

# Propuesta de una ruta integral de atención en salud de cuidados paliativos en Colombia



## Autoras:

Gianna Castro, Alejandra Correa y Sandra Estrada

## Resumen:

Las rutas integrales de atención en salud (RIAS) son un conjunto de acciones secuenciales que garantizan intervenciones universales y básicas en salud durante todas las etapas del ser humano, incluyendo el cierre del ciclo vital. En Colombia no existe una ruta integral de atención en salud que responda a las necesidades de los usuarios de cuidado paliativo para asegurarles una atención efectiva y oportuna, por lo que –a partir de una revisión documental– este estudio se propuso diseñar dicho instrumento, mediante un trabajo que se adelantó entre julio y noviembre de 2019. Dentro de los resultados del análisis se destacan los siguientes hallazgos: modelos de atención integral, lineamientos para la atención del paciente paliativo y propuesta de medidas de gestión de calidad relacionadas con el control y seguimiento de procesos que conforman la ruta propuesta; así mismo, a partir de los diferentes modelos analizados se obtuvo la caracterización de los aspectos relevantes para construir la ruta integral en cuidados paliativos, integrada por 15 aspectos, y por último –partir de la revisión de los documentos– se logró identificar los 4 hitos que estructuraron el componente de “acciones individuales”. Como conclusión, se pudieron establecer aspectos claves para construir la propuesta de Ruta de Atención en Cuidado Paliativo y dar recomendaciones para su implementación.

**Palabras clave:** Ruta de atención integral, cuidados paliativos, modelos de atención en cuidados paliativos, atención primaria, grupo multidisciplinario de atención en cuidado paliativo, manejo integral paliativo.

## Abstract

The Comprehensive Health Care Routes are a set of sequential actions that guarantee universal and basic health interventions during all stages of the human being, including the closure of the life cycle. In Colombia there is no Comprehensive Health Care Route that responds to the needs of Palliative Care users to ensure effective and timely care. That is why this study set out to design, based on a documentary review, a Comprehensive Health Care Route focused on the provision of palliative care, between the months of July and November of the year 2019. Within the results of the analysis, The following findings stand out: models of comprehensive care, guidelines for palliative patient care and the proposal of Quality Management measures related to the control and monitoring of processes that make up the proposed route; Also from the



different models analyzed, the Characterization of the relevant aspects for the construction of the Comprehensive Route in Palliative Care was obtained, integrating 15 aspects. Finally, it was achieved from the review of the documents, the identification of 4 Milestones that structured the individual actions component. Finally, as a conclusion, it was possible to establish, based on the findings of the documentary review, key aspects to build the proposal of a Palliative Care Route and give recommendations for its implementation.

**Key Words:** comprehensive care route, palliative care, models of care in palliative care, primary care, multidisciplinary group of care in palliative care and comprehensive palliative management.

## Introducción

En Colombia la búsqueda constante de estrategias para asegurar la mejor atención en salud a la población ha llevado a los gobiernos a hablar de “atención integral en salud”. A partir de 2015, con la entrada en vigencia de la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria en Salud), el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) promueve la equidad como principio rector a partir del establecimiento de la igualdad de trato y oportunidades de acceso a los servicios de salud.

Para cumplir con las recomendaciones promovidas por dicha Ley, se crean las rutas integrales de atención en salud (RIAS), las cuales consisten en un conjunto de acciones secuenciales que garantizan intervenciones universales y básicas en salud durante todas las etapas del ser humano y tienen como objetivo dar a conocer las condiciones necesarias para garantizar una adecuada atención en salud (MinSalud, 2016).

Dichas rutas comprenden: la “Ruta integral de atención para la promoción y el mantenimiento de la salud en el curso de vida, individual y colectiva”; las “Rutas integrales de atención para grupos de riesgo, intervenciones individuales y colectivas dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención”, y las “Rutas integrales de atención específica para evento, intervenciones individuales y colectivas, dirigidas especialmente al diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y paliación de los eventos o condiciones específicas de salud priorizadas” (MinSalud, 2016).

El cuidado paliativo es una rama de la medicina cuyo objetivo es prevenir y aliviar el sufrimiento del paciente (y sus familiares) que afronta una enfermedad potencialmente mortal, mediante la intervención de un equipo multidisciplinario que pueda identificar de forma oportuna problemas físicos o psicosociales (MinSalud, 2018).

La población colombiana cuenta hoy con el respaldo de la normatividad que les propone a los agentes del SGSSS ofrecer cuidados paliativos dentro de sus servicios, según su posibilidad; sin embargo no se garantiza un servicio integral al final de la vida, aunque en el país se considera la atención en salud a personas con patologías terminales. Muchos de estos pacientes no cuentan con un servicio de salud que garantice el acceso integral a un tratamiento interdisciplinario que aborde no solo los problemas físicos sino también los emocionales, espirituales y sociales que afectan el bienestar del ser humano (MinSalud, 2016).

En ese sentido, un aporte relevante para promover la calidad en atención en salud es construir una



herramienta que permita el acceso a la atención en salud del grupo susceptible de cuidados paliativos. Por eso, con esta investigación se propuso crear una Ruta Integral de Atención en Salud en Colombia que le permita a la población con patologías crónicas, progresivas e incurables acceder a un servicio de Cuidado Paliativo que le garantice la atención integral con los recursos disponibles en el SGSSS, de los cuales dispone el territorio colombiano, sin que se genere mayor gasto al Sistema. Esto con el objetivo de prestar servicios de salud oportunos, pertinentes y costo-efectivos para aliviar el sufrimiento con una óptica global, es decir que abarque no solo los aspectos físicos, mentales y espirituales, sino también la relación con su entorno familiar para mejorar su calidad de vida.

## Metodología

Este estudio se desarrolló con metodología cualitativa, de alcance descriptivo, de tipo revisión documental de literatura. Para ello se establecieron los siguientes objetivos:

- Caracterizar modelos internacionales de atención y población de cuidados paliativos.
- Identificar aspectos específicos del componente “Acciones individuales” basadas en los lineamientos de atención integral en Cuidados Paliativos en Colombia.
- Identificar los hitos de la Ruta de Atención Integral en Cuidado Paliativo.
- Generar recomendaciones de implementación de la Ruta desde el ciclo de gestión (PHVA) (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar) con indicadores y metas de cumplimiento.

Los documentos de referencia se seleccionaron a partir de la búsqueda exhaustiva en la base de datos de la Biblioteca Juan Roa Vásquez de la Universidad El Bosque, Google Académico, revistas y libros electrónicos con palabras claves como: ruta integral de atención en salud, cuidados paliativos, modelos de atención en cuidados paliativos, atención primaria, grupo multidisciplinario de atención en cuidado paliativo y manejo integral paliativo.

