivos y resultados esperados de la reunión*

Dra. Macarena Pérez Castells, Asesora de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas. OPS Washington

La Dra. Macarena Pérez Castells realizó la apertura de la reunión con una presentación sobre la necesidad de introducir e implementar programas de cuidados paliativos en toda la región de las Américas y, concretamente en Centroamérica y la República Dominicana.

La introducción de nuevas tecnologías sanitarias, las mejoras globales en las condiciones de vida y en los servicios de salud ha llevado a un aumento de la esperanza de vida al nacer. Como consecuencia, cada vez es mayor el número de adultos que superan los 60 años. En el mundo la previsión para el año 2050 es que el porcentaje de personas mayores de 60 años llegue casi al 22% pero en los países más desarrollados, supondrá casi el 35 % del total de la población. Actualmente, en América Latina y el Caribe, el 10% de la población es mayor de 60 años y se espera que en el año 2050 aumente al 25%. En Centroamérica llegará casi al 20%.

La transición epidemiológica que se ha producido en los países desarrollados está ocurriendo ya en muchos países en desarrollo. El envejecimiento de la población, los cambios en la forma de vida y el aumento de los factores de riesgo han conducido a un incremento de las enfermedades crónicas (EC) que se han convertido en un importante problema de salud pública. Las EC causan la mayor combinación de muertes y discapacidad a nivel mundial y duplican la suma de la mortalidad materna y perinatal, mortalidad por enfermedades transmisibles (ET) y mortalidad por deficiencias nutricionales. Según la OMS, de las 58 millones de muertes que se produjeron en 2008 en todo el mundo, 36 millones fueron por EC y el 80% ocurrieron en países de medianos y bajos ingresos. Solo en África sigue habiendo más muertes por ET. En las Américas se producen cada año 3,9 millones de fallecimientos por EC, 2,5 millones de personas viven con una o varias de estas enfermedades y se espera que las cifras aumenten un 17% de continuar las tendencias actuales. El problema es tan grave que ha llevado a la realización de una **Reunión de Alto Nivel de Naciones Unidas sobre EC** que tuvo lugar en Nueva York el pasado mes de septiembre y de la que salieron importantes compromisos políticos para combatir esta epidemia.

Dentro de las EC, hay que resaltar la alta carga del cáncer en las Américas donde se producen unos 2,5 millones de casos nuevos cada año y casi 1,2 millones de muertes. De ellos, casi 200.000 nuevos casos y 116.000 muertes ocurren en Centroamérica y República Dominicana. El

problema se agrava en los países de escasos recursos, donde un 80% de los casos se diagnostican en etapas avanzadas de la enfermedad. Muchos de estos pacientes fallecen tras pasar por una larga etapa caracterizada por un intenso sufrimiento y por una gran necesidad de asistencia. Además, la respuesta actual al problema a nivel mundial no es la que se requiere, existiendo una gran brecha entre los conocimientos y la práctica.

Tabla 1: Brecha entre los conocimientos y la práctica sobre el problema del cáncer

CONOCIMIENTOS	PRACTICA
El 40% de los cánceres se puede prevenir	Se descuida la prevención y los CUIDADOS PALIATIVOS
El 30% se puede curar si se detectan y tratan precozmente	Se hace mayor énfasis en el tratamiento
El 100% de los casos avanzados se pueden beneficiar de los CUIDADOS PALIATIVOS	Las iniciativas son fragmentadas sin visión de gestión y salud pública

Por este motivo, la OMS está promoviendo programas integrales basados en la evidencia como la mejor manera de luchar contra esta enfermedad. Dichos programas hacen hincapié en la prevención y detección precoz para prevenir lo prevenible, y llegar a tiempo para curar lo curable. A su vez resaltan la importancia de los cuidados paliativos para aliviar el sufrimiento de los enfermos y de sus familias cuando ya no es posible curar.

Según la OMS:

“El cuidado paliativo es un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias al afrontar los problemas asociados con una enfermedad amenazante para la vida, gracias a la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento impecables del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”

Frente al aumento progresivo de las necesidades de CP, la capacidad de respuesta en América Latina y el Caribe es escasa: muchos países no satisfacen las demandas y se considera que sólo reciben cuidados paliativos entre el 5 y el 10% de los enfermos que los necesitan; más del 90% de servicios paliativos está en las grandes ciudades, y más del 50% de pacientes no puede pagar los servicios o la medicación. El 80% de las naciones no los reconocen como una disciplina y no los incluyen en los sistemas sanitarios públicos o privados.

Por último, la Dra. Pérez Castells expuso los objetivos y resultados esperados de la reunión y finalizó enumerando algunas dificultades, retos, expectativas y propuestas expresadas por los países en las encuestas que se enviaron como preparación del taller. Los resultados se incluyen en las tablas siguientes.

Tabla 2: Dificultades y retos expresados por los países en las encuestas

POLITICAS	Falta de decisión política/no se considera una prioridad	HON, COR, ELS
ESTRUCTURA	Fragmentación de los servicios de salud	COR
RECURSOS	Falta de recursos humanos / materiales	COR, HON, DOR, PAN
MEDICAMENTOS	Legislación restrictiva sobre el uso de opiáceos	HON,DOR, PAN y GUAT
	Escasa disponibilidad de opioides	PAN
	Falta de presentaciones adecuadas opiáceos	COR
FORMACIÓN	Falta de formación pregrado y posgrado	COR, HON, DOR, ELS y GUAT
INFORMACIÓN	Falta o dificultad de acceso a la información	COR, HON
CONVENIOS/ ALIANZAS	No implicación del sector privado	COR
	Falta de acuerdos / diferencia de criterios entre todas las entidades que trabajan en CP	ELS, PAN

Tabla 3: Expectativas de apoyo expresadas por los países en las encuestas

POLITICAS/ LEGISLACIÓN	Políticas públicas de CP y medicamnetos	GUAT, ELS
APOYO TÉCNICO	Elaboración del plan nacional	HON,ELS
	Capacitación de los profesionales	COR, HON, DOR, ELS, PAN y GUAT
	Información y educación de la sociedad	COR, HON,ELS y GUAT
	Desarrollo de sistemas de información	PAN
APOYO ECONÓMICO	Apoyo económico para la elaboración del plan nacional	HON y GUAT
MATERIALES DE APOYO	Apoyo con documentos científicos	COR, HON, DOR
CONVENIOS/ ALIANZAS	Apoyo para la creación de redes de trabajo colaborativo	COR, DOR, GUAT y ELS

Tabla 4: Propuestas de los países para los próximos 2 años

POLITICAS	Elaborar políticas públicas de cuidados paliativos	COR, ELS
PLANES	Elaborar y poner en marcha el Plan Nacional	HON, ELS
ESTRUCTURA	Creación de una unidad de CP	HON
MEDICAMENTOS	Elaborar/ revisar la legislación sobre disponibilidad, dispensación y control de opiáceos	COR, HON
	Mejorar el abastecimiento, distribución y dispensación de opiáceos en Centroamérica y RD	COR
RECURSOS	Actualizar protocolos y manuales Presupuesto específico	COR
FORMACION	Capacitación de los profesionales	COR, HON
CONVENIOS/ ALIANZAS	Convenio CCSS/ONGs	COR
	Crear/reactivar un Comité interinstitucional	ELS, COR y GUAT
	Red centroamericana de Control del Dolor y CP	COR, DOR

La exposición finalizó con una frase de Cicely Saunders que resume el enfoque de la medicina paliativa centrada en el paciente:



“Los cuidados paliativos empiezan por comprender que cada paciente tiene su propia historia, relaciones y cultura, y merece el respeto como un individuo único. Este respeto incluye el dar el mejor cuidado médico posible y hacer que los avances de las recientes décadas estén disponibles para que todos tengan la oportunidad de pasar su vida lo mejor posible”.

Cicely Saunders



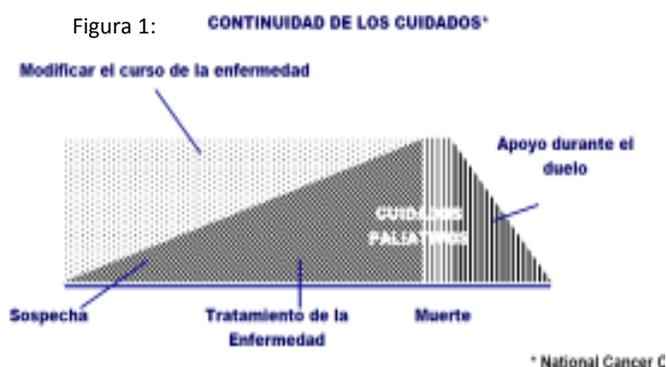
Definición de cuidados paliativos: conceptos básicos y modelo de cuidados paliativos en salud pública OMS.

Dra. Liliana de Lima, Directora Ejecutiva IAHPD

La Dra. Liliana de Lima inició su presentación hablando de cuáles son los componentes del cuidado integral del paciente que van desde la prevención a los cuidados paliativos. Teniendo en cuenta las cifras de muertes anuales (58 millones), que el 60% de estos pacientes (35 millones) han sufrido una enfermedad avanzada o progresiva, que existen en el mundo 600 millones de personas mayores de 60 años y que generalmente se necesitan 2 cuidadores por paciente, podemos calcular que más de 100 millones de personas se pueden beneficiar de los cuidados paliativos.

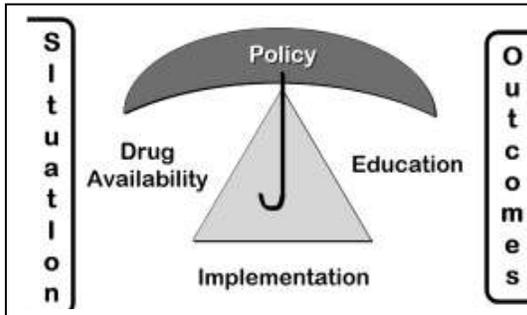
Todos nacemos y morimos dentro del sistema sanitario. Se intenta cuidar mucho al recién nacido pero no se cuida el final de la vida a pesar de que sabemos del sufrimiento que padecen muchos pacientes en su etapa final. De los enfermos con cáncer, 2/3 partes de los casos (7 millones) se diagnostican en estadios avanzados, el 60-70% de ellos tiene dolor severo y más del 80% sufre otros síntomas.

Los CP se definen como el cuidado total de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo, controlando sus síntomas y aliviando los problemas emocionales, sociales y espirituales que se derivan de su situación con el objetivo de mejorar en la medida de lo posible la calidad de vida del paciente y de su familia. El cuidado debe darse durante toda la enfermedad, a medida que esta progresa hacia una fase avanzada disminuirá el tratamiento con fines curativos e irán aumentando los CP.



Australia es el país que tiene el programa de CP más avanzado que contempla también la atención al duelo (Palliative Care Australia .PCA). En las Américas, Chile también cuenta con un buen programa, similar al de Australia, solo dirigido a pacientes oncológicos.

Figura 2: Componentes de un programa



Los componentes de un programa de CP son:

- Políticas sanitarias
- Educación
- Medicamentos
- Implementación del programa

En una encuesta a oncólogos, llevada a cabo en 2004 en países de América Latina, se identificaron varios tipos de barreras para la implementación de estos programas. En primer lugar, los CP no son una prioridad en la formulación de leyes sanitarias (72%), tampoco son una prioridad en la educación en salud (68%) y además hay barreras muy importantes para la utilización de opioides (50%).

Si analizamos cada uno de los componentes que debe tener un programa de CP:

1. **Política sanitaria** (Ley, Reglamento o Norma): En las Américas, pocos países tienen planes.

- Operativos: Caracas (municipal), Chile, Costa Rica y Panamá
- Como proyecto o en proceso: Argentina, México y Colombia

Los CP se necesitan en los tres niveles asistenciales con diferente grado de complejidad y exigen una buena integración de los servicios con un buen sistema de referencia y contrarreferencia.

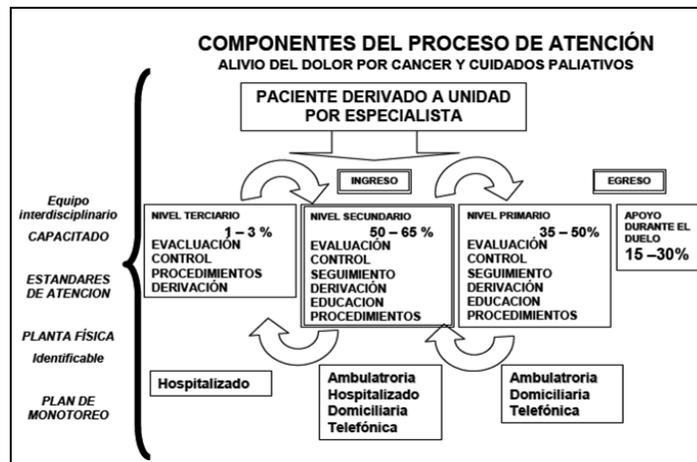


Figura 3: Componentes del proceso de atención

2. **Educación:** La especialidad de CP existe en muy pocos países. En Europa es una especialidad en Gran Bretaña e Irlanda y una subespecialidad en Polonia, Rumania, Eslovaquia, Alemania y Francia. Otros 10 países han empezado procesos de certificación como subespecialidad. En Estados Unidos es una subespecialidad a la que pueden acceder diferentes especialistas. En AL pocos países tienen formación pregrado y especialidad. En 2005 la ALCP hizo una encuesta a estudiantes del último curso en las 23 facultades de medicina de Colombia y se vio que más del 80% de los alumnos tenían escasos conocimientos sobre el manejo del dolor y no utilizaban la escala analgésica de la OMS. Actualmente, la Universidad de La Sabana en Bogotá es la única universidad que ha incorporado los CP en su currícula. La ALCP tiene un currículo de enfermería para un programa de posgrado en CP.

3. **Medicamentos:** Todos los países están obligados a presentar a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) los datos de consumo de opioides del año y un estimado para la compra del año siguiente.

Tabla 5: Consumo de opioides en CA

País	Consumo 2009
El Salvador	0,07 mgr/Capita 2009
Nicaragua	0,37 mgr/Capita 2009
Costa Rica	3,48 mgr/Capita 2009
Panamá	0,08 mgr/Capita 2009
R. Dominicana	0,6 mgr/Capita 2009

Con un promedio de 0,78 mgr, el consumo de los países de Centroamérica y la República Dominicana está muy por debajo del promedio global de 6 mgr y del de la región de 6,3 mgr. Los últimos datos reportados son de 2009 y se reflejan en la tabla 5. Honduras y Guatemala no reportaron datos ese año.

4. **Modelos:** Existen diferentes modelos de CP como por ejemplo el modelo de Australia o el modelo español. En nuestra región, hay ejemplos como el de Venezuela en el que los farmacéuticos forman parte del equipo como estrategia para que no sean una barrera. El hospital Tornú de Buenos Aires tiene la Unidad más compleja con personal asignado que incluye psicólogos, asistente social, enfermeras y médicos.

En Estados Unidos, a raíz de que la Joint Commission estableciera como requisito para acreditar a un hospital la existencia de CP, las Unidades de CP del país se incrementaron en un 96%. Según los datos publicados, el mayor gasto sanitario se genera en el último año de vida, los pacientes suelen estar hospitalizados un promedio de 20 días antes de fallecer y muchos pasan estos últimos días innecesariamente en la Unidades de Cuidados Intensivos. Un estudio realizado en el Hospital de Texas ha demostrado que desde la apertura de la Unidad de CP en 1999, se ha pasado de que gran parte de los pacientes murieran en La UCI, a controlar los síntomas en las consultas y el domicilio con el consiguiente beneficio del enfermo y una importante reducción del gasto sanitario.

Para finalizar, la Dra. De Lima expuso los pasos que se recomiendan para el desarrollo de una Estrategia Pública en Cuidado Paliativo: involucrar a personas clave, realizar un análisis situacional y de necesidades, elaborar un plan de acción, nombrar un comité asesor formado por expertos en el tema y desarrollar los componentes del modelo.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

En el espacio de preguntas y respuestas abierto tras las intervenciones de la Dra. Pérez Castells y De Lima, se plantearon las siguientes cuestiones:

Sobre formación:

- Un problema a resolver es la falta de plazas para CP en el sistema de manera que hay profesionales capacitados que no pueden trabajar en el sistema público de salud y acaban desarrollando su actividad en los centros privados o fuera del país.
- El entrenamiento del personal de enfermería no solo es posible sino que es necesario.
- La educación debe hacerse en tres niveles: pregrado, posgrado y formación continuada para los profesionales que ya están trabajando y no han tenido formación en CP durante la carrera.
- Hay que educar a la familia, la presión familiar es una de las causas más frecuentes por la que los pacientes ingresan en el hospital, incluso en la UCI sin que sea necesario.

Sobre la población que se debe incluir en un programa de CP:

- Los CP son aplicables desde el periodo perinatal hasta el geriátrico avanzado
- Se pueden incluir pacientes oncológicos y no oncológicos
- Se deben aplicar siempre que el paciente los necesite y en el momento que lo necesite, la inclusión de un enfermo en el programa es algo progresivo. La buena formación ayuda a tomar la decisión de pasar de actividades terapéuticas a CP.

Sobre modelos de atención:

- Costa Rica: los cuidados paliativos son un derecho humano y por ese motivo todos tienen acceso a ellos. Los CP están incluidos dentro de los servicios que provee la CCSS que da cobertura a toda la población. Todas las ganancias de la lotería se utilizan para financiar las 60 unidades que hay en el país.
- No se considera necesaria la existencia de camas específicas de CP en los hospitales

Sobre otros aspectos:

- La nutrición de estos pacientes es complicada. Es muy importante tranquilizar la ansiedad que le causa a la familia el que el paciente no coma.

2.4. PLANIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE CUIDADOS PALIATIVOS

A continuación se presentó un panel sobre planificación de los programas de CP en el que se resaltó que no es necesario planificar al máximo nivel sino que hay que hacerlo teniendo en cuenta los recursos y posibilidades de cada país para que los objetivos planteados sean factibles.



