

Atlas

de Cuidados Paliativos
en Latinoamérica

EL SALVADOR



COLABORADORES

Rolando Larin Lovo

Médico Anestesiólogo, Algiólogo y Paliativista
Encargado de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos
Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, San Salvador

Gerardo Arturo Orellana Yescas

Médico Coordinador
Clínica Médica Rural en Cuidados Paliativos
San José Las Flores – Chalatenango

Carlos Eduardo Rivas Salguero

Jefe y Cofundador de la Unidad de Cuidados Paliativos
Hospital de Diagnostico, San Salvador

Copyright © 2012 IAHPC Press

Ninguna parte de este libro puede ser copiada, reproducida o transmitida con fines comerciales. La ALCP permite el uso de la información presentada en los reportes con fines científicos y educativos. Debe citarse de la siguiente manera:

Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenchlas J, Monti C, Rocafort J, Centeno C (2012). Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica ALCP. 1a edición. Houston: IAHPC Press.

EL SALVADOR

La República de El Salvador¹ está situada en América Central. Limita al norte y al este con Honduras, al sur con el Océano Pacífico, y al oeste con Guatemala². Su capital es San Salvador². Está dividida administrativamente en 14 departamentos.

Datos generales	
Población (estimada 2011) ³	6 216 143 habitantes
Superficie ²	21 040 km ²
Densidad demográfica	295.4 hab/km ²
Médicos por 10 000 habitantes (2008) ⁴	15.9

Variables macroeconómicas	
Clasificación en Banco Mundial ⁵	Ingresos medianos bajos
Ingreso per cápita (PIB) (estimado 2011) ⁶	7 683.011 (PPA int \$) ⁷
Pobreza ^{8,9}	5.1%
HDI (2011) ⁷	0.674 (medio)

Gasto en salud ⁴	
Gastos en salud (% del PIB) (2010)	6.9 (PPA int \$)
Gastos per cápita totales en salud (2010)	450 (PPA int \$)
Gastos per cápita del gobierno en salud (2010)	278 (PPA int \$)

¹ Asamblea Constituyente (1983). *Constitución de la República de El Salvador*. Recuperado el 27 de Agosto de 2012, de <http://www.constitution.org/cons/elsalvad.htm>.

² Geoinstitutos (2012). El Salvador. *Plataforma de los Institutos Geográficos Iberoamericanos*. Recuperado el 27 de Agosto de 2012, de <http://www.geoinstitutos.org/geoinstitutos/>.

³ Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) (2012). *Proyecciones Nacionales 1950_2050*. Recuperado el 27 de Agosto de 2012, de <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/temas/des/poblacion-y-estadisticas-demograficas/censo-de-poblacion-y-vivienda/publicaciones-censos.html>.

⁴ World Health Organization (WHO) (2012). Country statistics: El Salvador. *Global Health Observatory Data Repository*. Recuperado el 27 de Agosto de 2012, de <http://apps.who.int/ghodata/>.

⁵ World Bank (2012). El Salvador. *Data*. Recuperado el 27 de Agosto de 2012, de <http://data.worldbank.org/country/el-salvador>.

⁶ International Monetary Fund (IMF) (2010). El Salvador. *World Economic Outlook Database*. Recuperado el 27 de Agosto de 2012, de <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2010/01/weodata/weoselco.aspx?g=2001&sg=All+countries>.

⁷ La Paridad del Poder Adquisitivo (PPA) indica qué cantidad de la moneda de un país se necesita para comprar lo que en los Estados Unidos se compraría con un dólar. La PPA permite comparar países con mayor exactitud. En: Glosario *Banco Mundial*. Recuperado el 27 de Agosto de 2012, de <http://www.worldbank.org/depweb/beyond/beyondsp/glossary.html>.

⁸ International Human Development Indicators (HDI) (2011). El Salvador. *Country Profiles and International Human Development Indicators*. Recuperado el 27 de Agosto de 2012, de <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/SLV.html>.

⁹ Población viviendo con menos de 1.25 PPA por día (%).