Los criterios para incluir los artículos usados en la revisión documental fueron: fecha de publicación no mayor a 12 años, documentos de países pioneros en la integración del Cuidado Paliativo en su sistema de salud como España, Holanda y México, entre otros; y documentos que tuvieran la caracterización de la atención en pacientes de Cuidado Paliativo en los diferentes niveles de complejidad.

Los criterios de exclusión fueron: documentos que traten el cuidado paliativo desde el punto de vista de manejo farmacológico; documentos tipo póster o resumen; y documentos que aborden el cuidado paliativo desde un diagnóstico o patología específicos.

Inicialmente se realizó una lectura rápida, después de la cual se encontraron 50 artículos; luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión expuestos antes se realizó una depuración de la información obtenida y finalmente se seleccionaron 20 artículos.

Para el análisis de los datos se construyó un instrumento de recolección de información consistente en una guía de lectura, en la cual se establecieron previamente conceptos transversales para crear la ruta; estos actuaron como puntos clave para identificar la información pertinente para desarrollar el estudio y después construir la Ruta; se les denominó hitos.

Posteriormente se clasificaron cada uno de los 20 artículos seleccionados haciendo énfasis en: 1) modelo de



atención, 2) población sujeto de estudio y 3) información que detallara conceptualmente cada uno de los hitos. Se identificaron 9 documentos que aportaron información indispensable para el estudio.

El siguiente paso fue caracterizar cada uno de los modelos de atención y de la población que se beneficia de ellos. Se describieron todos los aspectos relevantes para construir la ruta. De ahí surgió la información conceptual que forma parte de la estructura de cada uno de los siete componentes/entornos de la Ruta propuesta.

Una vez seleccionados los artículos definitivos para ser analizados, se identificaron en la lectura aspectos específicos del componente “Acciones individuales” con base en los Lineamientos para la atención integral en cuidados paliativos en Colombia (MinSalud, 2016), con el fin de articularlos en la propuesta de Ruta Integral de Cuidado Paliativo.

La generación de recomendaciones de implementación de la Ruta se construyó a partir de herramientas como el ciclo de gestión (PHVA) y la matriz 5W 1H (quién, qué, dónde, cuándo, por qué, cómo). Por último se construyeron cuatro indicadores, uno para cada hito, con el objetivo de medir el seguimiento y cumplimiento de cada uno de ellos.

## Resultados

A continuación se presentan los principales hallazgos de esta investigación.

### Caracterización de los modelos de atención en cuidado paliativo

En el mundo se adoptan diferentes modelos de atención en cuidados paliativos según la población que cada país ha catalogado previamente como susceptible de estos. Los modelos hallados en el estudio fueron:

- Modelo de Atención Integral e Integrado (Madrid, España): de este se destaca especialmente que existe una participación de todos los niveles asistenciales, además de homogeneidad en la atención de los cuidados paliativos, en los cuales intervienen equipos especializados en cuidado paliativo en situaciones complejas. Se le llama Integrado por que se adhiere a la red asistencial e integra su intervención en hospital y domicilio. Está basado en las necesidades paliativas de la población y no en plazos concretos de supervivencia (Pascual, 2008).
- Modelo de Atención Básico e Integral (España): se destaca por un enfoque interdisciplinario mediante el cual se plantean posibles intervenciones relacionadas con: atención integral en la agonía con cuidados de enfermería al final de la vida; intervención psicológica en cuidados paliativos; atención espiritual (counselling) al enfermo terminal y a su familia; comunicación y acompañamiento en el duelo; intervención social en cuidados paliativos; importancia de la antropología de la enfermedad; integración de la propia muerte; trabajo interdisciplinario como herramienta para el mejor cuidado paliativo; y voluntariado con enfermos al final de la vida y sus familiares (Dos Santos, 2011).
- Modelo de Atención Primaria Hospitalaria: la población sujeto de estudio consta de enfermos en situación de enfermedad avanzada y terminal; se promueve la calidad de vida de estos (Gómez et al., 2010).



- Modelo de Atención en Cuidados Paliativos (Barcelona, España): está centrado en la “Atención primaria hospitalaria”, mediante la cual se analiza el contexto y la evaluación poblacional de necesidades, con el fin de implementar servicios específicos para la población en programas públicos de cuidados paliativos (Gómez et al., 2010).

España es uno de los países de referencia en manejo de cuidados paliativos, ya que realiza una clasificación de la complejidad del paciente, en la que basa su atención clínica, psicológica y social estableciendo recomendaciones de intervención (Fernández et al., 2008).

- Modelo de Atención Domiciliaria tipo Hospicio (Holanda): se remonta a los inicios del manejo de cuidados paliativos. En este, el cuidado debe centrarse en el trabajo en equipo para contribuir a las responsabilidades compartidas en la prestación de cuidados paliativos óptimos; también se realiza una consulta quincenal, en la cual un médico de cabecera realiza una evaluación multidimensional y desarrolla un plan de atención personalizado, brindando apoyo especializado a pacientes y cuidadores. La frecuencia de consulta del paciente depende de la estabilidad de este (De Graaf et al., 2016).

- Modelo de Atención Integral Hospitalario (México): se basa en tres coordinaciones: pacientes oncológicos, pacientes no oncológicos y pacientes pediátricos, cada uno de los cuales encuentra atención paliativa en los tres niveles de atención en salud. Se hace énfasis en evitar el sufrimiento del enfermo terminal, aceptando los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo y teniendo como objetivo controlar el dolor y atender los aspectos psicosociales y espirituales del paciente y su familia. Esta atención paliativa es realizada por un equipo multidisciplinario conformado por algólogos (estudio del dolor), psiquiatras, psicólogos, oncólogo, geriatra, nutriólogo, trabajo social y enfermería (González et al., 2012).

- Modelo de Atención Domiciliaria (México): se centra en el primer y segundo nivel de complejidad para dar seguimiento, cuidados intradomiciliarios y elaboración de certificado de defunción en casa (Allende et al., 2013).

- Modelo de Atención Comunitario/Compasivo (Medellín): se realiza con participación comunitaria a través del aprendizaje y empoderamiento de grupos sociales que rodean al enfermo (familia, vecinos, amigos) en temas como apoyo en necesidades biológicas, espirituales, emocionales y sociales que complementen el manejo médico; también en conjunto, desarrollan un plan individualizado orientado a usar las fortalezas de los pacientes, las de sus familias y los miembros de su propio equipo para desarrollar estrategias en pro de las necesidades de las personas y familias día a día (Prada et al., 2017).

