



Ministerio  
de Salud  
Pública

# Análisis de los datos y ampliación de la encuesta sobre desarrollo de los cuidados paliativos 2019



[msp.gub.uy](http://msp.gub.uy)

Los datos entregados por esta área programática han sido sistemáticos, con una evaluación basal en el año 2011 y luego anual - a partir del 2014 hasta 2019 - donde fueron entregados sus últimos resultados en febrero 2020.

Dado que en esta nueva administración se entendió oportuno redefinir algunos términos, acentuar la importancia de mantener esta encuesta para medir la evolución de los cuidados paliativos en nuestro país y cambiar el formato para facilitar su llegada y posterior análisis, se ha enviado una ampliación de datos a partir de agosto 2020 y hasta 1 diciembre 2020 a todos los prestadores del país.

En base al análisis de los datos recabados por la administración anterior, los nuevos datos solicitados por esta administración y utilizando el Plan Nacional de Cuidados Paliativos publicado en el año 2013 (1), se realizan las siguientes consideraciones:

1. Es imprescindible definir e incorporar los cuidados paliativos perinatales. Estos son una forma de prestar asistencia centrada en el niño y su familia durante el embarazo, el parto y después de nacer, en la que intervienen profesionales con formación específica para ofrecer la atención que dé respuesta a sus necesidades (2).
2. Se ha logrado que el 100% de las instituciones a las que se le solicitó la ampliación de datos de la encuesta la aportara, por lo que se cuenta con el universo de datos completo (anexo 1).
3. En la encuesta de la administración anterior se establecen equipos o dispositivos que brindan asistencia en cuidados paliativos. El concepto "dispositivo" no está presente en el Plan Nacional de Cuidados Paliativos, además de hacer referencia a instituciones que cuentan con equipos de soporte, o un equipo no específico o un profesional individual para llevar a cabo la tarea. Esto puede llevar a una confusión a quienes no están al tanto que los cuidados paliativos tienen una forma de desarrollarse que requiere capacitación, dedicación y multidisciplinariedad; por lo cual no puede ser equivalente un equipo a un dispositivo.
4. La guardia telefónica, cuando se realiza sin retribución económica tanto para el médico o la enfermería, no debería estar consignado sin aclaración.
5. Se ha diferenciado cuáles instituciones públicas y privadas generan acceso a la prestación, tanto para adultos como pediatría, así como quienes atienden pacientes oncológicos y quiénes no.
6. Se agrega que los médicos establezcan qué áreas ven limitadas y cuáles son sus principales problemas.
7. En cuanto al principio N° 11 del Plan Nacional de Cuidados Paliativos, que establece como modalidad de trabajo profesional los cargos de dedicación exclusiva con un mínimo para médicos de 24 horas semanales y de 35 horas para personal de enfermería, se entiende que no se ajusta a la realidad de gran parte de las instituciones de nuestro país y debe ser analizado individualmente, según número de usuarios, habitantes de cada localidad y franja etaria correspondiente.
8. En cuanto a la asistencia paliativa específica que implementa el modelo progresivo con equipos de soporte sanatorial, posteriormente en consultorio y ambulatorios, unidades de cuidados paliativos y luego unidades de cuidados paliativos de referencia, asistimos a que las definiciones que se aplican en el Plan Nacional de Cuidados Paliativos, no son los términos que se utilizan para generar las gráficas y estadísticas presentadas.
  - a. Un equipo de soporte sanatorial debe tener un médico con cargo exclusivo de 20 horas semanales y un enfermero exclusivo para el área, con un máximo de 10 pacientes a cargo. Contando con administrativo, psicólogo y licenciado en trabajo social a demanda. Reunión de equipo semanal, y docencia interna.
  - b. Un equipo de soporte con atención ambulatoria y en consultorio debe sumar, un médico coordinador, un administrativo, un psicólogo y un licenciado en trabajo social a tiempo parcial. Debe contar con vehículo y chofer. Debe ver hasta 20 pacientes en un máximo de 25 km a la redonda.
  - c. Una unidad de cuidados paliativos debe sumar a lo anterior un administrativo, un psicólogo, un licenciado en trabajo social a tiempo completo. Debe contar con camas propias. Debe sumar el número de médicos y/o enfermeros acordes a los máximos de pacientes estipulados en los puntos a y b. Debe realizar actividades de docencia interna



y externa. Debe proporcionar el número de visitas domiciliarias/mes, el porcentaje de fallecidos en sala y en domicilio.

