



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**

**CSG**  
CONSEJO DE SALUBRIDAD  
GENERAL

# Consejo de Salubridad General

EXHORTO a los integrantes del Sistema Nacional de Salud para que proporcionen información relevante a este Consejo de Salubridad General respecto de la atención del dolor crónico y aplicación permanente de la medicina paliativa que brindan a la población adulta y pediátrica

1ª Sesión Ordinaria agosto 11, 2021.  
DOF 28 de septiembre de 2021

## Resultados

Octubre 19 de 2022



## Contenido:

▪ Antecedentes	3
▪ Justificación	7
▪ Objetivo	9
▪ Metodología	9
▪ Resultados	11
▪ Análisis	30
▪ Conclusiones	34
▪ Bibliografía	38



**EXHORTO a los integrantes del Sistema Nacional de Salud para que proporcionen información relevante a este Consejo de Salubridad General respecto de la atención del dolor crónico y aplicación permanente de la medicina paliativa que brindan a la población adulta y pediátrica**

**Antecedentes**

Durante la 1ª sesión Ordinaria 2014 del Consejo de Salubridad General (en adelante el Consejo), celebrada el 3 de diciembre de aquel año, se dio seguimiento de Acuerdo CSG 42/ 16.12.2013, elaborado en la 2ª. Sesión Ordinaria del CSG, celebrada el 16 de diciembre de 2013; el cual estableció: “Que se estudie la solicitud de incluir los opioides en el cuadro básico, porque es una necesidad debido al dolor en el problema del cáncer y procesos terminales”.

De manera específica, en el acta de la citada sesión del 3 de diciembre de 2014, quedaron descritas las acciones realizadas por la oficina del Secretariado del Consejo y de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, así como los argumentos por los cuales, además de estudiar la incorporación de los opioides al cuadro básico, se decidió elaborar el “Acuerdo por el que el Consejo declaró la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de los cuidados paliativos, así como de los procesos señalados en la Guía de Manejo Integral de los Cuidados Paliativos” que fue publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 26 de diciembre de 2014.

Con el mismo propósito, dos años después el Consejo publicó en la misma fuente de disseminación de la información un Acuerdo más enfocado en la población pediátrica. En la elaboración de los citados Acuerdos,



participaron instituciones de salud y académicas, tanto del ámbito público como privado, citadas al interior de los mismos.

Durante 2015 y 2016, con el objetivo de promover, difundir y apoyar a esta política pública de salud, el Secretario del Consejo expuso el contenido del Acuerdo de 2014 al interior de algunas sesiones del Consejo Nacional de Salud y en las sesiones de introducción al puesto de los nuevos Secretarios en el cargo. Asimismo, conjuntamente con la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), el Consejo colaboró en el diseño y participó en 16 foros sobre “Cuidados Paliativos y Farmacia”, en los que, además de los ponentes de sus respectivas instituciones, se contó con el apoyo del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. A los foros asistieron 3618 trabajadores de diferentes instituciones de salud y cadenas de farmacias.

Otro proyecto de particular relevancia, en concordancia con una de las líneas críticas señaladas en la resolución de enero de 2014 por la Organización Mundial de la Salud y en febrero 18 de 2015 por los expertos que participaron en la sesión de la Academia Nacional de Medicina, fue dar impulso a la capacitación del personal de salud.

Al respecto, el Consejo diseñó una estrategia educativa, la cual piloteó en el Centro Estatal de Cancerología de Xalapa, Veracruz; para ofrecerla y proponer a las instituciones públicas de salud la aplicaran, con particular interés de realizarla en el primer nivel de atención. Estrategia que se precisó, sería complementaria a las acciones de educación continua de cada institución. Producto de ello, el Secretario del Consejo recibió, solicitudes de apoyo docente por parte de algunas Secretarías Estatales de Salud, para implementar cursos de capacitación al personal de salud,



realizándose en consecuencia, talleres que se denominaron de “Capacitación docente en cuidados paliativos”, dirigidos a personal con formación en cuidados paliativos adscrito a hospitales de segundo o tercer niveles de atención, y “Cursos de cuidados paliativos dirigidos a personal de salud multidisciplinario, tanto de primer como de segundo niveles de atención”.

En su realización, recibió apoyo con docentes del INCAN, la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Hospital de Oncología, CMN SXXI del IMSS, Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), la CNPSS y las Secretarías Estatales de Salud, particularmente de la Ciudad de México.

De esta manera, en 2016 se realizó la capacitación de 587 profesionales como docentes en cuidados paliativos, quienes a su vez capacitaron a 2323 profesionales adscritos al primer nivel de atención y en 2017, se capacitó a 294 docentes más; en ese mismo año, el Consejo apoyó a la UMAE de Oncología del CMN SXXI en cursos dirigidos a 128 profesionales de la salud de los tres niveles de atención de la Ciudad de México.

En seguimiento a los Acuerdos emitidos sobre la obligatoriedad del establecimiento de los cuidados paliativos, el Consejo realizó una consulta durante el año 2016, con el propósito de conocer las acciones implementadas en el ámbito de las instituciones públicas de salud, como efecto de los citados Acuerdos, las cuales consistieron en que:

1. 29 de las 32 entidades habían implementado estrategias operativas y de capacitación del personal de salud en materia de cuidados paliativos; En seis, se habían realizado 14 Congresos Estatales o Internacionales y 10 Diplomados.



2. Las clínicas del dolor establecidas, sumaban 79 clínicas en unidades hospitalarias de segundo o tercer nivel.
3. El 100% de las clínicas del dolor operaba con equipos multidisciplinarios, cuyos integrantes habían sido formados o capacitados en cuidados paliativos.
4. 14 entidades habían habilitado equipos multidisciplinarios en sus hospitales generales; resaltando en ello Guanajuato con 41, la Ciudad de México con 25, Tabasco con 23 y el Estado de México con 18.
5. En al menos siete de las entidades federativas se habían establecido los cuidados paliativos en el domicilio del paciente, como estrategia de extensión hospitalaria o como visitas programadas.
6. En 12 entidades federativas se contaba ya con 79 hospitales que tenían servicios de cuidados paliativos.
7. El número de clínicas del dolor había registrado un incremento de 57 en 2014 a 161.
8. En ocho estados de la República se había generado un coordinador estatal de cuidados paliativos.
9. Otras estrategias aisladas se caracterizaron por: Integrar Comités estatales u hospitalarios, censos nominales de pacientes y registros de personal capacitado en cuidados paliativos.

Se realizaron dos consultas más, en 2017 y en junio de 2021, para saber el número de servicios clínicas del dolor o de cuidados paliativos implementados en segundo o tercer nivel de atención, observándose un incremento en ambos servicios; en clínicas del dolor, de 42 en 2014 a 117 en 2021; y de 57 a 218 respecto de cuidados paliativos en el mismo periodo.



En continuidad al impulso de los cuidados paliativos, el Consejo, en su 2ª Sesión Ordinaria de 2020, celebrada el 24 de noviembre, aprobó la creación del “Grupo terapéutico de los cuidados paliativos” en el libro de medicamentos del Compendio Nacional de Insumos para la Salud, mismo que fue publicado el 5 de octubre de 2020 en el Diario oficial de la Federación.