✚ **Evaluación de las necesidades de cuidados paliativos en la población: Análisis de la situación**
Dr. José Espinosa, Coordinador Observatorio "Qaly" - CCOMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. ICO

Según el Dr. Espinosa, las evoluciones conceptuales y los retos actuales más relevantes de la atención paliativa consisten en su aplicación a personas con todo tipo de enfermedades crónicas evolutivas, en todos los servicios de salud, atendíendolas de una manera precoz que permita superar el pronóstico como factor único determinante. La atención ha de ser integrada y flexible entre todos los servicios, adaptada a situaciones y crisis cambiantes, introduciendo metodologías como las de la ética clínica, los procesos de decisiones anticipadas, la gestión de caso y la atención integrada y con una visión integral del Sistema de Salud. Todo ello desde una orientación comunitaria, centrada en la atención a la cronicidad.

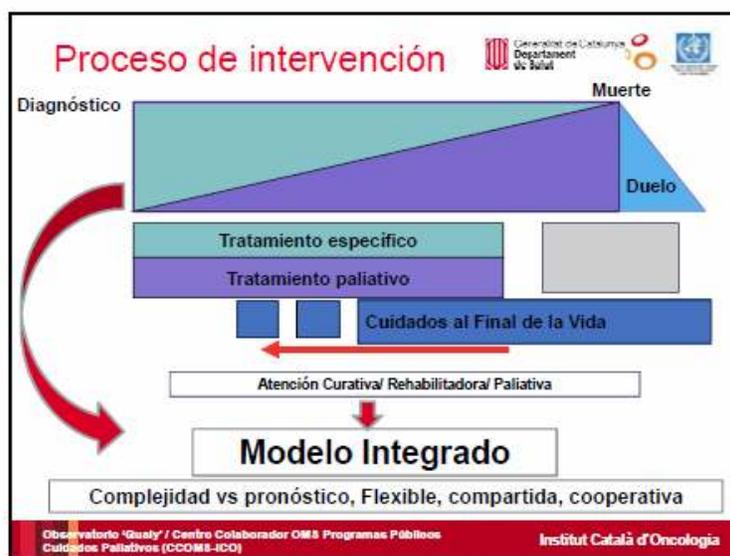


Figura 4: Proceso de intervención

Últimamente, se ha introducido el concepto más flexible de *enfermedades crónicas evolutivas con pronóstico de vida limitado o situaciones de enfermedad avanzada - terminal*, SEAT. Los pacientes en SEAT se caracterizan por presentar una o varias enfermedades progresivas, con evolución en crisis e impacto progresivo en su capacidad funcional, por generar una alta necesidad y demanda de recursos y por tener un pronóstico quizá de más larga duración.

La otra característica fundamental de las personas en SEAT es su presencia en todos los servicios del Sistema de Salud, con frecuentaciones a menudo muy elevadas y un elevado consumo de recursos. Esta constatación obliga a la adopción de medidas de atención paliativa en todos los recursos, especialmente en los que tienen un alta prevalencia de pacientes en SEAT (Atención Primaria, centros residenciales, centros socio-sanitarios y algunos servicios hospitalarios).

Las causas pueden tener que ver con enfermedades crónicas específicas:

- Cáncer
- Enfermedades neurológicas progresivas de alta frecuencia (AVC, demencia) o de baja frecuencia (ELA, EM)
- Insuficiencias orgánicas (EPOC, ICC, hepatopatías crónicas graves, insuficiencia renal grave, etc.)
- Enfermedades crónicas de baja prevalencia y alta complejidad (como, por ejemplo, en pediatría)
- Descompensaciones de otras enfermedades

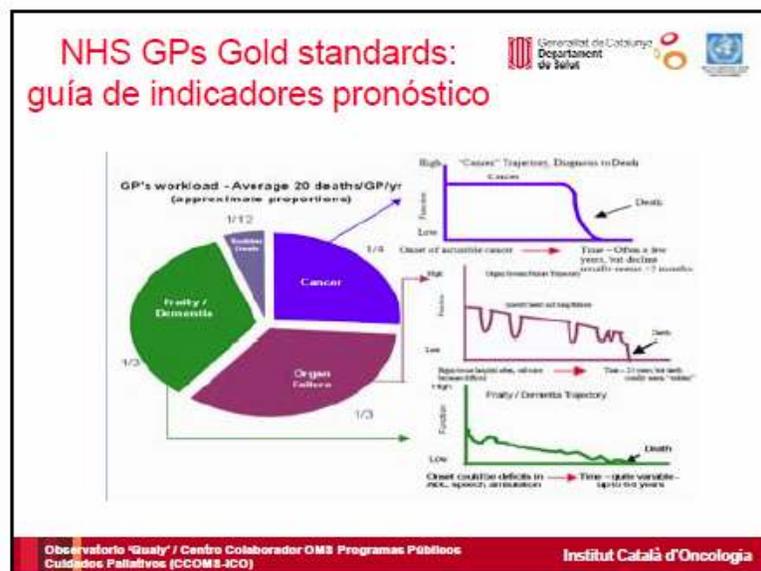


Figura 5: Guía de indicadores de pronóstico

TRANSICIONES CONCEPTUALES EN LA ATENCIÓN PALIATIVA

En la década de los 90 se produjeron muchos cambios en los conceptos básicos de la atención paliativa, que se concentran bajo los preceptos expuestos en la siguiente tabla:

DE	A
Enfermedad terminal	Enfermedad crónica avanzada evolutiva
Pronóstico de días / semanas / < 6 m	Pronóstico de vida limitado
Evolución progresiva	Evolución progresiva con crisis
Cáncer	Todas las patologías crónicas evolutivas
Mortalidad	Prevalencia
Dicotomía curativa vs paliativa	Atención sincrónica, compartida y combinada
Intervención rígida	Intervención flexible
Tratamiento específico vs paliativo	Tratamiento específico que no contraindica el paliativo
Pronóstico como a ítem central	Complejidad como criterio de intervención de los servicios
Respuesta pasiva a crisis	Actitud proactiva - preventiva y Gestión de Caso
Rol pasivo del enfermo	Autonomía del paciente: Planificación de Decisiones Anticipadas (Advance Care Planning)
Cuidados paliativos	Atención paliativa
Servicios Específicos	Medidas de mejora en todos los servicios del Sistema de Salud
Atención fragmentada	Atención coordinada e integrada
Paciente institucionalizado	Paciente en la comunidad
Paciente paliativo	Paciente con necesidades de atención paliativa

Tabla 6: Transiciones conceptuales más relevantes en la atención paliativa al inicio del siglo XXI

NECPAL

La sistemática de identificación de pacientes y de gestión de casos que propone este documento es del todo compatible y coherente con este conjunto de transiciones. De hecho, nace como consecuencia directa de ellas.

El instrumento NECPAL CCOMS -ICO[®], presenta facilidad y factibilidad para aplicarlo en todos los servicios de salud, asociado a medidas de mejora de la calidad en la atención a pacientes en SEAT. Sus limitaciones se deben a su escasa especificidad, el pronóstico incierto y a que no define indicación de recursos específicos. Se recomienda su uso como método de screening,

asociado a otros instrumentos específicos, y poner en marcha medidas paliativas no dicotómicas con otras medidas.

INSTRUMENTO NECPAL:
Identificación de enfermos
avanzados-terminales en servicios de salud



1. Pregunta "sorpresa" al equipo
2. Voluntad anticipada LET o de intervención paliativa explícita del enfermo, familia o equipo
3. Criterios clínicos generales: comorbilidad, pérdida nutricional (albúmina < 25, pérdida peso < 10% en 6 meses), o funcional (Karnofsky < 50), deterioro rápido progresivo no relacionado con proceso intercurrente
4. Comorbilidad y pluripatología geriátrica
5. Uso de recursos: reingresos, urgencias
6. Criterios específicos para cada patología: Cáncer, ICC, EPOC, I. Renal, I. Hepática, Neurológicas, sida,

Observatorio "Quality" / Centre Col·laborador OMS Programes Públics Cuidados Paliatius (CCOPI-ICO)
Institut Català d'Oncologia

Figura 6: Instrumento NECPAL

ANÁLISIS DEL CONTEXTO Y EVALUACIÓN POBLACIONAL DE NECESIDADES

El análisis del contexto puede incluir aspectos demográficos, sociales, geográficos, y de organización del sistema de salud y recursos existentes. Entre los demográficos, la tasa de envejecimiento y sobre-envejecimiento, son factores relevantes; con respecto a los sociales, aspectos como la existencia de áreas de pobreza, o de personas ancianas que viven solas; y entre los geográficos, los que pueden tener influencia, como la dispersión geográfica y el acceso.

- Análisis Global del País (Aspectos Políticos – Económicos)
- Características Demográficas y generales (población, envejecimiento, expectativa de vida)
- Características del Sistema Sanitario Público
- Mapa de los servicios y recursos existentes
- Evaluación cuantitativa de necesidades: mortalidad y prevalencia de enfermedades crónicas evolutivas
- Análisis cualitativo
- Aspectos sociales, culturales, religiosos.
- Aspectos académicos, investigación
- Líderes: profesionales, sociales,
- Instituciones No Gubernamentales
- Identificación de resistencias, barreras, y posibles alianzas poblacionales
- Antecedentes: iniciativas previas



***Evaluación de los recursos con los que se cuenta.
Los cuidados paliativos en los diferentes escenarios rurales y urbanos.***

**Dra. Eva Duarte, Directora de la Unidad de Cuidados Paliativos del
Instituto Nacional de Cancerología de Guatemala (INCAN)**

La Dra. Duarte hizo una presentación sobre como evaluar los recursos disponibles y necesarios para poner en marcha un programa de CP teniendo en cuenta que la atención que precisan estos enfermos es muy diferente a la que necesitan los pacientes agudos. Seguimos dando una atención centrada en la enfermedad y no en la integralidad de la persona. Los servicios están enfocados hacia la atención aguda sin tener en cuenta que los cuidados que precisa el enfermo son diferentes dependiendo de la fase de la enfermedad en la que se encuentre. La enfermedad crónica implica un proceso de deterioro con múltiples componentes y seguimos sin atender el proceso global y tratando solo las crisis. El hospital no se involucra en el seguimiento, en el periodo de recuperación y mucho menos en la fase final de la enfermedad. Muchas veces el médico y el sistema abandonan al paciente, quien se enfrenta a la etapa terminal y a la muerte sin una atención adecuada.

Los Cuidados Paliativos constituyen la opción más viable para la atención de pacientes con enfermedades crónicas, avanzadas, debilitantes y que comprometan su calidad de vida. Estos pacientes requieren atención de alta complejidad en muchos aspectos ya que hay que tratar los síntomas físicos, psicológicos y emocionales, asistiendo al paciente y a su familia. Por tanto, requieren el desarrollo de una serie de habilidades que abarcan desde los conocimientos y la experiencia profesional hasta la humanidad, la capacidad de empatía y habilidades de comunicación. Generalmente se requiere un equipo transdisciplinario para dar respuesta a todas estas necesidades.

Los CP deben estar presentes en todos los niveles de atención con diferente grado de complejidad. Al hacer la evaluación de los recursos es imprescindible ver en qué nivel de atención están enmarcados. Los servicios más cercanos y accesibles para los pacientes deben tener capacidad de dar cobertura a las necesidades básicas del paciente crónico y terminal. Esta es la forma de atención más costo-efectiva, ya que bien utilizados, los servicios del primer nivel disminuyen la sobrecarga de los servicios hospitalarios y constituyen un factor de balance en el gasto público. Los esfuerzos por fortalecer los recursos a este nivel deben ir dirigidos a formar al personal para que proporcione un soporte básico, información, seguimiento continuo, prevención de las crisis, derivación del paciente cuando sea necesario, acompañamiento y atención al duelo.

Para iniciar la planificación es necesario conocer los recursos con los que cuenta el país y la estructura de su sistema de salud, si es un sistema centralizado o no, sus Puestos de Salud, Centros de Salud, Centros de Atención Permanente, Hospitales Especializados, etc. y los recursos localizados en cada uno de ellos.

Tabla 7: Niveles de complejidad de los casos

Niveles de Complejidad			
Complejidad de los Casos	Nivel de Atención por Equipos Multidisciplinarios	Educación	Características
Alta Disponibilidad total de Servicios y Medicamentos en hospitales 24x7	Tercer nivel de Atención UCP hospitalaria especializada Hospitales Regionales Equipos de Atención Domiciliar inmediata Procesos de Inter-referencia	Especialización Actualización Técnico Formación Continua	Encamamiento y equipos multidisciplinarios de soporte especializados para tratamiento de Síntomas complejos y urgencias. Encamamiento y equipos multidisciplinarios de soporte especializados de respuesta inmediata a domicilio Atención Domiciliar en crisis
Media Disponibilidad total de Servicios y Medicamentos desde hospitales y áreas de salud 24x7	Segundo y Tercer nivel de atención Hospitales Departamentales Equipos Multidisciplinarios Hospitales Locales HOSPICE	Técnico Actualización Formación Continua	Encamamiento temporal y Equipos multidisciplinarios Estabilizar síntomas moderados, atención especializada para respiro familiar Atención del Duelo. Soporte y atención continúa a domicilio desde hospitales nacionales. Equipos básicos de atención domiciliar Cuidados Domiciliares en etapa de agonía.
Baja Transporte de medicamentos desde Áreas de salud, Centros de Salud /Hospitales	Primer nivel de atención Equipos de Soporte de Atención Domiciliar Centros-Puestos de Salud. Incluirán voluntarios, Promotores de Salud y cuidadores entrenados.	Formación Continua	Equipos de soporte, acompañamiento y atención continúa a domicilio. Transporte de Medicamentos al domicilio Visitas Periódicas, Prevención de Crisis Dispensación de Medicamentos a Domicilio Atención del Duelo Registro de Datos

Aunque no es una recomendación general, el inicio de programas en unidades hospitalarias de nivel especializado permite la transición hacia un sistema equilibrado; ya que al principio los pacientes buscarán el hospital para la atención de las crisis y desde allí pueden dispensarse medicamentos esenciales e iniciar programas de educación dirigidos a quienes prestan servicios de salud en el nivel primario de atención. En el hospital es más fácil llevar un registro de datos (cobertura, dispensación de opioides) y los resultados son más visibles para utilizarlos en pro de la creación de leyes pudiendo convertirse en plataformas para gestión, educación e investigación.

Todos los niveles de atención son interdependientes y por eso, durante el proceso se crearán los mecanismos para que haya una buena integración entre ellos, con buenos sistemas de referencia y contrarreferencia. Una vez implementada la atención, debemos seguir creciendo hacia la gestión, la educación y la investigación, todos ellos aspectos que como en un nudo, fortalecen el programa central de atención a los pacientes crónicos.



Experiencia en cuidados paliativos de Costa Rica.

Dr. Isaías Salas. Director del Centro Nacional de Dolor y Cuidados Paliativos de la Caja Costarricense de Seguro Social

El Dr. Isaías Salas inició su conferencia hablando de la justificación de la medicina paliativa en Costa Rica donde en los últimos años ha aumentado mucho la esperanza de vida al nacer y el porcentaje de adultos mayores. Las enfermedades crónicas y el cáncer se han convertido en las principales causas de morbilidad y mortalidad del país, y se prevé que el problema se agrave en la próxima década. Las patologías más frecuentes en Costa Rica han dejado de ser las enfermedades transmisibles para dar paso al cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades neurodegenerativas, el Alzheimer, la enfermedad de Parkinson, etc.

Por tanto, es previsible que un gran volumen de la población necesite o vaya a necesitar atención paliativa. En 1991 nació la clínica del dolor y CP en el hospital Calderón Guardia, y en 1994 se creó el Centro Nacional de control del dolor y CP (CNCP) que tiene autoridad técnica, asesora y funcional en su especialidad a nivel institucional. Al principio hubo una gran resistencia por parte de los médicos que muchas veces viven este tipo de asistencia como un fracaso de la medicina.

En Costa Rica hay un proveedor de salud único en el sistema público, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) que da cobertura a toda la población. Los cuidados paliativos están incluidos entre las prestaciones que se dan a los pacientes.

Costa Rica cuenta con un Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2009-2012, que contempla tres aspectos fundamentales:

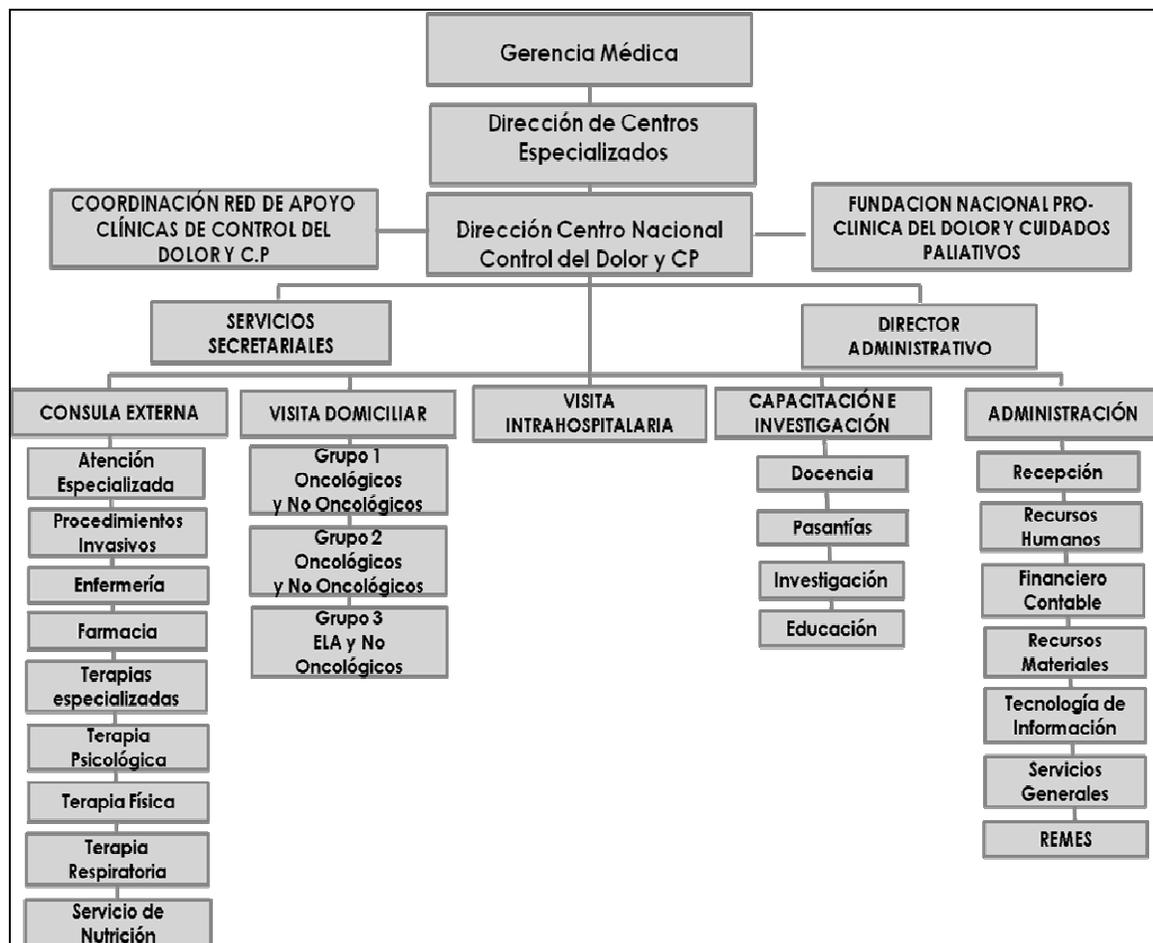
- Asistencia: coordinada por el CNCP y con unidades de atención en todas las provincias del país. Existen las tres modalidades:
 - Ambulatoria
 - Hospitalaria
 - Visita domiciliaria
- Educación:
 - La especialidad de MP fue aprobada por el consejo de rectores y constará de 3 años de formación, el primero de Medicina Interna y los otros dos de CP.
 - Se da formación y apoyo a cuidadores y familiares
- Investigación

Se ha creado un banco hospitalario que presta equipos y aparatos como camas especiales, sillas de ruedas, andadores....etc. a los enfermos que lo necesitan.

