



**DISEÑO DE MODELO DE ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS PARA ZONAS  
RURALES Y DISPERSAS DEL MUNICIPIO DE PALMIRA VALLE.**

**AUTORES:**

**LORENA ALVAREZ BENAVIDES**

**HEIDIS ROMERO HADECHINE**

**Email contacto: [lorena25911@hotmail.com](mailto:lorena25911@hotmail.com)**

**[Heidys.romero@gmail.com](mailto:Heidys.romero@gmail.com)**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
MAESTRÍA EN GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD  
UNIVERSIDAD JAVERIANA DE CALI, DICIEMBRE 2023.**



**DISEÑO DE MODELO DE ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS PARA ZONAS  
RURALES Y DISPERSAS DEL MUNICIPIO DE PALMIRA VALLE.**

**AUTORES:**

**LORENA ALVAREZ BENAVIDES**

**HEIDIS ROMERO HADECHINE**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de  
Magister en GERENCIA EN ORGANIZACIONES DE SALUD.**

**Director del trabajo de grado: JORGE IVÁN ORTIZ**

**Profesión MÉDICO MÁSTER EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS Y  
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN DE COSTOS EN SALUD.**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
MAESTRÍA EN GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD  
UNIVERSIDAD JAVERIANA DE CALI, DICIEMBRE 2023.**

Santiago de Cali, 18 diciembre 2023.

Doctor (a)

Fabian Osorio Tinoco

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Pontificia Universidad Javeriana

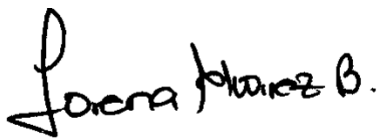
Santiago de Cali

Por medio de la presente estamos entregando a usted el Trabajo de Grado cuyo título es:

**“DISEÑO DE MODELO DE ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS PARA ZONAS RURALES Y DISPERSAS DEL MUNICIPIO DE PALMIRA VALLE”**

Esperamos que este trabajo cumpla con los requisitos académicos exigidos y que alcance el propósito para el cual fue elaborado.

Atentamente,



LORENA ALVAREZ BENAVIDES



@C. 30.855.662

HEIDIS ROMERO HADECHINE

Santiago de Cali, 18 diciembre 2023.

Doctor (a)

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Pontificia Universidad Javeriana

Santiago de Cali

Por medio de la presente me permito comunicarle, que en mi calidad de director de trabajo de grado he leído detenidamente el informe final del estudio titulado **“DISEÑO DE MODELO DE ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS PARA ZONAS RURALES Y DISPERSAS DEL MUNICIPIO DE PALMIRA VALLE”** realizado por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana, nombres: Heidis Romero Hadechine C.C 30.855.662 de Zambrano Bolívar, Lorena Álvarez Benavides C.C 1.113.651.774 de Palmira Valle, considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

Atentamente,



---

**JORGE IVÁN ORTIZ**

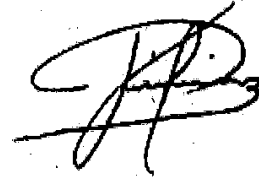
Director del Trabajo de Grado.

**ARTÍCULO 23 de la Resolución N ° 13 de julio 6 de 1946** “La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y por qué la Tesis no contenga ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vean ellas al anhelo de buscar la verdad y la justicia “

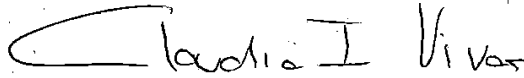
**“DISEÑO DE MODELO DE ATENCIÓN EN CUIDADOS  
PALIATIVOS PARA ZONAS RURALES Y DISPERSAS DEL  
MUNICIPIO DE PALMIRA VALLE.”**. Aprobado por el Comité de  
Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la  
Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magíster en  
Gerencia de Organizaciones en Salud.



Fabian Fernando Osorio Tinoco  
Decano  
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas



Pedro Jose Villamizar Beltran  
Jurado



Claudia Isabel Vivas Tobar  
Directora Maestría en Gerencia  
de Organizaciones en Salud.



Jorge Ivan Ortiz  
Director del Trabajo de Grado

Santiago de Cali, 29 enero de 2024

## Contenido

1. RESUMEN EJECUTIVO.....	14
1.1 Introducción.....	14
2. MARCO DE REFERENCIA .....	17
2.1 Diseño de modelo de atención en cuidados paliativos para zonas rurales y dispersas del Municipio de Palmira Valle. ....	17
3. MARCO LEGAL .....	22
4. DESCRIPCIÓN GENERAL DE DEL MUNICIPIO DE PALMIRA VALLE, DONDE SE VA A DISEÑAR EL MODELO DE ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS PARA ZONAS RURALES Y DISPERSAS.....	24
4.1 Evolución Histórica del Municipio de Palmira Valle. ....	24
4.2 Misión.....	27
4.3 Visión.....	27
5. OBJETIVOS.....	28
5.1 OBJETIVO GENERAL .....	28
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	28
6. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN .....	29
6.1 Caracterización territorial y demográfica:.....	32
6.2 Población por grupo de edad.....	33
6.3 Esperanza de vida: .....	35
6.4 Priorización: .....	35
6.5 Carga de la Enfermedad:.....	36

6.6 Morbilidad por subgrupos: .....	47
7. POLÍTICA DE ATENCIÓN EN SALUD EN COLOMBIA.....	48
7.1 Los principales enfoques de esta política de atención integral en salud corresponden a: .....	51
7.2 Los objetivos del MAITE son: .....	51
7.3 Articulación del Modelo de Atención en cuidado Paliativo para Zonas Rurales y Dispersas del Municipio de Palmira Con el Modelo MAITE.....	52
8. PROPUESTA MODELO DE ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS PARA ZONAS RURALES Y DISPERSAS DEL MUNICIPIO DE PALMIRA VALLE.....	55
8.1 Descripción del modelo en cuidados paliativos para zonas rurales y dispersas del municipio de palmira valle:.....	55
8.2 Caracterización de la Demanda: .....	56
8.3 Contexto de la relación IPS – EAPB .....	58
8.4 Rutas de Atención integradas:.....	59
8.6 Ingreso al programa de cuidados Paliativos: .....	60
8.7 Implementación del Modelo de atención en cuidados Paliativos: .....	62
8.8 Dinámica de seguimiento:.....	64
8.9 Educación a los familiares y cuidadores: .....	65
8.9.1 Monitorización y Evaluación: .....	65
9. Ruta de atención de pacientes para pacientes paliativos y en fin de vida.....	70
10. Estimación de costos en el proceso de atención en el modelo de cuidado paliativo	71
10.1 Nota técnica modelo de cuidado paliativo .....	71

10.1 APP TABITHA PALLATIVE, Modelo en cuidado Paliativo Palmira. ....	72
11. CONCLUSIONES .....	73
12. BIBLIOGRAFÍA.....	75
13. LISTA DE ANEXOS.....	78

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: División Política administrativa del municipio de Palmira .....	25
Ilustración 2: centros poblados, sectores rurales y comunes del municipio de Palmira.	26
Ilustración 3: Pirámide poblacional valle del cauca 2022. ....	29
Ilustración 4: Tasa de mortalidad ajustada por edad en la población general- Departamento del valle del Cauca 2005-2020.....	31
Ilustración 5: Pirámide poblacional palmira 2022-2025 .....	33
Ilustración 6: Comparación entre la Tasa Bruta de Natalidad y Mortalidad de Palmira 2011 – 2020 .....	34
Ilustración 7:Tendencia de la morbilidad en el marco del aseguramiento en Colombia.	36
Ilustración 8: Prevalencia del cáncer general invasivo en Colombia 2015-2022. ....	40
Ilustración 9: Distribución porcentual de las muertes según el tipo de cáncer y sexo....	40
Ilustración 10:Oportunidad de atención de nuevos casos de cáncer de mama.....	42
Ilustración 11:Mortalidad ajustada por edad para neoplasias, Palmira Valle del Cauca 2005-2020 .....	45
Ilustración 12:Figura: Política de Atención Integral en salud PAIS, Minsalud.....	51
Ilustración 13:Líneas de acción modelo MAITE. Fuente. VIII sesión de la comisión intersectorial de salud pública. ....	52
Ilustración 14: Gestión integral del riesgo en salud .....	53
Ilustración 15: Pirámide poblacional palmira 2022-2025 .....	57
Ilustración 16:evaluación integral con mirada de cuidados paliativos en atención primaria .....	58
Ilustración 17:Flujograma para ingreso al modelo de cuidado Paliativo, elaboración propia .....	63
Ilustración 18:Distribución media del costo en cuidado paliativo domiciliario .....	67

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:distribución de la población por área 2022. ....	32
Tabla 2:prevalencia estandarizada de cáncer según región de residencia. ....	41
Tabla 3:Oportunidad de atención según el tipo de cáncer priorizado Colombia 2022 ...	43
Tabla 4:caracterización del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	43
Tabla 5:caracterización del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022 (continuación).....	44
Tabla 6:Tasa de mortalidad ajustada por edad para neoplasia en hombres, Palmira, Valle del Cauca 2005-2020 (Secretaría de Salud Municipal y Observatorio de Salud Pública, 2020). ....	45
Tabla 7: Tasa de mortalidad ajustada por edad para neoplasia en mujeres, Palmira, Valle del Cauca 2005-2020 (Secretaría de Salud Municipal y Observatorio de Salud Pública, 2020) .....	46
Tabla 8:nota técnica pacientes paliativos zona rurales y dispersas, Municipio de Palmira Valle 2023. ....	71

## NOTAS EXPLICATIVAS

**Modelo de atención en salud:** Estructura organizativa de los servicios de salud que se refiere a cómo los elementos del sistema de servicios de salud se disponen para cumplir con su función colectiva y proporcionar la atención requerida a la población.

**Cuidado paliativo:** Constituyen una perspectiva destinada a potenciar la calidad de vida de aquellos pacientes y sus seres queridos que se enfrentan a las complicaciones vinculadas a enfermedades potencialmente letales o terminales. Esto abarca la prevención y mitigación del sufrimiento mediante la detección precoz, evaluación y abordaje del dolor, así como la consideración de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

**Enfermedades de alto costo:** son las Enfermedades que representa una carga alta a nivel económico no sólo para estas personas sino también para el sistema de salud de un país.

**Cáncer estadio avanzado:** El cáncer se diseminó a otras partes distantes (lejanas) del cuerpo, y no se tiene un tratamiento para curar si no para mantener la calidad de vida de la persona, la familia o el cuidador primario.

**Enfermedad Renal crónica en estadio avanzado:** Es un estadio avanzado de la Enfermedad, donde los riñones no depuran los desechos a la sangre y por ende el tratamiento en estadio VI de la enfermedad con Diálisis u otra alternativa de tratamiento no va ha recuperar la funcionalidad del riñón. Se requiere de cuidados Paliativos para garantizar la calidad de vida de la persona, su familia o cuidador primario.

**EPOC en estadio avanzado:** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica, o EPOC, es una categoría de afecciones que incluye enfisema y bronquitis crónica, es una afección progresiva que empeora constantemente y no tiene alternativa definitiva de tratamiento, por el contrario, parte de su tratamiento se enfoca en mejorar la calidad de vida de la persona.

**Enfermedades cardiovasculares en estadio avanzado:** Son Enfermedades que afectan el sistema circulatorio y el corazón y por su estadio no tienen manejo definitivo, si no que tienen manejo médico e incluso requieren en algún momento de cuidados paliativos.

**IPS:** Instituciones prestadoras de servicios de salud.

**EPS:** Entidad promotora de salud.

**Mortalidad:** número de muertes producidas por una Enfermedad en un espacio y tiempo determinado.

**Morbilidad:** corresponde a la cantidad de individuos considerados enfermos o que son afectados por una enfermedad en un espacio y tiempo determinado.

## **1. RESUMEN EJECUTIVO.**

### **1.1 Introducción.**

Los cuidados paliativos constituyen un eslabón importante en el manejo de los pacientes con insuficiencias orgánicas crónicas complejas. El cuidado paliativo desde sus inicios e introducción a la práctica de la medicina ha planteado un cambio en el ejercicio, pues es aceptar el cuidar más que el curar, dicho concepto ha de ser incluido dentro de nuestro quehacer ya que el mismo es reconocido en el contexto del derecho humano a la salud.

Caracterizado como el cuidado integral y proactivo destinado a individuos de todas las edades que experimentan un sufrimiento significativo relacionado con la salud, especialmente derivado de enfermedades graves y, en particular, para aquellos que se encuentran en las etapas finales de la vida. Su propósito fundamental consiste en mejorar la calidad de vida de los pacientes, así como la de sus familias y quienes los cuidan (Radbruch, 2020)

Los cuidados paliativos han adquirido una creciente relevancia en la última década, impulsados por el fenómeno demográfico de envejecimiento, especialmente notable en algunos países. Este fenómeno se caracteriza por el aumento de la población mayor de 60 años, lo que conlleva una elevada carga de morbilidad. Diversas enfermedades, entre las que se incluyen afecciones cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, VIH/SIDA y diabetes, requieren la aplicación de cuidados paliativos. Asimismo, fallos orgánicos crónicos como la insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, demencia, anomalías congénitas y tuberculosis resistente a los medicamentos pueden también necesitar este tipo de cuidados. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido en su asamblea 67 de 2014 que los cuidados paliativos son esenciales no solo para reducir el sufrimiento asociado a las enfermedades, sino también como un imperativo moral (Observatorio de Cuidados Paliativos, 2022).

A pesar de la creciente necesidad global de cuidados paliativos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala en el año 2020 que aproximadamente 40 millones de personas requieren este tipo de atención anualmente, y el 78% de ellas reside en países de ingreso bajo o mediano. Sin embargo, solo el 14% de quienes necesitan cuidados paliativos logran recibirlos. Esta realidad se asemeja al panorama colombiano, donde, según el informe del Observatorio de Cuidados Paliativos en 2016, existían alrededor de 243 servicios, principalmente concentrados en regiones como Bogotá D.C, Antioquia, Valle del Cauca y Atlántico.

La carencia de servicios de cuidados paliativos es especialmente marcada en las zonas oriente y sur del país. Departamentos como Casanare, Vaupés, Guainía, Amazonas, Guaviare, Vichada, San Andrés y Providencia, Chocó y Putumayo carecen completamente de estos servicios, según el mismo informe del Observatorio de Cuidados Paliativos en 2016. A pesar del crecimiento en la oferta de servicios en Colombia, la demanda supera significativamente la disponibilidad, evidenciada por una razón de solo 0.44 servicios por cada 10,000 habitantes, destacando la necesidad urgente de ampliar y fortalecer la infraestructura de cuidados paliativos en el país.

Para abordar este desafío, Colombia ha implementado estrategias desde 2014, centradas en la caracterización y atención mejorada de los pacientes. Se han diseñado políticas para crear comunidades y ciudades compasivas que brinden cuidados y apoyo a aquellos en el final de la vida o con enfermedades crónicas. Se ha avanzado en la formación del personal de salud y la certificación de instituciones en metodologías de manejo para pacientes de cuidados paliativos, como la metodología Newpalex de la New Health Foundation, implementada actualmente en 83 IPS del país. Además, se han adoptado estrategias como modelos de atención de cuidados paliativos, centros especializados y la promoción de ciudades y comunidades compasivas para satisfacer la creciente demanda de este tipo de cuidados.

No obstante, en el más reciente informe técnico presentado por el Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos, en su análisis DOFA, persisten como desafíos las limitadas fuentes de financiación a nivel nacional, las deficiencias en la estructura del sistema de información en salud del país y la escasa utilización de los datos del observatorio para la toma de decisiones, especialmente en regiones más descentralizadas, lo que tiene un impacto significativo en la atención brindada a los pacientes (Observatorio de Cuidados Paliativos, 2021).

## **2. MARCO DE REFERENCIA**

### **2.1 Diseño de modelo de atención en cuidados paliativos para zonas rurales y dispersas del Municipio de Palmira Valle.**

Aunque existen políticas claras sobre los procesos de atención de pacientes paliativos consideramos es necesario diseñar un modelo que permita una atención oportuna y de calidad de este grupo de pacientes en especial en las zonas rurales y dispersas donde el acceso se constituye en un derrotero para lograr acceso a salud, estas poblaciones.

La OMS y el Ministerio de Salud Colombiano han trabajado en la implementación de servicios con mejora acceso no obstante continúa siendo un desafío en salud disminuir las barreras de acceso a cuidado paliativo a la población en general pero particularmente a los que son más apartados y excluidos, lo que consideramos podemos lograr a través de nuestro modelo de atención, permitiendo además cumplir con las nuevas metas planteadas en la atención de enfermedades no transmisibles, que hoy representan la mayor carga de los problemas de salud en Colombia, así como también favorecer a saldar la deuda frente a la cobertura universal y el acceso a los servicios de salud. En Colombia persisten las desigualdades en diferentes ámbitos y las brechas entre regiones, entre áreas rurales y urbanas y las de género, entre otras.

Los cuidados paliativos se desarrollaron inicialmente a fin de realizar atención de pacientes diagnosticados con cáncer y, desde 1990, la definición de la OMS prevalece en todo el mundo. La Asociación Internacional de Hospicio y Cuidados Paliativos (IAHPC) ha presentado una nueva definición que invierte la perspectiva, y en lugar de centrarse en el diagnóstico de enfermedad potencialmente mortal como la pauta para los cuidados paliativos, se centra en el sufrimiento grave de una persona con una enfermedad grave.

La IAHPC identifica el principal desafío en la definición de la OMS como la limitación de los cuidados paliativos a los problemas asociados específicamente con enfermedades

potencialmente mortales, en lugar de abordar las necesidades integrales del paciente. Además, la IAHPC destaca y clarifica que los cuidados paliativos deben ser aplicables a personas de todas las edades, enfatizando así la importancia de una perspectiva inclusiva y holística en la atención paliativa.

Los cuidados paliativos se fundamentan en un enfoque cuyo propósito es mejorar la calidad de vida del usuario. En palabras de Alvariza, Axelsson, Rasmussen y Terne (2020):

Esto se alcanza mediante la anticipación y mitigación del sufrimiento, a través de la detección temprana, evaluación y tratamiento del dolor, así como de otros desafíos físicos, psicosociales y espirituales que puedan surgir en el contexto de una enfermedad con riesgo de ser potencialmente mortal (p. 12).

