



**Universidad  
Andrés Bello**

Universidad Andrés Bello

Instituto de Salud Pública Andrés Bello

Magíster en Salud Pública, Mención Gestión

**TRANSDISCIPLINARIEDAD EN CUIDADOS  
PALIATIVOS, UNA PROPUESTA PARA  
IMPLEMENTAR EN CHILE**

**Tesina, para optar al grado de Magíster**

**Autores**

Andrés Casanoba Choque

Alexandra Rojas Núñez

María José Barría Castro


**Profesor Guía**

Dra. Lorna Luco Canales

**Santiago, Chile**

**02 de diciembre 2022**

## FICHA DE INSCRIPCIÓN DE PROYECTO DE GRADO

INTEGRANTES DEL GRUPO/ANTECEDENTES DE ESTUDIANTES				
Nombres	Apellidos	Rut	Correo Institucional	Firma
María José	Barría Castro	16.556.574 - 6	<a href="mailto:m.barriacastro@uandresbello.edu">m.barriacastro@uandresbello.edu</a>	
Alexandra Andrea	Rojas Nuñez	18.843.455 - K	<a href="mailto:a.rojasnunez@uandresbello.edu">a.rojasnunez@uandresbello.edu</a>	
Andrés Armando	Casanoba Choque	16.226.117 - 7	<a href="mailto:a.casanobachoque@uandresbello.edu">a.casanobachoque@uandresbello.edu</a>	
Para la firma, se puede realizar mediante firma electrónica, insertar una imagen, o impresión, firma y escáner del documento. Lo importante es que contenga la firma de toda/os las/los integrantes del grupo.				

DATOS PROYECTO DE GRADO	
Nombre del Programa	Magister en Salud Pública mención Gestión en Salud
Título Proyecto de Grado	Transdisciplinariedad en Cuidados Paliativos Universales, una propuesta para implementar en Chile
Nombre del Profesor/a Tutor/a	Dra. Lorna Luco Canales
NRC Taller AFG	6994
Fecha de Entrega de la Inscripción Proyecto de Grado	03-10-2022

## PROYECTO DE GRADO

### MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIONES

#### 1. INTRODUCCIÓN.

Los Cuidados Paliativos (CCPP) son la rama de la medicina que promueve los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada, progresiva e irrecuperable, donde el manejo del dolor y otros síntomas, así, como los aspectos psicosociales, emocionales y espirituales cobran la mayor importancia (OMS, 1990).

En Chile, en 1994 se creó el Programa Nacional de alivio del dolor por Cáncer Terminal y CCPP. Este programa, desde sus inicios, tuvo como objetivo mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades oncológicas, fundamentalmente a través de la difusión de protocolos de manejo del dolor en distintos centros asistenciales públicos. Desde su creación, el marco legislativo ha evolucionado en los últimos 25 años a través de resoluciones, decretos y leyes que han ampliado tanto el universo de beneficiarios y sus familias, como las prestaciones entregadas. En sus inicios, con la promulgación de la Ley 18.469 del 23 de noviembre de 1985 que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de Salud. Posteriormente, se promulga la Ley 19.966 que establece un régimen en garantías explícitas en salud el año 2004, iniciando con 5 problemas de salud, incluyendo el Alivio del Dolor en Cáncer Avanzado. Actualmente la Ley 21.375 publicada el 21 de octubre de 2021 garantiza la universalidad de los CCPP. No obstante, los recursos son finitos y la demanda por acciones sanitarias de la población son ilimitadas, siendo necesaria, de forma permanente, la optimización de los recursos.

Una de las miradas más atractivas para hacer eficiente las intervenciones en CCPP y en general, la atención de los pacientes es el trabajo en equipo. Este término fue desarrollado en 1980 cuando fue reconocido que un individuo no tiene todas las habilidades y conocimientos para entregar un cuidado de alta calidad de forma individual (Cartmill, 2011). Existen distintos tipos de equipos desde los Unidisciplinarios (varios miembros de una misma disciplina), Multidisciplinarios (el modelo más común con un miembro *ad hoc* y el formato de consultas), Interdisciplinarios (trabajo en conjunto de forma proactiva pero sin un liderazgo o autoridad compartida) y Transdisciplinarios (cada miembro crea una visión compartida del equipo que resulta benéfica desde la superposición de roles, y tiene integrada las responsabilidades, entrenamientos y liderazgos) (Otis-Green, 2009). Considerados estos elementos, el modelo Transdisciplinario ofrece una alternativa atractiva

para el modelo de atención del paciente con el diagnóstico de enfermedad terminal, puesto que la calidad de los CCPP mejora en un ambiente colaborativo, integrando una visión biopsicosocial-espiritual de médicos, enfermeras, psicólogos capacitados (Otis-Green, 2009).

La nueva definición de la OMS-OPS respecto a los CCPP y su objetivo es que *“El cuidado paliativo tiene el objeto de mejorar la calidad de vida de los pacientes (viejos o niños) y sus familias cuando están enfrentando situaciones de riesgo de vida. El cuidado paliativo es la prevención y el alivio del sufrimiento a través de la detección temprana y correcta evaluación, el tratamiento del dolor y otros problemas que pueden ser físicos, psicológicos o espirituales”* (OPS/OMS, 2016). Entendiendo esto, se puede suponer que no existe una mayor diferencia entre los requerimientos de un paciente oncológico y uno no oncológico, según la conformación del equipo de salud transdisciplinario (Cartmill, 2011). Ambos pacientes requerirán una serie de prestaciones para mejorar su calidad de vida, en función de sus patologías y limitaciones. Así, la conformación de un equipo es transversal y sus competencias y habilidades deben ser desarrolladas a través de la capacitación continua (Otis-Green, 2007).