Toda la actividad del CNCP está regulada, existen numerosos documentos y protocolos de actuación. Desde su inauguración, ha aumentado mucho la actividad sobre todo a nivel ambulatorio donde se ha pasado de 900 consultas en 1991 a más de 30.000 en 2008. También se han formado más de 300 profesionales entre médicos generales, especialistas, enfermeros, psicólogos, asistentes sociales, terapeutas físicos y nutricionales.

A veces se realizan actividades como subastas de arte, campañas en los medios de comunicación y otras, cuya finalidad es dar a conocer los cuidados paliativos y obtener recursos para su financiación.

Tabla 8: Organigrama del CNCP de Costa Rica



2.5. ACCESO A MEDICAMENTOS CONTROLADOS

La Dra. Liliana de Lima introdujo el panel sobre acceso a medicamentos controlados y presentó un resumen de la legislación existente sobre cuidados paliativos, derechos humanos y acceso a medicamentos controlados.



*Legislación sobre cuidados paliativos, derechos humanos y
acceso a medicamentos controlados.*

Dra. Liliana de Lima, Directora Ejecutiva IAHP

Los CP y el alivio del dolor son un derecho humano, existe un marco legal en el que se apoyan las actuaciones.

Convenciones ONU:

- Convención Única de Narcóticos – 1961:
“Reconociendo que el uso médico de narcóticos continua siendo indispensable para el alivio del dolor y el sufrimiento y que se deben tomar las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estas drogas para estos fines...”
- Convention on Psychotropic Substances – 1971:
“Reconociendo que el uso médico y científico de sustancias psicotrópicas es indispensable y que su disponibilidad no debe ser restringida irracionalmente...”
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE): La Convención establece una obligación dual de fiscalización de estupefacientes, por un lado asegurar la disponibilidad para fines médicos y científicos y al mismo tiempo impedir la producción, el tráfico y el uso ilícito. Todos los países están obligados a remitir a la JIFE un informe anual de consumo de opiáceos y un cálculo del estimado, pero no hay sanciones si esta obligación no se cumple. La JIFE autoriza la compra y venta de medicamentos según estas estimaciones.

Las estadísticas de consumo son fundamentales pero tienen limitaciones, algunos países no las suministran anualmente o los datos que suministran son inexactos. Por otra parte, para algunos medicamentos, no es posible distinguir entre usos clínicos diferentes (por ejemplo metadona para tratar el dolor o el síndrome de dependencia), no es posible distinguir si el medicamento se ha usado para tratar dolor crónico o dolor agudo y el consumo de una droga individual solamente ofrece un indicador de la capacidad de un país para controlar el dolor.

A pesar de la existencia de este marco legal internacional, siguen existiendo muchas barreras para el uso de estos medicamentos con fines médicos, como son: la falta de reconocimiento del dolor como un problema de salud pública, la falta de educación tanto de la población como de los profesionales de la salud, las limitaciones presupuestarias, la existencia de leyes y regulaciones restrictivas y la inestabilidad política que lleva a que los reguladores cambien con mucha frecuencia.

Como sabemos, existe una Lista de medicamentos esenciales, que es una lista mínima de medicamentos para un sistema básico sanitario, que debe incluir las drogas más eficientes, seguras y costo efectivas para las condiciones prioritarias. En ella deben figurar los analgésicos opioides en las presentaciones adecuadas. En la tabla se muestra la lista modelo de la OMS e IAHCP

Tabla 9: Lista de analgésicos opioides esenciales

ANALGÉSICOS OPIOIDES IAHCP	ANALGÉSICOS OPIOIDES OMS
Leve a Moderado:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Codeína – 30mg tabletas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Codeína <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tableta: 30 mg (fosfato)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tramadol: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 50 mg tabletas/capsulas liberación inmediata ▪ 100mg/ml solución oral ▪ 50mg/ml inyectable 	
Moderado a Severo:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fentanilo (parche transdérmico): 25 y 50 mcg/hr 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Morfina <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inyección: 10 mg (morfina hidrocliclorido o morfina sulfato) 1-ml ampolla 5 ml ▪ Líquido oral: 10 mg morfina hidrocliclorido o morfina sulfato ▪ Tableta: 10 mg (morfina sulfato) ▪ Tableta (liberación prolongada): 10 ; 30 ; 60 mg (morfina sulfato)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Metadona: 5mg tabletas; solución oral 1mg/ml 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Morfina <ul style="list-style-type: none"> ▪ LI: 10-60mg tabletas ▪ LI: 10mg/5ml solución oral ▪ LI: 10mg/ml inyectable ▪ LS: 10mg; 30mg tabletas 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oxycodona : 5mg tableta 	

Hay grandes diferencias de consumo de opioides entre los países desarrollados y los países de en desarrollo. En 2008, sólo un 8% del consumo de morfina mundial correspondió a los países de bajos y medianos ingresos, que sin embargo concentran el 83% de la población global. Esto indica que muchos pacientes no recibieron el tratamiento adecuado para el dolor. En Centroamérica y el Caribe el consumo fue muy inferior a la media mundial y regional.

Con el objetivo de mejorar la disponibilidad y el acceso al uso médico de los opioides en los países de Centroamérica, desde el año 2000 la IAHCPC ha realizado varios talleres en los que se ha tratado de:

- identificar barreras que interfieren con el acceso legítimo a los opioides y desarrollar planes de acción para eliminarlas y/o minimizarlas.
- Facilitar el desarrollo de redes de colaboración y apoyo a nivel nacional para médicos, regentes de farmacias y las autoridades nacionales competentes.
- Proveer herramientas y recursos para desarrollar y aplicar planes de acción seguros y eficaces que garanticen el acceso a los opioides en Latinoamérica.

Entre los problemas identificados en estos talleres figuran la falta de medicamentos en la presentación adecuada, la escasa vigencia de las recetas, el número máximo de días permitido para prescribir, los pocos profesionales que están autorizados a prescribir y el hecho de que a veces la prescripción y/o la dispensación solo están permitidos a nivel hospitalario.

En el último de estos talleres celebrado en Panamá en abril de este año, con la participación de todos los países presentes en esta reunión exceptuando la República Dominicana, cada país expuso cuales eran las principales dificultades en cuanto a disponibilidad y accesibilidad de opioides en su país y que medidas consideraban que se debían tomar.

Para finalizar se expusieron algunos aspectos claves para mejorar el acceso a los medicamentos controlados en la subregión:

- Formar un comité asesor de expertos que sirva de apoyo para la elaboración de reportes y estimados apropiados y oportunos para la JIFE.
- Permitir la prescripción y dispensación de opioides a nivel ambulatorio.
- Utilizar como sistema de distribución y dispensación las farmacias de los hospitales de II y III Nivel.
- Utilizar los recursos humanos y materiales ya existentes.



Disponibilidad y acceso a los opioides en los países de la subregión.

Dra. Nora Girón, Asesora Regional Fondo Estratégico OPS/OMS

La Dra. Nora Girón, asesora regional del Fondo Estratégico de OPS/OMS, comenzó hablando sobre los retos y desafíos que tienen los países para mejorar el acceso a medicamentos indicando que son muchos los factores que definen el nivel de acceso, entre los que destacan la correcta selección y el uso racional de los medicamentos, los precios asequibles, el financiamiento sostenible y los sistemas de salud y de suministros confiables. Indicó que la disponibilidad de opiáceos con fines médicos depende de la política nacional y que debe estar en congruencia con las convenciones internacionales de estupefacientes.

Tanto la disponibilidad como el acceso insuficiente a opiáceos constituyen un problema crónico en la región. La insuficiente disponibilidad de opiáceos recomendados en la lista de medicamentos esenciales de la OMS responde a diferentes causas como: problemas en la selección de medicamentos e inclusión en las listas nacionales, estimaciones inadecuadas de las necesidades, importación insuficiente, y legislaciones nacionales sobre estupefacientes restrictivas y que no garantizan su disponibilidad con fines médicos. La estimación de necesidades es una responsabilidad de la institución designada al control de drogas y estupefacientes que debe realizar las estimaciones tanto para el sistema público como para el privado y la JIFE tiene que autorizar la importación tanto para la fabricación como de productos terminados para el consumo. Existen otros problemas añadidos como la no inclusión de los opiáceos en algunas listas de medicamentos esenciales o cuadros básicos nacionales, la restricción de su uso por niveles de atención y la falta de presentaciones farmacéuticas adecuadas.

En muchos países la reglamentación nacional para la prescripción y dispensación de los medicamentos opiáceos constituye una barrera ya que limitan la autorización para su compra, su dispensación y su prescripción. Además hay un gran desconocimiento de la reglamentación por parte de los profesionales y, en general falta formación sobre cuidados paliativos, control del dolor y uso de opioides.

En su exposición, la Dra. Girón llamó la atención sobre el informe de la Junta Internacional de Estupefacientes del año 2010, en el cual se registra que en América Central y el Caribe los niveles de consumo de opiodes se mantuvieron relativamente bajos en el periodo 1989-2009, por el orden de S 100 DDD por millón de habitantes por día en el periodo 2007-2009. El informe indica que algunos países de Centroamérica no han comunicado consumo de analgésicos opioides y no han presentado estimaciones de necesidades lo que puede ser una de las

limitantes en la disponibilidad y acceso a estos medicamentos, ya que estas estimaciones condicionan la fabricación y la importación.

Ante esta situación la OPS/OMS plantea una serie de estrategias y recomendaciones para hacer frente al problema:

- Revisar las políticas nacionales de salud y las políticas sobre disponibilidad y acceso a opiáceos. Determinar si las leyes establecen restricciones indebidas para la prescripción y dispensación.
- Revisar la Legislación vigente para facilitar la fabricación, distribución, prescripción, dispensación y control de los opiáceos (convención de 1961 enmendada por el protocolo de 1972).
- Revisar las listas de medicamentos esenciales e incluir los medicamentos opiáceos.
- Utilizar los mecanismos de adquisición regionales (Fondo Estratégico) para la compra de medicamentos opiáceos que no están disponibles en los países.
- Mejorar los sistemas de importación y distribución de medicamentos opiáceos.
- Mejorar los sistemas de información del consumo de opiáceos, con el fin de poder realizar una correcta estimación de las necesidades y proyección de la demanda. Facilitar información a la JIFE cuando corresponda.
- Capacitar y formar recursos humanos en cuidados paliativos y manejo del dolor. Educación continua sobre prescripción, dispensación y uso de los medicamentos opiáceos (sector público y privado)

El Fondo Estratégico de OPS incluye en la lista de medicamentos todos los opioides que están en la lista de medicamentos esenciales de la OMS. Para realizar compras a través de este mecanismo es necesario que el país realice estimaciones de la demanda requerida y un plan de adquisiciones que esté en consonancia con las estimaciones aprobadas por la JIFE. Actualmente están adheridos al Fondo Estratégico de OPS 23 países de la región, por lo que puede ser un mecanismo para mejorar la disponibilidad de opiáceos.

La doctora Girón señaló que es importante conocer los procedimientos establecidos por la autoridad reguladora para reportar los consumos y estimar la demanda y que se requiere la colaboración de los farmacéuticos tanto del sector público como del privado para estandarizar la forma en que se recoge la información. También es necesario definir la forma en que se reporta el consumo que tiene que ser responsabilidad del gobierno (DDD, Kg.)

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Tras las presentaciones de la Dra. De Lima y la Dra. Girón, se discutieron algunos puntos fundamentales y se destacó la importancia de:

- Incluir los medicamentos opiáceos en las listas nacionales de medicamentos en las presentaciones farmacéuticas adecuadas.
- Realizar estimaciones reales con base al consumo y pautas de tratamiento.
- Presentar los informes de consumo y estimaciones ante la JIFE.
- Conocer las normas regulatorias de comercialización, prescripción y dispensación de los opiáceos (prescriptores y dispensadores)
- Poder prescribir y dispensar los opiáceos a nivel ambulatorio.
- Evaluar las necesidades actuales y la demanda, revisar la metodología de estimación y hacer ajustes a las previsiones anuales.
- Regular los tiempos de prescripción.
- Identificar los impedimentos a la disponibilidad de los estupefacientes derivados de las políticas, reglamentos o procedimientos de tipo administrativo y adoptar medidas para eliminar estas barreras.
- Identificar los medicamentos opiáceos con problemas de disponibilidad en los mercados farmacéuticos y definir mecanismos alternativos para su adquisición.

2.6. ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

A continuación, se inició el panel sobre educación y capacitación en cuidados paliativos componente fundamental e imprescindible que debe desarrollarse de forma paralela a los programas de atención.



🚩 **Formación del personal sanitario: currículos a nivel de pregrado.**

Dra. Marta León. Universidad de la Sabana. Bogotá, Colombia.

La Dra. Marta Ximena León centró su presentación en la importancia de introducir los CP en la formación pregrado para lograr la sostenibilidad de los programas.

Cuando nos planteamos la formación en CP surgen varios interrogantes. En primer lugar, si la mayoría de los pacientes llegan al primer nivel de atención, ¿están preparados los profesionales de este nivel para atenderlos? Por otro lado, en los otros niveles de atención ¿se requiere una **formación posgrado** para que se pueda dar una atención especializada cuando se necesita? Por último, ¿es necesaria la **formación continuada**?

Si nos centramos en la primera pregunta, la respuesta es que la necesidad de formación en CP es “una necesidad sentida por su ausencia”, es decir, los alumnos de las universidades perciben una importante falta de conocimientos en este campo, lo que indica que la **formación pregrado** es imprescindible para proporcionar a los profesionales sanitarios antes del inicio de su actividad profesional, las herramientas necesarias para dar atención paliativa a sus enfermos.

En el 2001 en Estados Unidos, el estudio del *Eastern Cooperative Oncology Group* mostró que el 88% de los médicos consideraban que su formación pregrado sobre manejo del dolor fue mala y el 73% creían que en la residencia había sido regular o mala. En 2003, el Dr. Marc Hahn representante de la *American Academy of Pain Medicine*, refirió que en Estados Unidos solo el 3% de las Facultades de Medicina ofrecían un curso dedicado al manejo del dolor y la mayoría de los médicos no tenían los conocimientos ni las habilidades adecuados para el manejo de estos pacientes, mientras que el 90% no conocía o no utilizaba la escala analgésica de la OMS.

Ante la existencia de esta necesidad de contar con formación pregrado en CP, la Universidad de La Sabana de Bogotá inició un curso opcional de 120 horas y analizaron los conocimientos de los alumnos antes y después del curso. La mejoría fue muy importante, tanto en manejo de síntomas, como en herramientas de comunicación, toma de decisiones asociada a dilemas éticos y herramientas de investigación.

Después de los buenos resultados obtenidos, se decidió establecer un curso obligatorio de 40 horas completado con un curso virtual. El curso incluye horas teóricas, casos clínicos y 3 horas de examen final y también puede ser utilizado para formación continuada de profesionales que ya están trabajando pero no han recibido una educación adecuada en CP en la Universidad.

La formación continuada es imprescindible para poner en marcha los planes de cuidados paliativos mientras los médicos y las enfermeras no adquieran los conocimientos durante el pregrado, pero es la formación pregrado la que va a dar sostenibilidad a estos programas.



Figura 7:
Curso de CP de la
Universidad de La
Sabana de Bogotá

Sobre la formación pregrado se plantean varias cuestiones para la discusión:

- Si debe ser transcurrir o una asignatura específica. La respuesta depende de las universidades pero en muchos casos es más fácil la opción transcurrir.
- Si debe impartirse al principio o en los semestres finales de la carrera. Parece más aconsejable al final de la carrera cuando el alumno ya tiene conocimientos suficientes de patología, farmacoterapia y manejo de enfermedades.
- Si la formación puede ser solo teórica o debe ser teórico- práctica. En medicina, sin duda la opción de incluir prácticas es la mejor para la adquisición de conocimientos.

Para introducir los CP en la formación pregrado se requiere el reconocimiento de los colegas y, sobre todo, el apoyo de los órganos de gobierno de las Universidades a los que hay que dirigirse con datos y evidencias que sustenten la necesidad de que los CP estén contemplados en la formación curricular. Es importante identificar qué universidades y profesionales tiene interés por el tema y transmitir que la existencia de los CP puede ser un aliciente y hacer diferente y atractiva a una universidad. También hay que conocer cuál es la flexibilidad de los currículos, habitualmente las universidades jóvenes tienen mayor flexibilidad.