### **Justificación**

Las acciones implementadas en el Sistema Nacional de Salud Mexicano, como los Decretos de 2009 y 2013, que modificaron la Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Prestación de servicios de Atención Médica, al incluir capítulos favor de precisar Conceptos, Plan y Disposiciones para la Prestación de Servicios de Cuidados Paliativos, denotan el interés de las autoridades sanitarias por mejorar la calidad de vida de la población que requiere cuidados paliativos, al ser la de mayor grado de vulnerabilidad.

No obstante, su traducción en el acceso y la disponibilidad de los servicios es limitada, con base en las evaluaciones publicadas, como el reporte del Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica, editado por la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, de 2012, que catalogó los servicios de México como de provisión aislada, es decir, a través de instancias como albergues, voluntariados, asociaciones y servicios hospitalarios focalizados en el tercer nivel de atención;<sup>1</sup> lo cual es concordante con el Informe Mundial 2014: México, de Human Rights Wacht de octubre de 2014<sup>2</sup>, que publicó, que en México, la oferta intrahospitalaria era sólo de 42 clínicas del dolor y 57 servicios de cuidados





paliativos, con distribución heterogénea y centralizada a las capitales de los estados; o bien el reporte (Lynch 2013) que estima el acceso a atención paliativa mediante la razón existente entre la población total y el número de servicios disponible, siendo de 1: 8,000 en Estados Unidos, 1: 67,000 en Canadá y 1: 1,829,000 en México.<sup>3</sup>

Cabe citar también el hecho de que el número de clínicas del dolor en nuestro Sistema Nacional de Salud en 2021, represente solo al 11.5% de los hospitales que cuentan con ellos y al 21.5% que cuentan con servicios de cuidados paliativos; lo cual influye en que cada año 229,000 personas fallecen con sufrimiento grave relacionado con la salud y 224,000 lo padecen, secundario a enfermedades incapacitantes o de riesgo mortal.<sup>4</sup> Sin omitir que la probabilidad de tener acceso a medicamentos para un control efectivo del dolor, es baja al considerar que, en 2015, de 252,000 médicos mexicanos, sólo 1200, el 0.5% de ellos contaba con recetario para la prescripción de opioides.<sup>5</sup>

Un argumento más lo representa el hecho de que los cuidados paliativos, que incluso pueden darse en el domicilio del paciente mediante la capacitación del cuidador y la familia, además de mejorar la calidad de los enfermos, disminuyen el costo de los servicios.<sup>6-7</sup>

Ante esta perspectiva, el Secretario del Consejo, indicó elaborar un Acuerdo en favor de contar con elementos que permitieran mostrar y ofrecer a las Instituciones del Sistema Nacional de Salud, evidencias sobre las características y funcionamiento de los servicios de cuidados paliativos, a fin de mejorar la calidad de la atención médica que se oferta.

Para este fin, se realizó una mesa de trabajo que sesionó con la participación directa del Secretario del Consejo, de la Dirección General de Transparencia del Consejo y por invitación del Secretario del Consejo, el





Jefe de la Clínica del Dolor del Instituto Nacional de Cancerología, producto de lo cual el Consejo, en la 1ª Sesión Ordinaria celebrada en 11 de agosto de 2021, acordó emitir el “EXHORTO a los integrantes del Sistema Nacional de Salud para que proporcionen información relevante a este Consejo de Salubridad General respecto de la atención del dolor crónico y aplicación permanente de la medicina paliativa que brindan a la población adulta y pediátrica”.

El exhorto fue publicado en el DOF el 28 de septiembre de 2021.

## Objetivo

Integrar un diagnóstico sobre la atención del dolor crónico y la aplicación permanente de la medicina paliativa.

## Metodología

La planeación incluyó reuniones de trabajo a nivel de Coordinación General, contando con el apoyo del titular de la clínica del dolor del Instituto Nacional de Cancerología; y en la elaboración de la cédula para obtener la información, se contó con la colaboración de especialistas en Algología y Medicina Paliativa y Medicina Paliativa Pediátrica, de las más importantes instituciones de salud pública que cuentan con servicios de cuidados paliativos y clínicas del dolor, así como de la Universidad Nacional Autónoma de México.

La cédula de información, validada, incluyó ocho líneas relevantes:

- I. Ubicación del establecimiento de atención médica;
- II. Infraestructura;



- III. Capital Humano;
- IV. Modelo de Atención;
- V. Insumos;
- VI. Registro de pacientes;
- VII. Docencia e
- VIII. Investigación.

El exhorto fue enviado con la cédula anexa, a todas las instituciones públicas y privadas del país que contaran con cuidados paliativos y/o clínicas del dolor, quienes lo atendieron requisitando, -según sus propios registros o controles-, una cédula por cada hospital con ese tipo de servicios de atención médica.

Se recibieron 343 cédulas, de las cuales 123 reportaron no tener servicios de cuidados paliativos ni clínicas del dolor; y 220 fueron provenientes de ocho instituciones; de las cuales 201 correspondieron a servicios de atención médica hospitalaria y 19 de servicios de primer nivel de atención. Cuando la información presentaba alguna inconsistencia, se contactaba telefónicamente a la persona que había requisitado la cédula, para capturar el o los datos correctos correspondientes.

Debe destacarse que, el exhorto, además de dar continuidad en el seguimiento de los Acuerdos de Obligatoriedad sobre el establecimiento de los Cuidados Paliativos, es también un complemento de las consultas que éste ha realizado a través de indicios clave, dentro de las cuales destacaron: el número de hospitales que existen en el ámbito de operación institucional según corresponda, sean de segundo o tercer nivel; y de ellos, los que cuentan con servicios de cuidados paliativos y/o clínicas del dolor. Lámina 1 del anexo.



## Resultados

La información permitió estimar el porcentaje que representa, respecto del total de hospitales reportados en operación, el número que cada institución pública participante manifestó, correspondiendo a la Secretaría de Salud el 61%, seguida por el IMSS con 25%, el ISSSTE con 11%, PEMEX 2% y SEDENA 0.9%

Con la información proporcionada por las instituciones públicas de Seguridad Social, se puede apreciar que entre 2014 y 2021 existió, considerando el Universo de Hospitales del Sistema Nacional de Salud, un modesto incremento en el número de servicios de cuidados paliativos y de clínicas del dolor que, aunque fueron citadas anteriormente, conviene reiterar, de 42 a 115 en el caso de clínicas del dolor y de 57 a 218 respecto de cuidados paliativos, siendo necesario resaltar que dicho incremento representa un importante esfuerzo que hay que reconocer a las autoridades institucionales, dado que lo han realizado sin recursos adicionales a los que habitualmente disponen, acciones que se han visto limitadas en su continuidad dada la emergencia sanitaria por la que transitamos.