Caracterización de la población atendida según el modelo de atención en cuidados paliativos

Con respecto a las características de la población sujeto de cada uno de los modelos de atención descritos, los hallazgos del estudio fueron los siguientes:

- Modelo de Atención Integral e Integrado (Madrid, España): incluye tanto a pacientes oncológicos como no oncológicos en situación avanzada y terminal, y se realiza una clasificación de paciente por categorías según niveles de complejidad, según la cual se establece la recomendación de intervención de los diferentes recursos (Pascual et al., 2008).



- Modelo de Atención Básico e Integral (España): la población susceptible de cuidados paliativos es aquella que cumpla con los siguientes criterios: existencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable; falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico; aparición de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples y cambiantes; y pronóstico inferior a seis meses (Dos Santos, 2011).
- Modelo de Atención Primaria Hospitalaria: la población sujeto de estudio consta de enfermos en situación de enfermedad avanzada y terminal; se promueve la calidad de vida de estos (Gómez et al., 2010).
- Modelo de atención en cuidados paliativos (Barcelona): según su complejidad, se realiza una clasificación de pacientes por categorías, según niveles de complejidad, y se establecen las recomendaciones de intervención de los diferentes tipos de recursos según la complejidad (Fernández et al., 2008).
- Modelo Domiciliario tipo Hospicio (Holanda): se tiene en cuenta la población con esperanza de vida menor a un año (De Graaf et al., 2016).
- Modelo de Atención Integral Hospitalario (México): se basa en tres coordinaciones que, a su vez, hacen referencia a la población que tienen a cargo: pacientes oncológicos, no oncológicos y pediátricos. Dentro de los no oncológicos se encuentran pacientes en situación irreversible para recuperar su salud, que hayan recibido o no tratamiento, cuando los recursos experimentales ya se han aplicado sin eficacia terapéutica y que fallecerán en un lapso de tres a seis meses; en esta categoría también se incluyen aquellos pacientes que no responden a tratamiento (González et al., 2012).
- Modelo de Atención Domiciliaria (México): se manejan pacientes con cáncer en etapa terminal, con un índice pronóstico paliativo (PPI) mayor a un mes, vistos al menos en una ocasión en el Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) y que presentan problemas para acudir a la Institución por bajo estado funcional o síntomas de difícil control (Allende et al., 2013).
- Modelo Comunitario/Compasivo (Medellín): se tiene en cuenta a la población con patología crónica incurable, población altamente vulnerable con enfermedades avanzadas y en el final de la vida, y población con enfermedades crónicas, cáncer y VIH (Sánchez et al., 2017).

Además de los modelos expuestos, en la Guía de Práctica Clínica para la Atención de Pacientes en Cuidado Paliativo (Madrid, España) se enfatiza en la población a partir de los 18 años, oncológicos y no oncológicos, que requieran de cuidados paliativos.

En la tabla 1 se realiza una asociación entre los diferentes modelos de atención encontrados en el estudio y la población susceptible de cuidados paliativos que cada uno tiene a su cargo.



**Tabla 1.** Modelos de atención en cuidados paliativos y su respectiva población a cargo

<b>N°</b>	<b>Modelo</b>	<b>Población a cargo</b>
1.	Modelo Integral e Integrado en Cuidados Paliativos	Pacientes oncológicos y no oncológicos en situación avanzada y terminal.
2.	Modelo de Atención Básico e Integral	Pacientes que tengan necesidades paliativas y requieran tratamiento por parte de Cuidados Paliativos.
3	Modelo Atención Primaria/ Atención Hospitalaria.	Pacientes con situación de enfermedad avanzada y terminal.
4.	Modelo de Atención clínica, psicológica y social al paciente de cuidado paliativo según su complejidad clínica, social y emocional.	Clasificación de pacientes según niveles de complejidad y de acuerdo con estas, se les asigna recomendación de intervención terapéutica.
5	Modelo Hospicio	Pacientes de cuidados paliativos domiciliarios con esperanza de vida menor a un año.
6.	Modelo de atención integral hospitalaria basada en tres coordinaciones	Pacientes oncológicos, no oncológicos y pediátricos. Dentro de los no oncológicos: pacientes con características específicas según su supervivencia y pacientes que no responden a tratamiento.
7.	Modelo de Atención Domiciliaria	Pacientes con cáncer en etapa terminal, con un índice pronóstico paliativo (PPI) mayor a un mes y con dificultad de traslado.
8.	Modelo Compasivo/ Comunitario	Población con patología crónica incurable, enfermedad avanzada y vulnerable (pediátricos y adultos). Pacientes con enfermedades crónicas, cáncer, VIH.

Fuente: elaboración propia





## Caracterización de los aspectos relevantes para la construcción de la Ruta Integral en Cuidados Paliativos

De cada uno de los artículos seleccionados se tuvieron en cuenta aquellos aspectos que tuvieran alguna posible relevancia para la construcción de todos los componentes/entornos de la Ruta, los cuales son: Entorno comunitario, Entorno educativo, Entorno hogar, Entorno cuidado, Entorno de gestión de salud pública, Entorno de promoción de la salud, y Entorno de acciones individuales (ver tabla 2).

**Tabla 2:** Caracterización de los aspectos relevantes para la construcción de la Ruta Integral en Cuidados Paliativos

No	Aspectos relevantes para la construcción de la Ruta
1.	Necesidad de una relación fluida entre los distintos niveles de complejidad, como: cuidados paliativos básicos, primarios y cuidados paliativos específicos.
2.	Sistema de evaluación sistemática de resultados clínicos en pacientes en situación de enfermedad terminal. (Indicadores).
3.	Acciones de sensibilización e información a la población general.
4.	Apoyo y preparación psicológica basada en la información. Técnicas alternativas de manejo de las expectativas y el afrontamiento que permiten la disminución del dolor y la toma de decisiones.
5.	Énfasis y tratamiento para cuidadores en pediatría debido a desgaste y sobrecarga emocional.
6.	Identificación de las etapas de la enfermedad en paciente paliativo mediante
7.	Mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades avanzadas, crónicas o terminales, mediante el empoderamiento de su grupo social, ayuda en las tareas y satisfacción de las necesidades de cuidado.
8.	Las comunidades compasivas promueven la salud como responsabilidad de todos, no solo de los servicios médicos; por lo tanto, es una herramienta clave para llevar el concepto de cuidados paliativos al entorno comunitario.
9.	El nivel de atención primaria tiene un papel central en la atención integral a nivel comunitario.
10.	Trabajo en red (comunidad, profesionales de la salud e instituciones).
11.	Es recomendable manejar pacientes en fin de vida en hospicios o en manejo domiciliario, ya que tienen la posibilidad de estar rodeados por sus familias en el último momento de su vida.
12.	Un equipo multidisciplinario que esté a cargo desde la Atención Primaria, en este caso, médico general, enfermería, trabajo social, psicología, con el acompañamiento del especialista o médico experto, hace que el paciente y su familia se sienta acompañado de manera permanente.
13.	Parametrización de las atenciones clínicas en cuidados paliativos.
14.	Atención domiciliaria para pacientes con cáncer en etapa terminal con un índice pronóstico paliativo (PPI) mayor a un mes.
15.	Pacientes vistos al menos una vez por el servicio de cuidado paliativo domiciliario, que tengan dificultad para acudir a la institución o tengan síntomas difíciles de modular.
16.	Clasificación de pacientes por categorías, según niveles de complejidad clínica, social emocional y se establecen recomendaciones de intervención de los diferentes niveles según su complejidad.
17.	Desarrollo de programas paliativos definidos mediante el análisis de barreras de acceso y disponibilidad de recursos para su implementación, teniendo en cuenta aspectos demográficos sociales y geográficos.