Sin embargo, como lo expresa Mularski en su artículo *“Pain Management Within the Palliative and End-of-Life Care Experience in the ICU”*, ejemplificando el manejo del dolor en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI o ICU por su sigla en inglés), donde se realizan los procedimientos de manera inmediata y *“agresiva”*, se ha observado que muchos pacientes experimentan molestias y otros estados indeseables durante el final de la vida en la UCI, haciendo que las organizaciones de salud comiencen a enfatizar la investigación, evaluación y mejora continua para los CCPP en estos servicios clínicos. (Mularski, 2009).

Es dable suponer que los equipos transdisciplinarios no solo requieren habilidades y conocimientos individuales para ejecutar la atención de pacientes al final de su vida. Cartmill en su estudio *“Transdisciplinary Teamwork: The Experience of Clinicians at a Functional Restoration Program”*, reveló tres temas centrales para la conformación de estos:

- a) Población Beneficiaria, en ella existirán pacientes difíciles o desafiantes e incluso en contra de los tratamientos. La gran mayoría están molestos, especialmente con su condición y algunos tienen problemas con el trato o no tienen recursos para asumir los costos. Por ello, la población que se incorpore deberá estar en sintonía con la complejidad del establecimiento necesaria para no subutilizar recursos.
- b) Comunicación y Colaboración con colegas, donde los integrantes del equipo deben mantener un ambiente de comunicación formal, comunicación informal y oportunidad de educación/entrenamiento con otros pares.
- c) Estructura Organizacional, donde el prestador debe mantener un ambiente propicio para el trabajo transdisciplinario, incorporando cambios periódicamente,

reorganizando el equipo, jerarquía reducida, fuerza de trabajo estable, co-ubicación (Cartmill, 2011).

De esta forma, las organizaciones juegan un rol importante en la generación de equipos transdisciplinarios. La lucha por la integridad y el trabajo en un equipo transdisciplinario es relevante para los CCPP de varias maneras; promueve diferentes aspectos de esta atención en una institución o en una red de instituciones y ayuda a avanzar en los CCPP (Terashita-Tan, 2013).

En Chile, una de las primeras unidades en instaurar el modelo transdisciplinario en los CCPP fue el Hospital de Arauco del Servicio de Salud de Arauco. En su protocolo se establece la transdisciplinariedad en las acciones y la conformación de su equipo. Las acciones son realizadas en domicilio con un sistema de referencia y contrarreferencia desde los establecimientos de mayor complejidad Hospital Guillermo Grant Benavente Concepción y Red del Servicio de Salud de Arauco.

Uno de los avances más importantes que han tenido las organizaciones, es el Cuidado Paliativo en el hogar, prestación que es promovida por la legislación vigente (Ley N° 21.375 y Ley N° 21.258). Gomes, en su revisión sistemática evaluó la efectividad y el costo efectividad de estas acciones en domicilio. Sobre una base de 23 estudios que incluyeron a 37 561 pacientes y 4042 cuidadores familiares, descubrieron que cuando alguien con una enfermedad avanzada recibe CCPP en el hogar, sus posibilidades de morir en el hogar son más del doble. Esto además ayuda a aliviar el dolor y la angustia de los familiares tras la muerte de los pacientes. En estas circunstancias, a los pacientes que deseen morir en casa se les debe ofrecer CCPP domiciliarios. Además, es posible seguir mejorando las actividades sin aumentar los costos (Gomes, 2013).

Sin embargo, el escenario se vuelve más complejo con la promulgación de la Ley N° 21.375 de Cuidados Paliativos Universales (CPU). Considerando las brechas de estructura, capacitación y recursos financieros necesarios en la actualidad y sin la información disponible para proyectar una demanda estimada, surgen algunas alternativas para cuantificar la nueva población beneficiaria según los objetivos establecidos en esta ley, como por ejemplo, aquellos pacientes ingresados al Programa de Atención de personas con Dependencia Severa. Los beneficiarios atendidos bajo el alero de este programa son mayoritariamente personas mayores, con un *Performance Status* > 3 y pueden ser candidatos a traslaparse en actividades con los CCPP Universales en el proceso de final de vida. Es una población conocida y con seguimiento activo que nos permite dar un aproximado de los requerimientos iniciales para la implementación de la universalidad de los cuidados

paliativos en Chile. Además, debe considerarse en dicha estimación aquellos pacientes con enfermedades crónicas evolutivas avanzadas irrecuperables que no están en condición de postración (NECPAL, 2011).

El objetivo de este trabajo es caracterizar el equipo base de CCPP universales con modelo de atención transdisciplinario para las instituciones responsables de cumplir con esta atención. Con esta información, determinar los requerimientos en recursos humanos y construir las canastas de distintas prestaciones asociadas a cada miembro que integra el equipo.

## 2. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

### Objetivo General:

Caracterizar el equipo base de Cuidados Paliativos Universales (CPU) con modelo de atención transdisciplinario para instituciones de salud en Chile según la demanda esperada.

### Objetivos Específicos:

- a. Revisar los perfiles de los integrantes de un equipo de salud, que deberán dar atención de CPU en instituciones de salud Chile.
- b. Discutir las canastas de distintas prestaciones ambulatorias asociadas a cada miembro que integra el equipo de CPU en instituciones de salud en Chile.
- c. Mostrar los requerimientos de Recursos Humanos necesarios para implementar los CPU en los distintos Servicios de Salud en Chile, considerando como población potencial adicional los beneficiarios del Programa de Atención de personas con Dependencia Severa.

## 3. MARCO METODOLÓGICO.

Este trabajo, contempló la revisión bibliográfica del estado del arte respecto a dos conceptos claves Equipos Transdisciplinario (*Transdisciplinary Team*) y Cuidados Paliativos (*Palliative Care*) en las bases de datos Pubmed, Epistemonikos y CochraneLibrary, utilizando como Operador Booleano (AND). Solo se incorporaron los artículos publicados antes del 30 de agosto de 2022.