Las cédulas develaron la existencia de 14 tipos de establecimientos médicos hospitalarios y el número de ellos que ofertan servicios para control del dolor crónico y atención paliativa, correspondientes a segundo y tercer nivel de atención. Asimismo, cuatro diversos tipos de establecimientos de primer nivel de atención, como: Centro de Salud, Unidad de Atención Primaria a la Salud (UMAPS); Centro de Atención Integral a Servicios Esenciales de Salud (CAISES) o incluso la Jurisdicción



Sanitaria, los cuales participan en la detección de pacientes o en el otorgamiento y continuidad de la atención paliativa. del anexo

Lo anterior trasciende por la necesidad de diferenciar la capacitación que requiere el personal de salud -línea crítica señalada por la OMS-, a fin de garantizar una adecuada relación entre las competencias del personal según el nivel de atención y tipo de unidad médica; y la calidad de la atención médica que se otorga a la población. Lámina 2

Los datos compilados permiten apreciar que los servicios se organizan de tres formas principales:

- a. Hospitales que cuentan con Clínicas del dolor y cuidados paliativos; mismos que pueden estar integrados en un solo servicio, o bien que se ubican en áreas físicas independientes. Esta modalidad, de contar con ambos servicios en un mismo hospital, se encontró en 97 establecimientos de atención médica;
- b. Hospitales sólo con servicio de cuidados paliativos, grupo integrado por 92 unidades; y
- c. Hospitales que cuentan solamente con clínica del dolor, que en el presente estudio fueron 12.

En el primer nivel de atención, se reportaron 19 unidades de atención médica participantes. Lámina 3

La información también permite saber la oferta de atención institucional y el tipo de su establecimiento médico que a su interior la otorga. Al ubicar hospitales donde hay ambos servicios, destaca que, en número, en la Secretaría de Salud son los hospitales generales en los que mayormente existen; sin omitir a aquellos otros en donde, al contar con mayor tecnología como los regionales, de alta especialidad, federales de referencia o institutos nacionales, que son en menor número, un importante porcentaje de ellos participa.



Considerando esta perspectiva, se puede apreciar que:

- En la Secretaría de Salud, las clínicas del dolor y cuidados paliativos existen en cinco de los 10 Institutos Nacionales participantes, ocho Hospitales Regionales de Alta Especialidad y que todos los Hospitales Federales de Referencia los tienen;
- 15 hospitales del ISSSTE, reportados como Centro Médico, Hospitales Regionales o de Especialidades, cuentan con esta disponibilidad mixta de servicios;
- Tres Unidades Médicas de Alta Especialidad, en Centro Médico Nacional y Centro Médico la Raza, del IMSS en la ciudad de México, los tienen, como parte de las 22 clínicas del dolor que se reportaron, sin contar con el desglose por tipo de unidad correspondiente.
- Los hospitales centrales o de alta especialidad de SEDENA, PEMEX y SEMAR también reportaron otorgar este tipo de atención médica; y
- Doce instituciones privadas y dos OPD, reportaron contar con dichos servicios. Lámina 4.

Al explorar la participación institucional con servicios exclusivamente de cuidados paliativos, con la misma perspectiva se encuentra que, de los 73 hospitales de la Secretaría de Salud, 43 (59%) son hospitales generales; pero al considerar que dicha Secretaría reportó 566 y 59 hospitales de segundo nivel y tercer nivel respectivamente; la cobertura real de este tipo de servicios se otorga sólo en el 7.6% de los hospitales generales. Cobertura que se incrementa al 12% al considerar que son 73 de los 625 hospitales reportados en operación los que otorgan cuidados paliativos.

En el caso de PEMEX, el porcentaje de hospitales que cuentan con servicios de cuidados paliativos de los 20 reportados fue de 25%. Respecto al ISSSTE, tiene cinco hospitales con este tipo exclusivo de servicios, de los



20 que en total los otorgan cuando se suman los que también tienen clínicas del dolor; y a nivel privado solo dos hospitales reportaron tenerlos. En el primer nivel de atención, destaca que, dentro de los 19 establecimientos, las Jurisdicciones Sanitarias también se involucran en el seguimiento de pacientes y la atención domiciliaria. Sin omitir que en la Ciudad de México y en el Estado de Aguascalientes han implementado exitosas estrategias específicas para dar continuidad a la atención paliativa domiciliaria. Lámina 5 del anexo.

Acerca de los 12 establecimientos de atención médica que cuentan específicamente con clínicas del dolor, se encontró que la oferta o disponibilidad institucional numéricamente es parecida entre la SS y el ISSSTE, y entre SEMAR y los hospitales privados; perspectiva que tuvo la limitante de desconocer el desglose por tipo de unidad médica que cuenta con clínica del dolor en el IMSS. Lámina 6 del anexo.

Como el propósito del estudio es dimensionar la aplicación permanente de los cuidados paliativos y control del dolor crónico en Sistema Nacional de Salud, los datos se organizaron de tal manera que pudieran alimentar este enfoque, es decir, contabilizar el “Número de servicios disponibles por tipo de unidad Médica”, sin considerar la institución.

De esta manera, se puede apreciar que, numéricamente, son los hospitales generales en donde mayormente se ofertan los servicios de cuidados paliativos y clínicas del dolor, con 101 unidades; seguidos de 16 hospitales regionales y con 14 unidades, los Hospitales Comunitarios y también los Centros Estatales. En el primer nivel de atención se otorgan prácticamente los mismos cuidados-para referir a pacientes o para dar continuidad de las indicaciones hospitalarias-, sin haber diferencia en el tipo de unidad. Lámina 7 del anexo





Asimismo, se pudo identificar la oferta o posibilidad de acceso por institución para la atención paliativa y el control del dolor crónico, al conocer el número de hospitales por institución donde se prestan los servicios, independientemente de su modelo de atención o forma de organización, y de forma complementaria, considerando el número de hospitales en operación reportados en junio de 2021 por las instituciones. De esta manera, se estimó el porcentaje de hospitales que prestan servicios de clínicas del dolor y/o cuidados paliativos, en cada una de las instituciones, públicas o privadas, encontrando que en la Secretaría de Salud es el 25%; en PEMEX el 75%; en el ISSSTE el 23%; y en SEDENA el 8%. No obstante que del IMSS sólo se contó con cuatro cédulas del exhorto, su cobertura se estimó con la información de junio de 2021, cuando reportó tener 21 servicios de cuidados paliativos y 22 clínicas del dolor, distribuidos en 30 hospitales. No se contó el número total de hospitales de SEMAR ni de Hospitales Privados. Lámina 8 del anexo.

Acerca de la dependencia organizacional que tienen las clínicas del dolor y cuidados paliativos como servicios mixtos, se encontró una importante heterogeneidad, existiendo 20 formas distintas de supeditarla en el organigrama hospitalario, cuya mayor dependencia se encuentra en los servicios de anestesiología (23%) y la dirección o subdirección médica (20.6%); seguidos de medicina interna, oncología, cirugía y la consulta externa. Lámina 9 del anexo.

Con el mismo criterio se encontró que los servicios únicamente de cuidados paliativos, están supeditados a 28 instancias hospitalarias diferentes, siendo la dirección o subdirección médica con el 26% y el servicio de anestesiología con el 19.5% de los que más dependen; seguidos de medicina interna, la coordinación médica y la consulta externa,



llamando la atención la dependencia de servicios como enfermería, clínica de heridas, epidemiología y urgencias. Lámina 10 de anexo.

Acerca de las 12 clínicas del dolor, 8 de ellas (66%), están supeditadas al servicio de anestesiología, tres a servicios con liderazgo médico -medicina interna y oncología y consulta externa-, y una a enfermería. Lámina 11 del anexo.