La implicación de la universidad también es de vital importancia para la investigación. Se debe involucrar a los estudiantes en congresos, publicaciones, elaboración de guías de manejo clínico y, en general, en todas las actividades relacionadas con el tema.

Como conclusiones, la Dra. Marta León señaló la importancia de la educación como factor decisivo para mejorar la calidad de vida de los pacientes y de las familias y como pilar básico para construir programas de cuidados paliativos que perduren en el tiempo y sean sostenibles para los sistemas de salud.



🚩 **Recursos para la formación de los profesionales: curso virtual de ALCP, especialización en Guatemala.**

Dra. Eva Duarte. Directora de la Unidad de CP del INCAN de Guatemala

La Dra. Eva Duarte comenzó la presentación resaltando la importancia de los cursos posgrado, necesarios para la formación especializada y para la formación continua en medicina y enfermería. Destacó el papel de los cursos virtuales, muy útiles como complemento de formación, fáciles de usar, baratos y adecuados para las personas que trabajan y tienen poco tiempo libre.

En primer lugar, la Dra. Duarte presentó el **Curso de la ALCP de Formación a Distancia en Aspectos Psicosociales**. El objetivo del curso es desarrollar habilidades para mejorar la atención psicosocial a los pacientes al final de la vida. Para ello se imparten conocimientos sobre el proceso de adaptación a la enfermedad, y se enseñan técnicas de comunicación, de resolución de problemas y de optimización del tiempo y de los recursos personales.

Para su implementación hay que incluir contenidos de alta calidad, prácticos y aplicables al contexto de Latinoamérica, reevaluar la metodología y los resultados al término de cada curso, innovar de acuerdo a las necesidades, y todo ello llevarlo a cabo mediante un equipo multidisciplinar.

El curso cuenta con un coordinador académico, un coordinador administrativo, docentes a cargo de cada módulo y docentes invitados. Está orientado a profesionales de la salud de diversas áreas y tiene una duración de 6 semanas con actividades pre-calendarizadas. Existe un documento de orientación y un manual teórico, todos ellos en español.

Se han realizado ya tres cursos con 156 participantes de 18 países y 12 profesiones diferentes, con resultados muy satisfactorios.

En segundo lugar, se presentó el **Estudio de Especialización de la Universidad de San Carlos de Guatemala**, ubicado en la red curricular del sistema de formación del profesor universitario en el sistema de Estudios de Post-Grado de la USAC. No es una especialidad como tal sino un curso

de de 5 módulos, 18 créditos y 10 meses de duración cuyo propósito es proporcionar al profesional participante una formación más profunda sobre un área específica de conocimiento.



Figura 8:
Estudio de
especialización de
la Universidad de
San Carlos de
Guatemala

Trata de formar profesores que luego hagan de agente multiplicador. La idea es crear comités hospitalarios de cuidados paliativos que lleven a cabo la atención (hospitalización, interconsultas, derivaciones al INCAN) y se ocupen de la docencia (pregrado, posgrado y educación continua). Con esta estrategia se intenta implantar los CP a nivel hospitalario y mejorar la situación actual. En estos momentos Guatemala solo cuenta con 2 Unidades de Cuidados Paliativos, existen importantes barreras de acceso a opioides y otros medicamentos esenciales, la prescripción es escasa y no se da la atención adecuada a los pacientes al final de la vida. La meta a 24 meses es tener al menos 6 unidades de CP, docencia pregrado y posgrado y acceso a medicamentos y servicios de CP en hospitales especializados.

La Dra. Duarte resaltó que todo Plan Nacional de CP debería incluir además de la atención al paciente y su entorno, la gestión del programa y un componente de investigación. Paralelamente se debe desarrollar un plan de formación a todos los niveles.

La doctora finalizó su conferencia exponiendo las siguientes conclusiones:

- El fortalecimiento académico de los Cuidados Paliativos a nivel de formadores de recursos de salud es un paso necesario y estratégico para el desarrollo definitivo de los Cuidados Paliativos en un país y para garantizar su crecimiento.
- Los esfuerzos educativos deben hacerse en todos los niveles y ámbitos de atención.



*Curso virtual de gestión de programas de cuidados paliativos
utilizando la plataforma de OPS.*

Dr. Gaspar Dacosta. Coordinador Programa Nacional de CP de Panamá

El Dr. Gaspar Da Costa, Coordinador del Programa Nacional de CP de Panamá presentó el **Primer curso de gestión de programas de cuidados paliativos** que utiliza el Campus virtual de salud pública de la OPS y está patrocinado por la OPS, la Universidad de Panamá, el Instituto Oncológico Nacional, la Asociación HOSPES Pro Cuidado Paliativo y la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos.

Es un curso que se diseñó para funcionarios de salud panameños y ahora se puede acceder como recurso educacional abierto y está dirigido a profesionales de salud que trabajan o lideran instalaciones donde se desee implementar programas de cuidados paliativos públicos. Por lo tanto, no es un curso de formación clínica en cuidados paliativos sino un curso de gestión de programas de CP.

El programa tiene una duración de 165 horas repartidas en 115 horas de trabajo en red y 50 horas presenciales y consta de 4 módulos: 1) Introducción; 2) Políticas, legislación y acceso a opioides; 3) Organización de servicios, sistemas de información y financiación; y 4) Evaluación y de calidad. Incorpora además foros de discusión y tutorías.

Los alumnos que hayan superado los tres primeros módulos pasan a la etapa presencial. En esa semana deberán iniciar el desarrollo de un Plan Operativo para la implementación de un Programa de Cuidados Paliativos en su área de influencia y realizar el diseño del mismo bajo la supervisión de los tutores. Durante el curso presencial reciben una capacitación más exhaustiva en base a temas seleccionados de los módulos del curso.

Cada módulo dispone de su evaluación propia basada en las actividades de aprendizaje que se programan y que son seguidas por los tutores. Durante el curso hay dos evaluaciones de filtraje; una previa al curso presencial al cual solo acceden los alumnos que superan la primera evaluación y una final que dará lugar al certificado final.

El curso termina con un trabajo final relacionado con las materias impartidas y aplicado a la realidad del país de cada alumno. Este último aspecto es de vital importancia, pues permite conectar los aprendizajes con las prácticas en los contextos reales y facilitar así la implementación de Programas de Cuidados Paliativos en los diferentes escenarios.



🚩 Educación de los cuidadores, familias y voluntarios.

Dra. Patricia Bonilla. Servicio de CP, Instituto de Oncología Dr. Luis Razetti de Caracas.

La Dra. Bonilla resaltó la importancia de la educación de familiares y cuidadores cuyo objetivo principal es enseñar a los pacientes sus derechos, proporcionar conocimientos prácticos en relación a su enfermedad, tratamiento y pronóstico, capacitarles para el autocuidado y capacitar a la familia para que pueda dar una asistencia adecuada. De esta forma, se modifica el comportamiento del enfermo y de sus familiares y el paciente puede hacerse responsable de su tratamiento.

La actitud de la familia debe ser activa y para ello se requieren conocimientos. Se debe dar orientación sobre cómo afrontar las carencias progresivas y las crisis que pueda tener la enfermedad. Los cuidadores deben conocer los recursos existentes y cómo funciona la red de CP, cómo son los flujos de atención, de manera que en todo momento sepan cómo obtener ayuda. Además deben saber cómo cuidarse y organizarse, manteniendo en lo posible sus actividades habituales y planificando el futuro. La planificación es importante, por ejemplo, a la hora de adquirir la medicación, ya que generalmente requiere unos trámites que hay que realizar con tiempo para que el paciente no se quede sin tratamiento.

Para lograr estos objetivos es necesario programar actividades de información, educación y asesoramiento y acompañar a la familia durante la enfermedad y en el momento del duelo. La educación es la única manera de conseguir mejorar la toma de decisiones y que éstas respondan a los deseos del paciente, al tiempo que ayuda a mantener un tratamiento activo acorde a la situación del paciente y previene el “Burnout” familiar. Para evitar el desgaste de los cuidadores, todo programa de CP debe llevar incorporado un plan de apoyo a este colectivo.

En muchos lugares, el cuidado paliativo se apoya en grupos de voluntarios que actúan desinteresadamente, con responsabilidad y sin remuneración económica en beneficio del paciente y de su familia. Su labor complementa la del resto de los profesionales ya que suelen ayudar y acompañar a pacientes y familiares en el hogar y en los hospitales y apoyan a la organización en la promoción de los CP dentro de la comunidad y en la obtención de recursos económicos. Muchas veces son los encargados de la atención al duelo y del apoyo psicológico y espiritual. En Venezuela hay grupos de voluntarios que trabajan tanto a nivel hospitalario como domiciliario.

Los métodos que se pueden utilizar para difundir los CP y ayudar a los pacientes, familiares y cuidadores incluyen charlas y talleres de formación, materiales educativos, información en las consultas y en el domicilio, información en los medios de comunicación y en las páginas web, actividades en fechas señaladas como el Día Mundial de los CP que es el segundo sábado de octubre... etc.

Por último, La Dra. Bonilla comentó la estructura del taller de Cuidados Paliativos para el Voluntariado de la Fundación Hospice de Venezuela. El Taller consta de 5 módulos de 8 capítulos cada uno con una duración de 4 horas semanales por módulo. Se realiza en 6 centros comunitarios y se enseñan los principios básicos del cuidado paliativo, enfermería básica, habilidades de comunicación, cómo aprender a escuchar y a aconsejar, y cómo prevenir el síndrome de Burnout.

En conclusión, es indispensable incluir la educación de los pacientes, familiares, cuidadores, voluntariado y comunidad en los planes estratégicos nacionales, con el fin de asegurar la continuidad de tratamiento, la atención continuada en el domicilio, la difusión y defensa de los derechos de los pacientes; y de ayudar a visualizar los cuidados paliativos como una prioridad.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

En el espacio de preguntas y respuestas abierto tras las intervenciones se plantearon las siguientes cuestiones:

- La necesidad de que existan diferentes estrategias de capacitación para los diferentes niveles de complejidad. La formación pregrado es fundamental para proporcionar los conocimientos básicos necesarios en el primer nivel de atención. Además, se necesita formar a especialistas para los niveles de mayor complejidad.
- La necesidad de la formación continuada para profesionales, sobre todo del primer nivel de atención, que ya están trabajando y no han tenido una formación pregrado adecuada.
- Se cuestionó la validez de los cursos virtuales como herramienta única de formación. Se considera que deben ser un complemento o estar dirigidos, como el *Curso de la ALCP de Formación a Distancia en Aspectos Psicosociales*, a profesionales con experiencia previa en CP. En el caso del Curso de gestión de Panamá la formación se completa con un módulo presencial.
- Se resaltó que los programas de formación aislados no tienen sentido y que deben estar insertos en una planificación estratégica global del programa.
- Es importante que los programas vayan dirigidos no solo a transmitir conocimientos sobre CP a los alumnos sino también a que adquieran habilidades prácticas.

2.7 ORGANIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE CUIDADOS PALIATIVOS



📌 *Elementos de un programa de cuidados paliativos.*

**Dr. José Espinosa, Coordinador del Observatorio “Qualy”
del CCOMS para Programas Públicos de CP. ICO**

Se propone el uso del término *Programa de Cuidados Paliativos* a un conjunto sistemático de medidas que tienen por objetivo mejorar la atención de enfermos avanzados y terminales en un contexto de base poblacional.

Los Programas Públicos de Cuidados Paliativos (PPCPs) son aquellos liderados por la Administración Pública. Dichos programas presentan como objetivos la cobertura, equidad, accesibilidad y calidad; así como el compromiso de mostrar resultados.



Figura 9: Elementos y acciones de un Plan estratégico

Como se ha visto en anteriores presentaciones, antes de empezar hay que hacer un análisis de la situación evaluando:

- Aspectos políticos y económicos
- Características demográficas y generales (población, envejecimiento, expectativa de vida)
- Evaluación de la prevalencia de enfermedades crónicas evolutivas
- Mapa de los servicios y recursos existentes
- Líderes clínicos y de gestión
- Identificación de resistencias, barreras, y posibles alianzas
- Antecedentes: iniciativas previas



Figura 9:
Componentes
esenciales de un
programa de CP

Los componentes esenciales, como ya se ha comentado anteriormente, son políticas, legislación, formación y servicios de salud.

PRINCIPIOS DE UN PPCP

- Modelo de atención que agrupa todo lo que tiene que ver con los servicios, continuidad de la atención y complejidad del paciente y está basado en:
 - Necesidades de enfermos y familias
 - Equipo interdisciplinar
 - Proceso sistemático, planificación de los cuidados
 - Ética clínica
- Modelo de organización basado en:
 - Necesidades poblacionales
 - Adaptado a territorios y a tipos de recursos
 - Orientado a la comunidad
- La atención como derecho. Todos los programas deben buscar:
 - Cobertura, accesibilidad
 - Equidad en todos los ámbitos para todos los pacientes con necesidades
- Calidad: todos los programas deben asegurar la calidad:
 - Efectividad, eficiencia, satisfacción, sostenibilidad
 - Evidencia y evaluación sistemática de resultados
- Implicación social
- Valores éticos: Compasión

ELEMENTOS DE UN PPCP

- Liderazgo
- Legislación
- Accesibilidad de fármacos opioides y fármacos primordiales
- Sistemas de financiación, presupuesto
- Objetivos claros: cobertura, equidad, calidad, satisfacción
- Modelo de atención e intervención definido
- Medidas en Servicios convencionales, especialmente AP y servicios diana
- Servicios específicos: efectivos y eficientes
- Sistemas sectorizados con coordinación, acciones integradas y compartidas, sistemas atención continuada y urgente
- Intervención basada en complejidad, con flexibilidad y respuesta oportuna a situaciones urgentes
- Formación específica, con nivel y cobertura adecuada
- Investigación y mejora de calidad como ejes de la innovación
- Implicación de la sociedad: debates éticos, sociales y culturales
- Planes de acción: Corto, medio, largo plazos
- Evaluación de resultados / indicadores /estándares
- Evaluación y mejora calidad

MEDIDAS BASICAS PARA EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN

- Medidas previas: consenso, personal ejecutivo en la toma de decisiones, legislación, liderazgo
- Análisis de Contexto, Evaluación de Necesidades y Estudios Basales
- Plan Formal diseñado y aprobado
- Legislación y estándares claros
- Disponibilidad y acceso a opiodes
- Liderazgo en los departamentos de sanidad gubernamentales
- Capacitación
- Creación de equipos referentes
- Formación orientada a la capacitación de servicios clave
- Identificación de alianzas, barreras y dificultades

CONCEPTOS

- Misión: nuestra razón de ser
- Visión: el escenario de excelencia a largo plazo
- Creencias/Valores: los principios éticos y bases que orientan nuestras acciones

METODOLOGÍA DE PLANIFICACIÓN, DISEÑO Y EVALUACIÓN

- Definición compartida de principios, valores, visión y objetivos.
- Definición de liderazgo: Compromiso institucional y profesionales de los diferentes ámbitos y liderazgo técnico adecuado con el grupo multidisciplinar de expertos.
- Definición clara del proceso, términos y resultados de la elaboración.
- Evaluación de necesidades y situación: Cuantitativa y cualitativa, de personas diana, de programa y de los servicios existentes.
- Mejora de servicios convencionales: especialmente, atención primaria y servicios diana con altas prevalencias (oncología, media estancia, urgencias, etc)
- Implementación (y/o mejora) de servicios específicos de cuidados paliativos y/o de medidas transicionales
- Coordinación y criterios de intervención de servicios específicos, accesibilidad, atención continuada y urgente
- Medidas de formación e investigación
- Plan de objetivos, de acciones y responsables de cada apartado a corto, medio y largo plazo: tabla específica de medidas
- Definición de estándares, protocolización, mecanismos de evaluación y seguimiento e indicadores
- Presupuesto

PROPUESTA DE UN PLAN DE TRABAJO

FASE I

- Definición y constitución del grupo de trabajo
- Consenso metodológico

FASE II

- Evaluación cuantitativa de necesidades y recursos
- Evaluación cualitativa

FASE III

- Jornadas de trabajo conjunto
- Diseño del plan de atención al final de la vida
- Presentación en Jornadas en la Región

Es conveniente definir el grado de prioridad y el calendario para cada uno de los elementos de un plan, con objetivos, acciones y resultados esperados a corto (0-2 años), medio (2-5 años) y largo (> 5 años) plazo.



✚ *Integración de los programas de cuidados paliativos en las Redes Integradas de Servicios de Salud.*

Dr. Reynaldo Holder. Asesor Regional Área de Sistemas y Servicios de Salud. OPS

El Dr. Holder inició su presentación con una pregunta ¿Cuántos de los participantes de este taller podrán volver a sus países e incluir estos programas y sus actividades en el presupuesto del próximo año?

Según la OMS, los Sistemas de Salud (SS) están conformados por todas las organizaciones, personas y acciones cuyo objetivo principal es el mejoramiento de la salud. Por tanto, servicios y sistemas no son sinónimos. Los objetivos de los SS son el logro del más alto nivel de salud, la satisfacción de las expectativas y necesidades de salud y la protección social en salud. Sus funciones son la gobernanza, el financiamiento, la generación de recursos y la prestación de servicios. Objetivos y funciones deben interaccionar de manera armónica para alcanzar la meta buscada que es la salud.

En 2007 la OMS definió los seis componentes básicos para la construcción y fortalecimiento de los servicios de salud: gobernanza, financiación, trabajadores, información, productos y tecnologías y prestación de servicios. A través de una cobertura y acceso adecuados y con calidad y seguridad, estos componentes deben fortalecer los sistemas de salud consiguiendo aumentar la responsabilidad y la eficiencia del Sistema, la protección del riesgo financiero y social, y mejorar la salud de la población.