**d.** Una unidad de cuidados paliativos de referencia es solo aquella que asegure el 50% de la asistencia de la población blanco. Debe contar con todo lo anterior y obligatoriamente realizar proyectos de investigación clínica, que debe reportar.

Por lo antedicho, se define y desarrollan los términos que fueron referidos en el análisis de febrero 2020.

Habiendo realizado estas consideraciones y ajustando términos e indicadores, se presentan algunos cambios al análisis de datos presentado en febrero 2020.

Asimismo, se valida, reconoce y agradece la experiencia y el profesionalismo con que se ha actuado en los últimos años, al que se agrega un cambio metodológico que se espera colabore a seguir desarrollando los cuidados paliativos en nuestro país.

Conclusiones:

1. Contar con el 100% de los datos de prestadores afianza la certeza de los datos.
2. El acceso a opioides no es una limitante de nuestro sistema de salud.
3. Se actualizará la metodología utilizada y el formato de envío de datos para agilizar el proceso de análisis (a través de una plataforma electrónica de fácil acceso).
4. Se retomará la meta 2.2 del Plan Nacional de Cuidados Paliativos que se proponía iniciar un proceso de acreditación de las instituciones que cumplían con los pasos del mismo, agregando a este plan la acreditación de unidades o profesionales con distintos niveles de capacitación.
5. Se mantiene el apoyo al proyecto de ley de Cuidados Paliativos presentado por la

Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos que se encuentra en consideración en la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes (Repartido N°188, carpeta N° 536 de 2020). Porque asegura la presencia de cargos profesionales y formación específica en la especialidad, así como la obligatoriedad de desarrollar la atención y asegurar el acceso.

6. En cuanto al principio N° 11 del Plan Nacional de Cuidados Paliativos, que establece como modalidad de trabajo profesional los cargos de dedicación exclusiva con un mínimo para médicos de 24 horas semanales y de 35 horas para personal de enfermería, se entiende que no se ajusta a la realidad de gran parte de las instituciones de nuestro país y debe ser analizado individualmente, según número de usuarios, habitantes de cada localidad y franja etaria correspondiente.

Se plantea recurrir a la capacitación regional (pasantías en unidades formadas), con apoyo central a los médicos de primer nivel de atención y equipos de soporte, pero que puedan tener la referencia consultiva a una unidad de cuidados paliativos departamental o regional.

7. El Plan Nacional de Cuidados Paliativos plantea como indicador el contar con presupuesto propio. Desde esta administración se aboga por la optimización de los recursos disponibles cambiando el ángulo de la gestión. Los pacientes pasibles de cuidados paliativos ya existen y son atendidos por diferentes especialistas o generalistas, ocupando tiempo y recursos, además de obtener una calidad asistencial deficitaria.

Esto lleva a un aumento del gasto del sistema de salud, que ha sido demostrado a nivel nacional e internacional (3-6). Reasignar, capacitar y estimular a los recursos humanos profesionales que están y que vendrán es la estrategia que brindará a un mediano plazo una mejor calidad asistencial a un menor costo del sistema.