Respecto a las características con que operan las 97 clínicas del dolor y cuidados paliativos, 75 de ellas (77%), se consideran un solo servicio y 22 (23%), operan como servicios separados; destacando que de las 97, solo 21 (21.6%), cuentan con un área específica para atención pediátrica. Al focalizar las características de estas clínicas de dolor y cuidados paliativos, cuando se consideran un solo servicio, se tiene que:

- Sólo alrededor de dos terceras partes (64%), disponen de área física exclusiva;
- 27 (36%) no cuenta con ella, operando prácticamente como servicio interconsultante;
- 10 (13%) cuenta con camas exclusivas;
- 59 (79%) refirió tener facilidad para gestionar una cama en hospital;
- 49 (65 %) tiene espacio para otorgar consulta externa; y
- 23 (31%) tiene área para realizar intervencionismo.
- Cuando la clínica del dolor opera por separado, de las 22 existentes:
  - 13 (59%) tiene área física exclusiva;
  - 7 (32%) comparte el área;
  - 3 (14%) trabaja sin área física específica;
  - 8 (36%) puede disponer de camas en el hospital;
  - 3 (14%) tiene camas exclusivas;
  - 17 (77%) tiene facilidad para conseguir una cama;
  - 18 (82%) tiene espacio físico para otorgar consulta externa; y



- 8 (36%) dispone de área para realizar intervencionismo. Lámina 12 del anexo.

Cuando se exploró en este mismo tipo de servicios si contaban con espacio para consulta externa, indagado como número de consultorios, destaca que 58 (60%), disponen de un consultorio; 17 (18 %) cuentan con dos; 1 (1%) manifestó haber 12; 9 (9%) tiene entre 2 y 7 consultorios; 9 (9%) trabaja sin área para consulta externa; y 3 (3%) se abstuvieron de contestar. Lámina 13 del anexo.

De manera semejante, al identificar las características generales de los 92 servicios de cuidados paliativos, se encontró que:

- 27 % cuenta con área física exclusiva;
- 29 % comparte su área con alguno de 12 servicios citados, destacando medicina interna, medicina general, urgencias y psicología;
- 29 % No tiene área física;
- Sólo 34 % cuenta con camas en hospital;
- 13 % dispone de camas exclusivas; y
- 78 % refirió tener facilidad para conseguir camas en el hospital. Lámina 14 del anexo.

Cuando dichas características fueron exploradas para la atención de pacientes en clínicas del dolor, ya fuera en hospitales con servicio mixto o en donde solo hay clínica del dolor, los resultados fueron los siguientes:

- 60 % cuentan con área física exclusiva;
- 33 % comparten el área física;
- 32 % opera sin contar con área física exclusiva;
- 30 % dispone de camas en el hospital;
- 12 % tiene camas exclusivas;
- 77 % tiene facilidad para conseguir una cama de hospital;



- 66% dispone de consultorio (s) para otorgar consulta externa;
- 31 % cuenta con área para intervencionismo; y
- 30 % manifestó que la tecnología para realizar intervencionismo es propia. Lámina 15 del anexo

Al investigar sobre el liderazgo o conducción de los servicios, en las clínicas del dolor y cuidados paliativos, el 78 % de esa responsabilidad descansa en los anesthesiólogos, el resto se reparte entre siete tipos distintos de especialistas. Debiendo señalar que cuatro servicios son dirigidos por médico general; 3 por pediatras, y dirigiendo un servicio, se encontró a médicos especialistas en Medicina Interna, Terapia Intensiva, Medicina Familiar, Medicina Integrada y Rehabilitación. Dos servicios están dirigidos por Psicólogos y uno por Trabajadora Social.

Entre los jefes de las clínicas del dolor y cuidados paliativos, se encontró que 60 (62 %) de ellos asistieron a un Curso de Alta Especialidad en Algología y Cuidados Paliativos de los cuales 56 (93 %) obtuvieron el reconocimiento universitario. 19 de ellos, también asistieron a un adiestramiento en algología, cuyo rango de duración fue de 300 a 548 horas; y 39 (40.2%) realizaron un diplomado o adiestramiento en cuidados paliativos, cuyo rango de duración fue de 50 a 1800 horas.

Asimismo, 17 (17.5%) realizaron un curso de Alta Especialidad en Cuidados Paliativos de los cuales el 15 (88%) manifestó haber obtenido el reconocimiento universitario y 49 (50.5%) manifestaron tener certificación por el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas. Lámina 16 del anexo.

Cuando se exploró sobre el liderazgo o conducción de los servicios hospitalarios sólo de cuidados paliativos, se encontró que, de los 92 servicios, 30 (33%) de esa responsabilidad también descansa en los anesthesiólogos, 18 (20 %) en médicos generales y el resto es asumido por



médicos de 11 especialidades diferentes y profesionales de otras tres disciplinas: enfermería, nutrición clínica y desarrollo humano.

Entre los jefes de los servicios de cuidados paliativos, se encontró que 11 (12 %) de ellos asistieron a un Curso de Alta Especialidad en Algología y Cuidados Paliativos de los cuales 10 (91 % de los asistentes) obtuvieron el reconocimiento universitario. 4 de ellos (4 %), también asistieron a un adiestramiento en algología, pero sólo dos obtuvieron el reconocimiento universitario. Asimismo, 60 (12 %) realizaron un curso de Alta Especialidad en Cuidados Paliativos y todos obtuvieron reconocimiento universitario, y sólo 21 de los 92 (23 %) manifestaron tener certificación por el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas. (Lámina 17 del anexo).

En cuanto a los 12 servicios que operan sólo como clínicas del dolor:

- 10 (83.3 %) es dirigido por anesestesiólogos, 1 por un especialista en rehabilitación y uno en calidad;
- 9 de ellos (75 %) de los jefes asistió a un curso de Alta Especialidad en Algología y Cuidados Paliativos y 8 de ellos obtuvo el reconocimiento universitario;
- 2 realizaron un adiestramiento en algología de 30 y 50 horas respectivamente;
- 1 asistió a un diplomado en cuidados paliativos obteniendo el reconocimiento universitario correspondiente; y
- 8 (66.6%) están certificados por el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades. Lámina 18 del anexo.

Al explorar qué tipo de disciplinas tiene el personal que labora las 97 clínicas del dolor y cuidados paliativos, se encontró:



El personal que con mayor a menor adscripción existe, es el de enfermería que ha sido capacitado en cuidados paliativos; seguido de médicos especialistas con capacitación en medicina paliativa; anesthesiólogos que han asistido a cursos de algología; psicólogos que han asistido a cursos de tanatología; así como trabajadoras sociales, enfermeras generales, psicólogos; médicos que han realizado la especialidad de Medicina Paliativa y médicos generales; el rango de personal adscrito va de 1 a 24; con un promedio de 6.3 trabajadores por servicio; la existencia de 131 médicos que tienen recetario electrónico; pero, sólo 58 de los 97 servicios cuentan con uno o más médicos que poseen recetario electrónico. Lámina 19 del anexo.