SECCIÓN 1

SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS¹⁰

Tabla 1: Vista general de servicios de Cuidados Paliativos*

NIVEL DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA	Servicios de Cuidados Paliativos			Recursos de Cuidados Paliativos	
	Primer nivel	<i>Servicios exclusivos en primer nivel</i> Residencia tipo hospicio 0(a) Atención domiciliaria 0(b) Centro comunitario 0(c)	<i>Servicios/Equipos multinivel</i> 3(f)		<i>Centros de día</i> 2(h)
Segundo nivel (Atención de media y larga estancia)	<i>Servicios/Unidades exclusivos en hospitales de segundo nivel</i> 0(d)		<i>Servicios/Equipos de apoyo hospitalario</i> 0(g)		
Tercer nivel (Hospital general o especializado)	<i>Servicios/Unidades exclusivos en hospitales de tercer nivel</i> 1(e)				

* En la siguiente página se encuentran descritos los servicios correspondientes a las letras (a)-(i). Las definiciones de las categorías se encuentran en el Anexo 1.

¹⁰ Los colaboradores obtuvieron esta información del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, del Centro Internacional de Cáncer del Hospital de Diagnóstico, del Hospital Divina Providencia, la Clínica Médica Rural, Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, opiniones de otros expertos y sus propias estimaciones.

SERVICIOS

SERVICIOS EXCLUSIVOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

- (a) No se identificaron residencias tipo hospicio.
- (b) No se identificaron equipos exclusivos de atención domiciliaria de Cuidados Paliativos (ver equipos/servicios multinivel)
- (c) No se identificaron servicios de Cuidados Paliativos en centros de atención comunitarios.

SERVICIOS/UNIDADES EXCLUSIVOS EN HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL

- (d) No se identificó ningún servicio/unidad exclusivo en hospitales de segundo nivel (ver equipos/servicios multinivel).

SERVICIOS/UNIDADES EXCLUSIVOS EN HOSPITALES DE TERCER NIVEL

- (e) No se identificó ningún servicio/unidad exclusivo en hospitales de tercer nivel.
El Centro Internacional de Cáncer del Hospital de Diagnóstico está conformando una unidad para adultos y contará con 10 camas y un equipo interdisciplinario.

SERVICIOS/EQUIPOS MULTINIVEL

- (f) Se identificaron 3 servicios/equipos multinivel:
Estos servicios/equipos además de hospitalización hacen visitas domiciliarias.
 - El Hospital Divina Providencia, dirigido por una religiosa cuenta con 3 médicos, 14 enfermeras, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta respiratoria además de voluntarios. Además de hospitalización hacen visitas domiciliarias y consulta externa.
 - Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Nacional de Benjamín Bloom. Solo los pacientes de oncología cuentan con la atención de un equipo multidisciplinario, no disponible para el resto de pacientes en tratamiento paliativo. No cuenta con voluntarios.
 - Clínica Medica Rural Madre María Balbina, cuenta con un equipo multidisciplinario compuesto por personal médico y de enfermería, voluntarios y profesionales que realizan prácticas.

SERVICIOS/EQUIPOS DE APOYO HOSPITALARIO

- (g) No se identificó ningún servicio/unidad de apoyo hospitalario.

RECURSOS

CENTROS DE DÍA

- (h) Se identificó un centro de día para adultos en el Hospital Divina Providencia y uno pediátrico en Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. El servicio se presta a pacientes ya identificados, de manejo ambulatorio, una vez a la semana. No cuentan con recursos adicionales de atención primaria.

EQUIPOS DE VOLUNTARIOS

- (i) No se identificó ningún equipo de voluntarios.
Está contemplada la formación de equipos de voluntarios tipo hospicio, en la Zona Rural Chalatenango.

SECCIÓN 2

FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

ACREDITACIÓN OFICIAL

En El Salvador no hay acreditación oficial para médicos que laboren en Cuidados Paliativos. Se trabaja en una Ley de Especialidades Médicas, dentro de la cual se encuentran Cuidados Paliativos. Se espera que esta ley sea aprobada en 2012.

En el presente El Salvador cuenta con dos paliativistas formados en el extranjero y al menos dos paliativistas formados a través de programas internacionales en línea (Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA, Argentina, Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos-ALCP y Gabinete Sociosanitario en Salud-GAFOS).