**Fuente:** elaboración propia con base en los documentos consultados.





## Identificación de aspectos específicos del componente “Acciones individuales” basados en los Lineamientos de atención integral en cuidados paliativos en Colombia

Teniendo como punto de partida los artículos incluidos en la revisión documental, se propusieron las “Acciones Individuales” principales para la estructura de la Ruta Integral de Cuidado Paliativo. Las actividades recomendadas se fundamentan en 11 lineamientos considerados como generales, los cuales deberán ser aplicados en cualquier programa que se quiera estructurar, reconociendo la población a la cual va dirigida y cada institución tendrá la libertad de plantear lineamientos específicos según sus necesidades (ver tabla 3).

**Tabla 2:** Acciones individuales recomendadas con base en los Lineamientos para la atención integral en cuidados paliativos

Actividades /Acciones recomendadas		
Implementar como puerta de entrada programas de atención primaria.		Abordaje de necesidades por parte de un equipo multidisciplinario
Personal de atención primaria capacitado en cuidado paliativo.	Contar con médicos especialistas en cuidado paliativo en todos los niveles.	Evaluación y modulación de síntomas según la etapa de la enfermedad.
Socializar la <i>Guía de práctica clínica para la atención de pacientes en cuidado paliativo (adopción)</i> del Ministerio de Salud y Protección Social al área de la salud de atención primaria.		Alianzas entre EPS e IPS de cuidado paliativo (hospicio, hospitalización día, programas domiciliarios).
Instrumentos clasificar la complejidad clínica.	Alianzas con fundaciones sin ánimo de lucro, grupos religiosos con vocación de acompañamiento.	Entrenamiento en el cuidado a red de apoyo.
Lineamientos Generales de la Atención Integral en Cuidado Paliativo		

Fuente: elaboración propia a partir de MinSalud, 2020.



## Identificación de hitos de la Ruta a partir de los modelos contemplados dentro de la revisión documental

En los siguientes apartados se definen los hitos que estructurarán el componente/entorno de las “Acciones individuales” de la Ruta, identificando factores comunes e indispensables en la atención de pacientes de cuidado paliativo dentro de la revisión documental.

Hito 1: Identificación del paciente susceptible de cuidados paliativos. Para identificar al paciente susceptible de cuidados paliativos se debe corroborar que cumpla con los criterios de enfermedad avanzada según su diagnóstico.

Hito 2: Identificación de la complejidad del paciente paliativo. Para este Hito se deben identificar las características clínicas, psicológicas y sociales de los pacientes que conducirán a la clasificación según su complejidad en: pacientes de “Baja complejidad” y pacientes de “Alta complejidad”.

Hito 3: Modelo de atención para el abordaje integral del paciente paliativo. Para este Hito se identificó que el modelo de atención para el abordaje integral del paciente debe estar enfocado en el control del dolor, apoyo emocional, supervisión a cargo de personal de salud entrenado en cuidado paliativo y manejo de necesidades biológicas, espirituales y sociales que complementen el manejo médico; por lo cual, se proponen los Modelos de Atención, según la complejidad del paciente susceptible de cuidados paliativos.

Hito 4: Seguimiento, vigilancia y control. Parte de la estructura del Sistema de Salud en Colombia permite el monitoreo de las políticas instauradas en el área de la salud para el mejoramiento de la salud pública. Por eso, la documentación que sirve de base para la vigilancia debe estar documentada y presentada en forma de indicadores. Por lo anterior, se establecieron indicadores de seguimiento para la propuesta de ruta desarrollada en el presente estudio (MinSalud, 2016).

## Discusión

El propósito de la propuesta de Ruta de Atención Integral en Cuidado Paliativo es solucionar una problemática en salud de la población con patología crónica, progresiva e incurable y de esta manera garantizar el acceso a los servicios de cuidado paliativo que se requieren de manera oportuna y pertinente.

Con la revisión documental que se realizó se pudieron determinar aspectos clave para integrar a la propuesta de Ruta de Atención en Cuidado Paliativo y dar recomendaciones para su implementación.

Varios autores coinciden en un modelo integral en cuidado paliativo, sectorizado, en el cual participen todos los niveles asistenciales y los equipos de cuidado paliativo son indispensables. Tanto la homogeneidad en la atención paliativa como la atención integrada a la red asistencial forman parte de la propuesta adaptada a las necesidades del paciente y su familia, intensificando las medidas de confort durante la etapa de enfermedad que cursa el paciente, en la cual su comodidad y bienestar son lo más importante para el equipo paliativo (Pascual, 2008; González et al., 2012; González et al., 2011).



Los modelos revisados incluyen la Atención Primaria como puerta de entrada para la población susceptible que ingresó al Programa de Cuidado Paliativo. La importancia de anclar la atención primaria a los servicios de cuidado paliativo radica en que en Colombia ya se habla de manejo en “Redes en Salud” (MinSalud, 2016). Esto hace que se pueda conectar el ingreso de los pacientes al Programa de Cuidado Paliativo por atención primaria, y de allí poderlos direccionar a los niveles de complejidad designados para su manejo final. Para lograrlo, es indispensable capacitar tanto al personal de atención primaria como a los equipos que formen parte del Programa de Cuidado Paliativo con la adopción de guías de manejo (MinSalud, 2016), la creación de estándares formativos y certificación de competencias para los profesionales, puesto que al tener el conocimiento se puede direccionar al paciente que requiere manejo paliativo (De Graafl et al., 2016; Sánchez et al., 2017).