En cuanto al capital humano adscrito o que opera en servicios exclusivos de cuidados paliativos, incluido el primer nivel de atención, las categorías profesionales que mayormente se identificaron, citándolas de mayor a menor número, fueron: trabajo social, enfermería general, medicina general, médicos especialistas paliativistas, enfermeras capacitadas en cuidados paliativos, psicólogos, psicólogos / tanatólogos, anesthesiólogos Algiólogos, médicos generales paliativistas y médicos especialistas en Medicina Paliativa. En general, el rango de personal adscrito por servicio fue de 1 a 29; con un promedio de 5.4 por servicio. 105 médicos han gestionado su recetario electrónico, habiendo 47 servicios (42% del total), en donde existe uno o más médicos con recetario electrónico. Lámina 20 del anexo.

Al indagar el número de personal adscrito a servicios hospitalarios exclusivos de cuidados paliativos, se identificó un orden semejante al de los servicios cuando está incluido el primer nivel de atención. Es decir, que trabajo social, enfermería y medicina general, representan las tres





disciplinas con mayor número de profesionales laborando en estos servicios.

El rango de personal adscrito va de 1 a 29, con un promedio de 5.9 trabajadores por hospital; existiendo 102 médicos con recetario electrónico, que cubren en total 44 servicios, lo cual representa que sólo 48 % de los hospitales tienen médicos con esta posibilidad de prescripción medicamentosa. Lámina 21 del anexo.

Por otra parte, en las clínicas del dolor, las categorías profesionales que mayormente se encontraron fueron los anestesiólogos con formación en algología, enfermeras generales, médicos que han realizado alguna especialidad, y en menor número psicólogos, médicos con especialidad distinta a la anestesiología con formación en algología, enfermeras especialistas y trabajadoras sociales.

El rango de personal adscrito fue de 1 a 5, con un promedio de 2.5. Quince médicos que cuentan con recetario electrónico con lo cual se tiene una cobertura de 9 servicios (75%) de las clínicas del dolor donde existen médicos con esta posibilidad de prescripción. Lámina 22 del anexo.

Dicha característica, -de contar con médicos que al tener recetarios electrónicos puedan prescribir opioides clasificados en la Fracción I del Artículo 226 de la LGS y con ello lograr un control más efectivo del dolor-, se puede dimensionar mejor con los datos aportados al Consejo por la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, quien informó que, al 31 de diciembre de 2021, existían 6077 médicos registrados con este tipo de recetario; 31.5 % médicos generales y 68.5 % médicos especialistas. Dato alentador si se considera que, al inicio de esta estrategia, existían solamente 2830 médicos registrados. No obstante, el incremento es desde luego poco significativo si se considera que, en



México, con base en datos de INEGI, al segundo trimestre de 2021 existían 305, 418 médicos. Cifras cuya interpretación devela que, sólo alrededor del 2% de los médicos en el país tienen la posibilidad de prescribir los opioides de mayor fuerza según la LGS; sin omitir que existen también algunos opioides de menor potencia que se pueden prescribir sin este tipo de recetario. Lámina 23 del anexo.

En otro rubro, se indagaron también algunas características del Modelo de Atención con que operan los diferentes servicios. Al respecto, de las 97 clínicas del dolor y cuidados paliativos exploradas, se encontró que:

- 32 (33 %) de ellas, tiene instituido un comité de cuidados paliativos;
- 76 (78 %) ha establecido un equipo multidisciplinario encargado de los cuidados paliativos;
- 87 (90 %) de las clínicas ofrece los servicios toda la semana, el 4 % lo oferta de uno a dos días y el 6% de tres a cuatro días;
- La mayor parte de las clínicas, 57 (59 %), atiende a los pacientes en un solo turno; 17 % en dos y 25 % en tres o más;
- 67 % otorga atención telefónica;
- 29 % realiza visitas domiciliarias, aunque sólo 21 %, recibe apoyo para traslado. Dicha atención domiciliaria se realiza como estrategia específica en Aguascalientes y la Ciudad de México; y como acciones de seguimiento y continuidad de la atención, o como estrategia de extensión hospitalaria en el resto del país;
- La mitad de las clínicas del dolor y cuidados paliativos refirió pertenecer a una red de servicios de cuidados paliativos;
- Una tercera parte de ellas, tienen algún convenio de colaboración para garantizar la continuidad de la atención paliativa; y



- 67 % de las clínicas, tienen establecida alguna estrategia para garantizar la continuidad en la aplicación de la atención paliativa, sin considerar la economía del paciente. Lámina 24 del anexo.

Estas mismas características de modelo de atención se investigaron en los 92 hospitales que refirieron tener exclusivamente servicios de cuidados paliativos, cuyos resultados son los siguientes:

- 68 (74 %) de los hospitales han establecido un comité de cuidados paliativos;
- 81 (88 %) cuenta con un equipo multidisciplinario responsable de coordinar o aplicar los cuidados paliativos;
- 55 (60 %) de las clínicas ofrece los servicios toda la semana, el 35 % lo oferta de uno a dos días y el 7 % de tres a cuatro días;
- La mayor parte de las clínicas, 75 (83 %), atiende a los pacientes en un solo turno; 10 % en dos y 9 % en tres o más;
- 59 % otorga atención telefónica;
- 27 % realiza visitas domiciliarias, aunque sólo 24 %, recibe apoyo para traslado, reiterando que la atención domiciliaria se realiza como estrategia específica en Aguascalientes y la Ciudad de México, y como acciones de seguimiento y continuidad de la atención, o como estrategia de extensión hospitalaria en el resto del país;
- 61 (66 %) de las clínicas refirió pertenecer a una red de servicios de cuidados paliativos;
- 27 (29 %) de ellas, dijo tener algún convenio de colaboración para garantizar la continuidad de la atención paliativa; y
- 75 (83%) otorga los servicios en un solo turno, 10% en dos y 8% en tres o más.



- 67 % de las clínicas, tienen establecida alguna estrategia para garantizar la continuidad en la aplicación de la atención paliativa, sin considerar la economía del paciente. Lámina 25 del anexo.

Cuando dichas características se investigaron en los hospitales donde existen las 12 clínicas del dolor, los resultados fueron los siguientes:

- 1 de ellos, que representa al (8 %) de los mismos, tiene establecido un comité de cuidados paliativos;
- Otro más, tiene un equipo multidisciplinario responsable de coordinar o aplicar los cuidados paliativos;
- 7 (58 %) ofrece los servicios toda la semana, uno, los oferta de uno a dos días y otro más de tres a cuatro días;
- En nueve de los hospitales, equivalente al 75 % de las clínicas, se atiende a los pacientes en un solo turno; y en los otros tres se otorgan u operan como interconsultante;
- Tres de las clínicas (25 %) otorgan atención telefónica;
- Una de ellas realiza visitas domiciliarias y recibe apoyo para traslado.
- 5 (50 %) de las clínicas refirió pertenecer a una red de servicios de cuidados paliativos;
- 3 (25 %) de ellas, dijo tener algún convenio de colaboración para garantizar la continuidad de la atención paliativa; y
- 4 (33 %) de las clínicas, tienen establecida alguna estrategia para garantizar la continuidad en la aplicación de la atención paliativa, sin considerar la economía del paciente. Lámina 26 del anexo.