A nivel mundial, se observa un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas, muchas de las cuales ocasionan un sufrimiento significativo. De acuerdo con la comisión Lancet, que llevó a cabo el estudio "Aliviar el abismo de acceso en los cuidados paliativos y el alivio del dolor: un imperativo de la cobertura de salud universal", se estima que, para el año 2017, más de 61 millones de personas en todo el mundo, incluyendo a más de 5 millones de niños, experimentaron un sufrimiento grave relacionado con su salud anualmente. Esto se traduce en más de 6 mil millones de días vividos con síntomas que podrían aliviarse mediante cuidados paliativos.

A pesar de la magnitud de esta problemática, solo una fracción reducida de individuos recibe atención para mitigar su sufrimiento. La mayoría de las personas que enfrentan una necesidad desesperada residen en países de ingresos medios y bajos (PIMB), donde el acceso a intervenciones efectivas y asequibles en cuidados paliativos y alivio del dolor es limitado o prácticamente nulo.

En lo que respecta a la población adulta que requieren cuidado paliativo los padecimientos que obedecen enfermedades crónicas son producto de enfermedades tales

como cardiovasculares (38,5%), cáncer (34 %), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), sida (5,7%) y diabetes (4,6%). Muchas otras afecciones pueden requerir asistencia paliativa; por ejemplo, insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, demencia, anomalías congénitas y tuberculosis resistente a los medicamentos.

Según el estudio titulado "Mapping levels of palliative care development: a global update" publicado en el Journal of Pain and Symptom Management, que investigó 234 países, territorios y regiones en 2011, se observó que los servicios de asistencia paliativa estaban plenamente integrados únicamente en 20 países. En contraste, el 42% de los países carecía por completo de estos servicios, mientras que un 32% adicional contaba solo con servicios de asistencia paliativa de manera aislada.

No obstante, el mapeo global en 198 países para el 2017 en su informe categorizo los servicios de paliativos en 4 categorías y el porcentaje existente en los 198 países, 1) sin actividad conocida de cuidados paliativos, 47 (24%); 2) desarrollo de capacidades, 13 (7%); 3a) provisión aislada, 65 (33%); 3b) provisión generalizada, 22 (11%); 4) integración preliminar en la provisión general, 21 (11%); 4b) integración avanzada, 30 (15%). Concluyendo que los cuidados paliativos al más alto nivel de prestación están disponibles solo para el 14 % de la población mundial y se concentran en los países europeos (Clark, Baur, Clelland, et al. 2020).

Se suman a los desafíos previos las limitaciones y dificultades para acceder a medicamentos, especialmente a los opiáceos utilizados para el control del dolor. En el año 2010, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes evaluó que los niveles de consumo de analgésicos opiáceos eran "insuficientes" o "muy insuficientes" para satisfacer las necesidades médicas básicas en más de 121 países. En 2011, aproximadamente el 83% de la población mundial residía en países donde el acceso a analgésicos opiáceos era limitado o inexistente, lo que resultaba en un uso poco eficiente de los servicios hospitalarios y una

saturación de los centros de atención destinados al manejo del dolor crónico (Seya, Gelders, Achara, Milani, y Scholten, 2011).

Colombia no es ajena a esta realidad la mortalidad registrada por enfermedades crónicas plausibles de cuidados paliativos para el 2019 fue del 39%, 3 de cada 10 colombianos falleció necesitando cuidado paliativo siendo Córdoba, Antioquia, Boyacá y Risaralda los departamentos con mayor porcentaje de fallecidos que requerían atención en cuidado paliativo (Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos, 2021).

En su estudio transversal de análisis de los 33 territorios del país el observatorio nacional de cuidados paliativos, con corte al 2019 el 41% de personas que fallecen en Colombia necesitan este tipo de atención, contando con una tasa de servicios especializados 0.5/100.000 habitantes y una cobertura máxima del 51% lo que significa una desventaja frente a otros países con sistemas de salud comparables, lo anterior nos aleja de las metas globales de cobertura para dichos servicios (Observatorio de Cuidados Paliativos, 2021).

En el país, 12 regiones cuentan con un nivel generalizado de provisión de cuidados paliativos, seis regiones con provisión aislada, nueve regiones con un desarrollo inicial de la actividad de cuidados paliativos y cuatro regiones sin actividad conocida,

Se identifican solo dos regiones con un nivel de integración de cuidados paliativos en el sistema de salud, lo anterior refleja la falta de acceso para los pacientes con enfermedades productoras de sufrimiento grave, migración sanitaria, barreras de acceso y limitación para lograr el derecho fundamental a la salud; en especial en zonas rurales dispersas donde no se logra el acceso a dichos servicios (Observatorio de Cuidados Paliativos, 2021).

Por este motivo, el equipo a cargo de este proyecto de grado muestra interés en desarrollar un modelo de atención en cuidados paliativos diseñado para atender la demanda de pacientes que requieren este tipo de cuidados en áreas rurales y dispersas del municipio de Palmira Valle. Este enfoque busca centrarse en proporcionar un acompañamiento adecuado al

paciente y a su familia en situaciones donde la aplicación de tecnología, medicamentos o nuevas intervenciones terapéuticas ya no es factible para mejorar su estado de salud. Dada la progresión de enfermedades crónicas, se busca ofrecer medidas que permitan el control del dolor y otros síntomas, así como abordar problemas psicológicos, sociales y espirituales mediante un enfoque interdisciplinario que involucre a la familia, el entorno y la comunidad.

Cuando existe claridad en la clasificación de un paciente en un estado paliativo por parte del personal profesional y por el equipo interdisciplinario tratante, se contribuye a que los servicios de salud no colapsen ni sean subutilizados de manera innecesaria (Observatorio de Cuidados Paliativos, 2021).

### 3. MARCO LEGAL

El creciente a aumento de enfermedad grave y de la presentación de las mismas ha generado una necesidad marcada en el diseño de modelos de atención orientados hacia el cuidado paliativo; a nivel mundial la Declaración de Astana de 2018, centrada en la atención primaria como un aspecto de la Cobertura Universal de Salud y los objetivos de desarrollo sostenible, incluyó los cuidados paliativos en un espectro de provisión que debe ser accesible para todos; en la asamblea mundial de salud No 67 2014 se emiten consideraciones para el fortalecimiento de los cuidados paliativos como componente de la atención integral a lo largo del curso de vida.

A partir de 2014, Colombia promulga regulaciones que facilitan la implementación de cuidados paliativos, siendo la Ley Nacional de Cuidados Paliativos, también conocida como Ley Consuelo Devis Saavedra (Ley 1733 de 2014), un hito destacado en este proceso. Esta normativa reglamenta los servicios de cuidados paliativos, brindando una atención integral a pacientes que enfrentan enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier etapa de la enfermedad, con un impacto sustancial en la mejora de la calidad de vida. Posteriormente, se han introducido otras normativas, y en el año 2018 se establecieron los lineamientos para la atención integral en cuidados paliativos mediante la Resolución 285 de 2018.

Dentro de las normativas existentes en el país además de las regulaciones para la prestación de servicio de cuidado paliativo, también se encuentran la regulación sobre la financiación del mismo, la formación de redes integradas para la atención de los pacientes y la normativización de las medicaciones para el manejo del dolor. Normatividad vigente en Colombia sobre cuidados paliativos.

En relación con la determinación del paciente acerca de los cuidados al final de la vida en Colombia, la Resolución 1051 del 1 de abril de 2016 respalda la Ley 1733 de 2014, la cual

establece el derecho de suscribir el documento de Voluntad Anticipada. Esto posibilita que los pacientes, tanto en entornos ambulatorios como hospitalarios, tengan la opción de elegir enfoques de cuidados paliativos al final de la vida como parte de su atención médica.

Los modelos de atención en cuidados paliativos a nivel mundial se construye bajo el marco de salud pública de la OMS para Cuidados Paliativos ello incluye la generación de políticas, acceso a los medicamentos, educación y prestación de servicios; en Colombia durante varios años y especialmente durante la última década, el gobierno promulgo leyes y reglamentos para mejorar el acceso a los medicamentos esenciales y para integrar los cuidados paliativos, en relación con otros países de América, Colombia fue el primero en lanzar un servicio de cuidados paliativos y en acreditar la especialidad de Medicina Paliativa, y uno de los pocos países con una ley específica de cuidados paliativos. En lo que respecta a los modelos de atención en Colombia el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 estructura la política integral de atención en salud, incluyendo los cuidados paliativos como pilar dentro de las rutas integrales de atención de promoción y mantenimiento de la salud, así como también en las rutas integrales de atención específicas dichos servicios pueden ser prestados intramural, extramural o por telemedicina por medio de prestadores primario y prestadores complementarios con niveles de atención primer nivel, nivel de mediana y de alta complejidad además de los prestadores primarios y complementarios de atención domiciliaria. Bajo los lineamientos de modelos de atención en cuidados paliativos del Ministerio de Salud de Colombia será diseñado el modelo de esta propuesta.

## **4. DESCRIPCIÓN GENERAL DE DEL MUNICIPIO DE PALMIRA VALLE, DONDE SE VA A DISEÑAR EL MODELO DE ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS PARA ZONAS RURALES Y DISPERSAS.**

### **4.1 Evolución Histórica del Municipio de Palmira Valle.**

Ubicado en la región sur del departamento del Valle del Cauca, el municipio de Palmira limita al norte con El Cerrito, al oeste con Vijes, Yumbo y Cali, al sur con Candelaria y Pradera, y al este con el departamento del Tolima. Según los datos proporcionados por la Secretaría de Salud Municipal y el Observatorio de Salud Pública en el Análisis de Situación de Salud (Asis) Palmira 2023, la población total asciende a 362,008 habitantes. Con temperaturas que oscilan entre 18 °C y 37 °C, y una altitud promedio de 1,001 metros sobre el nivel del mar, Palmira se destaca como la Capital agrícola de Colombia y la segunda ciudad del departamento.

Fundada en 1680, Palmira ha experimentado un rápido desarrollo urbano e industrial en los últimos años. La ciudad alberga importantes factorías dedicadas a la fabricación de muebles, maquinaria, empaques, tubos de cemento, mosaicos y artículos metálicos. Estas empresas, que distribuyen sus productos a nivel nacional, desempeñan un papel crucial en la economía local y contribuyen al sustento del municipio.

La producción de caña de azúcar representa la actividad económica preponderante en Palmira, abarcando alrededor de 18,000 hectáreas cultivadas que son procesadas en diversos ingenios distribuidos en la región. Estos ingenios generan productos como azúcar, panela, miel y alcohol, los cuales se destinan tanto al consumo local como a la exportación e importación.

La expansión geográfica de Palmira experimenta un crecimiento constante, impulsado por nuevos proyectos de vivienda y estrategias de inversión social. Entre sus puntos destacados se encuentran lugares emblemáticos como el Bosque Municipal, el Parque del Azúcar, los ingenios Providencia y Central Tumaco, Harineras del Valle, la Reserva Natural

Nirvana, la Hacienda Los Ranchos, la Universidad Nacional de Colombia, el Centro de Agricultura Tropical CIAT y el Aeropuerto Alfonso Bonilla Aragón.

Palmira se presenta como el escenario principal para varios eventos agrícolas de importancia a nivel nacional, como la Feria Equina, que cada año atrae a numerosos turistas e inversionistas nacionales y extranjeros. Además, sobresalen la Feria Nacional de la Agricultura e Expomuebles, el Festival de la Cerveza y el Festival de la Trova. En la parte alta de la ciudad, se ubica el Parque Nacional de las Herosas, ampliando la gama de atractivos de esta animada localidad.

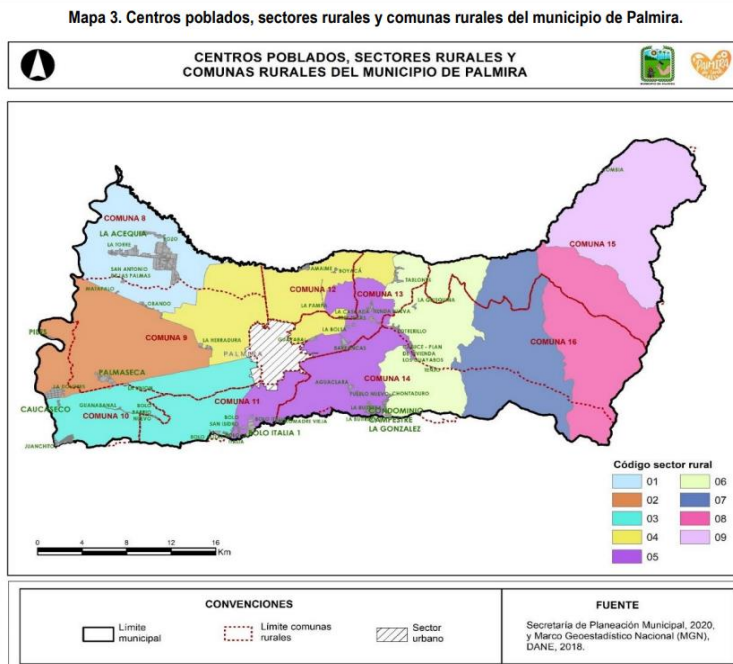
Según los datos suministrados por la Secretaría de Salud Municipal y el Observatorio de Salud Pública (2020) en el Análisis de Situación de Salud (Asis) de Palmira, en términos políticos y administrativos, se establece a través del Acuerdo 157 de 1997 que el territorio municipal se divide en 16 comunas. De estas, siete están situadas en la zona urbana e incluyen diversos barrios, mientras que las nueve restantes se encuentran en la zona rural y están conformadas por corregimiento.

*Ilustración 1: División Política administrativa del municipio de Palmira.*



Fuente: Secretaría de Salud Municipal y Observatorio de Salud Pública, 2022, (p. 32).

Ilustración 2: centros poblados, sectores rurales y comunas del municipio de Palmira.



Fuente: Secretaría de Salud Municipal y Observatorio de Salud Pública, 2022, (p. 33).

Desde la Secretaría de Salud Municipal y Observatorio de Salud Pública. se destaca que, según el Análisis de Situación en Salud (ASIS) Palmira 2022, el contexto demográfico emerge como un factor crucial en la formulación e implementación de políticas públicas en el ámbito de la salud. La magnitud de la población ejerce un papel determinante en la generación de necesidades en los servicios de salud, impactando la demanda de profesionales de la salud, instituciones sanitarias, servicios de ambulancia, así como la necesidad de medicamentos y productos biológicos.

De acuerdo con la información proporcionada por la Secretaría de Salud Municipal y el Observatorio de Salud Pública (2022), la estructura de la red de salud en el municipio de Palmira se compone de 363 proveedores de servicios de salud. Estos se distribuyen en 77 entidades registradas con personalidad jurídica, entre las cuales se cuentan 2 de carácter público y 75 de carácter privado. Además, hay 286 proveedores con personalidad natural, todos ellos de carácter privado.

#### **4.2 Misión.**

La Administración Municipal de Palmira busca el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes, a través de la oferta social integral con énfasis en la población más vulnerable, el desarrollo sostenible del territorio que permita potencializar nuestras ventajas comparativas en bioeconomía y como nodo logístico regional, desde un enfoque basado en la ciencia, la tecnología y la innovación y la articulación público – privada que permita fortalecer la relación Estado – ciudadanía.

#### **4.3 Visión.**

Palmira será en el año 2032, un territorio de paz, con desarrollo y seguridad humana, sostenible, participativo, incluyente, competitivo, emprendedor y proveedor de servicios; que se sustenta en el capital social, la innovación, el potencial biofísico, la diversificación agroindustrial, la conectividad, los equipamientos y la fortaleza institucional, en el marco de los procesos de integración regional y buen gobierno.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GENERAL**

Diseñar un modelo de cuidados paliativos con un enfoque diferencial virtual y presencial cercano al paciente en poblaciones dispersas y vulnerables en el municipio de Palmira, Valle del Cauca, que impacte de manera positiva los resultados en salud de la población y que aporte a la sostenibilidad financiera.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Identificar en la población del municipio de Palmira en las áreas rurales y zonas dispersas la demanda de atención en cuidados paliativos.

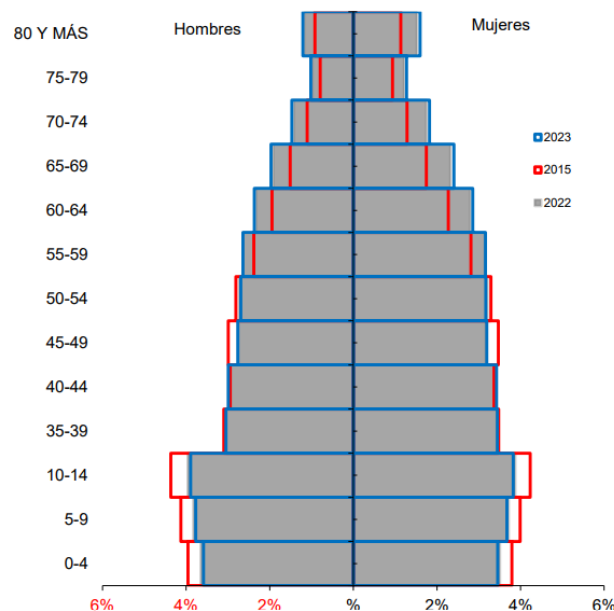
Caracterizar la población y las necesidades de atención particulares dentro del grupo poblacional de las áreas rurales y dispersas.

Diseñar un modelo de atención que responda a las necesidades particulares de la población previamente caracterizada y mediante TICS realizar seguimiento de mejoramiento de síntomas.

## 6. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

Colombia presenta en la actualidad un perfil epidemiológico moldeado por la transición demográfica, donde las enfermedades crónicas no transmisibles han experimentado un aumento significativo, pasando de representar el 76 % de la carga total de enfermedad en 2005 al 83 % en 2010. A pesar de este cambio, al analizar las regiones, se observa que las enfermedades transmisibles siguen siendo relevantes en zonas dispersas y selváticas, especialmente vinculadas a conflictos armados, mientras que las enfermedades materno-infantiles persisten en áreas de mayor vulnerabilidad socioeconómica. En Colombia, los datos indican que aún hay una insuficiencia notable de servicios para abordar las necesidades de Cuidados Paliativos (CP), a pesar de que alrededor de 250,000 pacientes adultos requieren este tipo de atención cada año (Secretaría de Salud Municipal y Observatorio de Salud Pública, 2020).