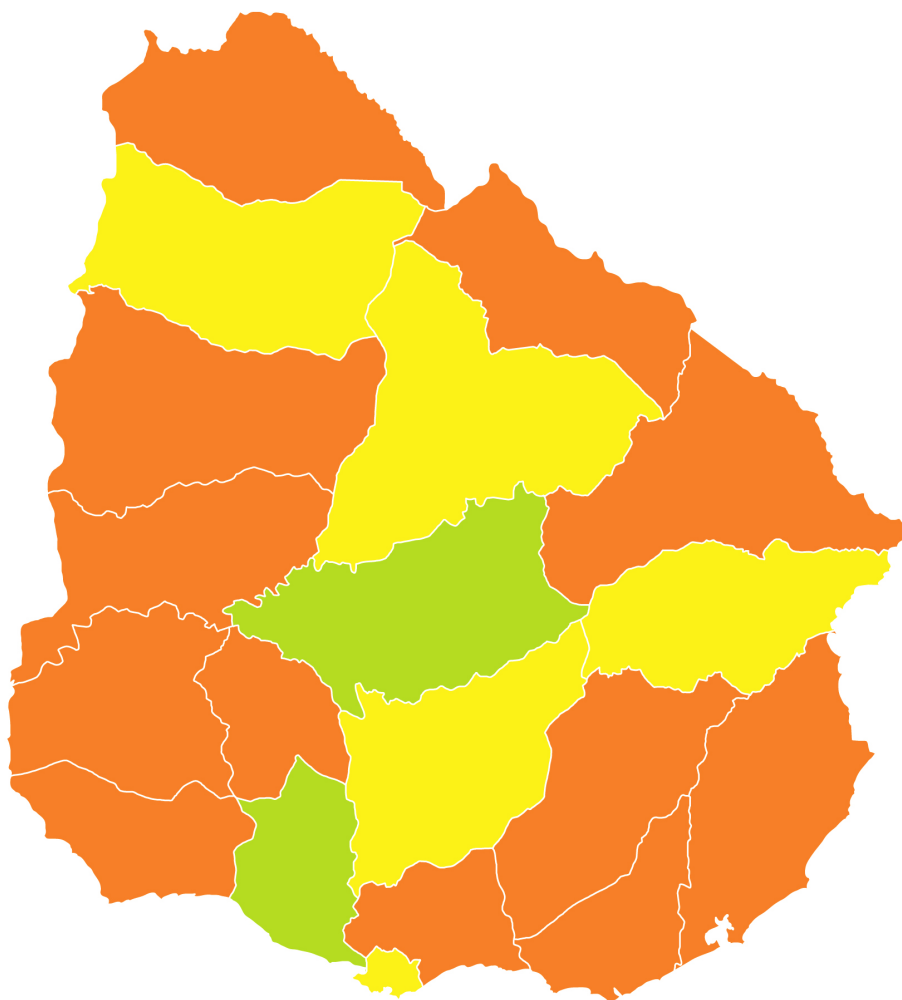
# Equipo del Programa de Cuidados Paliativos