Para dimensionar el universo de pacientes atendidos con cuidados paliativos o por control del dolor crónico, se indagó el número de servicios con existencia de censos o registros, encontrando que:



- De los 97 hospitales donde las clínicas del dolor y los cuidados paliativos son un solo servicio, 67 (69%) cuentan con los registros correspondientes, y con una amplia variabilidad de pacientes en control, cuyo rango va de 2 hasta 14,400; sumando en total 40,513 pacientes que reciben atención paliativa;
- De los 67 hospitales citados, 47 (70%) manifestaron contar con registros de pacientes en control, con un rango que va desde 5 a 10,000. Con un total de 24,404 pacientes en control;
- De los 111 servicios de cuidados paliativos, incluido el primer nivel de atención, 83 (75 %) cuentan con registro, con un rango que oscila entre 1 a 864; con un total 4,838 pacientes en control.
- De las 12 clínicas del dolor, el 50 % de ellas tiene registro de pacientes, con un rango de 15 a 2,862; registrando en total a 3,649 pacientes en control; y
- El gran total de pacientes registrados o en control, por todos los servicios, asciende a 73,404.

Cuando se exploró el promedio mensual de pacientes atendidos en cada servicio, también se observó un amplio rango en los datos de los diferentes tipos de organización de los servicios, dando la adición de los mismos un total de 20,860 pacientes que mensualmente reciben atención médica paliativa o por control del dolor crónico. Asimismo, en promedio, 955 pacientes son atendidos mensualmente por procesos de intervencionismo. Lámina 27 del anexo.

En el estudio se consideró que, un aspecto relevante de la calidad de la atención paliativa es la concordancia entre los insumos disponibles con las necesidades del servicio. Por ello, se preguntó si los medicamentos y el material de curación para la atención paliativa eran acordes a las



necesidades del servicio, encontrando que, en las Clínicas de Dolor y Cuidados Paliativos: la impresión del 65 % de los 97 encuestados, sobre dicha concordancia en el caso de los medicamentos es de que SI existe; asimismo, y sobre el material de curación, el 69 % contestó afirmativamente.

En las mismas clínicas del dolor y cuidados paliativos, para indagar la atención del dolor crónico se realizaron cinco preguntas, cuyas respuestas develaron que el 58 % de los jefes de servicio encuestados considera que, con los medicamentos disponibles en general puede lograrse un control adecuado del dolor crónico; no obstante que, solamente:

- En el 45 % de los servicios hubo suficiencia de insumos para la atención del dolor crónico;
- El 48 % de los servicios tuvo disponibilidad oportuna de insumos no medicamentosos para la atención del dolor crónico; y
- El 63 % de los encuestados manifestó que con los opioides disponibles, si es posible atender con eficiencia a las necesidades de los pacientes; y
- En el 52% de los servicios se considera que con los opioides disponibles, es posible atender eficientemente las necesidades de los pacientes que sufren dolor crónico. Lámina 28 del anexo.

En el caso de los servicios exclusivamente de cuidados paliativos se encontró:

En 69 (62 %) de los 111 servicios, la percepción fue que si hay concordancia entre los medicamentos disponibles y las necesidades del servicio y en 74 (67 %) que existió suficiencia del material de curación.

Acerca de las respuestas de los jefes sobre la atención que se otorga para el control del dolor crónico:





- 47 de los 111 (42 %), manifestó que los medicamentos disponibles para un adecuado control del dolor crónico son acordes a las necesidades de la población usuaria;
- 49 % consideró que existe suficiencia de insumos diferentes a los medicamentos para la atención del paciente con dolor crónico;
- En opinión del 51 %, los insumos no medicamentosos están de manera oportuna en el servicio;
- 64 (58 %) consideró que con los opioides disponibles ha podido atenderse con eficiencia a las necesidades de los pacientes en general; y
- Sólo 27 (24 %) de ellos, respondió que con los opioides disponibles en la Clínica del Dolor, se ha podido atender eficientemente a las necesidades de los pacientes que sufren dolor crónico.

Llama la atención que, en cada uno de los ítems, un importante porcentaje de quienes requisitaron la cédula (30, 29, 29, 12 y 58 % respectivamente), contestaron NO aplica, o bien se abstuvieron de responder. Lo cual sugiere que, por ser servicios exclusivos de cuidados paliativos, consideraron que el control del dolor crónico corresponde solamente a las clínicas del dolor. Lámina 29 del anexo.

Las respuestas a las mismas preguntas, encontradas en servicios exclusivos de Clínicas del Dolor, los hallazgos fueron:

- Sólo en una de las 12 Clínicas del Dolor se consideró que ha habido concordancia entre los medicamentos y las necesidades del servicio;
- Ha habido suficiencia de material de curación solamente en tres Clínicas del Dolor;



- En el 58 % se consideró que con los medicamentos disponibles se puede lograr un control adecuado del dolor crónico;
- En cuatro Clínicas del Dolor (33 %), existe suficiencia de insumos no medicamentosos para la atención del dolor crónico;
- Sólo dos Clínicas del Dolor dijeron tener disponibilidad oportuna de insumos distintos a los medicamentos;
- Dos más, opinaron que con los opioides disponibles se ha podido atender con eficiencia a las necesidades de los pacientes; y
- En tres de las 12 Clínicas del Dolor, dijeron que con los opioides disponibles han podido atender con eficiencia a los pacientes que sufren de dolor crónico. Lámina 30 del anexo.

Al investigar sobre la disponibilidad, o en su caso el desabasto de los opioides en las Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos se encontró que en el último año existió desabasto de todos los opioides.

En la gráfica de la lámina 31 del anexo se puede apreciar, el porcentaje de hospitales que tuvieron desabasto de determinado opioide, el cual fue consistentemente mayor al 20 %, destacando la buprenorfina sublingual con el 75 %, hidromorfona oral con 65 % y la oxycodona inyectable con 61 %. Por su parte, los opioides que mayor disponibilidad tuvieron fueron el fentail inyectable con 78 %, la buprenorfina transdérmica con 70 % y el tramadol inyectable con 68 %.

En el caso de los servicios exclusivos de cuidados paliativos, de igual manera todos los opioides registraron desabasto. El porcentaje de hospitales que tuvo desabasto de determinado opioide, siempre fue mayor al 25 %, destacando la oxycodona oral con 57 %, la buprenorfina sublingual con 55 % y la oxycodona inyectable con 53 %. Por su parte, los opioides que registraron mayor disponibilidad fueron el fentanyl



inyectable con 74 %, el tramadol inyectable con 67 %, y la morfina inyectable y el tramadol oral, ambos con el 66%. Lámina 32 del anexo.

Los hospitales con exclusivamente clínicas del dolor, también manifestaron la existencia de desabasto de todos los opioides. La gráfica muestra el porcentaje de hospitales o Clínicas del Dolor que tuvo desabasto de determinado opioide; pudiéndose apreciar que en 14 de los 16 (88 %) opioides investigados, dicho porcentaje superó al 25 % de los Hospitales. Los opioides que mayor desabasto registraron fueron: fentanyl transdérmico, oxicodona inyectable, metadona inyectable e hidromorfona inyectable, todos con 75 %; y los que mayor disponibilidad registraron fueron el fentanyl inyectable con 92 %, el tapentadol oral con 75 % y la buprenorfina transdérmica con 67 %. Lámina 33 del anexo.