Los gobiernos plantearon el uso del término APS para definir una estrategia para el desarrollo de los sistemas de salud y dejar el término de primer nivel de atención para referirse a los servicios. La Declaración de Montevideo sobre la Renovación de la Atención Primaria, aprobada por el Consejo Directivo de la OPS en septiembre de 2005, fue el resultado de dos años de consultas con grupos de expertos a nivel nacional y subregional. En ella se define un Sistema de Salud basado en la APS como *“...un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema”*. Un SS basado en APS tiene un conjunto de valores, principios y elementos, subraya la equidad y la solidaridad.

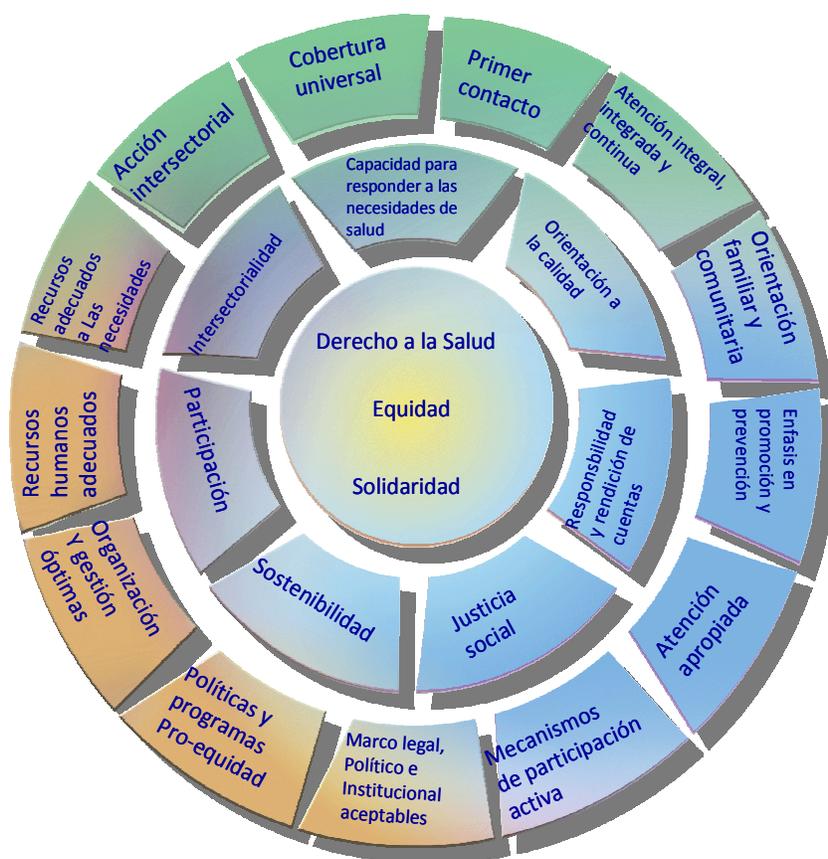


Figura 11: Valores, principios y elementos de un SS basado en APS

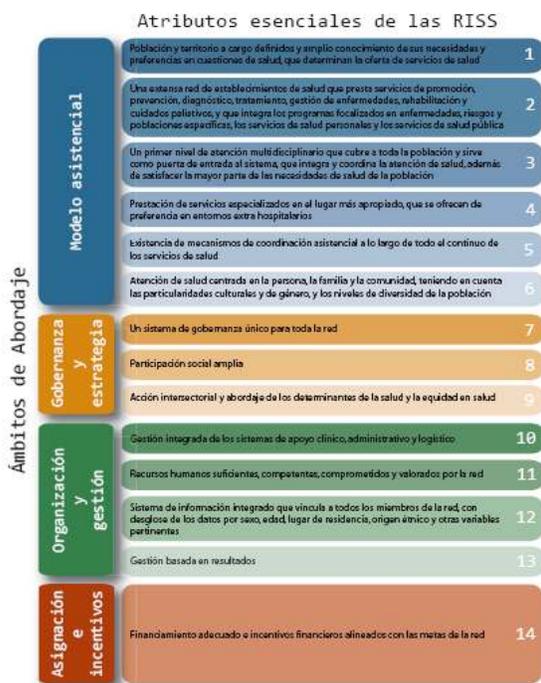
A continuación el Dr. Holder definió y caracterizó los SS desde el punto de vista del pensamiento sistémico. “En gran medida, un sistema determina su propio comportamiento. Una vez que conocemos la relación existente entre estructura y comportamiento, podemos empezar a entender de qué manera funcionan los sistemas, qué los hace producir malos resultados, y cómo se pueden modificar para mejorar los patrones de comportamiento. La estructura del sistema es la fuente del comportamiento del sistema”. El comportamiento del sistema es el que determina los resultados.

Debemos conocer el sistema para fortalecerlo, y a partir de esa base podremos diseñar mejores intervenciones y evaluaciones, tanto en lo tocante a las intervenciones destinadas al fortalecimiento de los sistemas de salud como a las dirigidas a enfermedades o dolencias concretas (o grupos específicos de población) pero con posibilidad de hacer sentir sus efectos a nivel de todo el sistema. Para ello es necesario tener en cuenta dos características principales de los sistemas, su complejidad y su adaptabilidad.

Los principales desafíos que afrontan los sistemas de Salud en la Región son:

- la segmentación y fragmentación de los servicios;
- la crisis del modelo de atención predominante, caracterizado por: estar centrado en la atención episódica de cuadros agudos, estar organizado por niveles “de complejidad” en torno a la oferta, ser hospital-céntrico con alta dependencia y consumo de tecnología, medicalizado, con predominio de especialistas, centrado en servicios curativos y procesos fragmentados, con pobre continuidad de la atención, sistemas de referencia y contra-referencia inoperantes, pobre calidad y generador de gran insatisfacción ciudadana.

En el 49º Consejo Directivo se aprobó la resolución por la que los ministros llaman a la constitución de las **Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)**. Se propone por lo tanto un modelo que ya no es piramidal. La RISS plantea que la demanda debe determinar la oferta y que el primer punto de contacto debe ser el primer nivel de atención, que debe estar integrado con los servicios de salud pública y donde se debe articular la acción intersectorial para el abordaje de los determinantes sociales de la enfermedad. El segundo nivel se articula con atención especializada (no segundo tercer nivel) que no está conformada sólo por hospitales sino por una gran variedad de dispositivos.



“Se entiende por redes integradas de servicios de salud un grupo de organizaciones que presta, o hacen los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrados a una población definida, y que están dispuestas a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a que sirve”.

Los atributos claves de las RISS se organizan en cuatro categorías generales: modelo asistencial, gobernanza y estrategia, organización y gestión y asignación e incentivos. Dentro de estas categorías generales, se listan los catorce atributos particulares que caracterizarían a las RISS.

Figura 12: Atributos esenciales de las RISS

A continuación el Dr. Holder hizo especial referencia a algunos de los aspectos y conceptos claves de las RISS, como son: la importancia de centrar la atención en las personas; el curso de vida y la necesidad de la continuidad asistencial; la integralidad e integración de los servicios y la coordinación asistencial.

Tabla 10: Aspectos de la atención que distinguen la atención sanitaria convencional de la atención primaria centrada en la persona

Atención médica ambulatoria de carácter convencional en dispensarios o ambulatorios	Programas contra enfermedades	Atención primaria centrada en la persona
Focalización en la enfermedad y la curación	Focalización en las enfermedades prioritarias	Focalización en las necesidades de salud
Relación circunscrita al momento de la consulta	Relación circunscrita a la ejecución de los programas	Relación personal duradera
Atención curativa episódica	Intervenciones de lucha contra las enfermedades definidas por los programas	Atención integral, continua y centrada en la persona
Responsabilidad limitada a la prestación de asesoramiento eficaz y seguro al paciente en el momento de la consulta	Responsabilidad sobre los objetivos de lucha contra las enfermedades entre la población destinataria	Responsabilidad sobre la salud de todos los integrantes de la comunidad a lo largo del ciclo vital; responsabilidad de afrontar los determinantes de la mala salud
Los usuarios son consumidores de la atención que compran	Los grupos de población son los destinatarios de las intervenciones de lucha contra las enfermedades	Las personas son asociados en la gestión de su salud y la de su comunidad

Las RISS son redes integradas porque hay coordinación entre todas las partes del sistema a través del continuo de cuidados y el curso de vida. Además son redes integrales, porque prestan servicios comprensivos, cubriendo todos los aspectos desde la promoción y la prevención a los cuidados curativos, paliativos y socio-sanitarios.

La continuidad asistencial es el resultado de la coordinación desde la perspectiva del usuario. Constituye el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo. La continuidad debe ser de información (la información debe seguir al paciente para que no tenga que repetir su historia cada vez que consulta a un profesional), de relación (un proveedor habitual, por lo que el punto de contacto se sitúa en el primer nivel) y de gestión (percepción del usuario de que el sistema de salud funciona gerencial y organizativamente: por ejemplo en la solicitud de citas).

Para finalizar el Dr. Holder enfatizó sobre la necesidad de contemplar el modelo asistencial desde la óptica de las Redes Integradas de Servicios de Salud y planificar los CP considerando los sistemas de cada país.



🚩 *Diseño y organización de los servicios de cuidados paliativos.*

Dra. Patricia Bonilla. Servicio de Cuidados Paliativos

Instituto de Oncología Dr. Luis Razetti de Caracas

Para alcanzar los resultados esperados, hay que trabajar simultáneamente en todos los componentes del modelo, es decir, a medida que se implementa el modelo de atención hay que mejorar las políticas y la legislación sobre CP y el acceso a los medicamentos opioides e implementar estrategias para la educación.

La primera etapa es la evaluación de necesidades y para ello es importante conocer las principales causa de mortalidad del país. En Venezuela, por ejemplo, de las primeras 25 causas de muerte, 13 tenían que ver con los cuidados paliativos. Al mismo tiempo se debe evaluar la respuesta, es decir, lo que se ha estado haciendo hasta ese momento para hacer frente a esas necesidades. En Venezuela se vio que las pocas acciones que se realizaban se debían a la buena voluntad de un grupo muy pequeño de profesionales y que solo se atendía la emergencia y las respuestas eran insuficientes, inequitativas e injustas.

En segundo lugar hay que desarrollar el modelo en 3 etapas:

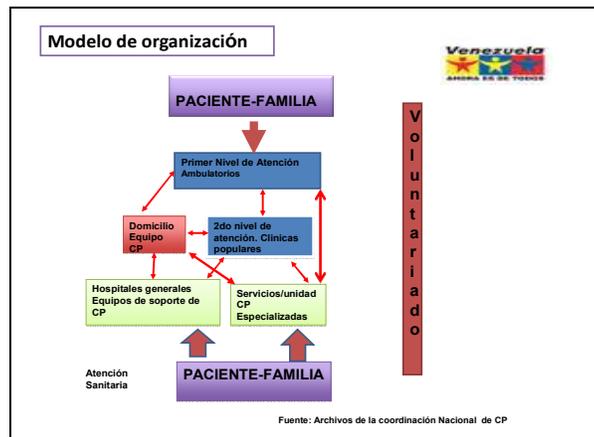
- Educación del personal y la comunidad
- Reconocimiento a nivel hospitalario
- Red metropolitana

Al principio, realizaron cursos de formación continuada de 160 horas dirigidos a todos los profesionales implicados en los CP y con igual contenido para todos ellos ya que se consideró que los conocimientos básicos son necesarios para todos. Aprendieron de los errores como por ejemplo, algunas de las personas formadas no pudieron dedicarse luego a los CP o quedaron aislados con lo que su formación no sirvió para implementar el modelo. Para evitar estos problemas se decidió seleccionar a personas que fueran a permanecer en el sistema e ir realizando la formación por grupos de ambulatorios. De esta manera se han formado 291 profesionales en CP básicos y 37 médicos en CP especializados (34 masteres y 3 posgrados). El programa no tiene presupuesto específico y no se invierte dinero en la organización de los cursos.

El modelo de atención tiene varias partes:

- Atención hospitalaria, consulta externa y hospital de día.
- Atención domiciliaria dependiente del hospital o del primer nivel de atención. Generalmente son pacientes dados de alta del hospital al domicilio, a veces se hace cargo el primer nivel de atención pero, en muchos casos el enfermo quiere seguir dependiendo del hospital. Existen además equipos domiciliarios de enfermería sobre todo en áreas sin médico, que resuelven muchos problemas y, si no pueden hacerlo, derivan al enfermo

Figura 13: Modelo de organización de los CP en Venezuela



La Dra. Bonilla explicó cuáles fueron las estrategias utilizadas en Venezuela para la introducción del programa de CP y cuáles son las fortalezas y debilidades del mismo.

Fortalezas:

- Políticas y apoyo ministerial
- Disponibilidad de opioides
- Sistema informático
- Becas de formación posgrado
- Indicadores de calidad

Debilidades:

- Persistencia de la burocracia
- Falta de camas de hospitalización y de unidades de media y larga estancia
- Educación pregrado
- Falta de apoyo de los farmacéuticos
- Falta de personal
- Salarios
- Investigación



 **Programa Nacional de Cuidados Paliativos Panamá.**

Dr. Gaspar Da Costa. Coordinador del Programa Nacional de CP de Panamá

El Dr. Da Costa comenzó presentando los datos demográficos y epidemiológicos que fundamentan la necesidad de la creación e implementación del programa nacional de cuidados paliativos. El programa implica la organización de la atención paliativa con enfoque de atención primaria en salud, con el fin de garantizar la provisión de una cartera básica de servicios acorde con las necesidades del paciente y de la familia. Los CP no son costosos ni requieren infraestructuras especiales, pero si son complejos y requieren un equipo multidisciplinar que puede ser representado por los equipos básicos de salud y equipos especializados dependiendo de las necesidades de los pacientes y sus familias.

Los cuidados paliativos empezaron en Panamá en 1992 gracias a Hospes, una ONG que realizaba atención domiciliaria a enfermos terminales. Desde entonces han evolucionado hasta que en 2010 se creó el Programa Nacional de CP (Resolución Ministerial 499 del 21 de junio de 2010). El consumo de opioides empezó a aumentar en el país desde que comenzó la atención paliativa en la década de los noventa, y esta tendencia se ha incrementado aún más desde la implantación del programa, en parte porque se promulgaron Decretos y varios artículos dirigidos a mejorar el acceso a estos medicamentos.

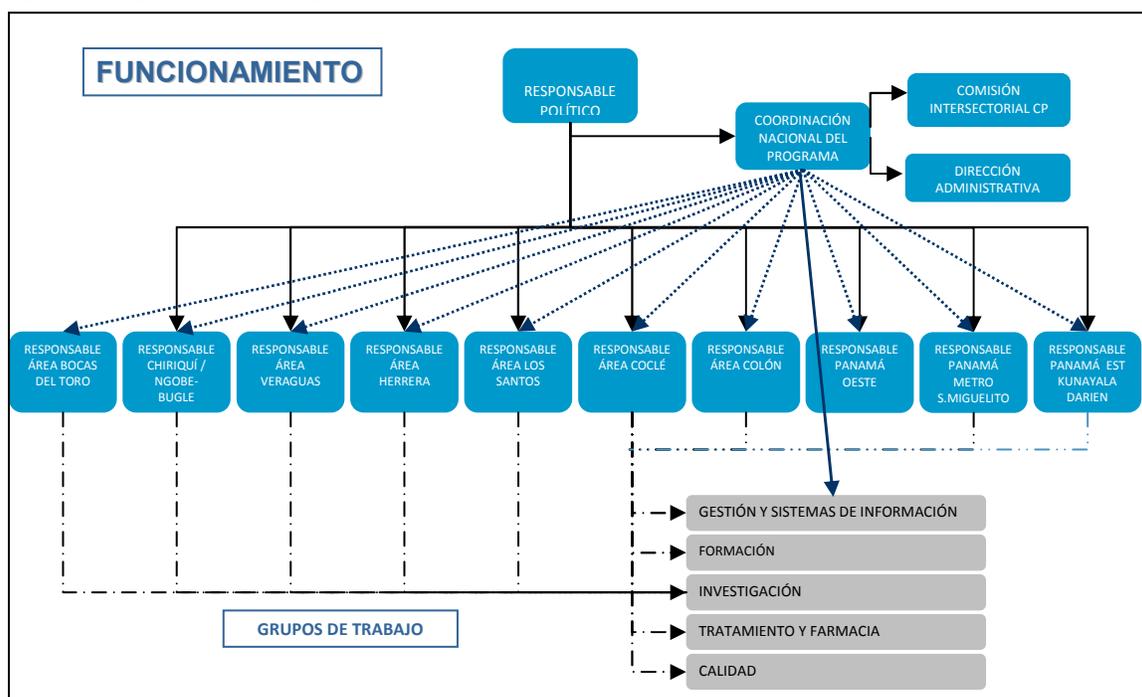
El Programa tiene un ámbito geográfico nacional e incluye a toda la población del país que necesite CP debido a una enfermedad crónica en fase terminal y a sus familiares. En su elaboración e implementación están implicados tanto el Ministerio de Salud (MINSa) como la Caja del Seguro Social (CSS), la Universidad y la sociedad civil.

El programa se organiza en tres niveles siendo el Ministerio de Salud la instancia normativa responsable del programa en todo el país. A nivel nacional hay un Coordinador Técnico responsable del programa apoyado por una comisión intersectorial e interinstitucional. A nivel regional, los responsables del programa son el Director Regional de Salud y su homólogo de la CSS, apoyados por su unidad de gestión y el coordinador asignado al programa.

Para la provisión de servicios la realizan el MINSa y la CSS que proveen los recursos a través de sus diferentes instancias de acuerdo a su ámbito de responsabilidad. A nivel nacional existen equipos de CP en los hospitales nacionales. A nivel regional se establecieron equipos regionales de CP del MINSa y la CSS que en algunas regiones se reúnen en un único equipo. A nivel local se cuenta con los equipos locales de salud que asumen este servicio dentro de la oferta de atención que brindan a la comunidad bajo su responsabilidad. El sistema se coordina, siendo el equipo regional el grupo nuclear de trabajo de atención directa a la población y enlace con los

niveles nacional y local. Las referencias se hacen por dos canales, por el documento formal de referencias y por llamada de teléfono para dar detalles sobre el caso. El nivel regional a veces hace la primera visita y luego lo deriva al nivel local. Los equipos están formados por médicos, enfermeras, trabajador social, farmacéuticos y otros profesionales y voluntarios.