Dra. Adriana Della Valle  
Lic. Ana Núñez  
Dra. Isabel González

## Bibliografía

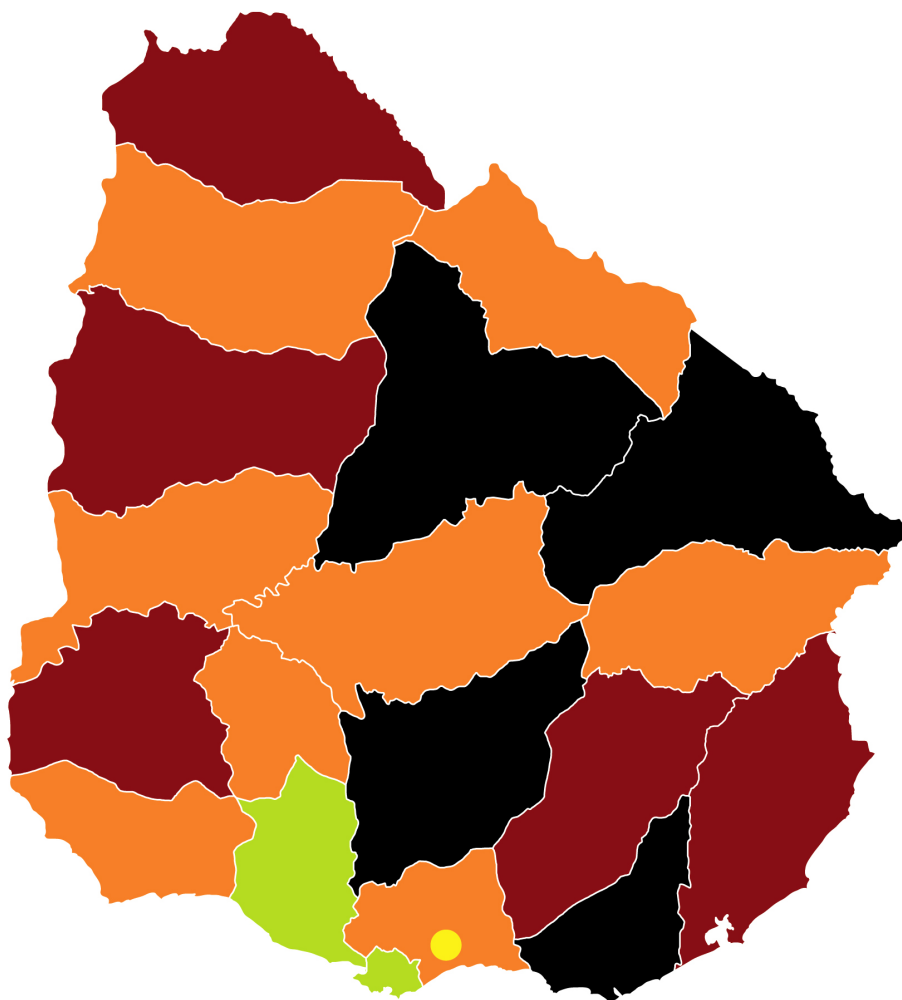
1. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Ministerio de Salud Pública. Convenio marco setiembre 2013. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/plan-nacional-cuidados-paliativos-guia-buenas-practicas-para-su>
2. Llaboré Fàbregas M, López García S, Marí Guasch M, Martín Ancel A, Pi-Sunyer Peyri T, Rueda García C, et al. Cuidados paliativos perinatales: Cuando es probable que la vida de vuestro hijo sea breve [Internet]. Barcelona: Dirección General de Planificación en Salud; 2016. Disponible en: [https://www.hospitalclinic.org/files/ElClinic/atenciohospitalaria/icgon/cuidados\\_paliativos\\_perinatales.pdf](https://www.hospitalclinic.org/files/ElClinic/atenciohospitalaria/icgon/cuidados_paliativos_perinatales.pdf)
3. May P, Garrido MM, Cassel JB, et al. Palliative Care Teams' Cost-Saving Effect Is Larger For Cancer Patients With Higher Numbers Of Comorbidities. *Health Aff (Millwood)*. 2016;35(1):44-53. doi:10.1377/hlthaff.2015.0752
4. Serra-Prat M, Gallo P, Picaza JM. Home palliative care as a cost-saving alternative: evidence from Catalonia. *Palliat Med*. 2001 Jul;15(4):271-8. doi: 10.1191/026921601678320250. PMID: 12054144.
5. Gómez-Batiste X, Tuca A, Corrales E, Porta-Sales J, Amor M, Espinosa J, Borràs JM, de la Mata I, Castellsagué X; Grupo de Evaluación-SECPAL. Resource consumption and costs of palliative care services in Spain: a multicenter prospective study. *J Pain Symptom Manage*. 2006 Jun;31(6):522-32. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2005.11.015. PMID: 16793492.
6. Santos Sosa D, Della Valle Lopes A, Pereyra Ferreira J, Barlocco Acosta B, Bonilla Perdigón D, Fresco Gutiérrez R, et al. Ventajas del uso de los infusores elastoméricos. *Med Pal*. 2010;17 (3):135-139.