En cuanto a las actividades docentes sobre el control del dolor crónico o cuidados paliativos, se encontró que sólo una cuarta parte de las clínicas del dolor y cuidados paliativos colaboran en la formación de personal de posgrado; 13 % de las mismas son sedes de cursos de alta especialidad en algología y cuidados paliativos; porcentaje que se eleva a 41 cuando los cursos no son de alta especialidad.

En los hospitales donde sólo otorgan cuidados paliativos, sólo en el 8 % de los servicios rota personal becario de posgrado y 32% por ciento realiza cursos de cuidados paliativos en modalidades distintas a la alta especialidad.

De las 12 clínicas del dolor, solo una es sede de personal becario de posgrado; en tres, que representan al 25% de ellas, se realizan cursos de alta especialidad en algología y cuidados paliativos y en cuatro, 33% de las mismas, se llevan a cabo cursos de cuidados paliativos diferentes a los de alta especialidad.



Acerca de la investigación específica sobre control del dolor o paliativos, en los tres tipos de organización de los servicios, los porcentajes de hospitales que la realizan, fueron de 29, 7 y 33 % respectivamente, y el de los hospitales que tienen trabajos publicados son aún menores: 24, 7 y 17%; encontrando que, las razones principales -pudiendo coincidir más de una- por las que no se realiza, fueron: en el 11 % desinterés del personal, en 39 % por carecer de formación específica; en el 27 % por no haber presupuesto y en el 30 % por considerar que hay exceso de trabajo. Lámina 34 del anexo.

## Análisis

Se trata de un diagnóstico realizado a través de consulta por vía oficial, en complemento o ratificación de la información que el Consejo, como autoridad sanitaria, solicitó desde el año 2016, cuyo propósito esencial ha sido conocer las acciones implementadas como efecto de los Acuerdos emitidos en favor de establecer los Cuidados paliativos como parte de la atención institucional y con los recursos que habitualmente disponen los establecimientos de atención médica.

Si bien los antecedentes demuestran que, en nuestro Sistema Nacional de Salud los cuidados paliativos se han implementado de manera aislada, las acciones legislativas y de las autoridades sanitarias son acordes a las directrices establecidas por la OMS, al contar con una política global en favor de la atención médica paliativa, dado el artículo 4º Constitucional y las reformas a la Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que incorporan a los cuidados paliativos como parte de la atención integral. No obstante, desde dicha perspectiva, dar cumplimiento a las disposiciones en materia de control del dolor crónico y la aplicación permanente de la medicina paliativa,



implica la realización de acciones relacionadas con infraestructura, personal, etcétera, lo cual dio justificado sustento al objetivo de indagar las condiciones en que este tipo de servicios está operando.

Cabe destacar que, el proceso administrativo u organizacional de las instituciones, obviamente es diferente, por lo cual el requisitado de las cédulas como instrumento para la recolección de la información fue heterogéneo, lo cual implica una posibilidad de sesgo, al intervenir no sólo los jefes de servicio sino otro tipo de personajes, desde médicos generales adscritos habilitados como responsables, hasta directores de hospital, que realizan las acciones de interconsultante, otorgando la atención en lugares improvisados; situación que se subsanó mediante entrevistas telefónicas del personal responsable del compilar la información con los profesionales que requisitaron las cédulas. Sin omitir también, como fuente de riesgo de sesgo, el vaciamiento del contenido de las cédulas a páginas de Excel por parte de algunos responsables de compilar la información.

En la misma línea de atender a la propuesta de la OMS, sobre los aspectos prioritarios, un segundo elemento se relaciona con la posibilidad de lograr la cobertura universal, lo cual es, en materia de cuidados paliativos para nuestro Sistema Nacional de Salud, una aspiración. Dado que la cantidad de establecimientos de atención médica que cuentan con clínica del dolor o servicios de cuidados paliativos, solo alcanza el 11.5 % cuando se trata de clínicas del dolor o del 21.5 % si se habla de servicios de cuidados paliativos, y cuyas características o condiciones para la práctica develan que no todos los servicios cuentan con área exclusiva y que otros tantos en realidad operan como servicios de interconsulta.

Los avances son aun limitados a la luz de los resultados obtenidos, pues se encuentran según las diferentes instituciones, en un rango del 8% al 25% de los hospitales que cuentan con estos servicios.



Un tercer elemento se relaciona con implementar modelos de atención efectivos, que acorde con la información encontrada, las acciones y avances son heterogéneos, al tener implicaciones por el tipo de establecimiento que recibe a los pacientes -14 e este estudio- y la posibilidad de contar con la tecnología e insumos adecuados y suficientes para una atención de calidad en materia de atención paliativa. El factor esencial es lograr la continuidad de la atención, por lo cual, con los resultados analizados, se requiere implementar un mayor número de redes institucionales de atención o bien, convenios interinstitucionales, pensados en las necesidades reales de los pacientes; asimismo, diseñar y establecer estrategias locales, como un Comité o un equipo multidisciplinario responsable de coordinar la acciones y formalizar registros de pacientes para planear acciones de seguimiento y control, situaciones que indudablemente tienen que ver con la disciplina y formación de quien asume el liderazgo o la jefatura de los servicios, pues radica ahí la aplicación con mayor o menor sustento, de estrategias, acciones y sus resultados, cuyo efecto se manifiesta en una atención de mayor o menor calidad.

Al respecto, en el presente estudio los anestesiólogos con formación en algología alcanzan solo alrededor de una cuarta parte de los servicios de cuidados paliativos y dos terceras partes en clínicas del dolor, situación sugerente de la necesidad de delimitar o mejorar el perfil de un jefe de este tipo de servicios.

Una directriz más de la OMS en la implementación de los servicios, se refiere al acceso y disponibilidad de los opioides, por lo que el Consejo,





desde 2014 ha solicitado a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, a la Salud (COFEPRIS), información sobre las acciones realizadas a la luz de los Acuerdos sobre cuidados paliativos ya citados; las cuales han sido múltiples, destacando en ellas con particular interés para el presente estudio, la autorización inmediata de recetarios especiales y libros de control.

En esta perspectiva, los 6,077 médicos que cuentan con recetario para la poder prescribir analgésicos opioides, representan solo a 1.9% de los 305,418 médicos que, según registros de INEGI, existían al 31 de diciembre de 2021. Lo cual permite reflexionar sobre la posibilidad real de tener acceso a este tipo de fármacos, cuando se trata de obtenerlos en el ámbito extra hospitalario.

Una última línea de análisis, aborda la posibilidad de contar con personal capacitado en cuidados paliativos, que acorde con los resultados obtenidos, la mayor parte de los servicios de clínicas del dolor y paliativos, cuentan en su jefatura o liderazgo, con profesionales que se formaron en cursos de alta especialidad en algología y cuidados paliativos, o bien diplomados con reconocimiento universitario sobre cuidados paliativos, y la mitad de ellos está certificado por el Comité Normativo Nacional de Especialidades Médicas.