Figura 14: Organización del Programa Nacional de CP de Panamá



En el programa se ha trabajado con dos conceptos:

- Fase de desconcentración
 - Derivación de pacientes a sus centros de salud/equipos regionales de CP
 - Disponibilidad y accesibilidad de opioides en los niveles regionales/ locales
 - Normas de atención que favorezcan la atención local/regional
- Fase de descentralización
 - Captación de pacientes en los niveles locales/ regionales
 - Seguimiento local activo de pacientes derivados del nivel nacional/regional
 - Gestión regional /local del programa con autonomía técnica de acuerdo a normas.

Además del modelo de atención, el programa lleva asociada una modalidad educativa en colaboración con la Universidad de Panamá y otras universidades y organizaciones. Incluye formación pregrado, posgrado, formación continuada y educación de familiares, cuidadores y voluntarios.

Para finalizar, el Dr. Da Costa expuso algunos de los logros del programa como el incremento de los pacientes atendidos, la certificación y creación de la especialidad médica en CP, la capacitación de profesionales, la modificación de la Ley de medicamentos, la inclusión de los insumos y presupuesto de apoyo para la compra de medicamentos y la actualización de la guía de procedimientos en CP.

Todavía quedan cosas por hacer como continuar divulgando e implementando de forma progresiva el programa iniciado con los pacientes oncológicos para extenderlo a las situaciones terminales no oncológicas, garantizar la accesibilidad y sostenibilidad de la oferta de medicamentos opioides e insumos y consolidar la formación desde licenciatura hasta posgrado, incluyendo la educación a la familia y la comunidad.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

En el espacio de preguntas y respuestas abierto tras las intervenciones se plantearon diversas cuestiones:

- En la organización de los programas de CP como en la de cualquier programa, es muy importante planificar el presupuesto y financiación.
- Todo programa de CP debe llevar asociado un componente de educación pero, no se debe sensibilizar y educar si no se garantiza que los conocimientos y habilidades se puedan poner en marcha.
- Es importante utilizar los servicios y los recursos humanos que ya están disponibles. Hay que integrar los CP en la red existente y no generar estructuras adicionales que encarezcan los costos.
- Los CP no solo cubren la parte asistencial sino también la parte social. De ahí la importancia de las casas de media y larga estancia que son un concepto totalmente diferente al de los hospicios, la utilidad de estos últimos es cuestionable.
- El desarrollo de los CP permite reducir las consultas en urgencias y los ingresos hospitalarios, sobre todo en cuidados intensivos, por lo que se reducen los costos.
- Es imprescindible fortalecer los sistemas de salud basados en APS., y es fundamental conocer cómo funciona el sistema de salud en cada país para planificar la propuesta más viable en cada contexto.

2.8 GRUPOS DE TRABAJO

Propósito

En la segunda jornada de la reunión se organizaron grupos de trabajo con el objetivo de elaborar una hoja de ruta con los pasos a seguir para desarrollar un programa nacional de cuidados paliativos en los países que todavía no lo tienen e implementarlos en los países en los que ya están funcionando.

Para ello se trató de:

- Identificar las principales dificultades y retos para poner en marcha programas de cuidados paliativos en los países participantes en el taller.
- Identificar expectativas de apoyo por parte de OPS y de otras organizaciones expertas en cuidados paliativos.
- Buscar qué proyectos de cooperación entre países se podrían llevar a cabo en la región.

Se constituyeron 3 grupos con representantes de los países y un representante de la OPS por cada grupo, de acuerdo a la siguiente división:

- Grupo A: Honduras.
- Grupo B: Costa Rica, Guatemala y Nicaragua.
- Grupo C: El Salvador, Panamá y República Dominicana.

Cada grupo contó con un coordinador y un secretario. El coordinador moderó el grupo, recogió conclusiones y preparó un resumen junto con el colaborador para hacer una presentación de 5 minutos.

Metodología (Anexo 4)

Se llevó a cabo un esquema modificado de la técnica cualitativa de búsqueda de consenso Phillips 6/6. Se celebró una sesión de trabajo estructurada en 3 preguntas principales que guiaron la discusión (las mismas para todos los grupos) que se desplegaban en preguntas secundarias, con tiempos asignados para cada una de ellas. De cada pregunta se recogieron puntos de vista, recomendaciones y propuestas.

El primer grupo comenzó contestando a la pregunta N°1, el segundo a la N°2 y el tercero a la N°3 y luego continuaron por las siguientes preguntas. De esta manera los expertos en formación, medicamentos controlados y organización de los programas, pudieron trabajar con cada uno de los grupos en la materia de la que son referentes.

Las preguntas tenían el objetivo de que cada país analizara cuales han sido los avances y que queda por hacer en Cuidados Paliativos sobre todo en tres aspectos fundamentales:

1. Estrategias para reforzar actuaciones en medicamentos controlados
2. Estrategias para mejorar actuaciones en educación
3. Estrategias para establecer o reforzar la organización de los programas

Dentro de cada grupo, las preguntas fueron contestadas por separado por cada país y luego se analizaron los puntos en común y las posibilidades de colaboración.

El taller finalizó con una sesión plenaria en la que se expusieron los resultados de cada grupo de trabajo y se determinaron los pasos a seguir para la introducción e implementación de los planes de cuidados paliativos en Centroamérica y República Dominicana.



Resultados (Anexo 5)

A continuación se ofrece un resumen de los resultados de los grupos de trabajo (*Anexo 5*), clasificados según las preguntas principales que se formularon:

1. Estrategias para reforzar actuaciones en medicamentos controlados

- Revisar la legislación sobre medicamentos controlados.
- Revisar el cuadro básico e incluir medicamentos o presentaciones necesarias que no estén incluidos.
- Remitir puntualmente a la JIFE los informes de consumo de opioides.
- Revisar la metodología de estimación de necesidades.
- Utilizar el Fondo Estratégico para la adquisición de medicamentos.

2. Estrategias para mejorar actuaciones en capacitación:

- Promover la formación pregrado para que los conocimientos básicos se adquieran desde la Universidad.
- Establecer programas de formación continuada para los que ya están trabajando en el sistema, sobre todo en el primer nivel de atención.
- Promover la “super” especialización en CP desde otras especialidades relacionadas.
- Apoyar actividades de formación de cuidadores a nivel institucional.
- Compartir herramientas para la formación, favorecer pasantías y rotaciones entre los países y con las organizaciones expertas.

3. Estrategias para establecer o reforzar la organización de los programas

- Realizar análisis situacional con datos o estimaciones según posibilidades.
- Determinar el alcance inicial del Plan: geográfico y tipo de pacientes incluidos.
- Reasignar recursos ya existentes.
- Propiciar el liderazgo del Ministerio de Salud y la creación de un grupo nuclear con participación del sector público y privado, para la elaboración e implementación del Plan.
- Establecer indicadores para el seguimiento y evaluación en los países en los que ya hay un Plan de CP en funcionamiento.
- Mejorar los sistemas de información de los países.



3. RESULTADOS

El taller subregional de CP, mediante presentaciones teóricas, espacios de preguntas y discusión y grupos de trabajo ha permitido alcanzar los siguientes resultados:

1. Mejorar los conocimientos sobre cuidados paliativos, principalmente en componentes y organización de los programas, disponibilidad y accesibilidad a medicamentos controlados y formación en CP.
2. Conocer la situación actual de la atención paliativa en Centroamérica y la República Dominicana.
3. Fortalecer y/o crear socios y alianzas que ayuden a promover sinergias entre los responsables de los programas de salud pública y organizaciones colaboradoras implicadas en el área de los cuidados paliativos.
4. Identificar prioridades y planificar actividades a corto, medio y largo plazo que permitan a los responsables de los programas reforzar sus estrategias para la introducción e implementación de programas de cuidados paliativos.

4. CONCLUSIONES

Las principales conclusiones derivadas de la reunión son:

- La implementación de programas de CP en Centroamérica y la República Dominicana es factible y costo-efectiva, tal y como muestran las experiencias exitosas de algunos países de la subregión.
- Los países participantes han mostrado gran interés, motivación y entusiasmo por introducir e implementar los programas de CP.
- Los programas de CP se pueden poner en marcha sin grandes costes económicos, reasignando recursos ya existentes.
- Las organizaciones socias a nivel internacional están dispuestas a apoyar a los países en el fortalecimiento de los programas de CP.
- Los países están de acuerdo en que se deben buscar acuerdo de colaboración entre ellos para trabajar en cuidados paliativos.

5. REFERENCIAS

1. World Population Prospects: The 2002 revision. United Nations. New York, 2004
2. Wenk R, Bertolino M (2001). Desarrollo de cuidados paliativos en América del Sur: el caso de Argentina. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33:645-650. Copyright Elsevier.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Enfermedades No Transmisibles en las Américas: Indicadores básicos. OPS; 2011
4. International Agency for Research on Cancer (IARC). Globocan 2008: Cancer Incidence and Mortality Worldwide [Internet]. Lyon.
5. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes; datos de la población de la Naciones Unidas. Por: Pain & Policy Studies Group, University of Wisconsin/WHO Collaborating Center, 2011.
6. Organización Mundial de la Salud. Cuidados Paliativos. Control del Cáncer: aplicación de los conocimientos; guía de la OMS para desarrollar programas eficaces; módulo 5. Ginebra: OMS, 2007.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública. Disponible en: www.paho.org/fondoestrategico.
8. Gómez-Batiste X., Pascual A., Espinosa J., Caja C. Diseño, implementación y evaluación de programas públicos de cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)*. 2010; 135:179-85.
9. Gómez-Batiste X, Espinosa J, Porta J. Modelos de atención, organización y mejora de calidad para la atención de enfermos avanzados terminales y sus familias: la aportación de los cuidados paliativos. *Med Clin (Barcelona)*. 2010; 135 (2):83-89.
10. Gómez-Batiste X, Paz S, Porta-Sales J, Espinosa J, Trelis J, Esperalba J. Basic definitions, principles, and concepts on the organization of public health palliative care programmes and services. Disponible en: www.iconcologia.net/catala/qualy/centre_descripcio.htm. Consultado el 30 de noviembre 2009.
11. Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe – The EAPC White Paper 2009. Disponible en: www.EAPC.net. Consultado el 1 de diciembre 2009.

12. Gómez-Batiste X, Porta-Sales J, Paz S, Stjernsward J, Rocafort J. Program development: Palliative medicine and public health services. En: Walsh D, editor. Palliative Medicine. Philadelphia: Elsevier; 2008.p. 198-202.
13. McNamara B, Rosenwax LK, Holman CD. A method for defining and estimating the palliative care population. J Pain Symptom Manage 2006 Jul; 32(1):5-12.
14. Stjernsward J, Foley KM, Ferris F. Integrating Palliative Care into National Policies. J Pain Symptom Manage 2007 May;33(5):514-20.
15. De Lima L, Krakauer E, Lorenz K, Prail D, MacDonald N, Doyle D. Ensuring Palliative Medicine Availability: The Development of the IAHPCC List of Essential Medicines for Palliative Care. J Pain Symptom Manage 2007 May; 33(5):521-6.
16. Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Pensamiento Sistémico al Fortalecimiento de los Sistemas de Salud. 2009.
17. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La renovación de la Atención Primaria en de Salud en las Américas. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C: OPS, 2007.
18. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Renovación de la Atención Primaria en las Américas. Nº4. Redes Integradas de Servicios de Salud. *Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington, D.C: OPS, 2010.
19. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Cuidados Paliativos. Guías para el manejo clínico.

6. ANEXOS

Anexo 1	Agenda del taller
Anexo 2	Lista de participantes
Anexo 3	Encuesta preparatoria
Anexo 4	Metodología de los grupos de trabajo
Anexo 5	Resultados de los grupos de trabajo

ANEXO 1

AGENDA DEL TALLER

21 Noviembre de 2011

8:00-8:30am	REGISTRO DE LOS PARTICIPANTES
8:30-9:45am	CEREMONIA DE APERTURA: <i>Lcda. Miriam Paz.</i> Subsecretaría de riesgos poblacionales, Ministerio de Salud. Honduras <i>Dr. Mario Nájera.</i> Director General Promoción de la Salud, Ministerio de Salud. Honduras <i>Dra. Gina Watson.</i> Representante de OPS/OMS en Honduras
9:45-10:00am	INTRODUCCIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS: <ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los participantes • Presentación de los objetivos y resultados esperados de la reunión. <i>Dra. Macarena Pérez Castells</i> • Definición de cuidados paliativos: conceptos básicos y modelo de cuidados paliativos en salud pública OMS. <i>Dra. Liliana de Lima</i>
10:00-10:15am	
10:15-10:30am	
10:30-11:00am	PAUSA PARA EL CAFÉ
	PLANIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE CUIDADOS PALIATIVOS:
11:00-11:15am	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de las necesidades de cuidados paliativos en la población: Análisis de la situación. <i>Dr. José Espinosa</i>
11:15-11:30am	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de los recursos con los que se cuenta. Los cuidados paliativos en los diferentes escenarios rurales y urbanos. <i>Dra. Eva Duarte</i>
11:30-11:45am	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia en cuidados paliativos de Costa Rica. <i>Dr. Isaías Salas</i> <p>Discusión</p>
12:30-2:00pm	ALMUERZO
	ACCESO A MEDICAMENTOS CONTROLADOS
2:00-2:15pm	<ul style="list-style-type: none"> • Legislación sobre cuidados paliativos, derechos humanos y acceso a medicamentos controlados. <i>Dra. Liliana de Lima</i>
2:15-2:30pm	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad y acceso a los opioides en los países de la subregión. <i>Dra. Nora Girón</i> <p>Discusión</p>
3:30-4:00pm	PAUSA PARA EL CAFE

	ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN
4:00-4:15pm	<ul style="list-style-type: none"> Formación del personal sanitario: currículos a nivel de pregrado. <i>Dra. Marta León</i>
4:15-4:30pm	<ul style="list-style-type: none"> Recursos para la formación de los profesionales: curso virtual de ALCP, especialización en Guatemala. <i>Dra. Eva Duarte</i>
4:30-4:45pm	<ul style="list-style-type: none"> Curso virtual de gestión de programas de cuidados paliativos utilizando la plataforma de OPS. <i>Dr. Gaspar Dacosta</i>
4:45-5:00pm	<ul style="list-style-type: none"> Educación de los cuidadores, familias y voluntarios. <i>Dra. Patricia Bonilla</i> <p>Discusión</p>
5.30pm	Cierre

22 Noviembre de 2011

	ORGANIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE CUIDADOS PALIATIVOS
9:00-9:15am	<ul style="list-style-type: none"> Elementos de un programa de cuidados paliativos. <i>Dr. José Espinosa</i>
9:15-9:30am	<ul style="list-style-type: none"> Integración de los programas de cuidados paliativos en las Redes Integradas de Servicios de Salud. <i>Dr. Reynaldo Holder</i>
9:30-9:45am	<ul style="list-style-type: none"> Diseño y organización de los servicios de cuidados paliativos. <i>Dra. Patricia Bonilla</i>
9:45-10:00am	<ul style="list-style-type: none"> Programa Nacional de Cuidados Paliativos Panamá. <i>Dr. Gaspar Da Costa</i> <p>Discusión</p>
10:30-11:00am	PAUSA PARA EL CAFE
11:00-01:00pm	Taller: Plan de Acción para el diseño de un Plan de Cuidados Paliativos por País: trabajo en grupos
01:00-02:00pm	ALMUERZO
2:00-4:00pm	Taller: Plan de Acción para el diseño de un Plan de Cuidados Paliativos por País: trabajo en grupos (cont.)
4:00-4:30pm	PAUSA PARA EL CAFÉ
4.30-5:30pm	Presentación y discusión de los resultados del taller
5.30pm	Conclusiones y Cierre

ANEXO 2

LISTA DE PARTICIPANTES

Colombia

Dra. Marta Ximena León
Universidad de la Sabana. Bogotá.
martaxleon@gmail.com

Costa Rica

Dr. Isaias Salas Herrera
Director del Centro Nacional de Dolor y
Cuidados Paliativos de la CCSS
isalashe@ccss.sa.cr

Lic. Rosa María León Vindas
Dirección de Garantía de acceso a los
Servicios de salud. Ministerio de Salud
rmlv28@yahoo.com

El Salvador

Dr. Marvin Ernesto Colorado Castellanos
Hospital Divina Providencia
colormed@hotmail.com

Dr. Rolando Arturo Larín Lovo,
Unidad de CP, Hospital Nacional de niños
Benjamín Bloom.
larinlovo@hotmail.com

Guatemala

Dra. Eva Rossina Duarte
Directora de la Unidad de CP del Instituto
Nacional de Cancerología de Guatemala
evarossina@gmail.com

Dr. Eduardo Alberto Palácios
Coordinador del Programa Nacional de
Enfermedades Crónicas. MSPAS
edpalacios.09@gmail.com

Honduras

Dra. Rosa María Duarte
Jefa, Programa Nacional de Prevención y
Control de Cáncer. Secretaria de Salud
duarte2000sl@yahoo.com

Dra. Marina Xioleth Rodríguez
Epidemióloga Programa Nacional para el
control del Cáncer
progcancerhn@yahoo.com

Lic. Aída Codina
Técnico Programa Nacional para el control
de Cáncer
progcancerhn@yahoo.com

Lic. Belinda Andino
Técnico Programa Nacional para el control
de Cáncer
progcancerhn@yahoo.com

Dr. Elmer René Turcios
Ginecólogo Hospital General San Felipe
Elmer_cito@yahoo.com

Lic. Sonia M. Rivera
Jefe de Servicio de Oncología
Hospital General San Felipe
soniar_96@yahoo.es

Lic. Arlet Yanibel Dávila Aguilar
Enfermera Jefe, Servicio de Oncología
Hospital General San Felipe
yaribel72@yahoo.com

Dr. Armando Peña
Jefe Oncología Pediátrica
Hospital Escuela
armandopenahernandez@yahoo.com

Dr. Allan Roy Stefan Shedden
Ginecólogo
Hospital Leonardo Martínez
Dr_arstefan@hotmail.com