Para definir los profesionales y actividades que integraran un equipo transdisciplinario, se consideraron las acciones sanitarias incluidas en la revisión bibliográfica que hayan demostrado un impacto en la calidad del vida del paciente al término de su ciclo vital, considerando las recomendaciones existentes de organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales (OMS, OPS, Soc. Americana Contra el Cáncer, Red Mundial de Enfermedades Raras GNRD, Federación Chilena de Enfermedades Raras FECHER, Federación Española de Enfermedades Raras FEDER). Serán excluidas aquellas orientaciones o acciones que se superpongan con otros programas o fuentes de acciones sanitarias (Ley Ricarte Soto, N° 20.850).

Se realizó una Solicitud de Acceso a la Información a través del Portal de Transparencia del Estado a la Subsecretaría de Salud Pública para obtener los datos de beneficiarios del Programa de Atención de personas con Dependencia Severa, Prestaciones realizadas por distintos Profesionales en el Programa de Cuidados Paliativos, Ingresos y Egresos para los Periodos 2019, 2020 y 2021, según consta en Anexo 1 (bajo código AO002T0006774) de glosa y observación:

**Solicitud:** Se solicita la información del Programa Nacional Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos Periodo 2021, 2020 y 2019 de todos los establecimientos del país que cuenten con dicho programa, recopilada anualmente por el Ministerio de Salud a través de su Pauta de Evaluación. Así mismo, se solicita el número de beneficiarios del Programa Dependencia Severa, estratificado por Grupo Etario, Sexo y Diagnóstico para los periodos 2021, 2020 y 2019.

**Observación:** Respecto al Programa Nacional Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, no se requiere consolidar la información pudiendo entregar las pautas, cuidando de eliminar los datos sensibles que pudiese contener. De forma similar, si cuentan con un formato que contenga la información de los Beneficiarios del Programa Dependencia Severa, puede ser remitida en dicho formato para los periodos solicitados.

Los resultados se presentarán en tablas, gráficos y estadígrafos según las necesidades que establezca la información recopilada. Algunos ejemplos utilizados son: Rendimiento, Concentración de actividades, Tasas (HH Profesionales / 1000 beneficiarios Actual + Brecha; Canasta LEP/GES Igual Ley Cáncer). La Canasta de prestaciones será graficada en una tabla resumen con rendimientos y concentración.

Los aspectos éticos considerados, se detallan con referencia a las recomendaciones del bioeticista Ezekiel Emanuel y las pautas de la Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) que han proporcionado un marco sistemático y racional para

determinar si una investigación es ética, con enunciados para guiar el desarrollo, ejecución de protocolos y su posterior revisión por los Comités *ad-hoc*.

Con relación al Valor Social, la investigación busca proponer un modelo de atención para las personas con necesidad de Cuidados Paliativos por ser portadoras de una condición de salud terminal e irrecuperable. Se propone una metodología que es coherente con los objetivos planteados lo que le da Validez Científica al estudio.

Dado a que la investigación se realiza sobre la base de información recabada desde fuentes secundarias, no hay acción de ningún tipo sobre las personas. Por esta misma definición metodológica no existe riesgo de daño a seres humanos. La información se ha solicitado por Ley de Transparencia por los conductos pertinentes. Los datos están agrupados y no existe posibilidad de individualizar a las personas que la originaron. Los investigadores serán los custodios de la información la que sólo se usará con fines académicos.

Por estas razones se ha prescindido de la revisión de parte de un Comité Ético científico. Se exceptúa de la misma manera el proceso de Consentimiento Informado.

## **METODOLOGÍA**

Para este trabajo descriptivo observacional, se analizaron los datos proporcionados por el portal de transparencia del Estado de la Subsecretaría de Salud de Chile, con relación a los pacientes atendidos en cuidados paliativos en los años 2019 y 2020, su cobertura y resultados generales. Dichos datos, proporcionan información acerca de las actividades realizadas en Cuidados Paliativos. Así mismo, se analiza la cantidad de pacientes atendidos con dependencia severa en atención domiciliarios en el mismo período, cuya información es proporcionada por el mismo portal.

Para construir este trabajo, se utilizó la evidencia disponible por diferentes organizaciones internacionales e incluyendo los lineamientos dados por el Ministerio de Salud de Chile, considerando la actual Ley N° 21.375 que consagra los cuidados paliativos y derechos de las personas que padecen de enfermedades terminales o graves y la Orientación Técnica de Cuidados Paliativos Universales (MINSAL, 2023)

## RESULTADOS

Con la entrada en vigencia de la Ley N° 21.375 se ha garantizado la atención y el alivio del dolor en el fin de vida de las enfermedades graves o terminales. El enfoque de esta iniciativa pública es mejorar la calidad de vida de los últimos días de los pacientes con enfermedades irrecuperables. Existe una Orientación Técnica de reciente publicación con la descripción de los profesionales que integrarán los equipos de CPU (**Tabla 1**).

<b>TABLA 1.- DESCRIPCIÓN Y COMPETENCIAS DE LOS PROFESIONALES QUE INTEGRAN LOS EQUIPOS TRANSDISCIPLINARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES</b>	
<b>Profesional</b>	<b>Perfil / Competencias</b>
Médico	Título médico general o especialista, con formación básica en cuidados paliativos, que cuente con conocimiento y actitudes habilidades en cuidados paliativos para el diagnóstico tratamiento y prevención
Enfermero/a	Título profesional de enfermería, formación básica en cuidados paliativos, desarrollo de habilidades blandas y aptitudes comunicacionales.
TENS	Título de Técnico en enfermería nivel superior, con capacitaciones en cuidados paliativos.
Químico/a Farmacéutico	Título químico Farmacéutico, con formación básica en alivio del dolor
Kinesiólogo/a	Título profesional de Kinesiólogo/a, con especialización en cuidados paliativos
Psicólogo/a	Título profesional de Psicólogo/a con especialización en cuidados paliativos, psicoterapia familiar, duelo ansiedad, depresión, duelo.
Trabajador/a social	Título profesional, capacitado con orientación en necesidades especiales en cuidados paliativos.
Nutricionista	Título profesional de nutricionista, con experiencia en alimentación para pacientes oncológicos y no oncológicos
Conductor	Conductor responsable con licencia tipo A2

\* Tabla 1.- Elaboración propia. Datos obtenidos de Orientación Técnica Cuidados Paliativos Universales.

