



Medicina Paliativa

Publicación Oficial Sociedad Española de Cuidados Paliativos

Artículo Aceptado para su pre-publicación / Article Accepted for pre-publication

Título / Title:

Análisis Comparativo de la Necesidad de Cuidados Paliativos y la Capacidad Instalada para la Atención en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), México, 2019. / Analysis of the Need for Palliative Care and Installed Capacity for Care in the Institute of Social Security and Services for State Workers (ISSSTE), Mexico, 2019.

Autores / Authors:

Jorge Alberto Ramos-Guerrero¹, Luis Miguel Hernandez-Flores², Alejandro Quiroz-Hernandez³, Mónica Moreno-Camacho⁴, Ramiro López-Elizalde⁵
¹PALIATIVISSSTE. ISSSTE, San Martín Hidalgo. ²Epidemiología. HG Tláhuac, Ciudad de México. ³PALIATIVISSSTE. ISSSTE, Ciudad de México. ⁴Jubilada. ISSSTE, . ⁵Dirección Normativa de Salud. ISSSTE, Ciudad de Méxi

DOI: [10.20986/medpal.2021.1227/2020](https://doi.org/10.20986/medpal.2021.1227/2020)

Instrucciones de citación para el artículo / Citation instructions for the article:

Ramos-Guerrero Jorge Alberto , Hernandez-Flores Luis Miguel, Quiroz-Hernandez Alejandro, Moreno-Camacho Mónica, López-Elizalde Ramiro. Análisis Comparativo de la Necesidad de Cuidados Paliativos y la Capacidad Instalada para la Atención en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), México, 2019. / Analysis of the Need for Palliative Care and Installed Capacity for Care in the Institute of Social Security and Services for State Workers (ISSSTE), Mexico, 2019.. j.medipa 2021. doi: 10.20986/medpal.2021.1227/2020.



Este es un archivo PDF de un manuscrito inédito que ha sido aceptado para su publicación en *Medicina Paliativa*. Como un servicio a nuestros clientes estamos proporcionando esta primera versión del manuscrito en estado de prepublicación. El manuscrito será sometido a la corrección de estilo final, composición y revisión de la prueba resultante antes de que se publique en su forma final. Tenga en cuenta que durante el proceso de producción se pueden dar errores, lo que podría afectar el contenido final. El copyright y todos los derechos legales que se aplican al artículo pertenecen a *Medicina Paliativa*.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS Y LA CAPACIDAD INSTALADA PARA LA ATENCIÓN EN EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE), MÉXICO, 2019

ANALYSIS OF THE NEED FOR PALLIATIVE CARE AND INSTALLED CAPACITY FOR CARE IN THE INSTITUTE OF SOCIAL SECURITY AND SERVICES FOR STATE WORKERS (ISSSTE), MEXICO, 2019.

Jorge Alberto Ramos-Guerrero¹, Luis Miguel Hernández-Flores², Alejandro Quiroz-Hernández³, Mónica Moreno-Camacho⁴; Ramiro López-Elizalde⁵

¹Atención Médica Familiar. Subdirección de Prevención y Protección a la Salud. Dirección Normativa de Salud. ISSSTE; Responsable de PALIATIVISSSTE. Ciudad de México, México.

²Epidemiología. Nuevo Hospital General de la Delegación Zona Sur de la Ciudad de México. ISSSTE. Ciudad de México, México. ³Subdirección de Prevención y Protección a la Salud. Dirección Normativa de Salud. ISSSTE; PALIATIVISSSTE. Ciudad de México, México.