Dr. Julio Alvarenga
Oncólogo internista
Hospital Mario Catalino Rivas
julescatmd@venciendoelcancer.org

Dr. Andrés Alberto Coello Rodríguez
Cirujano oncólogo
Hospital Atlántida, La Ceiba

Dr. Carlos Teodoro Moreno Caballero
Cirujano oncólogo
Hospital Santa Rosa, Copán
cteodorom@hotmail.com

Lic. Alba Lidia Sánchez
salbalidia@hotmail.com

Nicaragua

Dra. Elizabeth Mercado
Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón
elizmer0@yahoo.com

Panamá

Dr. Gaspar Da Costa
Coordinador Programa Nacional de CP
gdacosta07@hotmail.com

República Dominicana

Dra. Tomiris Estepan
Coordinadora del Programa Nacional
de Enfermedades Crónicas
tomirisestepanh@hotmail.com

Dra. Gloria Castillo
Directora de la Clínica de Cuidados
Paliativos de La LDCC
Glorcastillo@hotmail.com

Venezuela

Dra Patricia Bonilla
Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto
de Oncología Dr. Luis Razetti (IOLR).
Caracas. Venezuela
vamopan2@gmail.com

Asociación Internacional de Cuidados Paliativos

Dra. Liliana De Lima
Directora Ejecutiva IAHPC Houston
ldelima@iahpc.com

Instituto Catalán de Oncología (ICO)

Dr. Jose Espinosa Rojas
Coordinador Centro Colaborador de OMS
de Programas Públicos de Cuidados
Paliativos .ICO.

jespinosa@iconcologia.net

Organización Panamericana de la Salud

Dra. Gina Watson
Representante
Oficina de la OPS/OMS-Honduras
pwr@hon.ops-oms.org

Dra. Tamara Mancero
Oficina de la OPS/OMS-Honduras
mancerot@hon.ops-oms.org

Dra. Nora Girón
Asesora Subregional Fondo Estratégico
Sede OPS/OMS-Honduras
gironn@hon.ops-oms.org

Dr. Reynaldo Holder
Asesor Regional Área de Sistemas y
Servicios de Salud. OPS Washington
holderre@paho.org

Dra. Macarena Pérez Castells
Asesora Área de Prevención y Control de
Enfermedades Crónicas
OPS Washington
peremari@paho.org

Dra. Elisa Prieto
Proyecto de Prevención y Control de
Enfermedades Crónicas
OPS Washington
prietoel@paho.org

ANEXO 3

ENCUESTA PARA LA EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS NACIONALES DE CUIDADOS PALIATIVOS (CP)

INTRODUCCIÓN

Esta encuesta sobre programas nacionales de cuidados paliativos es una versión adaptada de la herramienta de autoevaluación desarrollada por el Instituto Catalán de Oncología (ICO), centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La información recogida no sólo contribuirá a dirigir de manera más eficiente las discusiones durante el taller sino que además permitirá escribir un documento conjunto descriptivo reuniendo todos los datos.

Para responder la encuesta se recomienda consultar a un grupo de expertos que incluya a los planificadores del Ministerio de Salud, profesionales y gerentes de los programas implicados en el tema.

PAÍS

Datos de contacto de la persona responsable de cumplimentar la encuesta	
Nombre y apellidos:	
Posición:	
Función que desempeña: <input type="checkbox"/> Responsable del programa de enfermedades crónicas <input type="checkbox"/> Responsable del programa de cáncer <input type="checkbox"/> Responsable del programa de cuidados paliativos <input type="checkbox"/> Otras (especificar):	
Correo electrónico:	
Número de teléfono:	
Fecha de realización de la encuesta:	

SECCIÓN I

DESCRIPCIÓN DEL PAÍS

DATOS DEMOGRÁFICOS		Fuente y año
Población (total)		
Número y % de personas mayores de 65 años		
Número y % de población urbana		
Número y % de población indígena		
Esperanza de vida		

SISTEMAS DE SALUD	Sistema Público Ministerio Salud	Sistema Público Seguro Social	Sistema Privado	Total
Servicios				
Servicios de Oncología/Institutos de atención al cáncer				
Servicios de Radioterapia				
Servicios de Geriatría en hospitales de agudos				
Servicios de Media Estancia /Rehabilitación				
Residencias de ancianos				
Camas				
Camas de hospitales de agudos				
Camas de media estancia				
Camas en residencias de ancianos				
Recursos humanos				
Número de médicos generales				
Número de enfermeras				

COMENTARIOS ADICIONALES A LA SECCIÓN I

SECCIÓN II PLAN DE CUIDADOS PALIATIVOS

II.1. EXISTENCIA DEL PLAN

	NO	NO, pero se está elaborando	SI
¿Cuenta su país con un Plan de Cuidados Paliativos escrito y oficial (aprobado por el Ministerio de Salud)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se trata de un plan específico o está incluido dentro de un documento más amplio como el Plan de Prevención y Control de Enfermedad No Transmisibles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El documento del plan, ¿se encuentra disponible a través de la web del Ministerio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay un gerente o un responsable del Plan de Cuidados Paliativos dentro del Ministerio de Salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si su primera respuesta ha sido NO, pero existe un plan en preparación, por favor salte las siguientes preguntas y pase directamente a la Sección III

Si su primera respuesta ha sido Sí, por favor conteste las siguientes preguntas sobre el Plan Oficial de Cuidados Paliativos y adjunte el documento o un link

II.2. VIGENCIA DEL PLAN

	Año(s)
¿Cuándo se escribió el Plan de Cuidados Paliativos más reciente?	
¿Cuál es la vigencia del Plan?	

	NO	SI
Si el Plan tiene más de 5 años de antigüedad, ¿Está previsto elaborar uno nuevo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II.3. ALCANCE DEL PLAN

ALCANCE GEOGRÁFICO	Nacional (todo el país)	Subnacional (uno o más estados, provincias o regiones del país)	Local (un solo estado, departamento o provincia)
¿Cuál es el alcance del Plan de C P?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES INCLUIDAS	Pacientes con cáncer	Pacientes con otras enfermedades	Pacientes geriátricos
¿A qué población va dirigido el Plan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II.4. INVOLUCRAMIENTO DE LAS PARTES INTERESADAS

Participación en el proceso de planificación	SI	NO
¿Se ha elaborado el plan mediante un proceso participativo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, indique quién participó en la elaboración		
Ministerio de Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguro Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sociedad civil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Academia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II.5. SECCIONES FUNDAMENTALES DEL PLAN

¿El Plan de Cuidados Paliativos incluye los siguientes componentes?	SI	NO
Misión, visión y valores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluación del contexto y de las necesidades: cáncer y otras enfermedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metas y objetivos medibles a corto, medio y largo plazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marco legal		
Leyes, Decretos y Órdenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilidad y accesibilidad a opioides (Decreto, Orden o Ley)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Definiciones		
Definición del modelo de atención basado en necesidades de enfermos y familias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Definición del modelo(s) de organización (según los diferentes escenarios o recursos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estándares		
Estándares de los servicios generales (atención primaria y otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estándares de los servicios especializados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan de acción		
Actividades para lograr los objetivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integración de las actividades en los programas de enfermedades crónicas u otros programas relacionados ya existentes (Cáncer, Geriatría, Crónicas, Plan de Salud)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cronograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presupuesto/costes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presupuesto específico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Costes del plan de acción y recursos necesarios para su implementación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modelo de financiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros componentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estrategias de formación y capacitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estrategias de investigación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desarrollo de sistemas de información	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguimiento y evaluación		
Indicadores de estructura, proceso y resultado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II.6. EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES (CÁNCER/NO CÁNCER)

	Número absoluto	Tasa por 100.000 habitantes	Fuente y año
Mortalidad global			
Mortalidad por enfermedades crónicas			
Mortalidad por cáncer (adultos)			
Mortalidad por cáncer (niños)			

COMENTARIOS ADICIONALES A LA SECCIÓN II.6

II.7. NIVEL DE DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EXISTENTES

SERVICIOS Y RECURSOS QUE EXISTEN EN LA ACTUALIDAD	Número	Localización
Unidades/Servicios		
Unidades de CP en hospitales de agudos		
Unidades en centros de cáncer		
Unidades en otros centros		
Hospicios (centros específicos de CP)		
Servicios de CP Pediátricos		
Servicios de CP de adultos		
Camas de cuidados paliativos		
Camas de CP niños		
Camas de CP adultos		
Equipos		
Equipos de soporte hospitalario		
Equipos de soporte domiciliario		
Recursos humanos		
Médicos a tiempo completo		
Enfermeras a tiempo completo		
Otros profesionales (Psicólogos / Asistentes sociales / Fisioterapeutas / Terapeutas ocupacionales / Capellanes / Voluntarios)		
COBERTURA	Número total	%
Pacientes con cáncer avanzado/terminal atendidos por servicios especializados		
Pacientes con otras enfermedades avanzadas/terminales atendidos por servicios especializados		
Distritos que cuentan al menos con un servicio de CP		
EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN		
La especialidad de Cuidados Paliativos está reconocida		
Hay un Plan de estudios de CP bien definido (si/no)		
Número de médicos con formación avanzada		
Número de enfermeras con formación avanzada		
Número de actividades de capacitación en CP / año: Básico, Intermedio, Avanzado		
Número y % de Facultades de Medicina con formación pregrado en CP		
Número y % de escuelas de enfermería con formación pregrado en CP		

COMENTARIOS ADICIONALES A LA SECCIÓN II.7

II.8 DISPONIBILIDAD Y ACCESIBILIDAD A OPIOIDES

El país es signatario de los convenios (o convenciones) siguientes:	SI	Año	Fuente
Convención Única sobre Estupefacentes, de 1961			
Convención Única sobre Estupefacentes, de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972			
Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas, de 1971			
Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacentes y Sustancias Sicotrópicas, de 1988			
¿Existen disposiciones legales para el control de las sustancias estupefacentes y psicotrópicas y de sus precursores?			
Estas disposiciones ¿han sido examinadas por una organización asociada de la OMS o un grupo de expertos internacionales de la OMS para evaluar el equilibrio entre la prevención del abuso de dichas sustancias y el acceso por necesidad médica a las mismas?			

ACCESIBILIDAD / DISPONIBILIDAD	Disponibles	Disponibles solo en hospitales	Disponibles en la comunidad (Médicos Generales)
Morfina oral			
Morfina parenteral			
Metadona oral			
Metadona parenteral			
Fentanilo en parches			
Fentanilo oral (Transmucoso)			
Oxicodona			
Hidromorfina			
Otros opioides			
Formatos de prescripción			
CONSUMO / COSTES DE OPIOIDES	Consumo (DDD) / millón / año	Coste/día en Dólares (dosis media equivalente a 100 mg de morfina)	Longitud o duración de los formularios de recetas en días
Morfina oral			
Morfina parenteral			
Metadona oral			
Metadona parenteral			
Fentanilo en parches			
Fentanilo oral (Transmucoso)			
Oxicodona			

Hidromorfina			
Otros opioides			

COMENTARIOS ADICIONALES A LA SECCIÓN II. 8

SECCIÓN III

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE APOYO DE LA OPS Y OTROS SOCIOS

III.1 DIFICULTADES Y RETOS

1.
2.
3.
4.
5.

III.2. NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE APOYO DE LA OPS Y OTROS SOCIOS

- ¿Qué le ayudaría más para desarrollar sus programas?
- ¿Qué espera usted de la OPS y otras organizaciones socias?

1.
2.
3.
4.
5.

III.3 PROPUESTAS PARA 2 AÑOS (DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS)

1.
2.
3.
4.
5.

ANEXO 4

METODOLOGÍA DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

Objetivos:

Objetivo principal

El propósito de este taller es facilitar el desarrollo y fortalecimiento de planes nacionales de cuidados paliativos en los países de la subregión.

Objetivos secundarios

1. Identificar las principales dificultades y retos para poner en marcha programas de cuidados paliativos en los países participantes en el taller.
2. Identificar expectativas de apoyo por parte de OPS y de otras organizaciones expertas en cuidados paliativos.
3. Buscar proyectos de cooperación entre países se podrían llevar a cabo en la Región
4. Elaborar una hoja de ruta con los pasos a seguir para desarrollar un programa nacional de cuidados paliativos en los países que todavía no lo tienen.

Método de trabajo propuesto:

Se plantea llevar a cabo un esquema modificado de la técnica cualitativa de búsqueda de consenso Phillips 6/6. De esta forma se celebraría una sesión de trabajo estructurada en 3 preguntas principales (las mismas para todos los grupos) que se despliegan en preguntas secundarias, con tiempos asignados para cada una de ellas .Se formarán 3 grupos con todos los participantes.

GRUPOS PARTICIPANTES	Composición del grupo
GRUPO A	Honduras
GRUPO B	Costa Rica, Guatemala y Nicaragua
GRUPO C	El Salvador, Panamá y República Dominicana

Grupos de trabajo.

- Cada grupo tendrá un coordinador y un secretario. El coordinador modera el grupo, recoge conclusiones y prepara un resumen junto con el colaborador para hacer una presentación de 5 minutos. El colaborador debe tomar notas y gestionar el tiempo.
- El tema a tratar tiene una serie de preguntas que son las que guían la discusión. De cada pregunta se recogen puntos de vista, recomendaciones, propuestas. Cada pregunta tiene un tiempo asignado para que puedan discutirse todas las preguntas.
- Estos grupos deberán responder a las mismas preguntas de forma independiente

DISTRIBUCIÓN DE LOS GRUPOS Y DE LAS SALAS

GRUPO	COORDINADOR	SECRETARIO	ORDEN PREGUNTAS
GRUPO A	Rosa María Duarte	Tamara Mancero	1, 2, 3
GRUPO B	Isaías Salas	Elisa Prieto	2, 3, 1
GRUPO C	Marvin Colorado	Macarena Pérez	3, 1, 2

El primer grupo comenzará contestando a la pregunta nº1, el segundo a la nº2 y el tercero a la nº3 y luego irán continuando por la siguiente. De esta manera los expertos en Formación, Medicamentos controlados y Organización de los programas, podrán trabajar con cada uno de los grupos en la materia de la que son referentes.

PREGUNTA	MATERIA	EXPERTOS	ORDEN GRUPOS
PREGUNTA 1	Medicamentos controlados	Liliana De Lima y Nora Girón	A, B, C
PREGUNTA 2	Formación Recursos Humanos	Marta Ximena León	B, C, A
PREGUNTA 3	Organización de programas	Patricia Bonilla y Jose Espinosa	C, A, B

PREGUNTAS

1. **Estrategias para reforzar actuaciones en medicamentos controlados (1 hora)**
 - a. ¿En qué se ha avanzado y qué queda por hacer en cada país con respecto a cambios normativos y legislativos para garantizar la disponibilidad y el acceso a medicamentos de uso controlado?

Cambios normativos y legislativos para garantizar la disponibilidad y el acceso a medicamentos de uso controlado	
Avances	Acciones pendientes

- b. ¿En qué se ha avanzado y qué queda por hacer en cada país con respecto a la estimación anual de medicamentos controlados y los reportes de consumo que se deben enviar a la Junta Internacional de Fiscalización de Medicamentos?

Estimación anual de medicamentos controlados y los reportes de consumo que se deben enviar a la Junta Internacional de Fiscalización de Medicamentos	
Avances	Acciones pendientes

- c. ¿En qué se ha avanzado y qué queda por hacer en los países con respecto a facilitar la disponibilidad de morfina oral de liberación inmediata?

Facilitación de la disponibilidad de morfina oral de liberación inmediata	
Avances	Acciones pendientes

- d. ¿Cuáles podrían ser las prioridades en el propio contexto nacional y en la subregión?

Prioridades	
Contexto nacional	Contexto subregional

2. Estrategias para mejorar actuaciones en educación (1 hora)

- a. ¿En qué se ha avanzado y qué queda por hacer en formación y cualificación de los profesionales en cuidados paliativos en cada país a nivel de pregrado?

Formación y cualificación de los profesionales en cuidados paliativos en cada país a nivel de pregrado	
Avances	Acciones pendientes

- b. ¿En qué se ha avanzado y que queda por hacer en formación y cualificación de los profesionales en cuidados paliativos en cada país a nivel de post-grado?

Formación y cualificación de los profesionales en cuidados paliativos en cada país a nivel de postgrado	
Avances	Acciones pendientes

- c. ¿En qué se ha avanzado y que queda por hacer en formación continuada?

Formación continuada	
Avances	Acciones pendientes

- d. ¿En qué se ha avanzado y que queda por hacer en formación y educación del paciente, familia y cuidadores?

Formación continuada	
Avances	Acciones pendientes

- e. ¿Cuáles podrían ser las prioridades en el propio contexto nacional y en la subregión?

Prioridades	
Contexto nacional	Contexto subregional

3. Estrategias para establecer o reforzar la organización de los programas (1 hora)

a. ¿Qué líneas de trabajo concretas se pueden plantear a nivel de país?

Plazo	Acciones prioritarias
CORTO	
MEDIO	
LARGO	

b. ¿Qué proyectos cooperativos entre países se podrían llevar a cabo en la Región con base en los recursos existentes?

c. ¿Como piensa que OPS y las demás organizaciones pueden **apoyar** las actividades? Enumere y describa áreas y acciones concretas.