El equipo de trabajo es parte fundamental en los artículos revisados, ya que hablan de “integralidad de la atención” y en este caso en particular, no solo va dirigida al paciente, sino también a la familia y al cuidador de este. El entorno estará compuesto de comprensión, espiritualidad y de todas aquellas emociones que el ser humano expresa, entendiendo que es el curso final de la vida y que, dependiendo del personal entrenado, se puede dar una atención con calidad, oportunidad y pertinencia, para lo cual se recomienda la participación de equipos interdisciplinarios compuestos por personal médico general, especialistas en cuidado paliativo, enfermería, psicología, trabajo social, guía espiritual o counselling y voluntarios (González et al., 2012; González et al., 2011; De Graafl et al., 2016). Uno de los aspectos importantes a resaltar es el apoyo terapéutico de psicología, trabajo social y el guía espiritual (González et al., 2011; Lasmarías et al., 2013), puesto que lo más difícil en el ciclo final de la vida es el desprendimiento, tanto del paciente como de su familia, el tomar las decisiones pertinentes de tratamiento, e incluso aceptar las “voluntades anticipadas” forman parte del manejo que el programa puede brindar a sus pacientes y familias (Pascual, 2008).

Otra de las observaciones descritas es la interacción de los especialistas en Cuidado Paliativo, la cual se puede brindar presencialmente o con seguimiento telefónico, pretendiendo no solo dar las indicaciones médicas sino brindar acompañamiento a las familias y verificar que el manejo dado por parte del equipo de atención primaria se esté llevando a cabo (De Graaf et al., 2016).

Todos los modelos de atención, como son Domiciliario, Hospicio, Unidad de cuidado paliativo y Hospitalario, deben estar enfocados en la orientación al paciente y su familia, en la parte médica, espiritual, psicológica y social a fin de que estos aspectos entrelazados satisfagan plenamente la atención prestada hasta el resultado final (MinSalud, 2018).

El modelo de atención domiciliario es adaptable a la propuesta de Ruta Integral de Atención en Salud en Cuidado Paliativo ya que, según el nivel de complejidad (Fernández et al., 2008), se pueden tratar pacientes en su hogar junto a los suyos y definitivamente es un modelo en el que participa la familia, el equipo de salud y el cual, articulado con personal capacitado, se puede implementar personal voluntario para apoyar a las familias que lo requieran.

Desde el punto de vista comunitario, se pueden adoptar modelos que integren a la comunidad en los programas de cuidado paliativo, enfocados a personas que no tengan un apoyo familiar adecuado o que no cuenten con recursos económicos; estos modelos ya se encuentran en Colombia y de ellos se resaltan las experiencias satisfactorias que han tenido en Medellín (Prada, et al., 2017).



La clasificación del paciente por categorías según los niveles de complejidad, y las recomendaciones de intervención acordes con dicha clasificación, forman parte de las recomendaciones que se deben tener en cuenta para abordar el manejo integral de los pacientes (Fernández et al., 2008). Para esto se tiene en cuenta el empleo de las escalas de clasificación, entre las que se encuentran: la Escala Karnofsky (o KPS), que mide la capacidad de realizar tareas rutinarias y determina el pronóstico del paciente; la Escala ECOG, que mide la calidad de vida de los pacientes oncológicos y sus expectativas de vida; el índice de pronóstico paliativo (IPP), y la Escala PPS que mide el nivel de actividad del paciente.

Los hitos analizados cuentan con el enfoque necesario para encaminar al paciente en las “acciones individuales” propuestas desde los Lineamientos generales para la atención de cuidados paliativos (MinSalud, 2016a, 2018); estos son:

- Hito 1. Identificación del paciente susceptible de cuidado paliativo.
- Hito 2. Identificación de la complejidad del paciente paliativo.
- Hito 3. Modelo de atención para el abordaje integral del paciente paliativo.
- Hito 4. Seguimiento, vigilancia y control.

Dentro de la Gestión de la Calidad es importante resaltar el enfoque de seguimiento, vigilancia y control propuesto con indicadores de acceso, oportunidad, pertinencia y de cumplimiento, los cuales se recomiendan para las instituciones prestadoras de servicios de salud que implementen la propuesta de Ruta, con el fin de efectuar mejoras continuas en los programas de cuidado paliativo (MinSalud, 2016b).

## **Propuesta de la Ruta Integral de Atención en Salud en Cuidados Paliativos**

Para construir la Ruta propuesta se tuvieron en cuenta los Hitos definidos en el estudio, los cuales se entienden como pasos clave en la Ruta; estos son: 1) Identificación del paciente susceptible de cuidado paliativo, 2) Identificación de la complejidad del paciente paliativo, 3) Modelo de atención para el abordaje integral del paciente paliativo, y 4) Seguimiento, vigilancia y control. Además se tuvieron en cuenta los aspectos relevantes encontrados en esta revisión documental.

## **Prestador primario o Puerta de Entrada**

En el inicio de la Ruta, el paciente ingresa a una valoración por Atención Primaria. Desde allí se remite al identificarlo con patología crónica, incurable y progresiva que requiere manejo por programa Cuidado Paliativo.

Se corrobora la necesidad de ingreso al programa con la aplicación de las “Escalas para la predicción de la supervivencia”.

De esta intervención se despliega el Hito 1: “Identificación del paciente susceptible de cuidado paliativo”. Se puede iniciar con una búsqueda activa de la población o por demanda inducida.

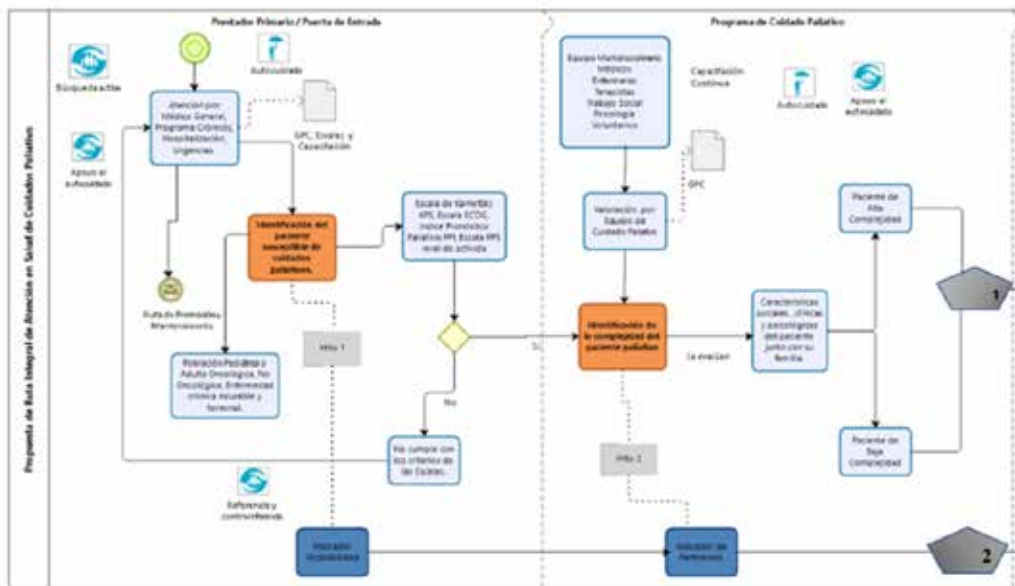


## Programa de Cuidado Paliativo

Después de identificar a la población que requiere manejo por el Programa de Cuidado Paliativo, se realiza la valoración integral del paciente teniendo en cuenta su examen médico, psicológico, emocional y el apoyo familiar con el que cuenta.