*Ilustración 3: Pirámide poblacional valle del cauca 2022.*



Fuente: Secretaría de Salud Municipal y Observatorio de Salud Pública, 2022.

La distribución poblacional actual en el Valle del Cauca muestra una estructura constrictiva, indicativa de una transición demográfica en la que se han experimentado cambios de altos a bajos niveles de natalidad y mortalidad. Este fenómeno sugiere una mejora en las condiciones de vida de la población, reflejada en el cumplimiento de necesidades básicas y en indicadores generales de desarrollo, los cuales influyen directamente en los resultados adversos de salud en la población del Departamento (Secretaría de Salud Municipal y Observatorio de Salud Pública, 2020).

Al analizar los ciclos de vida, se observa una tendencia a la disminución, en comparación con el año 2015, en la proporción y número de la población más joven, mientras que la proporción de adultos tiende a aumentar para el año 2022.

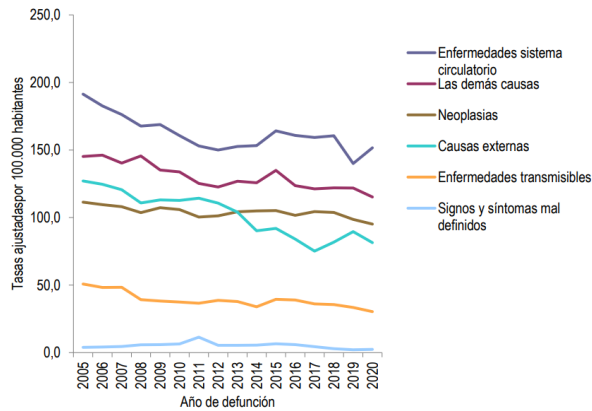
La evolución hacia una estructura demográfica más envejecida tiene repercusiones directas en las condiciones de salud, ya que la población se verá afectada por enfermedades crónicas, degenerativas y cardíacas, propias de las edades más avanzadas. Esto implica la necesidad de reorientar las estrategias de atención hacia tecnologías más especializadas y costosas en términos de diagnóstico y tratamiento.

Aunque la población también podrá verse afectada positivamente en la disminución de enfermedades propias de poblaciones más jóvenes como son ciertas enfermedades infecciosas.

*Ilustración 4: Tasa de mortalidad ajustada por edad en la población general-*

*Departamento del valle del Cauca 2005-2020.*

Figura 9. Tasa de mortalidad ajustada por edad en población general. Departamento del Valle del Cauca 2005 – 2020



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO. Elaborado por Vigilancia en Salud Pública Valle

Fuente: Secretaría de Salud Municipal & Observatorio de Salud Pública, 2022, (p. 65).

En la población general del Valle del Cauca, las muertes atribuibles a enfermedades del sistema circulatorio mostraron la incidencia más destacada, según las tasas ajustadas tanto para el año 2020 como para el periodo completo de estudio. Estas tasas alcanzaron su punto máximo en 2005 con 191.4 muertes por cada 100,000 habitantes y experimentaron una disminución hasta un mínimo de 140.0 en 2019. No obstante, se observó un aumento del 8% en 2020 con respecto al año anterior.

Cuando se analiza la tasa de mortalidad alineada por edad en la población del departamento del Valle del Cauca, se nota una disminución tanto en hombres como en mujeres para las enfermedades del sistema circulatorio desde 2005 hasta 2020. De manera similar, las enfermedades neoplásicas muestran una tendencia a la baja en este período.

Para el año 2022 el Departamento del Valle del Cauca tiene una población rural de 541.647 habitantes (27,2%) y una población urbana de 1.450.981 habitantes (72,8%).

Cabe resaltar que para el desarrollo de este modelo de atención de interés para el Municipio de Palmira se han escogido cuatro grandes grupos de Enfermedades consideradas,

según el observatorio colombiano de cuidados Paliativos como estados de Salud que ameritan o en algún momento de la Enfermedad en estadio avanzado requieren de Cuidados Paliativos las siguientes: (Enfermedad Renal en estadio Avanzado, Enfermedades pulmonares en estadio avanzado, Enfermedades cardiovasculares en estadio Avanzado, padecimiento por Cáncer en estadio avanzado). Todo lo anterior garantiza que los profesionales de la salud, al momento de tener este tipo de Pacientes, puedan determinar si están ante una situación o un paciente que requiere un CP y cuál debe ser la ruta de atención que más va a favorecer al Usuario y su familia y así garantizar que el sistema de salud sea sostenible en Colombia y específicamente en la población rural y dispersa del municipio de Palmira.

### 6.1 Caracterización territorial y demográfica:

El municipio de Palmira está localizado en la región sur del departamento del Valle del Cauca y se encuentra ubicado en la ribera oriental del río Cauca. En sus confines geográficos y políticos, Palmira limita al norte con el municipio de El Cerrito, al oeste con Vijes, Yumbo y Cali, al sur con Candelaria y Pradera; y al este con el municipio de Río Blanco, perteneciente al departamento del Tolima.

Como se evidencia en la estructura de la pirámide poblacional, ha experimentado un cambio de expansiva a regresiva. Este fenómeno refleja el envejecimiento de la población, resultado de la transición demográfica que implica una disminución en las tasas de natalidad y un aumento gradual en la esperanza de vida. Esto se traduce en un incremento en el número de personas en edades más jóvenes y un aumento en los grupos de edad más avanzada.

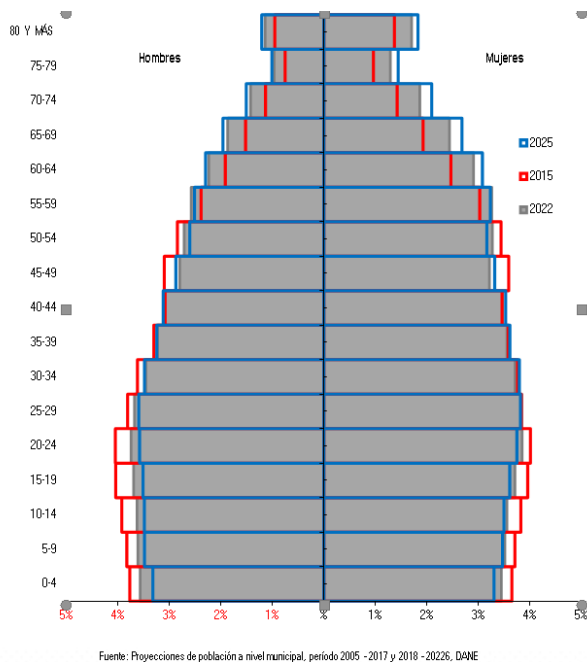
*Tabla 1: distribución de la población por área 2022.*

Área de residencia	Población	%
Cabecera	293.050	79,97
Centros poblados y rural disperso	73.387	20,03
<b>Total</b>	<b>366.437</b>	<b>100</b>

Fuente: (Secretaría de Salud Municipal & Observatorio de Salud Pública, 2022, (p. 26).

Según los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda llevado a cabo por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en 2019, la población residente en el municipio era de 352,016 personas. Las proyecciones futuras, también derivadas de la misma fuente, indican que para el año 2022, la población ha alcanzado los 366,437 habitantes. En cuanto a la distribución por género, de la población total, 194,463 son hombres y 171,474 son mujeres.

*Ilustración 5: Pirámide poblacional palmira 2022-2025*



Fuente: Secretaría de Salud Municipal y Observatorio de Salud Pública, 2022, (p. 60).

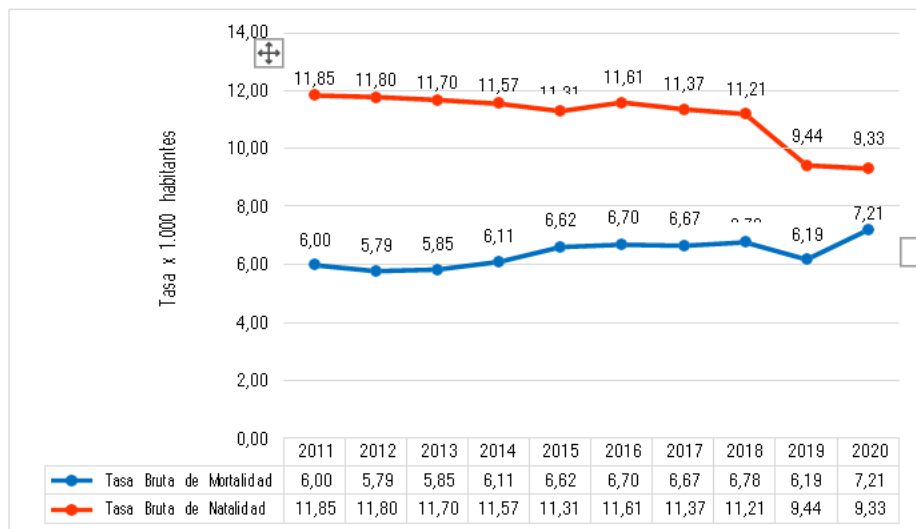
## **6.2 Población por grupo de edad:**

La distribución de los grupos de edad sigue los patrones de los ciclos vitales, y en el municipio de Palmira se nota un incremento significativo en la población general en cada grupo durante el periodo comprendido entre 2015 y 2022. Sin embargo, se observa una disminución no significativa en la población joven, abarcando la primera infancia, infancia, adolescencia, juventud y adultez, proyectada hasta el año 2025. Según la Secretaría de Salud Municipal y el

Observatorio de Salud Pública (2022), el mayor cambio en términos de reducción se registra en los grupos de adolescencia y juventud.

La tasa de crecimiento natural en el Valle del Cauca para el año 2022, calculada por cada 1000 habitantes de su población total, muestra un incremento de 3.48 personas. Este valor es comparativamente más bajo que el de Colombia, que alcanza los 12.08. Además, se evidencia una reducción en la población para el año 2020, disminuyendo en 3.72 personas por cada 1000 habitantes debido al efecto de la migración. No obstante, se registra un crecimiento de 3.53 personas según la información proporcionada por la Secretaría de Salud Municipal y el Observatorio de Salud Pública (2022, p. 64).

*Ilustración 6: Comparación entre la Tasa Bruta de Natalidad y Mortalidad de Palmira 2011 – 2020*



Fuente: Secretaría de Salud Municipal y Observatorio de Salud Pública, 2020.

La tasa bruta de natalidad en el municipio ha experimentado una disminución gradual desde el año 2011, cuando fue de 11.85 nacimientos por cada 1,000 habitantes, hasta el año 2020, donde se registraron 9.33 nacimientos por cada 1,000 habitantes. En contraste, la tasa bruta de mortalidad mostró un descenso desde 6.00 muertes por cada 1,000 habitantes en 2011, alcanzando un mínimo de 5.85 muertes por cada 1,000 habitantes en 2013. Sin embargo, se observó un nuevo aumento en 2014, con 6.11 muertes por cada 1,000 habitantes, seguido de una nueva disminución en 2020, registrando 7.21 muertes por cada 1,000 habitantes en el municipio de Palmira. Estos datos se han extraído de la tabla comparativa de tasas brutas de natalidad y mortalidad entre los años 2011 y 2020 según la Secretaría de Salud Municipal y el Observatorio de Salud Pública (2022).

### **6.3 Esperanza de vida:**

Según datos de la Secretaría de Salud y el Observatorio de Salud Pública en el Asis (2022), Palmira para el año 2022 la esperanza de vida en las mujeres llega a los 80,3 años, mientras en los hombres es de 71,7 años, es decir, una diferencia de 8 años y en Colombia es 76,9. Esta diferencia entre hombres y mujeres está dada por los estilos de vida y por las altas tasas de homicidio en hombres del departamento.

### **6.4 Priorización:**

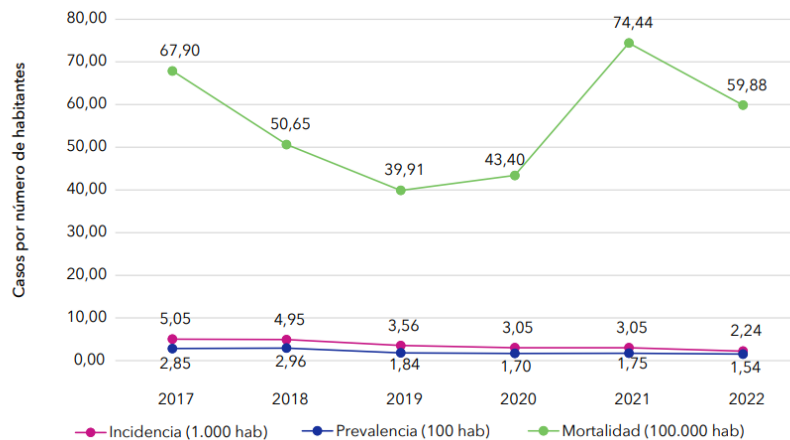
Acorde al análisis sociodemográfico y político del municipio de Palmira y de las principales causas de mortalidad se reconocieron situaciones negativas que fueron consideradas deben ser modificadas y es por ello que se establecen desde la salud ambiental, estilos de vida saludable, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria nutricional, derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública, emergencias y desastres, salud laboral, gestión diferencial de poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria las siguientes condiciones a priorizar desde el análisis realizado en el municipio de Palmira 2022.

### 6.5 Carga de la Enfermedad:

En el periodo 2001, en la cuenta de alto costo se informaron 889.123 personas con Enfermedad renal crónica en Colombia de ellos, el 4,64% se encuentran en estadio VI de Enfermedad.

Durante el periodo de emergencia sanitaria por Covid -19, se evidencio una disminución de casos de Enfermedad Renal Crónica y sus precursores, con incremento en la mortalidad, especialmente en la población que padece hipertensión; se estima una prevalencia de Enfermedad Renal Crónica del 9,64% para la hipertensión y del 3,11% para la diabetes Mellitus.

*Ilustración 7:Tendencia de la morbilidad en el marco del aseguramiento en Colombia*



Fuente: Cuenta de alto costo 2022.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) constituye la tercera causa de mortalidad global, registrando 3,23 millones de fallecimientos en el año 2019. Aproximadamente el 90% de las defunciones relacionadas con la EPOC en individuos menores de 70 años suceden en naciones con ingresos medianos y bajos. A nivel mundial, la EPOC se ubica como la séptima causa principal de años de vida perdidos debido a la discapacidad. En países de ingresos altos, el tabaquismo es responsable de más del 70% de los casos de

EPOC, mientras que, en naciones de ingresos medianos y bajos, este factor contribuye al 30-40% de los casos, siendo la contaminación del aire en entornos cerrados un importante riesgo adicional.

El análisis de la prevalencia de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en Colombia, conocido como PREPOCOL (2005) y llevado a cabo por la Fundación Neumológica Colombiana, reveló que, a nivel nacional, el 9% de las personas mayores de 40 años presentaban EPOC. Esta proporción se distribuyó de la siguiente manera: 8.5% en Bogotá, 6.2% en Barranquilla, 7.9% en Bucaramanga, 8.5% en Cali y 13.5% en Medellín. Las variaciones en la prevalencia entre las ciudades están directamente vinculadas al porcentaje de personas fumadoras en cada localidad, oscilando entre el 14% en Barranquilla y el 29% en Medellín. Es importante señalar que este porcentaje tiende a incrementarse, especialmente entre los estudiantes más jóvenes; no se disponen de estudios más recientes sobre prevalencia de EPOC en el país (Observatorio de Salud Pública, Plan de Salud Pública 2012-2021).

Conforme a las estadísticas de mortalidad proporcionadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en 2010, aproximadamente 4,500 de las defunciones en Colombia fueron atribuidas a enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores asociadas al consumo de tabaco, que incluye la EPOC. Esta condición se posiciona como una de las principales causas de enfermedad y muerte en la población adulta mayor, representando un significativo desafío para la salud pública.

Por otra parte, la prevalencia ajustada por edad de todos los tipos de enfermedades cardíacas fue del 10,6%; la correspondiente prevalencia de enfermedades cardíacas ajustada por edad entre blancos, negros, hispanos y asiáticos fue del 11,0%, 9,7%, 7,4% y 6,1%, respectivamente. La prevalencia ajustada por edad de enfermedades cardíacas, arteriopatías coronarias, hipertensión y accidentes cerebrovasculares fue mayor en los hombres (11,8%,

7,2%, 26,0% y 3,3%, respectivamente) que en las mujeres (9,5%, 4,2%, 23,1% y 2,5%, respectivamente). Encuesta Nacional de Salud de Colombia (ENSE) 2017.

En 2017, alrededor de 17,8 millones (IC del 95 %, 17,5–18,0 millones) de muertes se atribuyeron a enfermedades cardiovasculares en todo el mundo, lo que representó un aumento del 21,1 % (IC del 95 %, 19,7 %–22,6 %) con respecto a 2007. La tasa por 100.000 habitantes fue de 233,1 (IC del 95%, 229,7–236,4), lo que representa una disminución del 10,3% (IC del 95%, –11,4% a –9,3%) desde 2007. En general, la prevalencia bruta de ECV fue de 485,6 millones. casos (IC del 95 %, 468,0–505,0 millones) en 2017, un aumento del 28,5 % (IC del 95 %, 27,7 %–29,4 %) en comparación con 2007. Sin embargo, la tasa de prevalencia ajustada por edad fue de 6081,6 (IC del 95 %, 5860,8 –6320,8) por 100.000, un aumento del 0,2% (IC del 95%, –0,4% a 0,80%) desde 2007.