Sabiendo los integrantes de los equipos que deberán dar atención a los beneficiarios del nuevo programa de CPU, es imperativo indicar el rendimiento de cada uno de los profesionales involucrados. La **Tabla 2**, resume el tipo de prestación y los rendimientos según la Orientación Técnica de CPU (MINSAL, 2023).

<b>TABLA 2.- RENDIMIENTO DE PROFESIONALES INVOLUCRADOS EN CPU</b>		
<b>Prestación</b>	<b>Profesional</b>	<b>Rendimiento (Pacientes / Hora)</b>
Consulta nueva	Médico	1,5
Consulta control	Médico	2
Procedimiento médico	Médico	2
Atención farmacéutica	Químico Farmacéutico	2
Consulta nueva/control profesional no médico	Enfermera/o	2
Procedimiento de enfermería	Enfermera/o	2
Consulta nueva/control profesional no médico	Nutricionista	2
Consulta nueva/control profesional no médico	Psicólogo/a	2
Consulta nueva/control profesional no médico	Kinesiólogo/a	2
Consulta nueva/control profesional no médico	Trabajador Social	2
Visita domiciliaria	Todos los anteriores	1
Contacto telefónico	Todos los anteriores	4
Taller grupal	Psicólogo, Químico Farmacéutico, Trabajador Social	*

\* Taller Grupal considera 1 hora de duración según aforo permitido

\*\* Elaboración propia. Datos obtenidos de Orientación Técnica Cuidados Paliativos Universales. Anexo 11. MINSAL 2023.

La **Tabla 3** describe la canasta de prestaciones ambulatorias que podrían estar disponibles en función de los integrantes del equipo de CPU. La información fue recopilada desde las Orientaciones Técnicas para CPU y la canasta de prestaciones asociada al Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en Cáncer Avanzado (GES N° 4).

La **Tabla 4** muestra los pacientes con atención domiciliaria por dependencia severa. A partir de estos datos se estima la población que pudiese ser beneficiaria del programa de CPU.

A partir de los datos obtenidos anteriormente, se describe la necesidad de Recursos Humanos por integrante del equipo de CPU resumido en la **Tabla 5**.

**TABLA 3.- CANASTA DE PRESTACIONES EN CPU**

<b>Código FONASA</b>	<b>Glosa</b>
903002	Consulta o control por psicólogo clínico
903004	Intervención psicosocial grupal (4 a 8 pacientes, familiares o cuidadores)
101113	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología)
101101	Consulta o control médico integral en atención primaria
102001	Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista
103002	Educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista
103004	Educación de grupo por auxiliar de enfermería (TENS)
106002	Curación simple ambulatoria
104001	Visita a domicilio por enfermera, matrona o nutricionista
104003	Visita a domicilio por auxiliar de enfermería (TENS)
101004	Visita a domicilio por médico
102006	Atención Kinesiológica integral ambulatoria
301045	Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación)
302047	Glucosa en Sangre
309022	Orina Completa (incluye códigos 0309023 - 0309024)
401070	Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia)
401060	Rx Hombro, fémur, rodilla, pierna, costilla o esternón (frontal y lateral; 2 exp), c/u.
302075	Perfil bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros)
Sin Código	Atención Farmacéutica - Servicios Farmacéuticos

\* Elaboración propia. Datos obtenidos de Orientación Técnica Cuidados Paliativos Universales. Anexo 11. MINSAL 2023. Guía Prestaciones GES 4 Superintendencia de Salud.

**TABLA 4.- ATENCIÓN DOMICILIARIA POR DEPENDENCIA SEVERA**

	75-79 años		80 y más años		Total CPU	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2019	2.560	3.840	8.199	20.788	10.759	20.788
2020	2.536	3.606	7.690	19.778	10.226	19.778
2021	2.692	3.872	8.155	21.293	10.847	21.293
<b>Promedio</b>	<b>2.596</b>	<b>3.773</b>	<b>8.015</b>	<b>20.620</b>	<b>10.611</b>	<b>20.620</b>

\* Elaboración propia. Datos obtenidos de Solicitud de Acceso a la Información bajo el código AO002T0006774. Subsecretaría de Salud Pública.

**TABLA 5.- BRECHA EN RRHH NECESARIA PARA IMPLEMENTAR CPU EN CHILE SEGÚN MODELO DE ATENCIÓN TRANSDISCIPLINARIO**

Profesional	Nº Visitas/mes*	Nº Funcionarios Necesarios **
Médico	31.231	710
Kinesiólogo/a	74.661	1.697
Enfermero/a	74.661	1.697
Químico/a Farmacéutico/a	31.231	710
Nutricionista	15.616	355
Trabajador/a Social - Psicólogo/a	15.616	355
TENS	111.991	2.545
Conductor/a	111.991	2.545

\* Número de Visitas considera datos obtenidos Anexo 1 y Tabla 4 (población beneficiaria y promedio de vistas por paciente)

\*\* N° de Funcionarios expresado en cantidad. Se considera un funcionario aquel contratado 44 horas de dedicación exclusiva al programa.

\*\*\* Elaboración propia. Datos obtenidos de Solicitud de Acceso a la Información bajo el código AO002T0006774. Subsecretaría de Salud Pública.

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

Desde el año 2005, existe la Garantía Explícita en Salud (GES) número 4 Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en Cáncer Avanzado. Esta considera una equipo multidisciplinario y una canasta de prestaciones definidas y plazos acotados. No obstante, los Cuidados Paliativos son desde el marco de la ética un derecho a la muerte en paz y en ausencia de dolor. A través de la Orientación Técnica Cuidados Paliativos Universales (MINSAL, 2023), se ha podido extender dicha canasta de prestaciones y se ha definido un equipo multidisciplinario con enfoque en el Modelo de Atención Integral en Salud y la Multimorbilidad (MINSAL, 2023).