Apoyo de la OPS y otras organizaciones	
Área	Acciones concretas

AGENDA PRELIMINAR

HORARIO	ACTIVIDAD
11:30-12:00pm	Asignación a grupos e inicio de sesiones grupales de trabajo
12:00-13:00pm	Primera sesión grupal. Primera pregunta principal
13:00-02:00pm	Comida
02:00-03:00pm	Segunda sesión grupal. Segunda Pregunta principal
03:00-04:00pm	Tercera sesión grupal. Tercera Pregunta principal.
04:00-04:30pm	Café. Trabajo de coordinadores y secretarios
04:30-05:30pm	Sesión plenaria

ANEXO 5

RESULTADOS DE LOS GRUPOS DE TRABAJO PARA EL TALLER SUBREGIONAL SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

GRUPO A HONDURAS

ESTRATEGIAS PARA REFORZAR ACTUACIONES EN MEDICAMENTOS CONTROLADOS	
Cambios normativos y legislativos para garantizar la disponibilidad y el acceso a medicamentos de uso controlado	
Avances	Acciones: Legislación
Honduras tiene la legislación que ha desarrollado la Dirección de Regulación Sanitaria (Control de drogas)	<ul style="list-style-type: none"> • Proponer la revisión de la legislación actual de control de estupefacientes para proponer cambios. • Convocar a los médicos prescriptores para socializar la ley. • Involucrar al Colegio Médico • Involucrar a las Sociedades Médicas , empezando por la de Oncología. • Utilizar el mecanismo de la Mesa Técnica para la revisión de la ley y la norma. • Convocatoria de la Mesa Técnica de Cáncer para participar en la revisión del cuadro básico.
	Acciones: Norma
	Capacitar en las normas para el uso y prescripción pero también sobre la gestión de suministros
	Acciones: Gestión de suministros
	<ul style="list-style-type: none"> • El Programa de Cáncer convocará a una reunión técnica a Regulación Sanitaria y la Unidad Técnica de Medicamentos para comunicar el interés del Programa en el tema de medicamentos controlados. • El Programa de Cáncer mediante la Mesa Técnica puede apoyar en el cálculo de las estimaciones e incluir los medicamentos controlados. Utilizando el registro hospitalario, podría realizarse el cálculo inicial. • La Mesa Técnica solicitará que Regulación Sanitaria realice supervisiones y haga el monitoreo del uso y aplicación de la norma. Esto incluye al sector privado. • Cada Región Departamental debe ser la responsable de registrar el consumo del sector privado a través de Regulación Sanitaria. <p>El Fondo Estratégico podría apoyar en las formas opiáceas que no están en la lista actual.</p>
Estimación anual de medicamentos controlados y los reportes de consumo que se deben enviar a la Junta Internacional de Fiscalización de Medicamentos	
Avances	Acciones

Existe un ente regulador (Control de drogas)	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar el registro hospitalario actual para hacer un estimado para el informe a la JIFE Realizar un acercamiento de la mesa técnica con Control de Drogas Reunión de coordinación entre el PNCC, UTM y DR.
Facilitación de la disponibilidad de morfina oral de liberación inmediata	
Avances	Acciones
	<ul style="list-style-type: none"> Calcular las estimaciones Incluir en el cuadro básico <ul style="list-style-type: none"> Utilizar el Fondo Estratégico para adquirir la codeína, morfina oral de acción rápida y endovenosa y cualquier presentación de drogas que estén en la lista de OMS y el Fondo
Prioridades	
Contexto Nacional	Contexto subregional
Coordinación interinstitucional para: socializar el marco legal y normativo, revisión de estimaciones y del listado	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar el mecanismo de COMISCA con el Fondo Regional de Medicamentos y Compra Conjunta de Medicamentos. Para utilizar este mecanismo, el Dr. Padilla será convocado por el Programa de Cáncer y la Mesa para exponer el tema y la necesidad de incluir los opiáceos.
ESTRATEGIAS PARA MEJORAR ACTUACIONES EN EDUCACIÓN	
FORMACIÓN A NIVEL DE PREGRADO	
<ul style="list-style-type: none"> Aprovechar el curso de Médicos de Servicio Social en el Módulo de inducción sería un buen espacio, sin embargo está estructurado inadecuadamente y sería un espacio perdido Generar la discusión con la Mesa Técnica de Cáncer para generar un comunicado dirigido a la UNAH con el pedido de la inclusión del tema en la curricula. Los argumentos podrían estar acompañados del perfil de crónicas y estudios o evidencia de gastos implicados en el tema. Acercarse a las universidades nuevas o del sector privado para mejorar el pensum más fácilmente Aprovechar el espacio hospitalario que existe de formación y pasantías para iniciar el proceso en el tema de paliativos 	
FORMACIÓN A NIVEL DE POST-GRADO	
<ul style="list-style-type: none"> Hacer cursos de educación continua y congresos sobre el tema asegurando la coordinación con la Secretaría de Salud para obtener los permisos pertinentes No hay un post-grado en el tema al momento en Honduras y para iniciar se propone la especialización de algunos recursos humanos para el tema antes de iniciar la carrera en el país. Capacitar a las personas que están en el sistema trabajando en el tema con un programa de formación convocado y elaborado con el Programa de Cáncer. Inicialmente para el personal de los servicios, médicos generales, psicólogos, enfermeras, etc. Para comenzar, los equipos locales serán los responsables de identificar las personas que necesitan ser capacitadas en el tema. El mecanismo podría ser en cascada para bajar al nivel de unidades operativas Identificar los países que pueden capacitar en el tema como postgrado y como sub-especialidad en las Américas. OPS podría apoyar en la identificación de las universidades y cursos dentro de las Américas. Proponer en los congresos de otras especialidades temas relacionados con manejo paliativo. 	

<ul style="list-style-type: none"> • Reunión con representantes de diferentes sociedades médicas para sensibilizar sobre el tema del manejo paliativo. • Solicitar curso de gestión impartido en Panamá
PRIORIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar planes de capacitación de otros países • Identificar los programas existentes a distancia, diplomados, etc. que hay disponibles en las Américas. • Identificar programas donde puedan compartir la curricula para cuidadores y voluntarios para desarrollar en los servicios
ESTRATEGIAS PARA ESTABLECER O REFORZAR LA ORGANIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS
¿Qué líneas de trabajo concretas se pueden plantear a nivel de país?
Corto Plazo
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar un informe con los compromisos y conclusiones del taller. • Mejoramiento de las estadísticas y cálculo de estimación de necesidades • Definir un grupo técnico que trabaje en el tema enmarcado en el Comité Técnico Nacional de Cáncer. • Utilizar la CT-COMISCA para incluir tema en la agenda subregional
Mediano Plazo
<ul style="list-style-type: none"> • Incluir en la iniciativa otras patologías. • El Plan de paliativos deberá incluir como prioridad el desarrollo del primer nivel de atención. • No se recomienda iniciar con atención hospitalaria sino equipos de soporte hacia la comunidad. • Re-estructuración de recursos • Formación de los recursos • La evaluación y monitoreo del plan deberá ser ejecutada por el Plan Nacional o el Comité Nacional
Largo Plazo
<ul style="list-style-type: none"> • Implementar las acciones planteadas en el mediano y corto plazo
Qué proyectos cooperativos entre países se podrían llevar a cabo en la Región con base en los recursos existentes?
<ul style="list-style-type: none"> • Aprovechar la cooperación regional en el tema de paliativos sea con la visita centros de experiencia fuera de Honduras o recibiendo la visita de expertos de otros países. • Revisar los planes de PAN-COR y VEN para usar de referente para armar el plan nacional. • Enviar a profesionales a capacitaciones de formación continua, a distancia, a corto, mediano y largo plazo.
Como piensa que OPS y las demás organizaciones pueden apoyar las actividades
<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo para el intercambio de profesionales • Solicitud va la IHPC para identificar fondos • Apoyo para la identificación de expertos, donantes o elaboración de proyectos • TCC

GRUPO B
COSTA RICA, GUATEMALA Y NICARAGUA

ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN				
Avances y acciones pendientes				
	Pregrado	Postgrado	Formación cont.	Ed. Familia y comunidad
COR	UCR, 4º y 5º curso medicina, 1 semestre por año con 25h. teórico-prácticas	Especialización (1 año Medicina Interna y 2 años paliativos) con 3 profesionales por promoción. Acceso previa superación de 2 exámenes.	Para la red de clínicas del dolor y CP, formación 4 veces al año de 1 mes de duración. Formación virtual mensual.	Inducción a los casos nuevos y educación durante y después de la atención
GUA	Univ. Mariano Gálvez (privada), 4º curso, 50h teóricas y 25h prácticas	No hay especialidad de CP, pero los residentes de otras especialidades rotan meses por CP.	No disponible. El colegio médico acredita actividades de formación continuada.	No disponible
NIC	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible
Acciones prioritarias				
<ul style="list-style-type: none"> • Elevar una solicitud formal de los países para la inclusión de CP en el pregrado a nivel del comité universitario del sistema de integración regional (CONESUP). • Introducir contenidos de CP en los exámenes de final de carrera y de acceso a la especialización como estrategia para impulsar pregrado sobre CP en las universidades. • Sensibilizar a la comunidad utilizando los medios de comunicación. • GUA: Realizar capacitación a través de los cursos que se ofrecen a los prescriptores y plantear una actividad anual de formación básica en CP. • GUA: Convocar a los profesionales del segundo nivel para realizar una capacitación básica en cuidados paliativos. • COR: Educación continua a nivel de atención primaria en los 6 principales cantones afectados por cáncer. • NIC: Formación en CP de un médico internista mediante un plan virtual y una pasantía para generar conocimiento clínico en esta área. 				
ESTRATEGIAS PARA REFORZAR ACTUACIONES EN MEDICAMENTOS CONTROLADOS				
	Normativa y legislación	Estimación uso de opioides y reporte consumo	Morfina oral	
GUA	Pendiente Solicitud tramitada para: <ul style="list-style-type: none"> • Gratuidad de las recetas para el médico • Modificación del trámite para el paciente (obviando el paso por la oficina nacional para autorización) 	Pendiente Revisar metodología de estimación	Lograr la disponibilidad	

	<ul style="list-style-type: none"> Contacto periódico entre regulador y prescriptores 		
NIC	Agilizar el trámite que exige que el paciente acuda a la capital para autorización	Pendiente Revisar metodología de estimación	Lograr la disponibilidad
COR	<p>Avances</p> <ul style="list-style-type: none"> Ampliación de 8 a 30 días del tiempo de prescripción Opiáceos transdérmicos disponibles <p>Pendiente</p> <ul style="list-style-type: none"> CP parte del comité de farmacoterapia central 	<p>No hay problemas de abastecimiento, de estimación ni de reporte.</p> <p>Pendiente</p> <p>Mejorar la disponibilidad de presentaciones transdérmicas para mejorar la adherencia terapéutica</p>	Adecuada disponibilidad
Acciones prioritarias			
<ul style="list-style-type: none"> Revisar la metodología de estimación utilizada por los países. La inclusión y disponibilidad de la morfina oral: <ul style="list-style-type: none"> Educación a todos los niveles: tomadores de decisiones, prescriptores y farmacéuticos. Educación también a la población Consolidación de la demanda y compra conjunta a través del fondo estratégico Inclusión de la morfina oral en el cuadro básico Revisión de las normativas locales que representan barreras y la socialización de la norma 			
ESTRATEGIAS PARA ESTABLECER O REFORZAR LA ORGANIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS			
NICARAGUA			
<ul style="list-style-type: none"> Elaboración del plan de CP que incluya cáncer y no cáncer. Formación de un grupo nuclear, es necesario involucrar no sólo a personal del ministerio sino también a profesionales de diferente ámbito (1 año). Estrategia de implementación del plan: En todos los departamentos de forma uniforme. Análisis de evaluación: El país dispone de datos de mortalidad por causas. Capacitación de profesionales: Inicio a corto plazo de la formación de profesionales para comenzar la implementación 			
GUATEMALA			
<ul style="list-style-type: none"> Una vez que se reciba la firma para ratificar la conformación de la comisión, iniciar la elaboración del plan. A medio plazo implementación en los hospitales de tercer nivel que están en la ciudad, como tránsito antes de llegar a la atención primaria. Se trata de sensibilizar de esta forma 			

GRUPO C

EL SALVADOR, PANAMÁ Y REPÚBLICA DOMINICANA

ESTRATEGIAS PARA ESTABLECER O REFORZAR LA ORGANIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS		
¿Que líneas de trabajo concretas se pueden plantear a nivel de país?		
Corto plazo:		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la población a incluir en el Plan: pacientes oncológicos y no oncológicos (ELS y PAN)- pacientes oncológicos (RD) 2. Realizar análisis situacional: identificando la región de inicio, las instituciones de gobierno (voluntad Política), los recursos (humanos) a involucrar, utilizar los datos disponibles (ELS y RD) 3. Empezar por fortalecer el tercer nivel y dirigirse hacia el primer nivel de atención (ELS y RD) 4. Fortalecer las relaciones interinstitucionales (ELS, PAN y RD) 5. Propiciar el liderazgo del MINSA y la creación de un grupo nuclear generador de iniciativas (ELS, PAN y RD) 6. Escribir el plan (ELS y RD) 7. Indicadores de seguimiento para la evaluación del programa (PAN) 8. Mejorar los sistemas de información (PAN) 		
Medio plazo:		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar los sistemas de información (ELS y RD) 2. Implementación del plan de atención en Cuidados Paliativos (PAN) 3. Mejorar las guías operativas y diseñar protocolos (PAN) 		
Largo plazo:		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Indicadores de seguimiento para la evaluación 		
¿Que proyectos cooperativos entre países se podrían llevar a cabo en la región con base en los recursos existentes?		
<ul style="list-style-type: none"> • Cooperación entre las instituciones que poseen cursos on-line y presenciales • Cooperación a nivel país de acuerdo a sus experiencias (Panamá-Venezuela), planificar estancias • Cooperación Panamá-Colombia para la elaboración de protocolos 		
¿Como piensa que OPS y las demás organizaciones pueden apoyar las Actividades?		
ÁREA	ACCIÓN CONCRETA	
<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia técnica • Seguimiento • Lobby con los ministerios 	<ul style="list-style-type: none"> • En la elaboración del plan • Planificar futuros encuentros • Propiciar los encuentros • Poner los CP en agenda de la COMISCA 	
ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LAS ACTUACIONES EN EDUCACIÓN		
¿En que se ha avanzado y que queda por hacer en formación en educación de los profesionales en CP a nivel de pregrado?		
País	Avances	Acciones pendientes

ELS	No existe educación en pregrado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las organizaciones que aglutinan a las Universidades y presentar propuesta que genere compromisos. • Acercamiento con los decanos y las comisiones curriculares de las facultades de ciencias de la salud para motivar la incorporación curricular de los CP.
PAN	Existe propuesta para la educación en pregrado y horas en materias para enfermería, medicina y farmacia	
DOR	No existe educación en pregrado	
¿En que se ha avanzado y que queda por hacer en formación y cualificación de los profesionales en CP a nivel de posgrado?		
País	Avances	Acciones pendientes
ELS	<ul style="list-style-type: none"> • Rotación clínica en centro de CP de médicos de posgrado (para pediatras) • Curso abierto de 40 hrs. avalado por la Universidad Autónoma 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar programas de posgrado (para la especialización) • Realizar gestión con las instituciones de educación superior • Realizar abogacía con los profesionales de salud para el establecimiento de la especialidad de CP
PAN	<ul style="list-style-type: none"> • Rotación clínica en centro de CP de médicos de posgrado (para anestesistas, médicos de familia y médicos de visita domiciliar) • Curso abierto de 40 hrs. avalado por el MINSA • Diplomado en CP • Diplomado de gestión en CP virtual 165 hrs. • Propuesta de resolución para la especialidad medica en discusión 	
DOR	<ul style="list-style-type: none"> • Rotación clínica en centro de CP de médicos de posgrado (para anestesistas) • Curso abierto de 40 hrs. avalado por el MINSA 	
¿En qué se ha avanzado y que queda por hacer en formación continuada?		
País	Avances	Acciones pendientes
ELS	Programa de educación continua Institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar programas de capacitación para Primer nivel de atención • Rotación clínica de primer nivel por los servicios de atención en CP adultos y pediátricos
PAN	Programa de educación continua Institucional	
DOR	Programa de educación continua abierto	
¿En qué se ha avanzado y que queda por hacer en formación de cuidadores?		
País	Avances	Acciones pendientes
ELS	Iniciativa de capacitación a cuidadores en el área rural	Capacitación cuidadores desde las instituciones
PAN		

DOR		
ESTRATEGIAS PARA REFORZAR ACTUACIONES EN MEDICAMENTOS CONTROLADOS		
¿En qué se ha avanzado y qué queda por hacer en cada país con respecto a cambios normativos y legislativos?		
País	Avances	Acciones pendientes
ELS	<ul style="list-style-type: none"> Existe reglamento adecuado de regulación de opioides, limitado por su socialización-divulgación Buena relación entre ente regulador y prescriptor 	<ul style="list-style-type: none"> Incluir los opioides en el cuadro básico de cada país Establecimiento de comisiones nacionales para la garantía de la disponibilidad y el acceso a opioides Incluir los opioides en la lista de medicamentos para la compra conjunta de fármacos para la subregión
PAN	<ul style="list-style-type: none"> Existe proyecto de ley de regulación de estupefacientes y psicotrópicos No están contemplados en cuadro básico pero si en lista para compra de medicamentos en el MINSA Reconocimiento y unificación de la receta entre el MINSA/CSS Ha mejorado en 20% el acceso en urgencias 	
DOR	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad y acceso de opioides limitada solo al Hospital oncológico Existe ley de regulación Todos los médicos pueden prescribir (en recetario especial) 	
¿En qué se ha avanzado y qué queda por hacer en cada país con respecto a la estimación anual de medicamentos controlados y los reportes de consumo?		
País	Avances	Acciones pendientes
ELS	Buen sistema de reporte	
PAN	Buen sistema de reporte	
DOR	Buen sistema de reporte, pero solo se reporta lo que se consume en el Hospital oncológico de Santo Domingo. Los estimados se hacen en relación a estos reportes por lo que no son válidos para el país	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar estimados Planificación que garantice la inclusión de toda la población de RD
¿En qué se ha avanzado y qué queda por hacer en los países con respecto a facilitar la disponibilidad de morfina oral de liberación inmediata?		
País	Avances	Acciones pendientes
ELS	No tiene morfina oral de liberación inmediata	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar el fondo estratégico para la adquisición de morfina oral de liberación inmediata
PAN	Tiene morfina oral de liberación inmediata	

DOR	Tiene morfina oral de liberación inmediata	
¿Cuáles podrían ser las prioridades en el propio contexto nacional y en la subregión?		
<ul style="list-style-type: none">• Modificar la ley (PAN)• Cuadro Básico• Distribución equitativa a nivel nacional		