En cooperación con la ALCP se ha iniciado el programa de homogenización de conocimientos en Cuidados Paliativos denominado *Generador de Generadores en la formación de Cuidados Paliativos* con miras a obtener la acreditación.

FORMACIÓN DE POSTGRADO

En El Salvador no existen programas de postgrado en Cuidados Paliativos.

FORMACIÓN DE PREGRADO

Existen 6 facultades de medicina en El Salvador. Ninguna de estas facultades incluye Cuidados Paliativos en sus planes de estudio como asignatura independiente. En una facultad de medicina la rotación de Medicina Interna incluye 20 horas de Cuidados Paliativos.

Cuidados Paliativos es impartido como tema en Psicología con una carga académica de 10 horas y en Fisioterapia y Enfermería se ofrece una rotación de máximo 20 horas, dentro de la asignatura de paciente crónico en estadio avanzado.

RECURSOS DOCENTES

En El Salvador se identificaron 7 docentes para la cátedra de Cuidados Paliativos en facultades de medicina, y ninguno para facultades no médicas.

SECCIÓN 3

ACTIVIDAD DE PROFESIONALES

ASOCIACIONES NACIONALES DE CUIDADOS PALIATIVOS

La *Asociación Salvadoreña para el Estudio y Tratamiento de Dolor y Cuidados Paliativos* fue creada en 2005 y agrupa a profesionales de la salud como médicos de diferentes especialidades, personal de enfermería y psicología.

INVESTIGACIÓN Y COLABORACIONES INTERNACIONALES

No existen centros, grupos o instituciones que se dediquen a la investigación en Cuidados Paliativos en el país.

Se identificaron cinco colaboraciones con organizaciones internacionales como la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP) y organizaciones de los Estados Unidos (*International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC) (USA) y *International Association for the Study of Pain* (IASP)) y Gran Bretaña (*Worldwide Palliative Care Alliance* (WPCA) y *Help the Hospices*). El objetivo de estas colaboraciones es especialmente para formación y actualización.

PUBLICACIONES

No hay ninguna publicación referente al desarrollo de los Cuidados Paliativos en El Salvador.

ESTÁNDARES, NORMAS O GUÍAS

Actualmente no hay un estándar, norma o guía referente a la provisión Cuidados Paliativos. Desde hace un año el Hospital Divina Providencia elaboró un catálogo de servicios para dar a conocer su trabajo, lo que podría ser el origen de un estándar.

ENCUENTRO Y DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

Cada dos años se celebra el Congreso Salvadoreño en Cuidados Paliativos organizado por la Asociación Salvadoreña para el Estudio, Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos. El último congreso (2008) tuvo una participación de 150 personas.

También se participa del Congreso Centroamericano de Dolor y Cuidados Paliativos organizado cada dos años por la Federación Centroamericana de Sociedades de Dolor y Cuidados Paliativos (FEDOPACC), que se celebra en diferentes países de Centroamérica.

No se publican revistas científicas específicas de Cuidados Paliativos en el país. Tampoco existe un directorio o catálogo de servicios de Cuidados Paliativos.

EL SALVADOR Y LA ALCP¹¹

La Asociación Salvadoreña para el Estudio, Tratamiento de Dolor y Cuidados Paliativos no es socia de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP).

Nueve (9) personas son miembros activos (individuales) de la ALCP y constituyen el 3.3% de los miembros.

Participación en los dos últimos Congresos de la ALCP:

- V Congreso 2010 (Buenos Aires, Argentina): Tres (3) personas asistieron al congreso representando el 0.4% de los participantes.
- VI Congreso 2012 (Curitiba, Brasil): Cinco (5) personas asistieron al congreso (0.7% de los participantes) y realizaron 2.4% de las presentaciones orales.

DÍA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

En El Salvador se celebra el *Día de los Cuidados Paliativos*, desde los servicios institucionales como el Hospital Divina Providencia o en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

¹¹ Información proveniente de los archivos de la ALCP facilitada por Carolina Monti.

SECCIÓN 4

POLÍTICA SANITARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS

RAMA LEGISLATIVA

LEY NACIONAL

En El Salvador no hay una ley que regule la prestación de Cuidados Paliativos, ni proceso en marcha para legislarla, pero hay intenciones aisladas.