Al definir un equipo para este programa, es dable integrar el concepto de transdisciplinariedad, como mecanismo de optimización de los recursos. Si bien la constitución del equipo clínico no varía en cuanto a sus integrantes, si tiene cambios en las funciones y competencias que estos deben tener. La Tabla 1 muestra los profesionales involucrados y su perfil mientras que la Tabla 2 muestra las acciones sanitarias que realizaran. La Tabla 3 muestra la codificación de dichas prestaciones y todo según lo definido en la orientación técnica antes nombrada. Lo anterior equivale a un trabajo multidisciplinario, en el que cada uno de sus integrantes es el más *ad hoc* a sus quehaceres y

no fomenta la transdisciplinariedad como método de atención integral y eficiente con un enfoque biopsicosocial del paciente (Otis-Green, 2009).

Las prestaciones están codificadas como mecanismo de pago para los asociados al Fondo Nacional de Salud (FONASA) y para que esta pueda ser extendida a las Instituciones de Salud Previsional Privadas (ISAPRES-SEGUROS). Se privilegia una canasta acotada y específica que permita garantizar la continuidad y la disponibilidad en todo el territorio nacional, dado que el Programa de CPU se desarrollará en Atención Primaria de Salud como establecimientos dependientes de la Red Asistencial.

Se ha considerado la expectativa de vida nacional para hombres y mujeres en Chile. La expectativa de vida para los hombres es de 77.3 años y para las mujeres es de 82.1 años para el periodo 2015 - 2020 según Instituto Nacional de Estadística (INE, 2023), obteniendo así desde la tabulación de datos entregadas los rangos de 75-79 y 80 y más para hombres y solo 80 y más para mujeres.

La población en final de vida de los pacientes con atención domiciliaria por dependencia severa (Tabla 4) obedece a la aproximación antes descrita. Por último, en la Tabla 5 se visualiza los recursos humanos (RRHH) necesarios para la implementación de los CPU considerando el universo de pacientes descrito. Según orientación técnica de CPU, se sugiere iniciar los programas a través del reforzamiento de los actuales equipos de Cuidados Paliativos Oncológicos. Dada esta sugerencia, es posible suponer la mantención número de visitas mensuales (7.2 visitas/mensuales) a los beneficiarios de CPU. El número de visitas mensuales fue calculado utilizando la información proporcionada por la Subsecretaría de Salud Pública a través de la solicitud AO002T0006774. El Anexo 1 resume el promedio de visitas mensuales por Servicio de Salud y se puede extraer dicho promedio de visitas mensuales utilizado para construir Tabla 5. Fueron eliminados de la estimación el S.S M. Central, M. Occidente, Aysén, Valdivia y Osorno, por reportar información incompleta, no informar o información incongruente. Con esto, se ha establecido una población beneficiaria aproximada de 31.231, con un promedio de 7.2 visitas mensuales, obteniendo un total promedio de 223.982 visitas al mes. Para cumplir con esto, los RRHH necesarios son los mostrados en la Tabla 5, donde se expresan en cantidad de funcionarios de dedicación exclusiva al programa de CPU (funcionarios 44 horas semanales).

## DISCUSIÓN

Los cuidados paliativos en Chile han sido un programa que desde el 1994 ha estado enfocado en prestar atención aquellos pacientes que están cursando el final de su vida bajo enfermedades oncológicas, con equipos multidisciplinarios que han logrado mejorar la calidad de vida de estos pacientes a lo largo del país, sin embargo, existe un grupo de otras enfermedades incurables que no poseían la posibilidad de acceder a cuidados paliativos bajo condiciones similares. Es así, como la nueva Ley N° 21.375, impulsa la equidad en el fin de vida.

Existe una orientación técnica emanada desde el Ministerio de Salud (MINSAL,2023) cuyo texto y lineamiento está enfocado en un trabajo multidisciplinario. Varios autores han indicado que este tipo de equipos no logran abordar de forma integral los cuidados paliativos o cuidados de fin de vida (Cartmill, 2011). Algunos autores sugieren que los equipos transdisciplinario, donde cada miembro crea una visión compartida del equipo, que resulta benéfica desde la superposición de roles y que tiene integrada las responsabilidades (Otis-Green, 2009). Para ello, el perfil de los profesionales que participarán en el Programa de CPU no solo debe tener capacitaciones y certificaciones en cuidados paliativos a nivel básico, sino que deben tener las competencias y habilidades sobre todo emocionales para evitar el *burnout*. Una estrategia para abordar este fenómeno laboral es, considerar dentro de la programación de las actividades de los equipos de CPU jornadas de autocuidado con mayor frecuencia y enfocados en mantener y/o recuperar los estados de ánimo.

Además, se debe considerar que la puesta en marcha de este programa ha sido planteada al alero del Programa de Alivio del Dolor Oncológico, por la consolidación de los equipos y la experiencia con la que cuentan. No obstante, existen algunas salvedades respecto a la implementación que el ejecutivo debería considerar.

Se ha planteado que los equipos de CCPP Oncológico tomen la puesta en marcha, lo que incidirá directamente en la cantidad de prestaciones que podrán realizar dichos equipos, entendiendo que el Programa de Alivio del Dolor Oncológico ya tiene una brecha según la demanda de visitas domiciliarias promedio por paciente (Anexo 1), sumada a la demanda estimada que sufriría el programa al migrar pacientes con dependencia severa. En general, la red ha articulado los CPU a través de nuevas contrataciones de horas de un profesional médico o farmacéutico y horas de un profesional no médico para cada municipio, según la población estimada. Sin embargo, tanto la población calculada como la cantidad de recursos destinados a suplir este nuevo programa han sido insuficientes, puesto que no se ha considerado en su estimación una población tan conocida como los Pacientes del Programa

de Atención en Domicilio con Dependencia Severa, quienes en un alto porcentaje se encuentran en fin de vida. De esta forma, al utilizar datos subestimados para calcular los beneficiarios, no tenemos más que un aumento en la brecha desde la implementación del programa.