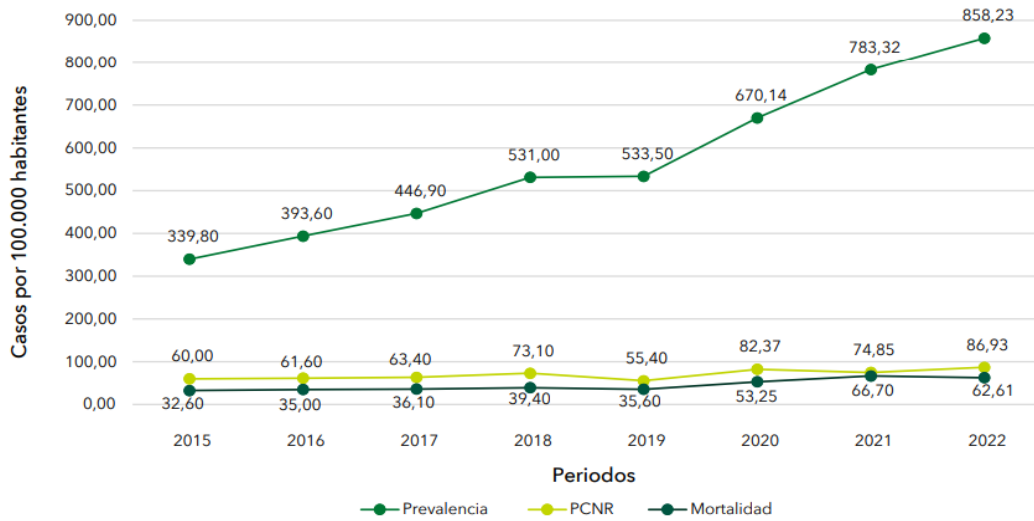
A nivel mundial la insuficiencia cardíaca (IC), se estima que afecta al 1-2% de la población, mientras que en Colombia la cifra es del 2,3%. La incidencia varía, siendo de 2 casos por cada 1.000 personas entre los 35 y 64 años, y de 12 casos por cada 1.000 personas entre los 65 y 94 años (Asociación Estadounidense del Corazón, 2020). Para Colombia, con una población de 47.704.472 habitantes, la prevalencia de falla cardíaca estimada es del 2,3%, lo que se traduce en cerca de 1.097.201 pacientes con falla cardíaca en el país. (Introducción, epidemiología de la falla cardíaca e historia de las clínicas de falla cardíaca en Colombia, Revista Colombiana de Cardiología Marzo 2016)

En pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (ICFEr), hay un aumento en la mortalidad hospitalaria y a los 90 días. En Suramérica, se registra una tasa de readmisión hospitalaria del 33,4% y del 28,1% a los 90 días y 6 meses, respectivamente, junto con una tasa de mortalidad intrahospitalaria del 11,7% y una tasa de mortalidad global del 24,5%. La calidad de vida de los pacientes con IC es considerablemente inferior en comparación con aquellos que sufren otras enfermedades crónicas, con un informe de años de

vida perdidos de 66,318 en hombres y 59,535 en mujeres. Dada la frecuencia de hospitalizaciones y re hospitalizaciones asociadas a la IC, esta enfermedad impone una carga económica significativa en los sistemas de salud, representando aproximadamente el 1-2% del presupuesto en países como Estados Unidos (Asociación Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, 2022).

Según las estimaciones del Observatorio Global de Cáncer (GLOBOCAN), para el año 2020 se diagnosticaron 19,3 millones de casos nuevos de cáncer y ocurrieron 10 millones de muertes por esta causa en el mundo (1). En la región de América Latina y el Caribe la tasa de incidencia cruda para ese mismo año fue de 224,8 casos por 100.000 habitantes, siendo mayor a lo reportado en el marco del aseguramiento en Colombia para el periodo 2022. En relación a Cáncer en Colombia en el periodo 2022, la proporción de casos nuevos reportados (PCNR) de cáncer invasivo tuvo un incremento del 16% en comparación con el 2021. En total 46870 casos nuevos reportados entre enero 2021-enero 2022, 94.7% fueron invasivos, los tipos de cáncer en mayor frecuencia en los casos nuevos reportados en mujeres fueron mama 29.2%, cérvix 9.4%, colon y recto 7.6%. En los hombres los tipos de cáncer en mayor frecuencia fueron próstata 21.6%, colon y recto 9.5%, estomago 7.4%. El 91.8% de los nuevos casos fueron tumores sólidos. (Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2022, cuenta alto costo)

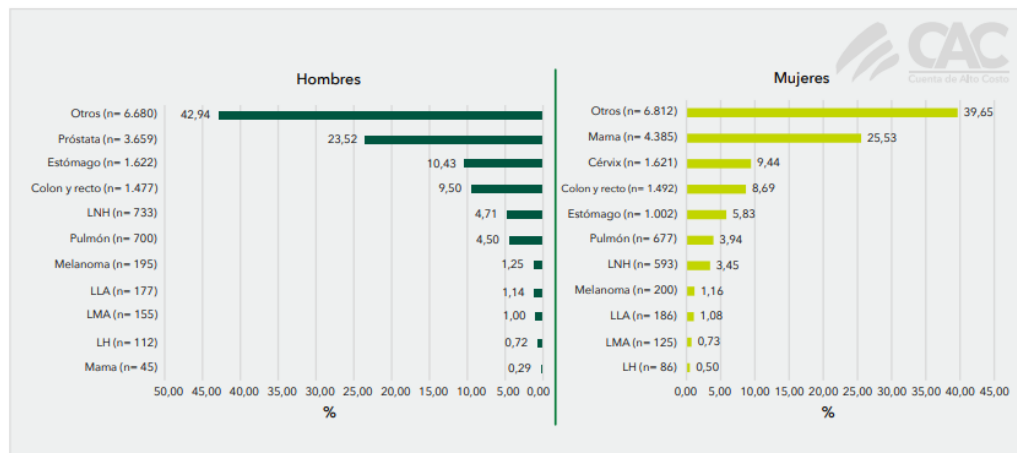
Ilustración 8: Prevalencia del cáncer general invasivo en Colombia 2015-2022.



Fuente: Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2022, cuenta alto costo.

Por otra parte, la mortalidad de cáncer general invasivo proporción de nevos casos reportados (CPNR) fue de 84 casos nuevos por 100.000 habitantes, la mortalidad general estandarizada más alta se presentó en el cáncer de mama, próstata y cérvix con 16, 13 y 6 muertes por 100.000 personas. (Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2022, cuenta alto costo).

Ilustración 9: Distribución porcentual de las muertes según el tipo de cáncer y sexo



Fuente: cuenta de alto costo 2022.

En Colombia la mediana de espera para diagnóstico de cáncer es de 30 días (aumento 8.3 con respecto 2021), para el inicio del tratamiento la mediana es de 52 días (incremento 20%), la mejor oportunidad para el diagnóstico se presentó en las leucemias agudas del adulto mediana de 6 días, el menor tiempo de espera para acceder a tratamiento se registró en leucemia linfocítica aguda con una mediana de 2 días.

En lo que respecta al Valle del Cauca se encuentra entre el grupo de departamentos con prevalencias elevadas de cáncer desde las entidades territoriales 1.033,13 casos por 100.00 habitantes. La región del país con más prevalencia estandarizada de cáncer es Bogotá DC con 1.256, 91 casos por 100.000 habitantes.

*Tabla 2:prevalencia estandarizada de cáncer según región de residencia.*

Región	Casos <sup>1</sup>	Denominador <sup>2</sup>	Prevalencia cruda <sup>3</sup>	Prevalencia estandarizada <sup>3</sup>	IC 95% <sup>4</sup>
Amazonía-Orinoquía	4.743	1.486.362	319,10	436,58	423,97 - 449,45
Bogotá, D. C.	101.173	7.834.167	1.291,43	1.256,91	1.249,16 - 1.264,70
Caribe	56.248	11.614.739	484,28	555,05	550,47 - 559,67
Central	135.543	12.231.314	1.108,16	1.014,72	1.009,31 - 1.020,14
Oriental	68.792	9.645.509	713,20	709,00	703,71 - 714,31
Pacífica	71.621	8.237.407	869,46	824,94	818,90 - 831,02
<b>Nacional</b>	<b>438.120</b>	<b>51.049.498</b>	<b>858,23</b>	<b>824,95</b>	<b>822,50 - 827,40</b>

<sup>1</sup> Incluye todos los casos de cáncer invasivo reportados a la CAC, sin discriminar por el sexo, la edad o el tipo de cáncer.

<sup>2</sup> Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

<sup>3</sup> La prevalencia es informada por 100.000 habitantes.

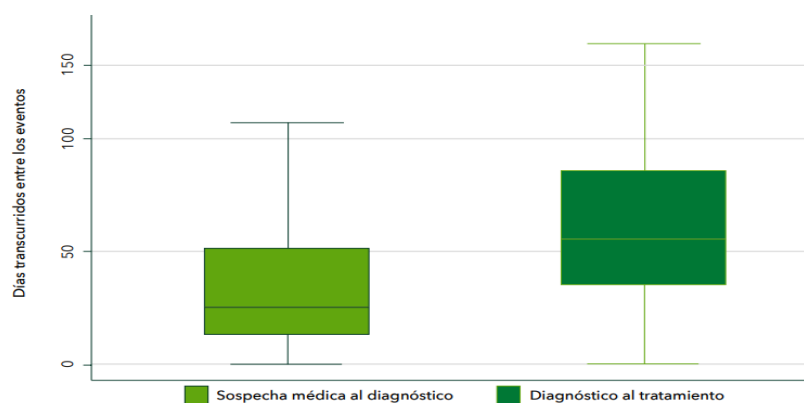
<sup>4</sup> IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

Fuente: cuenta de alto costo 2022.

El cáncer de Mama en Colombia sigue siendo el número uno en frecuencia de los 11 cánceres priorizados en ambos sexos, sigue siendo la neoplasia más frecuente en mujeres representa un 29.2% del total de casos nuevos, para el periodo 2021-2022 se reportaron 93.949 mujeres con Cáncer de mama y se registraron 4.449 muertes. La proporción de casos nuevos reportados estandarizada más elevada se dio en la región central del país con 33.97 casos por 100.000 mujeres, la mediana de edad es de 59 años. La mediana de tiempo de espera hasta el diagnóstico es de 27 días.

*Ilustración 10: Oportunidad de atención de nuevos casos de cáncer de mama.*



Fuente: cuenta de alto costo 2022.

El Ca de Cuello Uterino ocupa el 4to lugar en los 11 cánceres priorizados, es el segundo cáncer más frecuente en mujeres, en el periodo 2021-2022 se reportaron incluyendo invasivos e in situ 27.304 mujeres con la enfermedad, 9.47% fueron casos nuevos, el número de defunciones registradas por todas las causas fue de 1.543.

Por su parte el cáncer de Próstata ocupó el segundo lugar entre los 11 tipos de cáncer priorizados, el primer lugar en Cáncer de hombres con un 21,6% del total de casos nuevos reportados en hombres, se reportaron 4.191 casos nuevos invasivos, La proporción de casos nuevos reportados estandarizada fue de 16 casos nuevos por 100.000 hombres; la mediana de edad fue de 69 años; el número de muertes reportadas por todas las causas fue de 3.720. La mediana de tiempo de espera hasta el diagnóstico fue de 44 días y hasta el primer tratamiento hasta 65 días ninguno de los indicadores relacionados con la oportunidad alcanzó la meta en el periodo 2021-2022.

El Cáncer de Colon y recto ocupó el tercer lugar en frecuencia de los 11 cánceres priorizados, con un 8.34% incluyendo tumores in situ e invasivos, entre 2021-2022 se reportaron 29.941 tumores de este tipo de cáncer de los cuales 13.06% fueron diagnosticados en el periodo, 3.036 muertes por todas las causas se reportaron en el periodo.

En Colombia el cáncer gástrico ocupa por su parte el quinto lugar en frecuencia entre los 11 cánceres priorizados, se notificaron 2.353 casos nuevos invasivos, una proporción de casos nuevos reportados estandarizada de 4 casos nuevos por 100.000 habitantes, la mediana de edad es de 64 años, el 52.2% de los casos fue diagnosticado en estadio IV. La mediana de tiempo de espera hasta el diagnóstico fue de 17 días y hasta el primer tratamiento de 43 días. Se informaron 2.673 muertes por todas las causas.

*Tabla 3: Oportunidad de atención según el tipo de cáncer priorizado Colombia 2022*

Tipo de cáncer	Oportunidad del diagnóstico		Oportunidad del tratamiento	
	Promedio (±DE)	Mediana (RIC)	Promedio (±DE)	Mediana (RIC)
Mama	44,73 (58,78)	27 (14 - 52)	63,83 (45,60)	52 (31 - 83)
Próstata	63,63 (67,27)	44 (27 - 79)	76,61 (57,48)	65 (32 - 107)
Cérvix	48,08 (58,41)	30 (18 - 56)	73,17 (48,28)	63 (40 - 97)
Estómago	28,65 (36,73)	17 (8 - 33)	53,59 (43,83)	43 (21 - 76)
Colon y recto	32,87 (41,83)	20 (8 - 40)	60,29 (48,45)	50 (25 - 84)
Pulmón	40,20 (46,33)	27 (13 - 47)	49,99 (44,97)	39 (19 - 68)
Melanoma	48,88 (53,61)	33 (22 - 55)	79,08 (53,12)	65 (44 - 104)
LH	47,38 (56,63)	28 (13 - 59)	37,84 (43,23)	23 (10 - 54)
LNH	41,29 (44,86)	29 (14 - 49)	37,78 (44,02)	23 (8 - 53)
LLA	12,93 (23,78)	6 (2 - 12)	11,06 (29,41)	2 (0 - 8)
LMA	15,32 (23,47)	6 (3 - 18)	14,04 (27,21)	3 (1 - 15)
Otros	55,37 (68,57)	33 (19 - 65)	70,51 (59,70)	57 (26 - 100)

Fuente: Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2022, cuenta alto costo).

*Tabla 4: caracterización del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022.*

Tratamiento/ubicación temporal <sup>a</sup>	Régimen de afiliación					Total n= 46.670 (100,00%)
	Contributivo n= 30.120 (64,26%)	Subsidiado n= 14.555 (31,05%)	Excepción n= 2.017 (4,33%)	Especial n= 141 (0,30%)	No afiliado n= 37 (0,08%)	
<b>Cirugía (si)</b>	12.693 (42,14)	4.536 (31,16)	843 (41,79)	76 (53,90)	5 (13,51)	18.153 (38,73)
Manejo inicial	12.485 (98,36)	4.368 (96,30)	828 (98,22)	76 (100,00)	5 (100,00)	17.762 (97,85)
Manejo de recaída	17 (0,13)	18 (0,40)	1 (0,12)	0 (0,00)	0 (0,00)	36 (0,20)
Manejo de enfermedad metastásica	188 (1,48)	143 (3,15)	14 (1,66)	0 (0,00)	0 (0,00)	345 (1,90)
Sin información	3 (0,02)	7 (0,15)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	10 (0,06)
<b>Terapia sistémica (si)<sup>b</sup></b>	11.300 (37,52)	5.421 (37,24)	795 (39,41)	49 (34,75)	14 (37,84)	17.579 (37,51)
Neoadyuvancia	3.689 (32,65)	1.995 (36,80)	247 (31,07)	13 (26,53)	5 (35,71)	5.949 (33,84)
Tratamiento inicial curativo (sin cirugía)	2.996 (26,51)	1.451 (26,77)	211 (26,54)	13 (26,53)	6 (42,86)	4.677 (26,61)
Adyuvancia	3.041 (26,91)	1.074 (19,81)	203 (25,53)	17 (34,69)	1 (7,14)	4.336 (24,67)
Manejo de recaída	76 (0,67)	48 (0,89)	18 (2,26)	1 (2,04)	0 (0,00)	143 (0,81)
Manejo de enfermedad metastásica	649 (5,74)	557 (10,27)	58 (7,30)	3 (6,12)	1 (7,14)	1.268 (7,21)
Manejo paliativo	843 (7,46)	293 (5,40)	58 (7,30)	2 (4,08)	1 (7,14)	1.197 (6,81)
Sin información	6 (0,05)	3 (0,06)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	9 (0,05)
<b>Radioterapia (si)</b>	3.860 (12,82)	1.822 (12,52)	240 (11,90)	21 (14,89)	6 (16,22)	5.949 (12,69)
Neoadyuvancia	779 (20,18)	509 (27,94)	44 (18,33)	3 (14,29)	4 (66,67)	1.339 (22,51)
Tratamiento inicial curativo (sin cirugía)	854 (22,12)	498 (27,33)	54 (22,50)	2 (9,52)	2 (33,33)	1.410 (23,70)
Adyuvancia	1.559 (40,39)	523 (28,70)	104 (43,33)	11 (52,38)	0 (0,00)	2.197 (36,93)
Manejo de recaída	115 (2,98)	13 (0,71)	2 (0,83)	2 (9,52)	0 (0,00)	132 (2,22)
Manejo de enfermedad metastásica	350 (9,07)	174 (9,55)	19 (7,92)	3 (14,29)	0 (0,00)	546 (9,18)

Fuente: cuenta de alto costo 2022.

*Tabla 5: caracterización del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022 (continuación).*

Tratamiento/ubicación temporal <sup>1,2</sup>	Régimen de afiliación					Total n= 46.870 (100,00%)
	Contributivo n= 30.120 (64,26%)	Subsidiado n= 14.555 (31,05%)	Excepción n= 2.017 (4,30%)	Especial n= 141 (0,30%)	No afiliado n= 37 (0,08%)	
Manejo paliativo	191 (4,95)	103 (5,65)	15 (6,25)	0 (0,00)	0 (0,00)	309 (5,19)
Sin información	12 (0,31)	2 (0,11)	2 (0,83)	0 (0,00)	0 (0,00)	16 (0,27)
<b>Sin tratamiento</b>	9.235 (30,66)	5.488 (37,71)	601 (29,80)	38 (26,95)	17 (45,95)	15.379 (32,81)

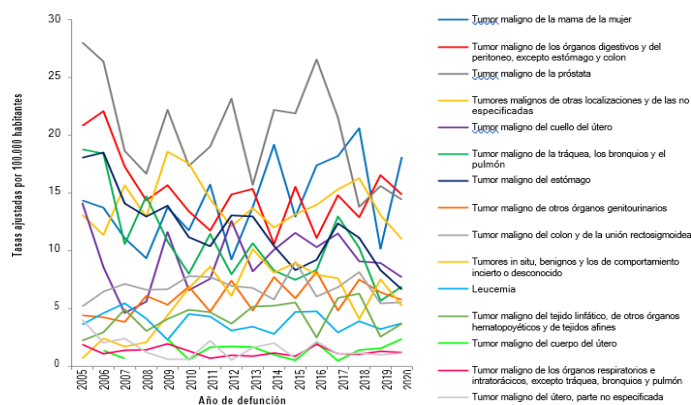
Fuente: cuenta de alto costo 2022.

En Palmira, las estadísticas de cáncer por género en el año 2020 revelan que los tumores malignos de órganos digestivos y del peritoneo, excluyendo estómago y colon, constituyeron la tasa de mortalidad más elevada en hombres, alcanzando 15.78 muertes por cada 100,000 hombres. Este valor es menor en comparación con el registrado en el mismo grupo en 2019, que fue de 16.98 muertes por cada 100,000 hombres.