RAMA EJECUTIVA

PLAN/PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

No hay un plan/programa nacional de Cuidados Paliativos en El Salvador. El Ministerio de Salud formó recientemente una Comisión Nacional de Dolor y Cuidados Paliativos, que ha elaborado un diagnóstico situacional de la necesidad de los Cuidados Paliativos a nivel nacional y tiene entre sus funciones el fomento de formación de unidades de Dolor y Cuidados Paliativos en seis hospitales nacionales de tercer nivel.

No hay un sistema gubernamental de auditoría, evaluación o control de calidad que monitoree el estándar de prestación de servicios de Cuidados Paliativos.

Existe una estrategia nacional de control de cáncer cérvico-uterino, de mama y de próstata, así como una estrategia nacional de control de VIH/SIDA y Atención Primaria, pero ninguna contiene una referencia explícita a la prestación de Cuidados Paliativos. Sin embargo, con el enfoque de entidades internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que han dirigido políticas hacia el adecuado control de signos y síntomas que acompañan a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), es posible que se revalúe la importancia de la integración de Cuidados Paliativos a los programas nacionales actuales.

Lo que más ha afectado al desarrollo de los Cuidados Paliativos en El Salvador a nivel de políticas en salud ha sido la falta de interés, y el desconocimiento de las autoridades de salud en este tema. Problemas urgentes en salud pública continúan teniendo prioridad.

INTEGRACIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Los Cuidados Paliativos aún no están integrados en el Sistema Nacional de Salud del país, pero se han iniciado los esfuerzos para integrarlos. El programa de Sistemas Integrales Locales de Salud (SILOS), creados por el estado en 2012, tienen como prioridad la identificación de pacientes en condiciones especiales, anteriormente sin cobertura, que incluyen pacientes de Cuidados Paliativos.

RECURSOS GUBERNAMENTALES

No hay presupuesto específico para el desarrollo en Cuidados Paliativos. Hay un fondo de convenio para remisiones de pacientes del Hospital Nacional Rosales al Hospital Divina Providencia. Al hacer la remisión de los pacientes, el Hospital Nacional Rosales tiene la obligación de entregar material, insumos y asumir los costos de enfermería y transporte. Estos recursos son pagados con el presupuesto de nación.

No hay presupuesto específico para investigación en Cuidados Paliativos.

OPIOIDES

La colaboración entre las autoridades regulatorias del uso de opioides y los prescriptores es mala (2 en una escala de 1 a 5)¹², pero ha mejorado gracias a la acción de entidades internacionales como la OPS y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE).

Se comenzó a trabajar con las autoridades regulatorias en el mejoramiento de la disponibilidad de los opioides, en la sensibilización de los distribuidores, y en la educación de los médicos que recetan dichos medicamentos, pero continúan restricciones para su uso. Los avances logrados con el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) fueron interrumpidos al cambiar la autoridad rectora de los estupefacientes por medio de la nueva Ley de Medicamentos, que creó la Dirección Nacional de Medicamentos, nueva autoridad reguladora.

Las normas que actualmente regulan la prescripción, distribución y uso de opioides limitan el acceso a estas medicinas y contribuyen a la opiofobia. Hay ausencia de opioides en muchas presentaciones en el país (por ejemplo morfina oral de liberación inmediata) y de nuevos productos, ya que el Reglamento de Estupefacientes, Sicotrópicos, Precursores, Sustancias y Productos Químicos y Agregados del CSSP, data de 1998.

Es posible dispensar hasta 3 ampulas de opioides de 10mg/día en una sola receta, sin considerar los requerimientos del paciente. Para adquirir más de 3 ampulas se necesita un permiso especial autorizado por la Dirección Nacional de Medicamentos, en un proceso que puede durar hasta tres días.

Los estimados anuales de estupefacientes asignados al país por la JIFE eran insuficientes ya que eran establecidos con base en el consumo del año anterior,

¹² Promedio de las estimaciones individuales de los colaboradores.

según informe del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), sin embargo esta cifra está sujeta al subregistro y/o disponibilidad de fondos. En 2012 se calcularon los estimados según la proyección de las necesidades del país, lo que significa un gran avance.