Es plausible pensar en la respectiva atención de los pacientes en dependencias del establecimiento o su institucionalización para mantener la supervisión del paciente. No obstante, existen estudios que indican lo nefasto y angustiante que es para los pacientes las unidades críticas, como Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o Unidad de tratamientos Intensivos (UTI) (Mularski, 2009). Se ha estimado que en promedio un paciente de Cuidados Paliativos Oncológicos tiene un frecuencia de visita de 7,2 por mes. Asumiendo estas misma frecuencia para un paciente no oncológico, debemos observar en la Tabla 5 la cantidad de profesionales necesarios. La OT de CPU establece atención por profesionales que no se encuentran disponibles en forma frecuente en la Atención Primaria de Salud. Esto generará inevitablemente un aumento en los tiempos de espera para la atención y una sobre demanda en los niveles secundarios de atención, ya que la puesta en marcha a considerado RRHH limitados, expuestos en la Tabla 5, de un universo de pacientes que no fueron considerados para estimar dicha demanda. Por consiguiente, deberíamos esperar un aumento en los tiempos de espera para la atención y pérdida en el acceso oportuno y de calidad que busca la Ley de CPU.

Un ejemplo de lo antes expuesto es el Convenio firmado por la Dirección del Servicio de Salud de Araucanía Sur y la Ilustre Municipalidad de Temuco (Decreto 455, 14 de noviembre de 2022 Municipalidad de Temuco), donde se evidencia una población de total de 178 pacientes que podrían beneficiarse, de los cuales solo se atenderá el 18%, es decir, 32 pacientes con un promedio de 5 visitas mensuales por paciente y una dotación de refuerzo de 22 horas de un profesional Médico/Químico Farmacéutico o 44 de un profesional no médico. Como se ha comentado, se generará una sobre demanda en los establecimientos asistenciales de Atención Primaria y los dependientes de la Red Asistencial, traduciéndose en un agotamiento mayor por la demanda explosiva que tendrán los centros para poder implementar los CPU, puesto que los recursos humanos entregados para su implementación y la diversidad de atenciones que requiere el paciente no fueron considerados al momento de establecer el convenio.

También, es importante recalcar la aproximación poblacional que establece el Anexo 11 de la Orientación Técnica de CPU, donde se contemplan otras poblaciones objetivo, no considerando los pacientes con dependencia severa y atención domiciliaria. Según los datos obtenidos desde dicha orientación, se espera que la población objetivo sea de al menos 12.793, con patologías como VIH, Esclerosis Múltiple, senilidad (MINSAL, 2023). En base a

esta estimación, solo los pacientes en el Programa de Atención en Domicilio de pacientes con Dependencia Severa que se encontraría en etapa de fin de vida (ver Tabla 5), serían en promedio 10.611 hombres y 20.620 mujeres por año, apreciando que solo esta población equivale al 244% de la población cuantificada por la OT de CPU.

Finalmente, lo que algunas organizaciones internacionales definen como los cuidados y prevención del sufrimiento en el final de vida (OPS/OMS, 2016), debe ser abordado con los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de la población, quien demandará estos nuevos servicios sanitarios, haciéndose importante considerar los valores y las poblaciones estimadas, puesto que una subvaloración de la necesidad presupuestaria para abordar los CPU genera una sobrecarga a los equipos de Cuidados Paliativos Oncológicos, Atención Primaria de Salud y Niveles Secundarios de atención, junto con las respectivas consecuencias (*burnout*, presentismo y cinismo laboral).

## CONCLUSIÓN

A partir de los resultados y análisis es posible concluir que:

- a) Los profesionales involucrados en el equipo de cuidados paliativos no solo deben tener competencias técnicas, sino también habilidades para una comunicación efectiva y fortaleza emocional como medida preventiva de *burnout* en su puesto de trabajo.
- b) Así mismo, las competencias y habilidades del equipo deben propender a un modelo de atención TRANSDISCIPLINARIO como una alternativa más eficiente para abordar la atención en salud integral, pues permite la superposición de roles y liderazgo, atendiendo a la población demanda con una menor cantidad de recursos.
- c) Existe una brecha importante asociada a los recursos humanos considerados en la implementación parcial de los CPU (durante el 2023 solo se beneficiará al 40% de la población). No han sido considerado dentro de la cuantificación una población tan importante como son los pacientes atendidas por el Programa de Atención en Domicilio con Dependencia Severa que en su fin de vida requerirán de CPU.
- d) La subestimación de la población beneficiaría, generará una sobrecarga de todos los establecimientos asistenciales. Para cumplir con los objetivos del programa, es muy posible que se sacrifiquen otras prestaciones con el objetivo de liberar horas de profesional médico y no médico. La importancia de cuantificar y entregar los recursos humanos es de vital importancia para la implementación de los CPU.

## PROPUESTA DE MEJORA

La situación actual en Chile es compleja, puesto que nos enfrentamos a una población que envejece rápida y progresivamente, lo que en un futuro evolucionará a un fin de vida con altos requerimientos en domicilio y de forma paliativa. En el marco de estos antecedentes y revisión expuesta en nuestro trabajo, podemos proponer una forma de hacer eficiente de los recursos fiscales. Para ello, es que la integración del programa de Atención Domiciliaria de pacientes con dependencia Severa y el programa de Cuidados Paliativos Universales con un modelo de atención TRANSDISCIPLINARIO permitiría acortar las brechas existentes, puesto que los equipos existentes de Atención en Domicilio y los equipos emergentes de Cuidados Paliativos Universales podrían ser complementarios, abordando en forma conjunta una población que será beneficiaria de ambos programas.