Según lo anterior, se despliega el Hito 2: “Identificación de la complejidad del paciente paliativo”, el cual clasifica a los pacientes según las características mencionadas antes en paciente de alta complejidad y paciente de baja complejidad.

En el gráfico 1 se presenta el algoritmo que incorpora los hitos 1 y 2 de la Propuesta de Ruta Integral de Atención en Cuidados Paliativos.



**Gráfico 1.** Algoritmo. Hitos 1 y 2 de la Propuesta de Ruta Integral de Cuidado Paliativo

Fuente: adaptación propia con base en el diagrama RIAS MinSalud.



## Modelo de atención

Para desarrollar el Hito 3: “Modelos de atención para el abordaje integral del paciente paliativo”, este dependerá del nivel de complejidad del paciente. Los modelos contemplados son: para pacientes de alta complejidad se recomienda el Modelo de atención hospitalaria o tipo Hospicio, y para pacientes de baja complejidad el Modelo de Atención Domiciliario o Modelo de Atención Ambulatoria (Castiblanco et al., 2018).

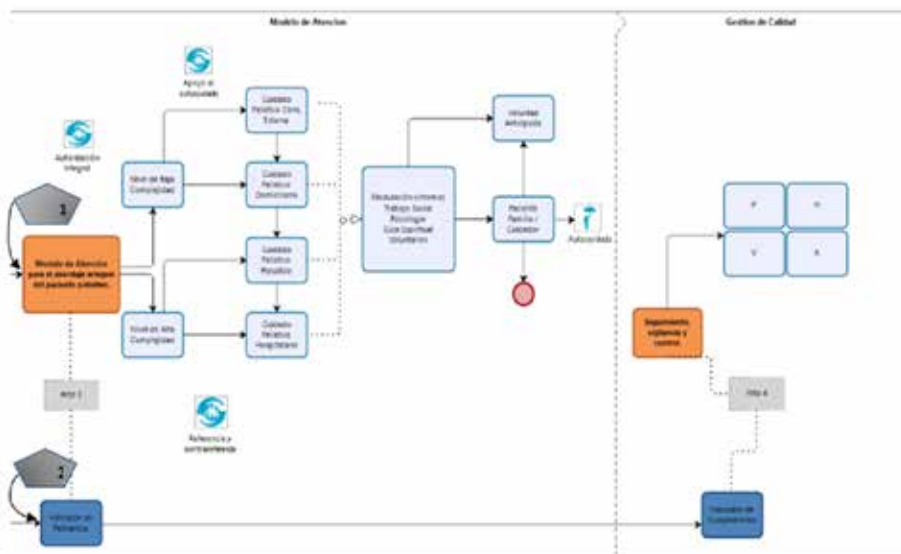
En cualquiera de los modelos donde se encuentre el paciente se debe tener en cuenta la modulación de los síntomas, lo que disminuye el sufrimiento, ayudando con el manejo integral del paciente y su familia. El cuidado en esta parte de la propuesta está a cargo de los familiares y voluntarios. Sin embargo, el apoyo se realiza desde cada modelo de atención según el estado funcional del paciente (Kyeremanteng et al., 2019).

## Gestión de calidad

Es el último punto de la Ruta Integral de Atención en Cuidado Paliativo, en el cual se desarrolla el Hito 4: “Seguimiento, vigilancia y control”.

Para eso, durante todos los pasos anteriores se establecen indicadores para el cumplimiento de cada uno de ellos, dando origen al ciclo de mejoramiento continuo denominado PHVA, con lo cual se pretende que el prestador de servicios de salud realice autoevaluación de su proceso y pueda definir acciones de mejora continua para que se presten servicios accesibles, oportunos y pertinentes, lo cual da como resultado una atención de calidad.

En el gráfico 2 se presenta el algoritmo que representa los Hitos 3 y 4 de la Propuesta de Ruta Integral de Atención en Cuidados Paliativos. En los dos gráficos se encuentran dos conectores, los cuales representan la continuidad del proceso en los pasos 1 y 2 de los gráficos.



**Gráfico 2.** Algoritmo. Hitos 3 y 4 de la Propuesta de Ruta Integral de Cuidado Paliativo.

**Fuente:** adaptación propia del diagrama RIAS MinSalud, 2016b.



El seguimiento, la vigilancia y el control estarán a cargo del Comité de Calidad asignado a cada proceso durante la implementación de la Ruta. Para ello se construyeron cuatro indicadores que medirán, inicialmente, los tres primeros hitos que conforman la ruta, estos son:

Para el Hito 1, se construye un indicador que mide la accesibilidad de pacientes al programa de Cuidados Paliativos.

Para el Hito 2, se plantea un indicador que mida la pertinencia en la identificación de la complejidad del paciente susceptible de cuidados paliativos.

En cuanto al Hito 3, se construye un indicador que mida la pertinencia del Modelo de Atención recomendado para cada paciente, según la clasificación previa de su nivel de complejidad.

Por último, para la medición del Hito 4 se plantea un indicador que mida la continuidad del proceso que se le realiza a cada paciente que ingresa al programa de Cuidados Paliativos (ver tabla 4).