Otra dificultad en el acceso al medicamento es que no hay farmacias que atiendan las 24 horas los 365 días del año. De las casi 1500 farmacias en todo el país, solo 5 venden morfina y todas se encuentran en la capital del país.

La Comisión Nacional de Dolor y Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud y de la Clínica del Dolor del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom buscan un enlace con el nuevo organismo rector para retomar el trabajo y corregir los limitantes descritos, aprovechando la elaboración de la nueva reglamentación.

ASEQUIBILIDAD A CUIDADOS PALIATIVOS

Los costos que los usuarios deben pagar por los servicios de Cuidados Paliativos dependen de la institución a la cual asisten. En algunas instituciones los servicios son gratuitos, ya que son financiados con recursos del estado o por benefactores.

Por mandato Constitucional el Estado Salvadoreño está obligado a asegurar la salud de todos los habitantes, sin embargo en la práctica pocos pacientes tienen acceso a recibir Cuidados Paliativos. Algunas de las limitantes son la escasa oferta de servicios gratuitos en Cuidados Paliativos, la falta de recursos económicos suficientes tanto de los individuos como del Estado y el poco conocimiento de este servicio. Los pacientes oncológicos por su parte, tienen mayor acceso a los Cuidados Paliativos.

Otro factor desfavorable es la ubicación geográfica de los pocos centros que proveen Cuidados Paliativos, ya que se encuentran centralizados en la capital del país.

SECCIÓN 5

DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

PIONEROS

Las Hermanas Carmelitas Misioneras de Santa Teresa fueron pioneras en otorgar Cuidados Paliativos en El Salvador. Ellas fundaron el Hospital Divina Providencia en 1966, destinado inicialmente a cuidar pacientes (adultos) con cáncer. En el año 2002 se modificó el concepto y se inició un programa de Cuidados Paliativos como iniciativa aislada del Sistema Nacional del Salud.¹³

HITOS EN EL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

- 2002 Se crea el primer programa hospitalario de Cuidados Paliativos en el Hospital Divina Providencia y se establece un convenio con el Hospital Nacional Rosales.
- 2002 Una enfermera de Argentina imparte el primer (y único a la fecha) curso de enfermería en Cuidados Paliativos.
- 2005 Se celebra el Primer Congreso Nacional del Dolor y se funda la Asociación del Manejo del Dolor y Cuidados Paliativos.
- 2008 Se realiza el primer Congreso Internacional de Cuidados Paliativos en El Salvador.
- 2009 Se inicia la labor de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, hospital pediátrico de tercer nivel.
- 2010 Se inicia la formación de voluntariado rural en Cuidados Paliativos.
- 2011 Se crea el Centro Internacional de Cáncer (CIC) del Hospital de Diagnóstico, que incluye una unidad de Cuidados Paliativos.
Contactos internacionales con la *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC) y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), por ejemplo.
- 2012 Se crea el programa de homogenización de conocimiento en Cuidados Paliativos en convenio con la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP).

¹³ Comunicación escrita de Hna. María Julia García Vásquez, Directora General Hospital Divina Providencia (13 de Septiembre de 2012).

ANÁLISIS FODA

FORTALEZAS

Las principales fortalezas identificadas fueron:

- Comisión nombrada por el Ministerio de Salud para la conformación e integración de los Cuidados Paliativos en El Salvador.
- Formación internacional de los paliativistas actuales capaces de motivar a las autoridades.
- Sensibilización de las autoridades del Ministerio de Salud a la necesidad de los Cuidados Paliativos y el incipiente acercamiento al actual órgano contralor de los estupefacientes en El Salvador.
- El perfil ético laboral médico de los paliativistas.
- Existencia de iniciativas, como el Hospital Divina Providencia con una larga trayectoria de trabajo y surgimiento de nuevos servicios como en el Centro Internacional de Cáncer (CIC).
- Instituciones y personas comprometidas con la promoción, desarrollo e implementación de los Cuidados Paliativos.