La gran variedad de disciplinas médicas y no médicas encontradas a cargo de los servicios de clínicas del dolor y cuidados paliativos, y las implicaciones para la optimización de recursos en el logro de objetivos y metas, sugiere la necesidad de delimitar el perfil profesional idóneo para estos servicios, y con base en él, cada profesional valore si puede desempeñarse con eficiencia en el cargo. Al respecto, no debe omitirse que, con base en la Ley General de Salud, el Plan de Cuidados Paliativos está a cargo del Médico Tratante y éste, es el que originalmente ve y trata



al paciente. Pero la organización institucional determina si esta responsabilidad, la conserva el especialista que deriva, o el especialista que recibe al paciente en el servicio de clínica del dolor o de cuidados paliativos.

Los resultados del estudio muestran que además del jefe de servicio, son las enfermeras que más se capacitan en cuidados paliativos, pero también cabe destacar que, dado que la Medicina Paliativa es una especialidad de reciente creación, muchos profesionales se autodefinen como paliativistas sin tener la formación correspondiente a una especialidad, seguramente porque asistieron a otras instancias académicas como diplomados, adiestramientos en el país o en el extranjero. Datos que se pueden apreciar en los gráficos correspondientes en el anexo.

## Conclusiones

Como efecto de los Acuerdos de obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de los cuidados paliativos, emitidos por el Consejo de Salubridad General, existe un incremento en el número de hospitales con clínicas del dolor o servicios de cuidados paliativos. No obstante, es aún limitado al considerar el universo de hospitales del Sistema Nacional de Salud, dado que la cobertura actual está alrededor del 11% y 20 % respectivamente.

Se requiere homologar y establecer las características de un servicio de cuidados paliativos, con base en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes, pues actualmente, existe heterogeneidad en la implementación de los servicios que denota incluso improvisación, sin omitir este tópico, el reconocimiento al interés y trabajo del personal de



atención a la salud por atender la disposición de la autoridad sanitaria y a la población que requiere este tipo de atención médica, mediante la implementación de estrategias locales e implementando acciones de infraestructura y capacitación de personal, sin incrementar el presupuesto con el que habitualmente se desempeñan.

Existe múltiple dependencia de los servicios de Clínicas del Dolor y de los servicios de Cuidados Paliativos, por lo que resultaría conveniente incorporarlos en los organigramas de los hospitales, con el objetivo de favorecer la gestión, oportunidad y suficiencia de recursos para una atención médica segura y de calidad.

La formación del capital humano que actualmente opera los servicios, puede considerarse adecuada en el caso de los responsables o jefes, dado que en su mayoría cuentan con cursos de alta especialidad, diplomados o estancias hospitalarias. El resto del personal, cuenta con cursos o adiestramientos en educación o desarrollo profesional continuo para su desempeño, que les da identidad, incluso para considerarse paliativistas.

La tendencia ascendente en la instrumentación de este tipo de servicios, se vio afectada por la emergencia sanitaria dada principalmente por la reconversión hospitalaria. Por lo cual se requiere valorar por parte de las autoridades sanitarias, estrategias que permitan retomar a la brevedad las actividades habituales de los servicios para el control del dolor crónico y la aplicación permanente de cuidados paliativos.

Los tipos de hospitales que mayoritariamente operan estos servicios son los de segundo nivel, pero proporcionalmente al número de ellos, los de tercer nivel cuentan con mayor oportunidad de realizarlos.

El primer nivel también participa, con estrategias específicas como en el caso de las Secretarías de Salud de Aguascalientes y la Ciudad de México,



o bien como actividad de seguimiento y continuidad de la atención hospitalaria, cuando son contactados por los profesionales adscritos otros niveles de atención. Asimismo, con planeación y programación de pacientes en algunas jurisdicciones sanitarias.

Los modelos de atención son múltiples, lo cual es obvio en el sentido de que el Sistema Nacional de Salud está fragmentado y los servicios institucionales segmentados, sin embargo, las variables exploradas fueron comunes, pudiendo inferirse que es de utilidad contar con Comités o grupos multidisciplinarios que coordinen la atención paliativa. Asimismo, apoyarse en registros que permitan un mejor control y seguimiento de los pacientes, establecer asesoría telefónica y fomentar la atención domiciliaria.

La continuidad de la atención apoyada en la operación de redes, requiere mayor impulso, pues en los hospitales con clínicas del dolor y servicios de cuidados paliativos solo operan en un 49%; en los hospitales con servicios de cuidados paliativos en el 61 % y en la mitad de los hospitales que sólo tienen clínicas del dolor.

Cuando la continuidad depende del otorgamiento de la atención según el horario, tanto en clínicas del dolor como en servicios de cuidados paliativos, se da mayoritariamente y con carácter oficial en un turno, sin omitir la existencia de hospitales que los dan en dos o de manera permanente. Sin embargo, existen hospitales en donde el personal adscrito utiliza medios de comunicación personales para atender de manera continua a los pacientes, más aún a aquellos que se encuentran en situación terminal.

Es importante destacar que 67% de los hospitales con servicios mixtos o sólo servicios de cuidados paliativos, cuentan con una estrategia para



garantizar la continuidad de la atención sin considerar la economía del paciente.

Se encontraron persistentemente datos de desabasto de opioides, no obstante, los responsables o jefes de servicios mixtos (Clínicas de dolor y paliativos) y los de servicios con solo paliativos, consideraron en su mayoría (63% y 58%), que con los opioides disponibles se había podido atender con eficiencia a las necesidades del servicio.



## Bibliografía

1. Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica. Asoc. Latinoamericana de cuidados paliativos, Primera edición 2012.  
<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20en%20Latinoamerica.pdf>
2. World Report 2014. Informe Mundial 2014: México.  
[https://www.hrw.org/sites/default/files/reports/mexico1014sp\\_ForUpload\\_1.pdf](https://www.hrw.org/sites/default/files/reports/mexico1014sp_ForUpload_1.pdf)
3. Lynch te et al. Pain Symptom Manage, 2013.  
[https://scholar.google.com.mx/scholar?q=8.+Lynch+te+et+al.+Pain+Symptom+Manage,+2013.&hl=es&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholar](https://scholar.google.com.mx/scholar?q=8.+Lynch+te+et+al.+Pain+Symptom+Manage,+2013.&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar)
4. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL et al. On Behalf of the Lancet Commission on Palliative Care and pain Relief Study Group. Alleviating the Access abyss in palliative care and pain relief –an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. The Lancet. 2017
5. Análisis sobre el panorama actual del control del dolor en México. Red. Del dolor en México. 2015 <https://plenilunia.com/salud-publica/novedades-medicas/analisis-sobre-el-panorama-actual-del-control-del-dolor-en-mexico/38335/>
6. Solis A. Revisión Bibliográfica: Costos para los cuidadores y familiares de pacientes en cuidados paliativos. INCMNSS. 2022  
<http://www.dolorypaliativos.org/art153.asp#:~:text=En%20dicho%20modelo%20los%20costos,para%20hospitales%20de%20atenci%C3%B3n%20publica.>
7. Reyes M.; González M.; Del Río I.; Mena E.; Nervi F.; Santí B.; Asenjo P. Costo día-cama en cuidados paliativos especializados Vs servicios convencionales: análisis económico del costo-beneficio. En: ALCP Asociación Latinoamericana de Cuidados paliativos. Marzo 2006.