**Tabla 4.** Indicadores de seguimiento, vigilancia y control de cada aspecto trazador de la Ruta de Atención Integral en Cuidado Paliativo

Hito	Indicador	Atributo de calidad	Meta
Hito 1 Identificación del paciente susceptible de cuidado paliativo	Número de pacientes que ingresaron efectivamente al programa según su clasificación en las escalas de supervivencia  Número de candidatos para entrar al programa de cuidados paliativos  X 100	Accesibilidad	Al 100% de los pacientes candidatos para entrar al programa de cuidados paliativos se les aplicarán las escalas de supervivencia internacional.
Hito 2 Identificación de la complejidad	Número de pacientes clasificados a nivel de complejidad pertinente con los resultados que arrojan las escalas de	Pertinencia	El 100% de los pacientes identificados como susceptibles de cuidado paliativo se clasificarán según su nivel de complejidad.





del paciente paliativo	<p>supervivencia</p> <hr/> <p>Total de pacientes que están siendo atendidos en el programa</p> <p>X 100</p>		
Hito 3 Modelo de atención para el abordaje integral del paciente paliativo	<p>Número de pacientes que fueron direccionados a los modelos de atención pertinentes según el protocolo</p> <hr/> <p>Total de pacientes a quienes ya se les determinó su nivel de complejidad</p> <p>x 100</p>	Pertinencia	El 100 % de los pacientes clasificados según su nivel de complejidad serán direccionados a los modelos de atención pertinentes según el protocolo.
Hito 4 Seguimiento, vigilancia y control	<p>Número de pacientes a los que se les realizó seguimiento</p> <hr/> <p>Todos los usuarios que pertenecen al programa de cuidados paliativos.</p> <p>x100</p>	Continuidad	Al 90 % de los usuarios del programa de cuidados paliativos se les hará seguimiento, vigilancia y control de su proceso.

Fuente: elaboración propia



## Componentes o entornos en los que se desenvuelve el paciente susceptible de Cuidados paliativos

La Ruta Integral de Atención en Salud en Cuidados Paliativos presenta siete componentes (diferentes entornos en los que se desenvuelve la población susceptible de cuidados paliativos) que fueron adaptados y adoptados del Ministerio de Salud y Protección Social (2020), teniendo en cuenta dos de ellos a nivel general: la Gestión en Salud Pública y la Promoción de la Salud, que se realizan desde el punto de vista de cuidado paliativo.

Teniendo en cuenta el Entorno de Gestión en Salud Pública, se sugiere adelantar programas públicos en cuidados paliativos que consideren tanto la caracterización de la población como la definición –por parte de cada una de las organizaciones– de los objetivos y de una misión clara que resuelva las necesidades de la población y que se tenga en cuenta la atención primaria como un elemento a destacar o como punto de partida.

En cuanto al Entorno de Promoción de la Salud en Cuidados Paliativos, se considera necesario capacitar al paciente y su familia en programas que puedan cooperar al mantenimiento de la salud.

En cuanto al Entorno Comunitario, se recomienda fomentar el cambio en los comportamientos frente al paciente paliativo por parte del familiar o cuidador, educándolo en lo relacionado con la enfermedad y el estado general del paciente.

En el gráfico 3 se presenta la distribución gráfica de los componentes/entornos que maneja el Ministerio de Salud y Protección Social con respecto a las RIAS (MinSalud, 2016b),



**Gráfico 3.** Diagrama de los Componentes/Entornos de las RIAS (Rutas Integrales de Atención en Salud) del Ministerio de Salud de Colombia

**Fuente:** elaboración propia a partir de MinSalud, 2020.



## **El Entorno Hogar se enfoca hacia la atención de Cuidado Paliativo desde su domicilio en pacientes con dificultad para acudir a la institución, aquellos con síntomas difíciles de modular.**

El Entorno Educativo se puede utilizar como herramienta en pro de la formación de Cuidados Paliativos, no solo de los profesionales en salud sino de la Red de Apoyo del paciente. Se plantea la creación de estándares formativos y la certificación de la competencia para el equipo de cuidado paliativo y educar al paciente y a su familia sobre los beneficios de los programas de cuidado paliativo, implementando herramientas para enseñar destrezas necesarias para cuidar de su ser querido (González et al., 2011; Lasmarías et al., 2013).

El Entorno de Cuidado se enfoca hacia las actividades a realizar por parte de la familia o el cuidador, responsabilidades en cuanto al manejo de medicamentos y las actividades conjuntas que se deriven según cada patología, involucrando tanto el cuidado físico como emocional.

## **Derechos y deberes de los pacientes**

Esta propuesta se desarrolla en el marco del cumplimiento de la Resolución 4343 de 2012, por medio de la cual “se regulan los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”, y la Resolución 13437 de 1991, por medio de la cual “se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes”.

En el presente estudio se hace énfasis en el cumplimiento del punto 10 del Decálogo de los Derechos de los Pacientes, el cual dicta: “Derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad”, siendo este la columna vertebral de esta propuesta (Orjuela et al., 2015).

## **Aspectos bioéticos**

Según las enfermedades terminales y el manejo terapéutico planteado en el presente estudio, se proponen los siguientes los aspectos bioéticos:

- No sobrepasar el límite tan estrecho que existe entre manejo y encarnizamiento terapéuticos.
- Es de vital importancia que el Comité de Bioética de cada institución forme parte de la implementación de la Ruta Propuesta en este trabajo sobre cuidado paliativo en sus instituciones, teniendo como base los Derechos de los Pacientes y las voluntades anticipadas que integran la decisión del paciente a ser tratado con respeto y dignidad, pero ante todo con integralidad hasta el final de sus días.
- Dentro del marco de Cuidados Paliativos se destacan como Principios Bioéticos rectores la Autonomía y la Beneficencia, según sea el caso particular de cada paciente (Orjuela et al., 2015).

Para finalizar, consideramos necesario dar a conocer las herramientas diseñadas en el presente trabajo, así:

- El algoritmo completo de la Ruta de Atención Integral en Salud en Cuidado Paliativo se puede consultar en el siguiente enlace: [Ruta Integral de Atención en Cuidado Paliativo](#)



- La Propuesta de Ruta de Atención Integral en Salud en Cuidado Paliativo, en la cual se integra cada paso de la propuesta de la ruta, con el fin de que la entidad prestadora de servicios en salud conozca la forma organizada de brindar un servicio en cuidado paliativo integral, se puede consultar en: Propuesta- Ruta de Atención Integral en Salud de Cuidado Paliativo