En Palmira, la categoría mencionada fue seguida por el tumor maligno de próstata, así como el tumor maligno de estómago, etc. Respecto a la población de mujeres de Palmira, durante el período de 2007 a 2010, la tasa de mortalidad más alta estuvo relacionada con tumores malignos en otras localizaciones. Desde 2016 hasta 2018, el tumor maligno de mama fue la principal causa de mortalidad en mujeres. Nuevamente, en el año 2020, el tumor maligno de mama ocupa el primer lugar como causa de muerte por neoplasias en mujeres, con una tasa de mortalidad de 18.12 por cada 100,000 mujeres, seguido por la tasa de mortalidad por tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excluyendo estómago y colon, que fue de 14.23 muertes por cada 100,000 mujeres.

*Ilustración 11: Mortalidad ajustada por edad para neoplasias, Palmira Valle del Cauca*

2005-2020



Fuente: Departamento Administrativo de estadística [DANE], 2021.

*Tabla 6: Tasa de mortalidad ajustada por edad para neoplasia en hombres, Palmira, Valle del Cauca 2005-2020 (Secretaría de Salud Municipal y Observatorio de Salud Pública, 2020).*

Causa muerte	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	23,22	23,77	17,95	15,96	14,9	15,24	12,75	16,12	16,64	13,32	18,52	11,61	12,4	18,01	16,98	15,78
Tumor maligno de la próstata	28,09	26,42	18,65	16,66	22,21	17,35	19,03	23,18	15,7	22,21	21,91	26,6	21,55	13,79	15,59	14,42
Tumor maligno del estómago	21,13	21,55	19,99	21,99	17,35	19,64	12,86	20,89	19,14	12,72	13,26	10,73	16,5	18,5	11,19	9,64
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	8,49	8,71	14,67	11,17	20,3	18,29	18,4	12,49	13,99	9,45	15,27	20,04	15,03	23,03	11,13	9,48
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	24,31	24,84	17,23	18,3	10,53	9,96	15,27	13,32	14,35	11,35	12,34	12,08	16,92	12,31	8,14	7,77
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	0,82	2,86	2,85	1,52	5,35	5,67	9,37	5,56	13,17	6,63	11,19	9,01	10,01	3,07	7,36	6,43
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	7,24	3,83	8,64	10,08	6	7,96	8,52	6,29	6,11	7,33	9,06	5,83	7,59	10,55	5,9	5,47
Leucemia	0	6,14	7,36	5,98	2,21	4,4	4,34	5,41	5,5	2,23	5,28	4,42	2,54	6,15	4,06	5,06
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	3,89	6,29	2,94	6,08	4,45	7,26	4,24	6,33	1,99	5,42	4,59	5,89	2,49	3,62	5,37	4,5
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	3,18	4,74	2,98	5,15	3,65	5,72	6,15	6,29	8,24	3,42	4,43	2,54	6,9	9,36	3,93	3,09
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	3,32	2,36	1,52	1,59	2,93	2,95	1,45	1,42	1,37	1,96	1,32	1,3	1,83	1,89	2,89	2,7

Fuente: Departamento Administrativo de estadísticas (DANE) 2022.

*Tabla 7: Tasa de mortalidad ajustada por edad para neoplasia en mujeres, Palmira, Valle del Cauca 2005-2020 (Secretaría de Salud Municipal y Observatorio de Salud Pública, 2020)*

Causa de muerte	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Tumor maligno de la mama de la mujer	14,36	13,73	11,09	9,36	13,75	11,77	15,72	9,25	13,79	19,16	12,95	17,4	18,2	20,61	10,17	18,12
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	18,62	20,69	16,59	13,04	16,27	11,84	10,88	13,78	14,13	8,27	13,33	10,6	16,48	8,63	16,23	14,23
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	16,96	13,61	16,66	14,33	17,38	16,74	11,32	11,88	13,31	13,66	11,18	9,14	15,59	11,32	14,72	12,44
Tumor maligno del cuello del útero	14,17	8,6	4,63	5,6	11,63	6,61	7,59	12,6	8,24	10,1	11,56	10,33	11,51	9,1	8,95	7,72
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	4,89	2,56	4,59	6,25	6,08	6,55	5,21	8,35	7,17	9,8	6,85	9,89	6,87	10,79	7,19	6,76
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	14,13	13,21	5,09	11,72	10,97	6,48	8,52	3,85	7,93	5,94	3,77	5,59	10,01	8,78	3,78	6,19
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	3,41	8,72	5,99	3,69	7,19	7,48	7,2	7,46	7,11	4,4	8,84	6,3	6,34	6,19	5,06	5,61
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	0,59	1,99	0,67	2,68	3,73	7,59	7,79	6,55	8,01	8,97	7,42	7,12	5,8	4,81	7,63	4,26
Tumor maligno del estómago	15,21	15,87	8,99	5,55	11,07	4,38	8,42	6,82	8,38	8,75	4,37	7,75	9,67	5,68	6,08	4,25
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	1,36	1,37	6,38	1,35	4,28	4,12	3,4	1,63	2,84	6,77	6,4	2,49	5,42	4,13	1,45	4,21
Leucemia	6,86	3,46	3,77	2,52	2,5	4,74	4,55	1,16	1,72	3,37	4,32	5,32	3,12	2,22	2,36	2,53
Tumor maligno del cuerpo del útero	0	1,37	0,68	0	2,33	0,58	1,65	1,71	1,66	1	0,52	1,99	0,48	1,41	1,55	2,35
Tumor maligno del útero, parte no especificada	4,03	1,99	2,37	1,18	0,56	0,58	2,18	0,5	1,57	1,98	0,64	2,11	1,02	1,09	0,96	1,1
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	0,74	0	1,25	1,22	1,15	0	0	0,5	0,48	0,46	0,52	2,39	0,48	0,46	0	0

Fuente: Departamento Administrativo de estadísticas (DANE) 2022.

Según el ASIS Palmira tiene 284.508 población urbana que corresponde 79,3% de la población total y población rural 74.298 que corresponde al 20,7% para un total de habitantes 362.008. (pág. 42).

En el análisis de la pirámide poblacional de Palmira, se observa un incremento en la proporción de personas mayores, lo cual concuerda con la esperanza de vida en el departamento (72.44 años) y a nivel nacional (73.08 años). Este aumento puede tener repercusiones en el incremento de la carga de enfermedades sobre el sistema de salud. En consecuencia, existe una creciente necesidad de un modelo de atención centrado en personas con enfermedades crónicas, quienes, debido a la naturaleza y progresión de sus condiciones, no cuentan con alternativas de tratamiento y requieren un manejo específico en la etapa final de la vida.

## **6.6 Morbilidad por subgrupos:**

**Primera infancia (0 a 5 años)** En el año 2022, las consultas médicas están predominantemente asociadas con condiciones no transmisibles, representando el 69.71% del total de consultas en este grupo de edad. Se destaca el mayor incremento observado en 2021 con respecto a 2020 para las condiciones no transmisibles (+13.92 puntos porcentuales), mientras que las consultas relacionadas con enfermedades transmisibles y nutricionales experimentaron la reducción más significativa (-5.92 puntos porcentuales).

**Infancia:** Las enfermedades no transmisibles siguen siendo la categoría predominante en términos de consultas médicas para todo el período de estudio, registrando un 61.79% en 2021. Esto representa una reducción de 4.31 puntos porcentuales en comparación con el año 2020.

**Adolescencia (12 a 18 años)** Las enfermedades no transmisibles continúan siendo la categoría predominante en términos de consultas médicas, representando el 73.24% para el año 2021. Se nota un aumento significativo de 12.42 puntos porcentuales en comparación con el año 2020. Por otro lado, las condiciones transmisibles y nutricionales experimentaron una disminución de 8.82 puntos porcentuales.

**Juventud (14 a 26 años)** En el segmento de la población joven, las enfermedades no transmisibles son las que predominan en términos de consultas, representando el 61.79% en 2021, con un incremento del 11.85% con respecto a 2020. Por otro lado, el grupo de lesiones muestra una variación negativa del -2.94% en comparación con 2020.

**Adulthood (27 a 59 años)** En la población adulta, las enfermedades no transmisibles siguen siendo la principal contribución porcentual a lo largo de todos los años de estudio, llegando al 72.48% en el año 2021. Se observa una variación con un aumento de 0.66 puntos porcentuales en comparación con el año 2020. En este grupo, la variación en las lesiones fue

de -1.44 puntos en relación con el año 2020, representando en total un 5.73% para el año 2021.

**Persona mayor** (mayor de 60 años) En el caso de la población de adultos mayores, las enfermedades no transmisibles han sido la contribución principal en términos porcentuales a lo largo de todos los años de estudio, manteniéndose por encima del 80% desde 2009 hasta 2021. Se registró una disminución de -0.22 puntos porcentuales para el año 2021 en comparación con años anteriores. Las consultas médicas relacionadas con enfermedades no transmisibles muestran el porcentaje más alto, llegando al 85.92% en el año 2021, según datos de la Secretaría de Salud Municipal y el Observatorio de Salud Pública (2022, p. 169).

Cabe resaltar que no se cuenta con una base de datos precisa en la ciudad de Palmira sobre la población que debe recibir cuidados Paliativos. Sin embargo, muchas de las causas de muerte mencionadas anteriormente tanto en hombres como en mujeres en la ciudad y en zonas dispersas han requerido manejo Paliativo y en la actualidad no se cuenta con un modelo de atención en salud que logre clasificar y enfocar esta población hacia un manejo Paliativo adecuado, que permita una mejor rotación de las camas hospitalarias y un mejor uso de los servicios de urgencias. En la actualidad existen dos Instituciones que han desarrollado programas para pacientes Paliativos como lo son Atención integral en casa (una empresa de manejo en casa), y la Clínica de alta complejidad Santa Bárbara, con acompañamiento en fin de vida pero que aún no ha desarrollado un modelo de atención que genere impacto y cobertura en la población de la ciudad, sus Zonas rurales y dispersas.

## **7. POLÍTICA DE ATENCIÓN EN SALUD EN COLOMBIA.**

El Sistema General de Seguridad Social En Salud (SGSSS) en Colombia, desde sus inicios en 1990 con la Ley 100 tenía una cobertura de tan solo el 15,7%; para el 2022 cuenta con una cobertura del 99,6%, lo cual representa una reducción del gasto financiero de las

familias. Asimismo, los colombianos siguen teniendo para el año 2022, el gasto de bolsillo en salud más bajo de la región, que corresponde al 15 %; equivalentes a 392 dólar anuales, extendiendo su cobertura a población vulnerable con un logro de aseguramiento de 738.349 migrantes.

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031 representa una política pública que se erige como la guía estratégica para enfrentar los retos en materia de salud durante los próximos 10 años. Su construcción se basa en un consenso social y ciudadano, delineando objetivos, metas y estrategias con el propósito de asegurar el derecho fundamental a la salud, el bienestar integral y la calidad de vida de la población colombiana. Este plan implica un compromiso por parte de los distintos niveles gubernamentales y de todos los actores del sistema de salud para orientar sus acciones y esfuerzos hacia respuestas efectivas a las necesidades de las comunidades, con el fin de lograr mejoras sustanciales en el ámbito de la salud. Se define mediante acciones concretas, establecimiento de metas, asignación de recursos, identificación de responsables, uso de indicadores de seguimiento y aplicación de mecanismos de evaluación para garantizar su cumplimiento.

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 concreta su visión hacia 2031 mediante la consecución de cuatro metas fundamentales:

Progresar en el aseguramiento del derecho fundamental a la salud implica la ejecución de acciones intersectoriales que involucren a toda la sociedad, con el propósito de generar un impacto positivo en los determinantes sociales de la salud.

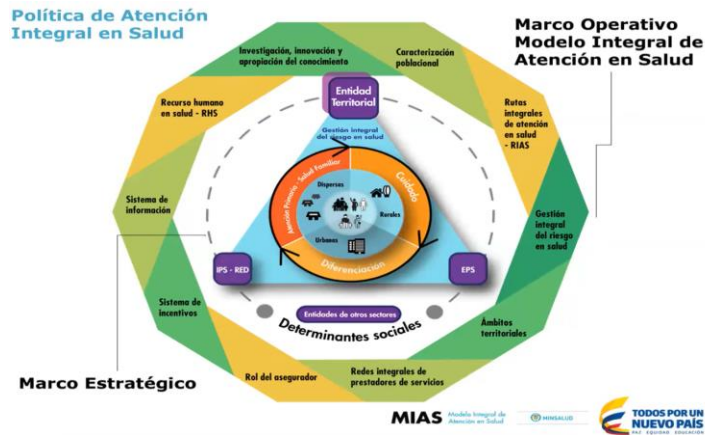
Avanzar hacia la mejora de las condiciones de vida, bienestar y calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano implica la reducción de desigualdades sociales en salud entre distintos grupos sociales. El objetivo es disminuir la mortalidad evitable y su impacto en los años de vida perdidos, así como la morbilidad y discapacidad evitables, reduciendo su impacto en los años de vida saludables.

Garantizar el goce efectivo de un ambiente sano y mejorar la salud ambiental mediante la protección de los ecosistemas, la mitigación de los efectos del cambio climático y la consolidación de territorios saludables y sostenibles, de acuerdo con las directrices establecidas por el Ministerio de Protección Social (MPS) en 2013.

En Colombia, la Política de Atención en Salud (PAIS), establecida por el Ministerio de Protección Social mediante la resolución 429 de 2016 y modificada por la resolución 2626 del 27 de septiembre de 2019, se basa en la atención primaria en salud con un enfoque de salud familiar y comunitaria. Esta política se centra en el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial, adaptándose a las necesidades específicas de diversos territorios y poblaciones.

La estrategia busca la coherencia y coordinación entre la garantía de servicios de salud, la provisión de atención médica y la implementación de políticas a través de intervenciones en salud pública ajustadas a la realidad de individuos, familias y comunidades. Estas acciones se respaldan en procesos de gestión social y política intersectoriales y participativos, considerando las características particulares de cada contexto poblacional y territorial. Para llevar a cabo estas iniciativas, se implementa el Modelo de Acción Integral Territorial con el propósito de facilitar la gestión de la salud pública, coordinada con una prestación adecuada de servicios de salud en cada territorio, y con un enfoque centrado en la atención primaria en salud.

Ilustración 12:Figura: Política de Atención Integral en salud PAIS, Minsalud.



Fuente: Secretaría de Salud Municipal y Observatorio de Salud Pública, 2023.

### 7.1 Los principales enfoques de esta política de atención integral en salud corresponden a:

Estrategia de atención primaria en salud, la estrategia de gestión integral del riesgo en salud, el enfoque de cuidado de la salud y el enfoque diferencial de derechos. Esta política se materializa mediante el modelo de atención territorial MAITE.

### 7.2 Los objetivos del MAITE son:

- Asegurar el pleno ejercicio del derecho esencial a la salud.
- Potenciar la autoridad sanitaria en el ámbito territorial.
- Coordinar los elementos del sistema de salud y los participantes locales en torno a las acciones necesarias para alcanzar los resultados deseados en salud.
- Adaptar las respuestas del sistema de salud a las necesidades de los territorios y sus habitantes.
- Enhilar las condiciones de salud de la población, la satisfacción de los usuarios con el sistema de salud y la viabilidad financiera del mismo.

*Ilustración 13: Líneas de acción modelo MAITE. Fuente. VIII sesión de la comisión intersectorial de salud pública.*



Fuente: Secretaría de Salud Municipal y Observatorio de Salud Pública, 2020.

### **7.3 Articulación del Modelo de Atención en cuidado Paliativo para Zonas Rurales y Dispersas del Municipio de Palmira Con el Modelo MAITE.**

- **Prestación de servicio.** Dentro del modelo de atención de cuidados paliativos en zonas rurales y dispersas se contempla una articulación integral con una ruta de atención definida y una responsabilidades de información y atención con las EPABS además de articulación con las redes de atención primaria y hospitalaria donde son atendidos pacientes con enfermedades crónicas en estado avanzado, con la identificación temprana de síntomas recurrentes y limitaciones técnico científicas en la atención de estas lograríamos caracterizar la cohorte; se articula además con los niveles hospitalarios en el momento de una atención de urgencia y en la remisión de estos paciente para atención en el programa de atención domiciliaria paliativa, también se articularía con modelos atención hospitalaria para manejo en casa de pacientes en condición de metapatología en condición avanzada de enfermedad en estados no agudos. Para lo anterior nos apoyaremos en herramientas de identificación tales como Cuestionario Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), NECPAL 4.0; escala Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) y la escala Karnofsky Performance Status; lo

anterior nos permitirá identificar el riesgo, establecer pronóstico para enfoque y realizar un pronóstico situacional.

*Ilustración 14: Gestión integral del riesgo en salud*

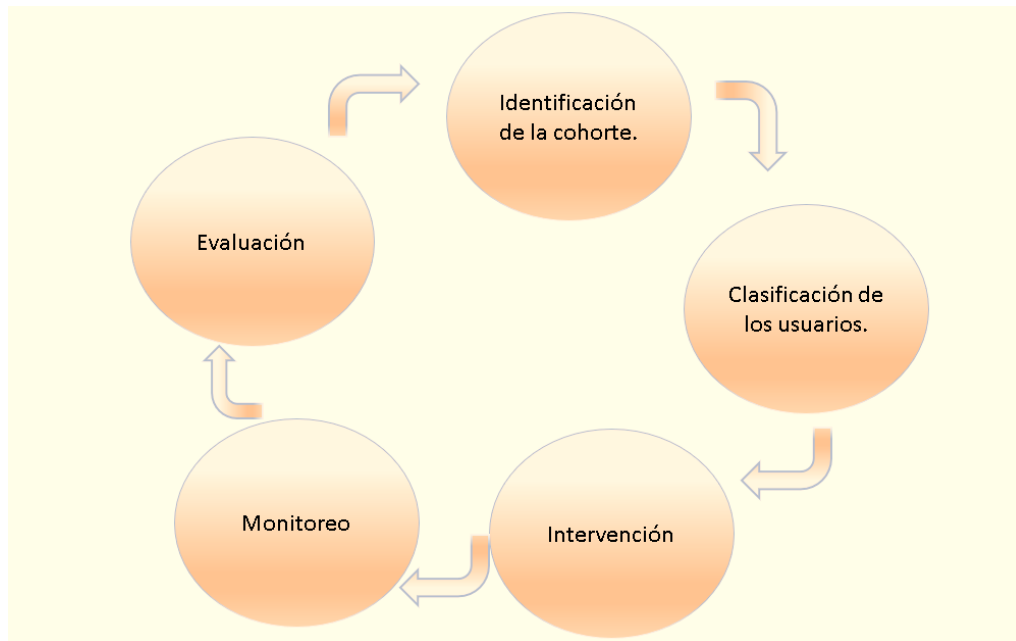


Ilustración de gestión integral del riesgo: creación propia Heidis Romero y Lorena Álvarez, 2023.