De esta forma, se contaría con el apoyo indirecto de los equipos de Cuidados Paliativos Oncológicos, pero la migración o transición de un programa a otro (dependencia Severa a CPU), sería monitorizado en conjunto. Además, este programa ya cuenta con equipos multidisciplinarios que podrían transformar su estructura de trabajo a una forma más integral, centrada en el paciente con sus requerimientos biopsicosocial y espiritual, empleando el concepto de transdisciplinariedad.

La propuesta se centra en los beneficiarios de la Red Pública de Salud, puesto que en ella existen las mayores brechas de recursos tanto financieros como no financieros. Para ello, articular las atenciones con un programa de ejecución en la Atención Primaria de Salud como es el Programa de Atención en Domicilio de Dependencia Severa , con las prestaciones asociadas a los Cuidados Paliativos Universales disminuiría la necesidad inmediata de recursos y permitiría priorizar las atenciones según criterios clínicos.

La población beneficiaria de Instituciones de Salud Previsional particulares (ISAPRES), debería solicitar a sus aseguradoras cuales serán las instituciones y los prestadores de salud respectivos que generaran las acciones sanitarias asociadas a esta nueva ley.

## RESUMEN EJECUTIVO

La muerte en paz y en ausencia de dolor es algo que deben garantizar las Sistemas de Salud. Para ello, la OMS/OPS ha expresado como objeto de los Cuidados Paliativos dicha labor. En Chile, la Ley del Cáncer entregaba estas prestaciones a los pacientes con cáncer avanzado. No obstante, existe una población en etapa final de vida que no podía acceder a dichas servicios sanitarios. La Ley N° 21.375 Cuidados Paliativos Universales publicada el 21 de octubre de 2021, permitirá dar respuesta a esta población. No obstante, no existe una forma clara de implementación y los recursos asignados para cumplir con este objetivo son escasos. Una atención transdisciplinaria de los pacientes permite optimizar las atenciones y acortar la brecha más importante que es los Recursos Humanos. En Chile se ha implementado la atención transdisciplinaria en los Cuidados Paliativos Oncológicos. Un caso de estos es el Hospital de Arauco, donde este modelo de atención es practicado desde 2015. El objetivo de este trabajo es caracterizar el equipo base de CCPP universales con modelo de atención transdisciplinario para las instituciones responsables de cumplir con esta atención. Con esta información, determinar los requerimientos en recursos humanos y construir las canastas de distintas prestaciones asociadas a cada miembro que integra el equipo.

Se revisó el estado del arte asociada a palabras claves Equipos Transdisciplinario (Transdisciplinary Team) y Cuidados Paliativos (Palliative Care) en las bases de datos Pubmed, Epistemonikos y CochraneLibrary, utilizando como Operador Booleano (AND). Solo se incorporaron los artículos publicados antes del 30 de agosto de 2022. Además, se solicitó a través del Portal de Transparencia, información de los Programas de Cuidados Paliativos Oncológicos y el Programa de Atención en Domicilio de personas con Dependencia Severa, a la Subsecretaría de Salud Pública. Dado a que la investigación se realiza sobre la base de información recabada desde fuentes secundarias, no hay acción de ningún tipo sobre las personas. Por esta razón se ha prescindido de la revisión de parte de un Comité Ético Científico. Se exceptúa de la misma manera el proceso de Consentimiento Informado. El presente trabajo es descriptivo-observacional, utilizando tablas, gráficos y estadígrafos según las necesidades que establezca la información recopilada.

La información fue tabulada y generada las tablas resúmenes. Se ha descrito las competencias profesionales de quienes integran los equipos transdisciplinarios de cuidados paliativos universales (Tabla 1). Los rendimientos en que dichos profesionales deberán atender a la población beneficiaria (Tabla 2). Las prestaciones que podrán ser demandadas al alero de esta iniciativa (Tabla 3). La estimación complementaria de la población beneficiaria asociada al Programa de Atención en Domicilio de Pacientes con Dependencia

Severa (Tabla 4) y a partir de esto la brecha de Recursos Humanos a nivel nacional de la implementación correcta de los Cuidados Paliativos Universales (Tabla 5).

Es importante considerar que los cuidados paliativos han beneficiado a muchas personas en su etapa final de vida, brindando una muerte en paz y en ausencia de dolor. En este trabajo nos ha sido posible evidenciar la importante brecha que generará esta nueva ley a la Atención Primaria de Salud, fuertemente ligada a la demanda de atención en domicilio de equipos con múltiples disciplinas, sin una directriz de modelo atención clara, pudiendo ligarse a la multimorbilidad. En nuestro análisis hemos evidenciado como la Transdisciplinariedad es una alternativa efectiva, que permite la entrega de prestaciones por equipos de salud conformados por distintas disciplinas, con roles de liderazgos claros y que se superponen para entregar una atención efectiva, eficiente y oportuna a los beneficiarios de los cuidados paliativos.

Sin embargo, debemos clarificar la subestimación en la población beneficiaria que demandará dichas prestaciones. Si bien han considerado patologías como VIH, Esclerosis Múltiple, Artritis Reumatoidea entre otras, existen otras patologías y trastornos que debieron ser consignados como beneficiarios. Un ejemplo son los pacientes que se benefician del Programa de Atención en Domicilio de personas con Dependencia Severa, quienes serán futuros usuarios de dichas acciones sanitarias. En su etapa final de vida un alto porcentaje demandará atenciones paliativas y deberán complementar sus actuales dichos programas. Por ello, es que nosotros hemos considerado exclusivamente esta población como ejemplo de la insuficiencia en el cálculo de la población beneficiaria, según lo propuesto por el Ministerio de Salud (MINSAL) asciende a 12.793. Nuestros datos han permitido estimar una población exclusivamente asociada pacientes con Dependencia Severa de 31.231 posibles beneficiarios, equivalente a un 244% más de la población estimada por MINSAL.