OPORTUNIDADES

Se identificaron las siguientes oportunidades:

- Apoyo de organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC) para el desarrollo de los Cuidados Paliativos en Centroamérica.
- Interés de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) por promover el buen uso de opioides en El Salvador.
- Los acuerdos tomados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la implementación de los Cuidados Paliativos en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas.
- El nuevo ente regulador de estupefacientes, la Dirección Nacional de Medicamentos, está desarrollando un nuevo reglamento de funcionamiento que podría incluir la apertura en la prescripción y dispensación de los opioides.
- Hay un creciente interés del gremio médico respecto a los Cuidados Paliativos.
- Concepto de unificación centroamericana para mejor proyección de los Cuidados Paliativos.
- Permeabilidad de las autoridades a los Cuidados Paliativos.
- Posibilidad de incluir los Cuidados Paliativos en el programa académico del pregrado de medicina.

DEBILIDADES

Las debilidades identificadas fueron:

- Falta de conocimientos suficientes del personal médico y paramédico sobre los Cuidados Paliativos.
- Desconocimiento general respecto el uso de opioides ya que no es un tema de pregrado en la formación de los médicos.
- Falta de integración de los Cuidados Paliativos en los cursos de pregrado y postgrado a nivel universitario en las carreras médicas y afines a la medicina.
- Poco personal capacitado en Cuidados Paliativos a nivel nacional.
- Pobre remuneración de los Cuidados Paliativos. Los seguros médico hospitalarios no remuneran la atención en Cuidados Paliativos.
- Poco apoyo educativo de las compañías encargadas de distribuir y comercializar los opioides.
- Barreras en el acceso y disponibilidad de opioides.
- Falta de una legislación que apoye los Cuidados Paliativos y regularice el ejercicio médico ante los pacientes terminales.
- Falta de una política nacional de Cuidados Paliativos.
- Ausencia de un presupuesto específico asignado a los Cuidados Paliativos por el Ministerio de Salud.

AMENAZAS

Las amenazas identificadas fueron:

- Recursos limitados.
- Pérdida de sensibilidad hacia los pacientes que requieren Cuidados Paliativos.
- El alto índice de violencia y la aumentada percepción del tráfico ilegal de drogas, ponen en peligro la aceptación general de la prescripción de opioides como un acto lícito y no relacionado con negocios ilegales.
- Falta de interés en Cuidados Paliativos por ser una condición de terminalidad. No hay suficiente motivación para invertir en su desarrollo y promoción.
- Cultura de desconfianza y negativismo social actual, provocado en parte por la pobre divulgación de los Cuidados Paliativos en la sociedad en general.
- Ambiente de apatía hacia los Cuidados Paliativos.

TIPOLOGÍA DEL NIVEL DE DESARROLLO

Basados en la clasificación de Wright et al. (2008)¹⁴ El Salvador se encuentra en el nivel 3a, es decir, los servicios de Cuidados Paliativos se prestan de manera aislada.

PERSPECTIVAS

A mediano y largo plazo se esperan acuerdos en la legislación y asesoramiento jurídico (en un plazo de 2 años), así como también la unificación de criterios en Cuidados Paliativos en El Salvador y la proyección colectiva. También se espera la introducción de los Cuidados Paliativos como materia de pregrado en las carreras afines a la Medicina y de preferencia la formación en post-grado de médicos paliativistas. Pronto se creará el comité de voluntariado profesional, multidisciplinario.

Para su instauración a mediano plazo, se trabaja ya en la creación de Unidades de Cuidados Paliativos en hospitales de tercer nivel de la Red Nacional de Salud Pública.

La situación podría mejorar aún más si hubiera mayor integración entre los entes que ya tienen un programa establecido. Es importante la educación y la sensibilización de las autoridades de la comunidad sobre la importancia y beneficios de Cuidados Paliativos.

¹⁴ Wright M, Wood J, Lynch T & Clark D. (2008). Mapping levels of palliative care development: a global view. *Journal of pain and symptom management*, 35(5), 469-485.

Copyright © 2012 IAHPC Press

Ninguna parte de este libro puede ser copiada, reproducida o transmitida con fines comerciales. La ALCP permite el uso de la información presentada en los reportes con fines científicos y educativos. Debe citarse de la siguiente manera:

Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenchlas J, Monti C, Rocafort J, Centeno C (2012). Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica ALCP. 1a edición. Houston: IAHPC Press.