- **Aseguramiento.** Se plantea la garantía del aseguramiento desde la gerencia de las EAPBS, estableciendo además control sobre las barreras existentes dentro del proceso de articulación y atención, además identificar todas aquellas oportunidades dentro del proceso.
- **Financiamiento.** El modelo de atención contempla dentro financiación económica por participación de riesgo compartido, generando de su estructura un pilar económico, enfocado en la participación de riesgo compartido, con un enfoque de desarrollo sostenible con procesos de calidad hacia la eficiencia con mayor predicción del gasto y uso, aportando a la sostenibilidad financiera del sistema.

- **Gobernanza.** Se contempla un modelo articulador desde lo técnico, clínico y administrativo, identificando las necesidades y los impactos desde cada uno de estos frentes, entendiendo el ejercicio de la gobernanza desde el estado y sus entes de vigilancia.
- **Articulación intersectorial.** Nuestro modelo contempla un enfoque educativo para el paciente y su familia, actuando de manera coordinada con la EAPBS para acompañar desde la atención la identificación de las necesidades de sus usuarios y permitiendo además el conocimiento de su proceso patológico. Comunicación articulada pacientes, equipo humano de calidad y EPBS.
- **Enfoque diferencial.** El modelo de atención de cuidados paliativos de zonas rurales y dispersas contempla como elemento diferenciador la oportunidad para aquellas áreas con necesidades particulares, abordando la prestación y administración de la cohorte con componentes de apoyo y seguimiento con acompañamiento de nuevas tecnologías TICS, teleasistencia, telemedicina sincrónica y asincrónica.

Contemplando y asumiendo los retos de la dispersión poblacional, retos financieros del sistema, con un modelo de contratación por evento y PGP (Pago Global Prospectivo).

- **Salud Pública.** Mediante un enfoque eficacia con intervención de los resultados esperados nuestro modelo de atención domiciliaria en cuidados paliativos para zonas rurales y dispersas contempla un impacto importante en la salud pública, mejorando la oportunidad y calidad de vida de los pacientes de la cohorte, disminuyendo el impacto social, emocional, familiar que ocasiona la progresión de la enfermedad y mitigando los sobrecostos en la atención hospitalaria de estos pacientes.
- **Talento Humano.** Nuestro modelo, además de contar con recurso humano especializado desde lo técnico con estrategias innovadoras y manejo eficiente de los recurso busca un equipo con sentido de humanidad y humanización de la atención, un equipo interdisciplinario de psicólogas, trabajadoras sociales, nutricionistas, auxiliares de enfermería,

enfermeras, médicos generales con experticia en el manejo de los pacientes de la cohorte acompañados además de médicos especialistas en cuidado paliativo para apoyo telexperto sincrónico y asincrónico que permita la evaluación y ajuste de las atenciones según la necesidad de los pacientes.

## **8. PROPUESTA MODELO DE ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS PARA ZONAS RURALES Y DISPERSAS DEL MUNICIPIO DE PALMIRA VALLE.**

### **8.1 Descripción del modelo en cuidados paliativos para zonas rurales y dispersas del municipio de palmira valle:**

Nuestro Modelo de atención en cuidado Paliativo, para las zonas rurales y dispersas para el Municipio de Palmira, responde a la necesidad de cuidados existentes en la población con enfermedad avanzada y necesidad de cuidado Paliativo y atención de fin de vida. Un cuidado centrado en el individuo, su familia, y el entorno en el cual se encuentra inmerso. Permitiendo que el paciente se vincule a su propio cuidado y se empodere del conocimiento de su enfermedad y las etapas de cronicidad, de esta misma, sumado a objetivos asistenciales, sustentados en prácticas clínicas basadas en la evidencia, que satisfagan las necesidades específicas de cada uno de los pacientes, desarrollando un programa terapéutico individualizado.

Los Modelos de Atención para Cuidados Crónicos fueron concebidos en la última década del siglo pasado por Edward Wagner y su equipo en el MacColl Center for Healthcare Innovation en Seattle. Estos programas comparten atributos comunes, que incluyen:

- A. Centrados en el paciente
- B. Articulación intersectorial.
- C. Facilita la colaboración del cuidador
- D. Multidisciplinario

E. Centrado en resultados

F. Incluye perfiles de profesionales, con conocimiento en gestión de recursos.

G. Dirigido al cumplimiento de metas terapéuticas disminuyendo polifarmacia.

Así mismo estos modelos, clasifican la atención de la cronicidad en tres niveles:

- Individuos con condiciones crónicas complejas.
- Pacientes en una etapa avanzada de enfermedades crónicas, con una expectativa de vida probablemente a mediano plazo de menos de 18 meses.
- Personas en situaciones de final de vida, con pronósticos de vida menores a 6 meses

## **8.2 Caracterización de la Demanda:**

A nivel global, se evidencia una significativa demanda de cuidados paliativos, abarcando a 56,8 millones de personas en el año 2017. Esta necesidad se observa principalmente en individuos de edad avanzada (70 años o más), afectados por enfermedades crónicas no transmisibles, excluyendo las de naturaleza oncológica, y proviene mayormente de países con ingresos bajos y medianos.

En el caso específico de Colombia, se estima que un 41% de las personas que fallecen requieren cuidados paliativos, contando con una tasa de servicios especializados de 0,5 por cada 100.000 habitantes y alcanzando una cobertura máxima del 51%. Este escenario coloca al país en una posición desfavorable en comparación con otras naciones que comparten sistemas de salud similares, distanciándose de las metas globales para lograr la cobertura universal de la salud.

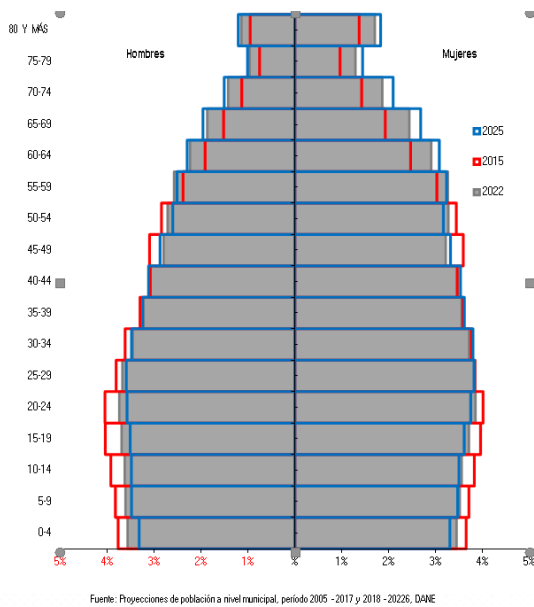
La gran mayoría de adultos que requieren cuidados paliativos o de fin de vida padecen enfermedades crónicas tales como enfermedades cardiovasculares (38,5%), cáncer (34 %), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), sida (5,7%) y diabetes (4,6%). Muchas otras afecciones pueden requerir asistencia paliativa; por ejemplo, insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide,

enfermedades neurológicas, demencia, anomalías congénitas y tuberculosis resistente a los medicamentos.

Según datos del observatorio colombiano de cuidado Paliativo, el Valle del Cauca, es una de las regiones es con muy alta carga de condiciones Plausibles de cuidado Paliativo. Cuenta con un índice de sufrimiento grave relacionado con la salud de 10,1.

Palmira cuenta con una población adulta mayor de 60 años de 66440; de dicha población el 80%, padecieron Enfermedades no transmisibles, conocidas también como enfermedades crónicas, a su vez estas enfermedades representan el 70% de causas de defunciones anuales a nivel mundial.

*Ilustración 15: Pirámide poblacional palmira 2022-2025*



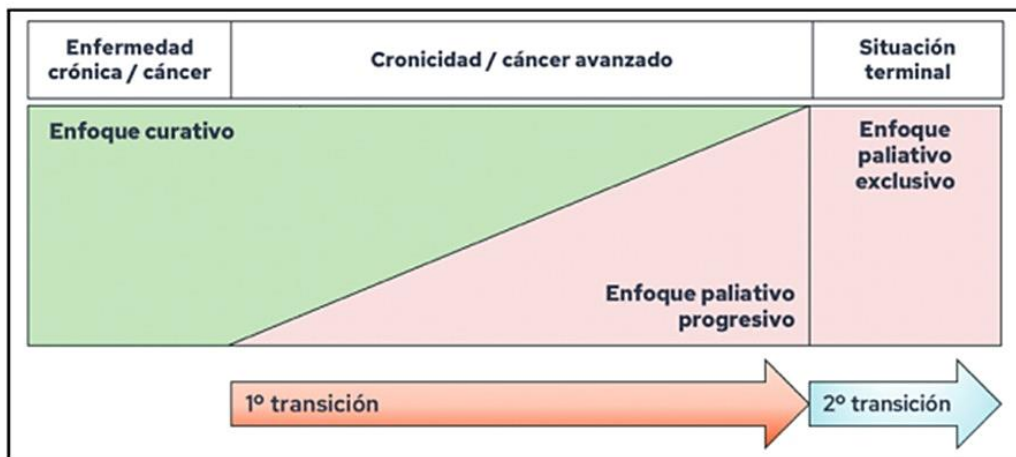
Fuente: Secretaría de Salud Municipal y Observatorio de Salud Pública 2022, (p. 60).

Según la Organización Mundial de la Salud, la mayoría de los adultos que necesitan cuidados paliativos sufren de enfermedades crónicas como enfermedades cardiovasculares (38,5%), cáncer (34%), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), VIH/SIDA (5,7%) y diabetes (4,6%). Existen muchas otras condiciones médicas que también podrían requerir cuidados paliativos, tales como insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas,

esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, demencia, anomalías congénitas y tuberculosis resistente a los medicamentos.

Acceder a cuidados paliativos en las etapas iniciales ha demostrado una inclinación hacia la mejora en la calidad de vida y la reducción de la intensidad de los síntomas durante los primeros tres meses de la intervención, aunque la evidencia respaldatoria se caracteriza por su limitada robustez (Shih, Chang y Huang, 2022).

*Ilustración 16: evaluación integral con mirada de cuidados paliativos en atención primaria*



Fuente: (Retamal, 2022, p.2).

### 8.3 Contexto de la relación IPS – EAPB

Impacto en los procesos de atención de los usuarios:

- Fortalecimiento de la Demanda inducida y articulación entre IPS/EAPB.
- Escaso soporte en temas administrativos de cuidado Paliativo.
- Mayor asignación de recursos para tratamientos curativos costosos.
- Confianza limitada derivada de la percepción del costo de las atenciones (EAPB).
- Implementación y articulación de las RIAS al modelo de atención en cuidados paliativos.

- La contratación de servicios por evento no promueve la prestación integral a cargo de equipos especializados en cuidados paliativos.
- Altos costos administrativos tanto en el prestador como el asegurador (autorizaciones, glosas, auditorías, facturación).
- Mejorar la oportunidad y accesibilidad al Modelo de cuidados Paliativos para el usuario, su familia y entorno.
- Identificar los pacientes en estado Paliativo e implementar una ruta de atención segura, que permita reducir los costos administrativos y la falta de oportunidad y continuidad.
- Deficiencia en la oportunidad y accesibilidad a medicamentos opiáceos.
- Deficiencia en la inspección, vigilancia y control de los medicamentos opiáceos, por parte de IPS, EAPB Y Farmacias.
- Mejorar el flujo de recursos financieros.

#### **8.4 Rutas de Atención integradas:**

De acuerdo con la caracterización poblacional del Municipio de Palmira y el aseguramiento de esta misma población mediante las diferentes EAPB, nuestro modelo se articularía a las redes integrales de atención de cada una de ellas, dando así lugar a las atenciones- intervenciones en salud dirigidas a los pacientes, familias; que requieran atención de la Enfermedad en fase avanzada y Paliación de esta.

Una vez se identifica la cohorte, es vital cumplir con un tamizaje, diagnóstico, e identificación, mediante georreferenciación, que permita la adecuada utilización de los servicios para los afiliados y adicionalmente disminuir las barreras de acceso para las atenciones, medicaciones de los pacientes y así controlar las variables que puedan afectar la atención oportuna de los pacientes bajo el programa de atención de cuidado Paliativo.

### **8.5. Referencia y Contrarreferencia**

El proceso de referencia y contrarreferencia dentro de nuestro modelo de atención se llevará por medio de la articulación IPS-EAPB, los paciente podrán ser referenciados para atención por modelo de cuidado paliativo desde medicina general de centros de atención primaria y/o instituciones hospitalarias con las cuales las EPB tengan convenio establecido, también pueden ser referenciados desde las especialidades de Oncología, Cuidado Paliativo, Neumología, Cardiología, Nefrología de los centros de atención especializada en convenio con EAPB; de esta misma forma los pacientes que se encuentren siendo atendidos dentro de nuestro modelo y que necesitan atención integral hospitalaria o ingreso a manejo de cuidado paliativo de alta complejidad mediante la red de atención integral de la EPBS con las cuales se tenga convenio serán las encargadas del proceso administrativo, traslado y atención del paciente en centro de mayor complejidad, los costos de este mismo proceso serán asumidos por la EAPB y una vez el paciente se encuentre en condiciones de externarse de manera temprana serán contra referenciados al programa para retomar la atención del mismo. El trabajo articulado permitirá la movilización segura y oportuna del paciente mediante el binomio IPS-EAPB.

### **8.6 Ingreso al programa de cuidados Paliativos:**

Debido a la falta de una herramienta estandarizada a nivel nacional para la valoración de pacientes con enfermedades crónicas que podrían beneficiarse del programa integral de cuidados paliativos, utilizaremos herramientas reconocidas a nivel mundial y validadas en español, como NECPAL 4.0 y SPICT. Estas herramientas nos permitirán identificar a pacientes que podrían beneficiarse de una evaluación holística, la planificación anticipada de la atención y un enfoque paliativo. La detección de posibles beneficiarios se realizará en cooperación con los programas de atención primaria para enfermedades crónicas, tanto oncológicas como no oncológicas, y con varias Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). El propósito es identificar a las personas que cumplen con los criterios para acceder al programa de cuidados paliativos.

Además, aquellos pacientes ya identificados desde otros niveles de atención y que se considera se beneficiarían de nuestro modelo de atención en cuidados paliativos deben recibir estos cuidados desde el momento del diagnóstico de la enfermedad. Es esencial adaptar estos cuidados a las necesidades cambiantes del paciente y sus familiares, brindando apoyo en el proceso de duelo, conforme a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Después de determinar la necesidad de atención paliativa, es crucial clasificar el nivel de complejidad y estimar la supervivencia. Para este propósito, utilizaremos la herramienta IDC-PAL, un instrumento de complejidad paliativa. Esta herramienta nos ayudará a determinar la dirección en el sistema de atención, ya sea que el paciente permanezca en atención primaria o sea referido al especialista encargado de la patología de base de manera ambulatoria. También evaluará si se requiere atención integral en un grupo de atención paliativa en el domicilio, un abordaje integral con internación en tercer nivel o un enfoque integral en centros de cuidado paliativo. La aplicación de esta herramienta se realizará en el lugar donde se encuentre el paciente, ya sea en el hogar o en un entorno hospitalario.

En cuanto a la evaluación de la supervivencia, emplearemos la herramienta del Grupo Oncológico Cooperativo del Este (ECOG) para pacientes con cáncer y, para aquellos sin cáncer, se recomienda considerar los factores de mal pronóstico asociados con cada enfermedad. Además, se pueden utilizar escalas validadas como el Modelo de Insuficiencia Cardíaca de Seattle para la insuficiencia cardíaca congestiva, el Modelo para la insuficiencia hepática, el BODE para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y otras escalas específicas de valoración clínica según la consideración del médico tratante.

### **8.7 Implementación del Modelo de atención en cuidados Paliativos:**

Una vez se determine la complejidad y la supervivencia de los pacientes paliativos, que ingresen a nuestro modelo, el médico general, con entrenamiento en cuidado paliativo, en conjunto con el equipo multidisciplinario, se establecerá el plan de manejo clínico, el tipo de atenciones y/o tecnologías que el paciente requiera, que en este caso obedecen también al componente farmacológico (acorde a las guías de práctica clínica y guías de medicina basada en la evidencia). Además, se determinará la necesidad de insumos y servicios de extensión (Enfermería, Nutrición, trabajo social, psicología, guía espiritual, especialista en cuidado paliativo, auxiliar de Enfermería) dentro la valoración clínica y psicosocial. A partir de ahí se evaluará la necesidad individual y colectiva de los usuarios y se generarán los ordenamientos pertinentes para las atenciones requeridas, teniendo en cuenta el modelo de contratación establecido con la EAPB.

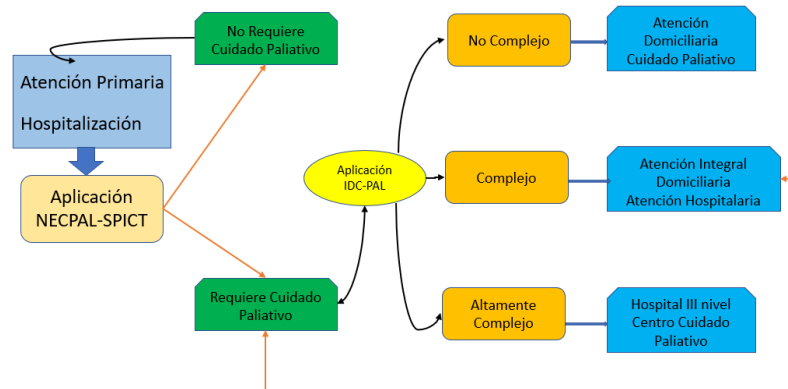
Una vez que el paciente está incorporado en el sistema y se han identificado las necesidades a abordar en un enfoque multidimensional, se establece una retroalimentación sobre su estado de salud mediante el uso de tecnologías que faciliten las interacciones con el equipo multidisciplinario de manera periódica, rentable y conveniente para el paciente. En este contexto, recursos como la tele consulta pueden desempeñar un papel estratégico. Además, en la coordinación de las redes integradas de salud y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), se contempla la opción de hospitales de día como alternativa para resolver situaciones clínicas específicas definidas en las guías de atención en cuidado paliativo, que requieren la intervención del personal de salud, pero no necesariamente la hospitalización del paciente en un centro de atención hospitalaria.