# Instituciones Privadas Departamentales Atención en Cuidados Paliativos Adultos



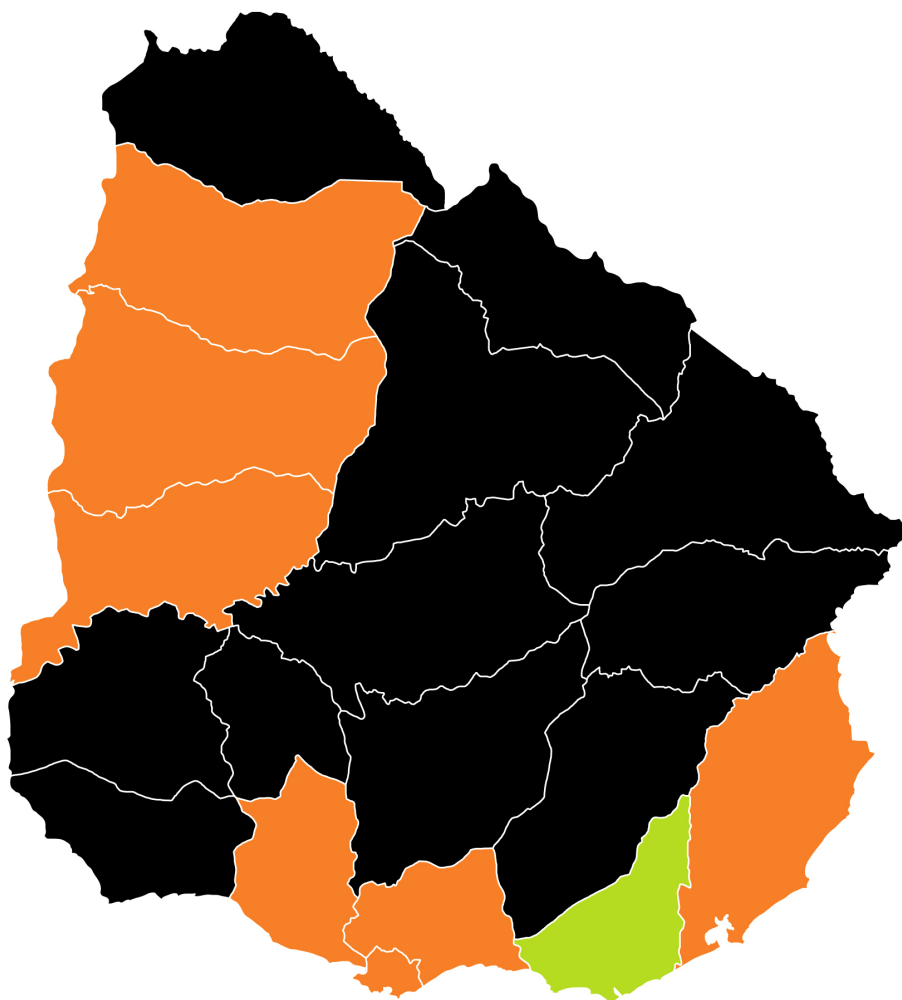
- |                                       |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| ■ No hay acceso a cuidados paliativos | ■ Equipo de soporte, solo ciudad |
| ■ Impulsos individuales               | ■ Unidad institucional           |
| ■ Equipo no específico, solo ciudad   | ■ Unidad departamental           |