## Conclusiones y recomendaciones

- 1.** La propuesta de implementar una Ruta Integral de Atención en Salud en Cuidado Paliativo, que mejore la calidad en la atención de los pacientes con patologías oncológicas (MinSalud, MinHacienda, 2019), no oncológicas y enfermedades crónicas avanzadas o incurables, se logró mediante la identificación de hitos. Esta revisión documental permitió dar relevancia al abordaje interdisciplinario en Cuidados Paliativos.
- 2.** Las entidades prestadoras de servicios de salud podrían iniciar una prueba piloto que logre implementar servicios oportunos y pertinentes, permitiendo dar paso desde la atención primaria (Castiblanco et al., 2018) a la identificación del paciente con necesidades de cuidado paliativo. A su vez es costo-efectivo (MinSalud, MinHacienda, 2019; Gómez et al., 2010; Kyeremanteng et al., 2019; MinSalud, 2012; Sánchez 2017), ya que no pretende generar un mayor gasto, sino utilizar el recurso con el que previamente cuenta el sistema para articular la propuesta.
- 3.** Las “Actividades individuales” que conforman el proceso de atención de cuidado paliativo son el aporte del presente estudio para tomar decisiones basadas en la información obtenida. Destacan las capacidades de cada profesional que debe intervenir en cada esfera del ser del paciente, para dar respuesta a cada una de sus necesidades. La gestión de procesos de servicios en salud requiere metas establecidas y seguimiento para la toma de decisiones. La generación de datos resultantes del proceso de la atención permite detectar las tendencias en salud y esto confluye en la identificación de oportunidades de mejora, garantizando así una atención de calidad a la población.
- 4.** Desde el punto de vista del impacto de la calidad, no se tuvo en cuenta un enfoque solo desde el área clínica, sino que se abordó desde una óptica global, teniendo en cuenta los componentes de las Rutas de Atención Integral en Cuidado Paliativo, en las cuales todos los entornos son relevantes para hablar de calidad.
- 5.** A partir de la revisión documental se identificaron los 4 hitos que permitieron crear esta propuesta de ruta en cuidado paliativo. Una de las recomendaciones en este punto es que, a partir de estos hitos, se considere la base para la estructuración de la ruta en cada institución prestadora de servicios de salud.
- 6.** El proceso de seguimiento y control es indispensable para analizar el tipo de población susceptible de cuidado paliativo y permite generar cambios en el escenario de salud pública, considerando la medición de los indicadores formulados para el monitoreo de la ruta y poder establecer condiciones de mejora o ajustes para la ruta planteada.



## Bibliografía

Allende, S., Ortega, L., Verástegui, E., Domínguez, G., Monreal, E. y Ascencio, L. (2013). La pieza perdida en la medicina actual: atención domiciliaria a pacientes paliativos oncológicos. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 12(4), 229-33.

Castiblanco, C., Cano, G., Ariza, J., Parra, A., Reyes, L. y Ramírez C. (Abril 2018). Prestador Primario de Servicios de Salud Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria – Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud – Dirección de Promoción y Prevención. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co> › PSA › documento-marco-prestador-primario.

De Graaf, E., Zweers, D., Valkenburg, AC., Uyttewaal, A. y Teunissen, SC. (Junio de 2016). Hospice assist at home: does the integration of hospice care in primary healthcare support patients to die in their preferred location—a retrospective cross-sectional evaluation study. *Palliative Medicine*, 30(6), 580-586.

Dos Santos, L. y De Jesús, LA. (2011). Manual básico para la atención integral en cuidados paliativos. En José Carlos Bermejo, Elías Díaz-Albo y Ezequiel Sánchez (Eds.), Centro de Humanización de la Salud, Caritas, Madrid. *Psicooncología: Investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología*, 8(1), 180-181.

Fernández, A., Sanz, R., Cía, R., Boceta, J., Martín, M., Duque, A., Melero, JM. (2008). Criterios y niveles de complejidad en Cuidados Paliativos. *Med Pal*, 15(5), 287-92.

Gómez, X., Pascual, A., Espinosa, J. y Caja C. (Julio 3 de 2010). Diseño, implementación y evaluación de programas públicos de cuidados paliativos. *Medicina Clínica*, 135(4), 179-185.

González, C., Méndez, J., Romero, JI., Bustamante, J., Castro, R. y Jiménez M. (2012). Cuidados paliativos en México. *Revista Médica Hospital General de México*, 75(3), 173-179.

González, R., Sánchez, JG., Canchig, FE., Gómez, G., Ríos, PP y López de Castro, F. (Octubre 2011). Necesidades formativas en la atención a pacientes oncológicos en Castilla-La Mancha. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(3), 186-92.

Goodman, S., Rabow, M, y Folkman, S. (2009). Orientación para el Cuidado Continuo, Manual para los encargados del cuidado continuo de pacientes con enfermedades graves. 2019.

Kyeremanteng, K., Ismail, A., Wan, C., Thavorn, K. y D'Egidio, G. (Noviembre de 2019). Outcomes and cost of patients with terminal cancer admitted to acute care in the final 2 weeks of life: a retrospective chart review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 36(11), 1020-1025.

Lasmarías, C., Espinosa, J., Martínez, M., Bullich, I., Albuquerque, E. y Gómez, X. (Septiembre de 2013). Estudio sobre necesidades formativas en cuidados paliativos para atención primaria. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 16(3), 159-165.



Ministerio de Salud y Protección Social. (Abril de 2016). Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS. Bogotá: MinSalud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Abecé del cuidado paliativo.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-cuidados-paliativos.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (Marzo de 2020). Lineamientos para Atención Integral en Cuidado Paliativo. Bogotá: Minsalud.

Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Nacional de Cancerología. (Marzo de 2012). Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2020.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer-2012-2020.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. (2016). Guía de práctica clínica para la atención de Cuidado Paliativo.

[http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Otros\\_conv/GPC\\_paliativo/GPC\\_paliativo\\_completa.aspx](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_paliativo/GPC_paliativo_completa.aspx)

Ministerio de Salud y Protección Social – Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (2019). Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia - 2019.

<https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/situacion-del-cancer-en-la-población-adulta-atendida-en-el-sgsss-de-colombia/>

Orjuela, A., González, L. y Marulanda, J. (2015). Derechos en salud de los pacientes con cáncer. Serie derechos de los usuarios en salud y seguridad social, N11. Bogotá: Defensoría del Pueblo.

[http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Cartilla\\_pacientes\\_Cancer.pdf](http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Cartilla_pacientes_Cancer.pdf)

Pascual, A. (Diciembre de 2008). La estrategia en cuidados paliativos del sistema nacional de salud. *Psicooncología*, 1, 5.

<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220217A>

Pastrana, T., De Lima, L., Centeno, C., Wenk, R., Eisenchlas, J., Monti, C. y Rocafort J. (2013). Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica.

Prada, AR., Gómez, JC., Daveloza, AK. y Benjumea AZ. (2017). Comunidades compasivas en cuidados paliativos: revisión de experiencias internacionales y descripción de una iniciativa en Medellín, Colombia. *Psicooncología*, 14, 325.

Sánchez, M., León, M., Rodríguez, L., Perdomo, K., Ceballos, C., Gama, A., Cordero, C., Henríquez, G., Zambrano, A., Centeno, C. y Maurer M. (2017). Anuario Observatorio Colombiano de Cuidado Paliativo. Bogotá: Editorial Universidad El Bosque.

World Health Organization (WHO). (2018). Cuidados Paliativos Datos y Cifras.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>



World Health Organization (WHO). (2007). Cuidados paliativos. Control del cáncer: aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. World Health Organ, 23(3), 354-360.