Algunos pacientes pueden necesitar atención especializada en un centro hospitalario de tercer nivel, aunque este grupo debería representar un bajo porcentaje, con estancias hospitalarias breves y una red de información eficiente entre los distintos niveles de atención.

Esto se hace con el propósito de facilitar la movilidad y el aprovechamiento de los recursos en cada nivel, fortaleciendo el sistema de referencia y contrarreferencia.

Es fundamental que este proceso se lleve a cabo dentro de una misma red integrada, preferiblemente dentro de una misma institución o proveedor de servicios, ya que actualmente esto no siempre ocurre. La falta de integración expone al usuario a una mayor cantidad de trámites, falta de oportunidad en la atención, dificultad para acceder a algunos servicios requeridos y la posibilidad de enfrentar el sistema a reprocesos, pagos por eventos y paquetes de atención, así como quejas por insatisfacción, con los costos asociados que esto conlleva.

*Ilustración 17:Flujograma para ingreso al modelo de cuidado Paliativo, elaboración propia*



Fuente: elaboración propia.

Además de la identificación de las necesidades individuales clínicas, se evaluarán también las necesidades psicológicas del paciente por medio de la herramienta GOLBERT, también se aborda las necesidades espirituales mediante el consejero espiritual.

Trabajo social se enfocará en la familia, o cuidador y evaluará las necesidades por medio de la herramienta Escala de valoración socio familiar de Gijón, más el acompañamiento

realizado al cuidador primario, para identificar sobre carga a del cuidador primario por medio de la herramienta Zarit.

### **8.8 Dinámica de seguimiento:**

La dinámica de seguimiento clínico y adherencia al programa se realizará bajo la dinámica sugerida por modelo New Palex, por medio visitas semanales por especialista en Medicina del dolor y cuidado Paliativo, de acuerdo al dolor de los síntomas se modificará a valoraciones dos veces por al mes; además visitas semanales por parte del médico general, para ajustes de manejo clínico según indicaciones del especialista y vigilancia del control de síntomas, además de valoración clínica con aplicación de escala Glasgow, según protocolo New Palex.

Los servicios de apoyo , trabajo social y psicología y el consejero espiritual al menos una visita mensual o dependiendo de las necesidades identificadas durante las valoraciones por los equipos, Enfermería profesional una vez por mes y se modificará según la necesidad del paciente, terapia respiratoria una o dos veces por día, además de realizar entrenamiento a la familia, terapia ocupacional dos veces por semana, auxiliar de enfermería diario según las necesidades del paciente; además de seguimiento vía telefónica.

Para dar continuidad al modelo los servicios de apoyo realizarán las atenciones en el domicilio, los pacientes también tendrán la posibilidad de solicitar asistencia por medio de las TIC, aplicación informática para los dispositivos móviles app Tabitha Palliative, tele-Experticia y teleasistencia en la modalidad extramural. (ANEXO APP)

Además, se tendrá una línea de atención telefónica las 24 horas para valoración de síntomas, constatar los servicios recibidos por parte del personal de apoyo y el seguimiento de las formulaciones de esta manera se podrá dar respuesta de manera oportuna a todas las eventualidades, y necesidades que pueda presentar un paciente.

Para la valoración de respuesta al tratamiento y control de síntomas se empleará la herramienta Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), la cual nos permite valorar el control de los síntomas y la respuesta al tratamiento farmacológico para el mismo.

El transporte de los pacientes y su familia para atención de urgencias y/o manejos hospitalarios quedará a cargo de la red de transporte sanitario incluido en las RIAS de la EPS, donde se encuentre afiliado el paciente.

### **8.9 Educación a los familiares y cuidadores:**

La educación para los familiares de pacientes en cuidado paliativo estará liderada por la Enfermera, dando respuesta a las necesidades humanas, al cuidado y al confort de los pacientes de cuidado paliativo y de fin de vida. Dicha satisfacción de necesidades básicas incluye educación, comunicación efectiva y asertiva, entre familiares, cuidadores y agentes de salud. Por lo tanto, el cuidador primario y su familia deben tener educación en soporte nutricional, manejo de pacientes con sondas de alimentación definitiva o intermitente, cuidado de heridas y manejo de ostomías, administración de medicamentos para el dolor, higiene, confort y apoyo psicoterapéutico y trabajo social, además detección temprana de signos de alarma. Si bien los profesionales de la salud no deben delegar las responsabilidades técnicas del proceso, deben involucrar a las familias y cuidadores en el manejo de un paciente con enfermedades en estadio avanzado, que puede tener o no este tipo de eventualidades. Además, las familias y cuidadores reciben educación en el buen uso de los servicios de urgencias, para prevenir el colapso del sistema y además la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

#### **8.9.1 Monitorización y Evaluación:**

La creación y seguimiento de indicadores permiten medir, comparar y mejorar la atención de los pacientes que requieren cuidados paliativos o cuidados en el fin de vida, son importantes porque pueden apoyar los procesos de implementación, adherencia a

recomendaciones y medición del impacto de dicha atención, donde se generan planes de acción para dar respuesta a las necesidades de la persona y su familia y la sostenibilidad financiera.

Indicadores de Estructura:

1. Proporción de consultas de primera vez por especialista en Cuidados Paliativos.
2. oportunidad en la atención para personas que requieren ingresar a programa de cuidado paliativo para zonas rurales y dispersas del Municipio.
3. Proporción de pacientes en cuidados paliativos con atención domiciliaria.
4. Proporción de pacientes con enfermedades en estadio avanzado.

Indicadores de gestión:

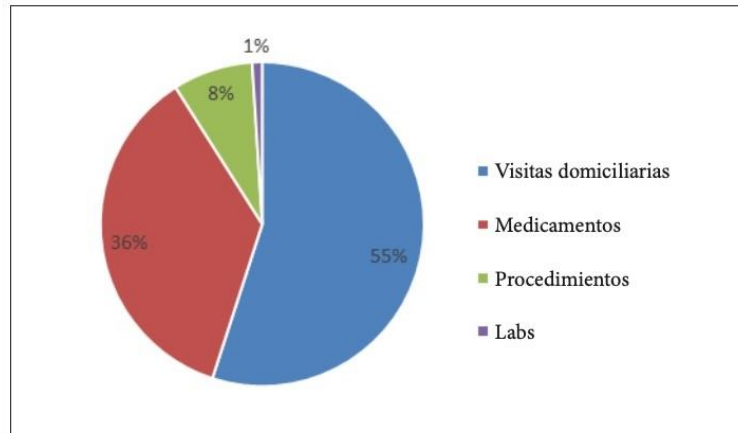
1. Número de visitas al servicio de urgencias
2. Numero de readmisiones a urgencias
3. Días de Internación Hospitalaria
4. Reingresos al Hospital
5. Nivel de satisfacción de pacientes y su familia.

### **8.9.2 Impacto financiero del modelo de atención en cuidado paliativo:**

En Colombia y en el mundo el sistema de salud tiene como objetivo lograr el mayor nivel de salud posible para su población. Es razonable entonces asignar los recursos con criterios de eficiencia y efectividad de tal manera que las inversiones aumenten en la mayor cantidad de años de vida saludable para la población. ¿Cual el costo de oportunidad de financiar medicamentos de alto costo? En el caso de Colombia según datos del Banco Interamericano de Desarrollo División de Protección Social y Salud - septiembre 2023, el cuidado paliativo se ha descrito como una intervención costo-efectiva tanto en el área hospitalaria como en casa; un estudio realizado en 2009 en un hospital comunitario en Estados Unidos, McGrath y colaboradores, reportaron que pacientes que recibieron cuidado paliativo

tenían un menor costo promedio por día de hospitalización en comparación con aquellos que no lo recibieron (754 vs. 1022 dólares).

*Ilustración 18: Distribución media del costo en cuidado paliativo domiciliario*



Fuente: Costos directos del cuidado paliativo domiciliario para pacientes con cáncer gástrico estadio IV en Colombia (p:7).

Lo anterior muestra la distribución del costo para cada una de las atenciones, los medicamentos correspondieron a casi el 60 % del costo total para pacientes cuyo tiempo de estancia en hospital fue menor a 10 días y entre 30 y 40 días. Las visitas domiciliarias correspondieron al 56 % del costo total y correspondieron al mayor porcentaje en todas las otras categorías de tiempo de estancia. El 54 % del costo total de visitas domiciliarias correspondió a cuidado de enfermería. Se registraron tres tipos de visitas de enfermería.

Los costos de cuidado paliativo domiciliario varían en el tiempo, con un mayor consumo de medicamentos en los estadios tempranos de admisión comparado con una mayor frecuencia de visitas domiciliarias en estadios más avanzados. Estos pacientes también tuvieron los mayores costos por día, lo cual sugiere que un proceso tardío de referencia resulta en mayores costos de cuidado. En nuestros datos, los síntomas más comúnmente registrados fueron dolor, náusea/vómito y anorexia, que están descritos como frecuentes en las guías de cuidado paliativo en cáncer. Cerca del 8 % de los pacientes fueron hospitalizados y el 7,2 %

visitaron servicios de urgencias. Se evidencia que, en Colombia, el costo promedio de hospitalización por día en una cama general es de 4 millones de pesos (rango 2 mill -. 9 mill COP) y el costo de una consulta de urgencias es 150 mil COP (rango 80 -300 mil COP), con un promedio de estancia de 8,35 días, lo que claramente afecta la sostenibilidad financiera del sistema de salud en el país.

La discusión en torno a los cuidados en salud al final de la vida está tomando cada vez mayor relevancia en la agenda de muchos sistemas de salud, situación que no es ajena al sistema de salud colombiano. Sin embargo, esta realidad se ve confrontada con la asignación eficiente de los recursos, por lo que se requieren estudios desde la perspectiva económica para contribuir a una asignación más integral de los recursos propendiendo por una mejor calidad de cuidado.

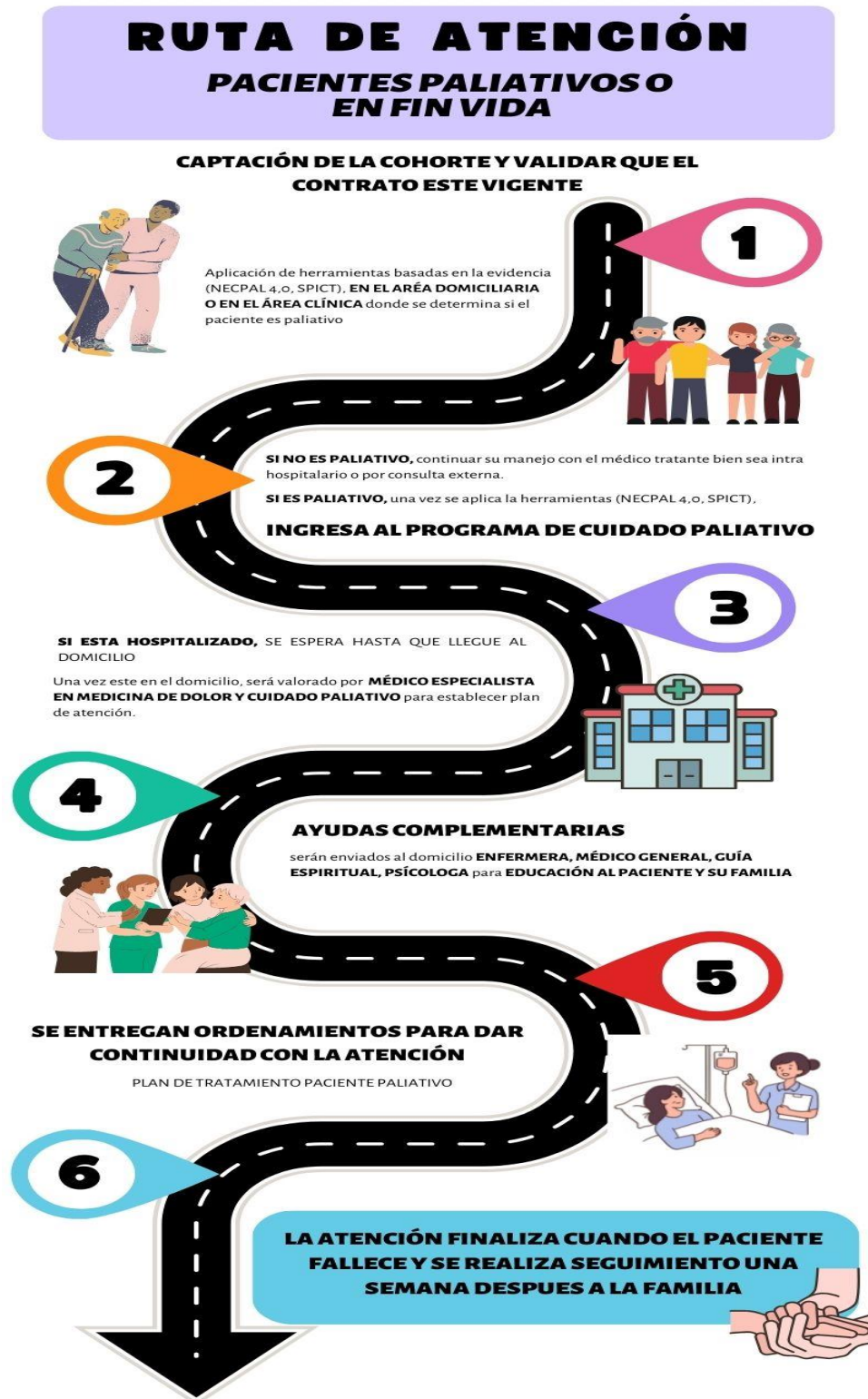
En este contexto, al analizar el cuidado paliativo domiciliario en este estudio, en especial el tiempo de estancia, se puede inferir una tendencia a hacer referencias tardías a los servicios de cuidado paliativo aumentado así costos en el sistema; lo anterior probablemente pueda ser producto de la pobre coordinación entre el servicio de cuidado paliativo.

Por otra parte, el mayor rubro de costos está dado por el capital humano, lo cual es consistente con otros textos; sin embargo, menos del 10 % de los recursos se deben a visitas por especialistas en cuidados paliativos contra el 50 % de visitas de enfermería. Dicho contraste puede reflejar el número limitado de estos profesionales especializados en escenarios de cuidado domiciliario y la necesidad inminente de invertir, desde el sistema de salud, en el talento humano para el cuidado al final de la vida.

Para garantizar atención de cuidado paliativo para la población colombiana, es necesario perseguir un modelo integrado que incluya médicos de atención primaria y equipos interdisciplinarios con un entrenamiento y nivel de conocimiento apropiados y un proceso de referencia que permita acceso a servicios de cuidado paliativo. Dicho enfoque tendría

implicaciones directas en el uso de los recursos y la calidad de vida de los pacientes este es uno de los objetivos de nuestro modelo de atención en cuidado paliativo, generar integración en red de tal manera que se aborde de manera temprana al paciente, se logre un adecuado y eficaz control de síntomas y se aproveche eficientemente los recursos destinados para atención en salud.

## 9. Ruta de atención de pacientes para pacientes paliativos y en fin de vida.



Fuente: Elaboración propia Heidis Romero y Lorena Álvarez diciembre 2023.

## 10. Estimación de costos en el proceso de atención en el modelo de cuidado paliativo

Realizamos una estimación en costos de inversión en un programa de cuidado paliativo para una cohorte de 1.000 pacientes, teniendo en cuenta el número de habitantes en zonas rurales existente en palmira (n= 73,387 estimando unas frecuencias y unos costos medios, evidenciando lo que sería la inversión, y entendiendo la evitabilidad hospitalaria.

*Tabla 8: nota técnica pacientes paliativos zona rurales y dispersas, Municipio de Palmira Valle 2023.*

### 10.1 Nota técnica modelo de cuidado paliativo

NOTA TECNICA MODELO ATENCION CUIDADO PALIATIVO ZONAS RURALES Y DISPERSAS						
SERVICIO	CUIDADO PALIATIVO	POBLACION	1000			
CUPS	DESCR_CUPS	AGRUPADOR	FRECUENCIA	CME	# EVENTOS	COSTO TOTAL
890209	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL	TRABAJO SOCIAL	0,2919322000	\$ 50.000	292	\$ 14.596.610
890309	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL	TRABAJO SOCIAL	0,3208190000	\$ 80.000	321	\$ 25.665.520
890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA +	ENFERMERIA	0,7834534320	\$ 80.000	783	\$ 62.676.275
890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	NUTRICION	0,2919322000	\$ 50.000	292	\$ 14.596.610
890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA	NUTRICION	0,3208190000	\$ 80.000	321	\$ 25.665.520
890203	CONSULTA MEDICA	PYP	0,6966105777	\$ 100.000	697	\$ 69.661.058
890202	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA	PYP	0,2435843500	\$ 180.000	244	\$ 43.845.183
893812	REGISTRO DE OXIMETRIA CUTANEA	SALA DE PROCEDIMIENTO	0,1408627471	\$ 80.000	141	\$ 11.269.020
	CAMBIO DE SONDA	SALA DE PROCEDIMIENTO	0,0721000000	\$ 150.000	72	\$ 10.815.000
	CURACIONES MENORES	SALA DE PROCEDIMIENTO	0,0832000000	\$ 200.000	83	\$ 16.640.000
	CONSULTA CONTROL PSICOLOGIA	PSICOLOGIA	0,2919322000	\$ 50.000	292	\$ 14.596.610
	CONSULTA CONTROL NUTRICION	PSICOLOGIA	0,2919322000	\$ 50.000	292	\$ 14.596.610
	CONSULTA ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL	PSICOLOGIA	0,2919322000	\$ 100.000	292	\$ 29.193.220
939400	TERAPIA INTEGRAL SOD	SALA DE PROCEDIMIENTO	0,2448596357	\$ 100.000	245	\$ 24.485.964
939402	NEBULIZACION	SALA DE PROCEDIMIENTO	0,0225775182	\$ 150.000	23	\$ 3.386.628
						\$ 381.689.826

Fuente: elaboración propia.