Finalmente, podríamos considerar estas conclusiones como una alternativa de mejora para la actual estrategia de implementación, generando equipos transdisciplinarios y fusionando los equipos de Atención en Domicilio de personas con Dependencia Severa y Cuidados Paliativos Universales, entregando las atenciones en los domicilios de los beneficiarios como eje de acción principal, todo esto alineado con las recomendaciones internacionales (OMS/OPS), permitiendo al ser humano que se encuentra en la etapa de fin de vida, tener una muerte en paz y en ausencia de dolor en su hogar con sus familiares.

#### 4. REFERENCIAS

1. Cartmill, C., Soklaridis, S. & David Cassidy, J. Transdisciplinary Teamwork: The Experience of Clinicians at a Functional Restoration Program. *J Occup Rehabil* 21, 1–8 (2011). <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9247-3>
2. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ, de Brito M. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.: CD007760. DOI: 10.1002/14651858.CD007760.pub2.
3. Ley 18.469, Regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud. Publicada el 23 de Noviembre de 1985, Diario Oficial Chile. <https://bcn.cl/2vpxn>
4. Ley 19.996, Establece un régimen de garantías en Salud. Publicada el 25 de Agosto de 2004, Diario Oficial Chile. <https://bcn.cl/2fckl>
5. Ley 21.375, Consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales graves. Publicada 21 de Octubre de 2021, Diario Oficial Chile. <http://bcn.cl/2s7z9>
6. Ley 20.850, Crea un sistema de protección financiera para diagnóstico y tratamiento de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos.. Publicada 06 de Junio de 2015, Diario Oficial Chile. <https://bcn.cl/2fpjz+>
7. Gómez-Batiste Xavier, Martínez Muñoz Marisa, Blay Carles, Amblás Jordi, Villa Laura, Costa Xavier, et al (2011); Proyecto NECPAL CCOMS-ICO, Recuperado el 02 de diciembre 2022  
[http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2017/02/doc\\_necpal\\_ccoms-ico\\_instrumento.pdf](http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2017/02/doc_necpal_ccoms-ico_instrumento.pdf)
8. Mularski, R. A., Puntillo, K., Varkey, B., Erstad, B. L., Grap, M. J., Gilbert, H. C., Li, D., Medina, J., Pasero, C., & Sessler, C. N. (2009). Pain management within the palliative and end-of-life care experience in the ICU. *Chest*, 135(5), 1360–1369. <https://doi.org/10.1378/chest.08-2328>
9. OPS/OMS. Cuidados Paliativos., 03 de Octubre de 2016. Recuperado el 03 de Octubre de 2022.  
[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12587:palliative-care&Itemid=42139&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12587:palliative-care&Itemid=42139&lang=es#gsc.tab=0)
10. Otis-Green, S.; Reader Sees Need for Transdisciplinary Education Model in Palliative Care. *Am J Crit Care* 1 March 2007; 16 (2): 106–108. doi: <https://doi.org/10.4037/ajcc2007.16.2.106-b>
11. Otis-Green, S., Ferrell, B., Spolum, M., Uman, G., Mullan, P., Baird, R. P., & Grant, M. (2009). An overview of the ACE project-advocating for clinical excellence:

Transdisciplinary palliative care education. *Journal of Cancer Education*, 24(2), 120-126.  
<https://doi.org/10.1080/08858190902854616>

12. Terashita-Tan, S. (2013). Striving for Wholeness and Transdisciplinary Teamwork at a Pacific Basin's Pain and Palliative Care Department. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 67(1-2), 207-212. <https://doi.org/10.2190/OM.67.1-2.y>
13. MINSAL (2023). Orientación Técnica Cuidados Paliativos Universales. Departamento de rehabilitación y discapacidad. División de la prevención y control de enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.  
<https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/01/Orientacion-Tecnica-Cuidados-Paliativos-Universales.pdf>

## ANEXO 1.-

Servicio de Salud	N° Días Promedio por paciente	N° Visitas por paciente	N° Visitas mensuales promedio por paciente
IQUIQUE	120	8	2
ANTOFAGASTA	172	52	9
ATACAMA	180	75	13
COQUIMBO	160	75	14
VALPARAISO	188	48	8
VIÑA-QUILLOTA	238	32	4
ACONCAGUA	210	62	9
M.NORTE	322	25	2
M.ORIENTE	1062	29	1
M.SUR	231	35	5
M.SUR-ORIENTE	233	50	6
OHIGGINS	176	61	10
MAULE	137	83	18
ÑUBLE	334	100	9
CONCEPCION	292	33	3
TALCAHUANO	281	44	5
BIO BIO	109	37	10
ARAUCO	354	100	8
ARAUCANIA NORTE	1314	60	1
ARAUNACIA SUR	391	80	6
RELOCANVI	185	84	14
CHILOE	620	54	3
MAGALLANES	209	32	5
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>326,87</b>	<b>54,7391</b>	<b>7,2</b>

**ANEXO 2.-**



**QUINTA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$37.237.440.-**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en las cláusulas anteriores durante el presente año, según la siguiente distribución, considerando una población de **32 usuarios**, equivalentes al 18% de la población de Cuidados Paliativos No Oncológicos (CPNO) estimada <sup>1</sup>.

Ítem	Detalle	Total
RRHH	Médico, Enfermera/o, TENS y/o Químico Farmacéutico de acuerdo a requerimiento local	\$15.416.480
MOVILIZACIÓN	160 visitas mensuales	\$9.604.800
INSUMOS	Insumos por paciente	\$2.476.160
FÁRMACOS	Fármacos por paciente	\$9.740.000
		<b>\$37.237.440</b>

**SEXTA:** El Municipio se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

<sup>1</sup> Fuente: ETESA UC. INFORME METODOLÓGICO - Estimación de la población que requiere CPNO. Pontificia Universidad Católica de Chile. Facultad de Medicina. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Departamento de Salud Pública; 2021.