# Instituciones Públicas Departamentales Atención en Cuidados Paliativos Adultos



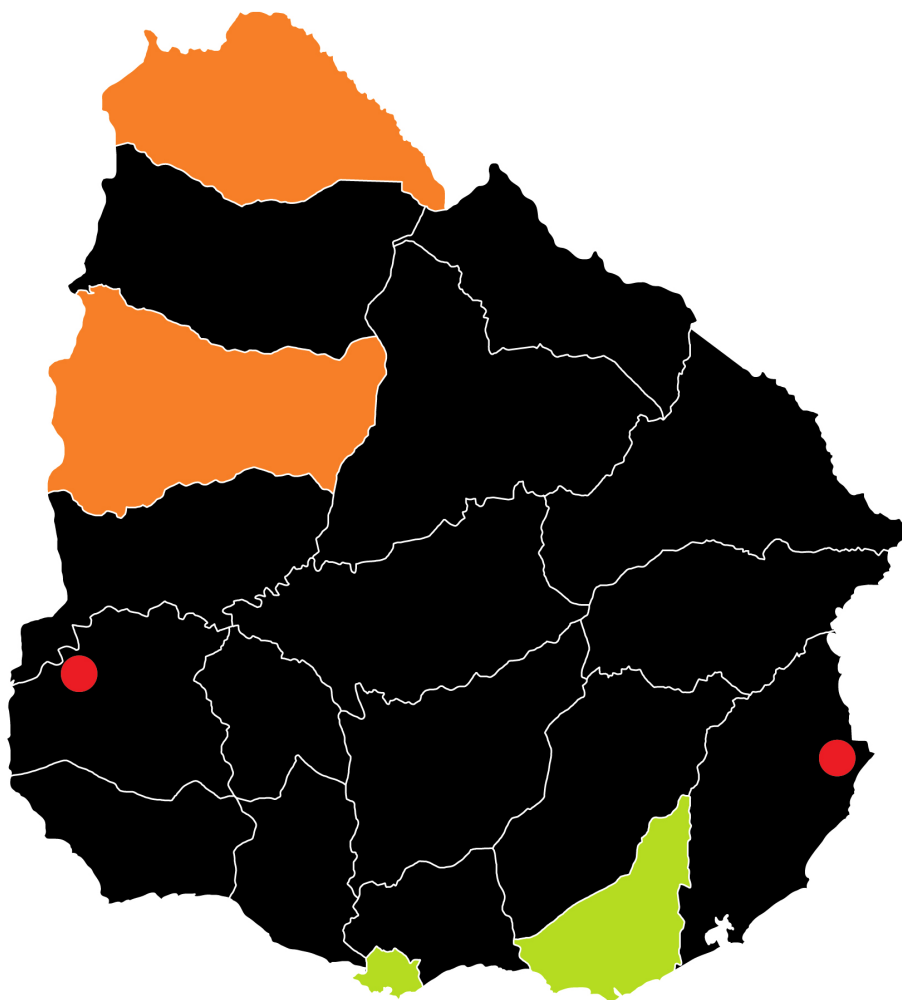
- |                                       |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| ■ No hay acceso a cuidados paliativos | ■ Equipo de soporte, solo ciudad |
| ■ Impulsos individuales               | ■ Unidad institucional           |
| ■ Equipo no específico, solo ciudad   | ■ Unidad departamental           |

# Instituciones Privadas Departamentales Atención en Cuidados Paliativos Pediatría



- |                                       |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| ■ No hay acceso a cuidados paliativos | ■ Equipo de soporte, solo ciudad |
| ■ Impulsos individuales               | ■ Unidad institucional           |
| ■ Equipo no específico, solo ciudad   | ■ Unidad departamental           |

# Instituciones Públicas Departamentales Atención en Cuidados Paliativos Pediatría



- |                                       |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| ■ No hay acceso a cuidados paliativos | ■ Equipo de soporte, solo ciudad |
| ■ Impulsos individuales               | ■ Unidad institucional           |
| ■ Equipo no específico, solo ciudad   | ■ Unidad departamental           |







Mi Cuidado  
Mi Bienestar

**Programa de Cuidados Paliativos**

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/cuidados-paliativos>  
1934 interno 4275 / [cuidadospaliativos@msp.gub.uy](mailto:cuidadospaliativos@msp.gub.uy)

**Dirección**

Avda. 18 de Julio 1892.  
Montevideo, Uruguay.

**Teléfono**  
1934



[msp.gub.uy](https://www.msp.gub.uy)