La anterior nota técnica estima el costo total de la prestación de servicios del modelo de cuidado Paliativo para zonas rurales y dispersas del Municipio de Palmira valle con un monto definitivo de \$381,689,826 millones de pesos, costos que incluyen manejo por recurso humano cualificado, atenciones clínicas integrales y seguimientos multidisciplinarios. Los costos generados por medicamentos, transportes asistenciales y costos administrativos extras, así como también asistencia hospitalaria serán asumidas por las EAPB a las cuales pertenezcan los pacientes que sean atendidos dentro de nuestro modelo.

### 10.1 APP TABITHA PALLATIVE, Modelo en cuidado Paliativo para zonas rurale de Palmira.



Fuente: elaboración propia.

## 11. CONCLUSIONES

1. Los modelos de atención en cuidados Paliativos para zonas rurales y dispersas deben garantizar un acceso equitativo a los cuidados paliativos o de fin de vida, incluso en áreas geográficamente remotas o lejanas. El modelo debe abordar las barreras de acceso, en zonas vulnerables y la falta de recursos, para asegurar que todos los pacientes, independientemente de su ubicación, reciban atención de calidad.

2. Los cuidados paliativos en entornos rurales requieren de un enfoque interdisciplinario que involucre a profesionales de la salud, trabajadores sociales, Médicos, Enfermeros, especialistas y todos los actores del sistema de salud; además de la comunidad en general. La colaboración entre estos diversos actores es esencial para abordar las complejidades y las necesidades médicas, emocionales, sociales y espirituales de los pacientes y sus familias.

3. La integración de los cuidados paliativos con los servicios de atención primaria en especial programas de atención de enfermedades crónicas no transmisibles fortalece la continuidad de la atención y facilita una transición más accesible entre los diferentes niveles de atención. Esto es indispensable en zonas rurales y dispersas para tener una adecuada articulación entre aseguradoras y prestadores que permita generar un adecuado uso del recurso y la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

4. La tecnología desempeña un papel vital al ayudar a superar las barreras geográficas. La telemedicina, la tele-experticia y las demás tecnológicas pueden ser herramientas efectivas para la consulta remota, la educación a distancia y el apoyo continuo a los pacientes y sus familias.

5. El modelo de atención de cuidado paliativo desarrollado brinda un espacio de eficiencia en el manejo de recursos en la atención de pacientes multipatológicos que se constituyen en pacientes recirculantes en los servicios de atención de urgencias y

hospitalización dado el avance de sus enfermedades y las limitaciones técnicas y científicas en la atención de estas.

## 12. BIBLIOGRAFÍA

1. Alvariza, A., Axelsson, B., Rasmussen, B., & Terne Stedt, B. M. (2020). Ny definition av palliativ vård med fokus på lidande [Redefining palliative care - focusing serious suffering of severe illness]. *Lakartidningen*, 117, 20101.
2. Asociación Estadounidense del Corazón. (2020). *Estadísticas de enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares: actualización de 2020*.
3. Asociación Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. (2022). *Actualización 2022 del Consenso Colombiano de Insuficiencia Cardíaca con Fracción de Eyección Reducida: Capítulo de Falla Cardíaca, Trasplante Cardíaco e Hipertensión Pulmonar*.
4. Clark, D., Baur, N., Clelland, D., et al. (2020). Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(4), 794-807.
5. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). (2023). *Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2022*. Bogotá, D. C.
6. Gómez, E. (2016). Capítulo 2. Introducción, epidemiología de la falla cardíaca e historia de las clínicas de falla cardíaca en Colombia. En *Cardiología, Clínica Shaio*. Bogotá, Colombia.
7. Lancet & Lancet Grupo de Estudio. (2017). Aliviar el abismo de acceso a los cuidados paliativos y el alivio del dolor: *un imperativo de la cobertura sanitaria universal*. Vol. 391, 12.
8. Ministerio de Salud y Protección Social [MPS] (2017). *Encuesta Nacional de Salud de Colombia [ENSE]*.

9. Ministerio de Salud y Protección Social [MPS] (2013). Plan Decenal de Salud Pública Colombia 2012- 2021. Bogotá.
10. Ministerio de Salud y Protección Social [MPS] (2018). Plan Nacional de Salud Rural, documento en borrador. Bogotá. Recuperado de: <https://bit.ly/36KLAMo>
11. Observatorio Colombiano de Cáncer. (2020). *Oportunidad e Incidencia del Cáncer en Colombia*.
12. Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (2016). *Estado Actual de los Cuidados Paliativos, Informe Técnico*.
13. Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (2021). *Estado Actual de los Cuidados Paliativos, Informe Técnico*.
14. Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (2022). *Informe Construyendo entornos Paliativos*.
15. Observatorio de Salud Pública. (2022). Estudio de Prevalencia de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en Colombia -PREPOCOL (2005). *Fundación Neumológica Colombiana*
16. Radbruch, L. (2020). Palliative Care – a New Consensus-based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
17. Retamal, T. (2022). Evaluación Integral con Mirada de Cuidados Paliativos en Atención Primaria. Publicado internamente. *Departamento de Medicina Familiar, Pontificia Universidad Católica de Chile*. Recuperado de: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2022/07/Cuidados-Paliativos-Evaluacion-integral.pdf>
18. Rivera-Toquica, A., Saldarriaga-Giraldo, C. I., Echeverría, L. E., Buitrago, A., Mariño, A., Arias-Barrera, C. A., ... Torres, A. (2022). Actualización 2022 del Consenso Colombiano de Insuficiencia Cardíaca con Fracción de Eyección Reducida. *Revista Colombiana de Cardiología*.

- 19.** Secretaría de Salud Municipal & Observatorio de Salud Pública. (2020). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Palmira, 2020*. Palmira, Valle del Cauca. Recuperado de: <https://www.valledelcauca.gov.co/loader.php?IServicio=Tools2&ITipo=viewpdf&id=50435>
- 20.** Secretaría de Salud Municipal & Observatorio de Salud Pública. (2022). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Palmira, 2022*. Palmira, Valle del Cauca
- 21.** Seya, M., Gelders, S., Achara, O., Milani, B., & Scholten, W. (2011). A First Comparison between the Consumption of and the Need for Opioid Analgesics at Country, Regional and Global Level. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*.
- 22.** Shih, H. H., Chang, H. J., & Huang, T. W. (2022). Effects of Early Palliative Care in Advanced Cancer Patients: A Meta-Analysis. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*.

**13. LISTA DE ANEXOS.**

**PRESUPUESTO**

<b>RUBRO/PARTIDA</b>	<b>UNIDAD</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PRECIO</b>	<b>SUBTOTAL</b>
HONORARIOS 1	MES	8	\$ 120.000,00	\$ 960.000
HONORARIOS2	MES	8	\$ 80.000,00	\$ 640.000
PAPELERIA Y UTILES	MES	8	\$ 10.000	\$ 80.000
GASTOS DE TRANSPORTE	UNIDAD	20	\$ 4.700	\$ 94.000
INTERNET	MES	8	\$ 25.000	\$ 200,00
DEPRECIACION EQUIPOS DE COMPUTO	MES	8	\$ 16.000	\$ 128.000
ELECTRICIDAD	MES	8	\$ 30.000	\$ 240.000
<b>SUBTOTAL</b>				<b>\$2,142,200</b>
<b>IMPREVISTOS</b>				<b>\$ 200.000</b>
<b>TOTAL</b>				<b>\$2,342,000</b>

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	FECHA DE REUNIÓN	TEMA
Introducción en clase sobre anteproyecto de grado Dra Claudia Vivas.	Agosto 2022	Seminario anteproyecto de grado
Reunión con Dr Jorge Ortiz	Septiembre 2022	Discusión sobre tema del modelo de atención a diseñar.
Revisión de literatura entre autores. Costos y presupuesto.	Septiembre- octubre 2022	Modelos de atención existentes, literatura de observatorio.
Reunión con Dr Jorge Ortiz	Octubre 2022	Definir lugar de diseño de modelo
Reunión entre autores.	10 octubre 2022	Introducción, objetivos.
Reunión con Dr Jorge Ortiz	Noviembre 2022	Asesoría
Revisión de literatura entre autores	01 diciembre 2022	Desarrollo de anteproyecto
Revisión de literatura entre autores	09 de diciembre 2022	Desarrollo de anteproyecto
Revisión de anteproyecto	14 de diciembre 2022	Revisión previa a entrega al comité.
Reunión con Dr Jorge Ortiz	30 octubre 2023	Asesoría

Reunión entre autoras	31 octubre 2023	Desarrollo de modelo.
Reunión entre autoras	01 noviembre 2023	Desarrollo de modelo.
Reunión con Dr. Jorge Ortiz	07 de noviembre 2023	Diseño de Modelo de cuidados paliativos.
Reunión con Dr. Jorge Ortiz	30 de noviembre 2023.	Revisión y ajustes de Modelo de cuidados paliativos
Reunión con Dr. Jorge Ortiz	06 de diciembre 2023.	Diseño de nota técnica.
Reunión con Dr. Jorge Ortiz	12 de diciembre 2023.	Revisión de APP
Reunión con Dr. Jorge Ortiz	14 de diciembre 2023.	Aprobación final de tutor.

## Instrumento IDC-Pal: Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados

### Paliativo

	Elementos	Nivel de complejidad*	Sí	NO	
<b>1. Dependientes del paciente</b>	<b>1.1. Antecedentes</b>	1.1a Paciente es niño/a o adolescente	AC		
		1.1b Paciente es profesional sanitario	C		
		1.1c Rol socio-familiar que desempeña el/la paciente	C		
		1.1d Paciente presenta discapacidad física, psíquica o sensorial previas	C		
		1.1e Paciente presenta problemas de adicción recientes y/o activos	C		
		1.1f Enfermedad mental previa	C		
	<b>1.2. Situación clínica</b>	1.2a Síntomas de difícil control	AC		
		1.2b Síntomas refractarios	AC		
		1.2c Situaciones urgentes en paciente terminal oncológico	AC		
		1.2d Situación de últimos días de difícil control	AC		
		1.2e Situaciones clínicas secundarias a progresión tumoral de difícil manejo	AC		
		1.2f Descompensación aguda en insuficiencia de órgano en paciente terminal no oncológico	C		
		1.2g Trastorno cognitivo severo	C		
		1.2h Cambio brusco en el nivel de autonomía funcional	C		
		1.2i Existencia de comorbilidad de difícil control	C		
		1.2j Síndrome constitucional severo	C		
	1.2k Difícil manejo clínico por incumplimiento terapéutico reiterado	C			
	<b>1.3. Situación psico-emocional</b>	1.3a Paciente presenta riesgo de suicidio	AC		
1.3b Paciente solicita adelantar el proceso de la muerte		AC			
1.3c Paciente presenta angustia existencial y/o sufrimiento espiritual		AC			
1.3d Conflicto en la comunicación entre paciente y familia		C			
1.3e Conflicto en la comunicación entre paciente y equipo terapéutico		C			
1.3f Paciente presenta afrontamiento emocional desadaptativo		C			
<b>2. Dependientes de la familia y el entorno</b>	2.a Ausencia o insuficiencia de soporte familiar y/o cuidadores	AC			
	2.b Familiares y/o cuidadores no competentes para el cuidado	AC			
	2.c Familia disfuncional	AC			
	2.d Claudicación familiar	AC			
	2.e Duelos complejos	C			
	2.f Limitaciones estructurales del entorno	AC			
<b>3. Dependientes de la organización sanitaria</b>	<b>3.1. Profesional/Equipo</b>	3.1a Aplicación de sedación paliativa de manejo difícil	AC		
		3.1b Dificultades para la indicación y/o manejo de fármacos	C		
		3.1c Dificultades para la indicación y/o manejo de intervenciones	C		
		3.1d Limitaciones en la competencia profesional para el abordaje de la situación	C		
	<b>3.2. Recursos</b>	3.2a Dificultades para la gestión de necesidades de técnicas instrumentales y/o material específico en domicilio	C		
		3.2b Dificultades para la gestión y/o manejo de necesidades de coordinación o logísticas	C		

Fuente: IDC-Pal: Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativo (p:10)

## Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit)

### Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit)

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

**Puntuación:**

0-Nunca    1-Rara vez    2-Algunas veces    3-Bastantes veces    4-Casi siempre

	Preguntas	Respuestas				
		0	1	2	3	4
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para ud.?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8	¿Piensa que su familiar depende de Ud.?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

**Total:**

Fuente: instituto nacional de Geriatria.

**Escala de Actividad Karnofsky.**

<b>CATEGORÍAS GENERALES</b>	<b>GRADO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Capaz de realizar actividades normales, no requiere cuidados especiales	<b>100</b>	Actividad normal. Sin evidencia de enfermedad
	<b>90</b>	Actividad normal. Signos y síntomas leves de enfermedad
	<b>80</b>	Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos o síntomas de enfermedad
Incapaz de trabajar, puede vivir en casa y autocuidarse con ayuda variable	<b>70</b>	Cuida de sí mismo pero es incapaz de llevar a cabo una actividad o trabajo normal
	<b>60</b>	Necesita ayuda ocasional de otros pero es capaz de cuidar de sí mismo para la mayor parte de sus necesidades
	<b>50</b>	Requiere ayuda considerable de otros y cuidados especiales frecuentes
Incapaz de autocuidarse. Requiere cuidados especiales, susceptible de hospitalización. Probable avance rápido de enfermedad	<b>40</b>	Incapacitado. Requiere cuidados especiales
	<b>30</b>	Severamente incapacitado. Indicación de hospitalización aunque no hay indicios de muerte inminente
	<b>20</b>	Gravemente enfermo. Necesita asistencia activa de soporte
	<b>10</b>	Moribundo
	<b>0</b>	Fallecido

Fuente: Escala de Karnofsky- servicio Andaluz de salud- consejería nacional.

## Escala de depresión y ansiedad de Goldberg.

<p><b>SUBESCALA DE ANSIEDAD</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?</li><li>2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?</li><li>3. ¿Se ha sentido muy irritable?</li><li>4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)</li><li>5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?</li><li>6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?</li><li>7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)</li><li>8. ¿Ha estado preocupado por su salud?</li><li>9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?</li></ol> <p><b>TOTAL ANSIEDAD: &gt; 4</b> <input type="text"/></p>
<p><b>SUBESCALA DE DEPRESIÓN</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. ¿Se ha sentido con poca energía?</li><li>2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?</li><li>3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?</li><li>4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)</li><li>5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?</li><li>6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)</li><li>7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?</li><li>8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?</li><li>9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?</li></ol> <p><b>TOTAL DEPRESIÓN: &gt; 3</b> <input type="text"/></p>
<p>La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican.</p>

<p><b>SUBESCALA DE ANSIEDAD</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>10. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?</li><li>11. ¿Ha estado muy preocupado por algo?</li><li>12. ¿Se ha sentido muy irritable?</li><li>13. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)</li><li>14. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?</li><li>15. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?</li><li>16. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)</li><li>17. ¿Ha estado preocupado por su salud?</li><li>18. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?</li></ol> <p><b>TOTAL ANSIEDAD: &gt; 4</b> <input type="text"/></p>
<p><b>SUBESCALA DE DEPRESIÓN</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>10. ¿Se ha sentido con poca energía?</li><li>11. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?</li><li>12. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?</li><li>13. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)</li><li>14. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?</li><li>15. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)</li><li>16. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?</li><li>17. ¿Se ha sentido usted enlentecido?</li><li>18. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?</li></ol> <p><b>TOTAL DEPRESIÓN: &gt; 3</b> <input type="text"/></p>
<p>La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican.</p>

Fuente: escala de depresión y ansiedad de Goldberg 1998, versión española GZEMPP, 1993.

## Escala de ECOG

• ECOG 0: El paciente se encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.
• ECOG 1: El paciente presenta síntomas que le impiden realizar trabajos arduos, aunque se desempeña normalmente en sus actividades cotidianas y en trabajos ligeros. El paciente sólo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno.
• ECOG 2: El paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que le obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, además de las de la noche, pero que no superan el 50% del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades personales solo.
• ECOG 3: El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria como por ejemplo el vestirse.
• ECOG 4: El paciente permanece encamado el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria, como por ejemplo la higiene corporal, la movilización en la cama e incluso la alimentación.
• ECOG 5: Paciente fallecido.

Fuente: sociedad Vaso Navarra de patología Respiratoria.

**Instrumento NECPAL 4,0.**

**Pregunta sorpresa (PS) (a/entre profesionales):**  
**¿Le sorprendería que este paciente muriese a lo largo del próximo año?**

▶ **Sí, me sorprendería → NO es NECPAL**    ▶ **NO me sorprendería**

<b>“Demanda” o “Necesidad”</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demanda: ¿Ha habido alguna expresión implícita o explícita de limitación de esfuerzo terapéutico o demanda de atención paliativa de paciente, familia, o miembros del equipo?</li> <li>- Necesidad: identificada por profesionales miembros del equipo</li> </ul>
<b>Indicadores clínicos generales de progresión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Declive nutricional</li> <li>- Declive funcional</li> <li>- Declive cognitivo</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los últimos 6 meses</li> <li>- No relacionados con proceso intercurrente reciente/ reversible</li> </ul>	
<b>Dependencia severa</b>	- Karnofsky <50 o Barthel <20
<b>Síndromes geriátricos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caídas</li> <li>- Disfagia</li> <li>- Infecciones a repetición</li> <li>- Úlceras por presión</li> <li>- Delirium</li> </ul>
<b>Síntomas persistentes</b>	Dolor, debilidad, anorexia, digestivos...
<b>Aspectos psicosociales</b>	Distrés y/o Trastorno adaptativo severo Vulnerabilidad social severa
<b>Multi-morbilidad</b>	>2 enfermedades o condiciones crónicas avanzadas (de la lista de indicadores específicos)
<b>Uso de recursos</b>	Valoración de la demanda o intensidad intervenciones
<b>Indicadores específicos de severidad/progresión de la enfermedad</b>	Cáncer, EPOC, ICC, y Hepática, y Renal, AVC, Demencia, Neurodegenerativas, SIDA, otras enfermedades avanzadas

Fuente: instrumento NECPAL 4,0 2021. Pag 4.