⁴ISSSTE. Ciudad de México, México. ⁵Dirección Normativa de Salud, ISSSTE. Ciudad de México, México

CORRESPONDENCIA

Jorge Alberto Ramos-Guerrero

PALIATIVISSSTE; Av. San Fernando 547, Edificio A, 4º piso. Colonia Toriello Guerra, Alcaldía Tlalpan, 14050 Ciudad de México, México

Correo electrónico: paliativospediatricosmx@gmail.com

Recibido: 16 de diciembre de 2020

Aceptado: 23 de marzo de 2021

RESUMEN

Antecedentes: Los cuidados paliativos (CP) alivian el sufrimiento severo relacionado con la enfermedad grave y mejoran la calidad de vida. Son un elemento esencial de la cobertura sanitaria universal y su provisión es obligatoria en México. Sin embargo, existen importantes rezagos para la atención paliativa (AP) en el sector sanitario mexicano del que forma parte el *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado* (ISSSTE).

Objetivo: Caracterizar la capacidad instalada para brindar CP en el ISSSTE y comparar la atención brindada con la necesidad calculada en 2019.

Material y método: Estudio observacional, transversal, comparativo de prevalencias y mortalidad anual (2015-2019) de población institucional susceptible de beneficiarse de CP de acuerdo con *The Lancet Commission report* y los resultados de la caracterización de la *capacidad instalada* para atención paliativa en el ISSSTE.

Resultados: Para 2019, las personas pudieron beneficiarse de AP por *mortalidad*: 7.483 (44,65%); por *prevalencia global de enfermedades* asociadas a sufrimiento severo relacionado con la enfermedad: 63.095 (16,9%). Se otorgó CP en 6.848 personas (58% oncológicos; 51% > 60 años), 10,8% del total calculado por prevalencia. Existe AP en 24 unidades médicas (14/3^{er} nivel [n=15; 93,3%], 7/2^o nivel [n=127; 7,87%]), inexistente en 1^{er} nivel de atención; 11 (42%) equipo ampliados; no se cuenta con equipos especializados de CP pediátricos; ninguna otorga atención de tiempo completo. Disponibilidad de opioides: *buprenorfina transdérmica* (77%), *tramadol inyectable* (73%), *buprenorfina sublingual* (18,69%); *morfina, buprenorfina y fentanilo* (31%); 16 centros realizan actividades académicas, 5 investigación.

Conclusiones: Existe un porcentaje considerable de población que podría beneficiarse de AP en el ISSSTE, sin embargo, la caracterización de la capacidad instalada revela que es insuficiente, existiendo enormes brechas para garantizar el acceso universal. Se requiere

del desarrollo y fortalecimiento de políticas, estrategias y acciones para brindar CP en los 5 niveles de atención y la comunidad.

Palabras clave: Cuidados paliativos, México, salud pública, sistema de salud, necesidad de cuidados paliativos, atención en cuidados paliativos.

ABSTRACT

Background: Palliative care (PC) alleviates severe suffering related to serious illness and improves quality of life. They are an essential element of universal health coverage and their provision is mandatory in Mexico, however, there are huge gaps between the need and the provision in the Mexican health sector of which the Institute of Social Security and Services for State Workers (ISSSTE) is part.

Objective: To characterize the installed capacity to provide PC in the ISSSTE and compare the care provided with the need calculated in 2019.

Material and method: Observational, cross-sectional, comparative study of prevalence and annual mortality (2015-2019) of the institutional population likely to benefit from PC according to The Lancet Commission report and the results of the characterization of the installed capacity in PC of the ISSSTE.

Results: In 2019, people can benefit from PC in the ISSSTE for mortality data was $n = 7,483$ (44.65%); the global prevalence of diseases associated with serious health-related suffering was $n = 63,095$ (16.9%); PC care was provided to 6,848 people (58% oncological; 51% > 60 years), 10.8% of the total need calculated by prevalence. There are PC services in 24 medical units (14/3rd level [$n = 15$; 93.3%], 7/2nd level [$n = 126$; 3.06%]), non-existent in 1st level of care; 11 (42%) expanded team; no pediatric PC teams. Full-time care was not offered; the reported opioid availability was TD/buprenorphine (77%), tramadol in (73%), SL/buprenorphine (69%); morphine, buprenorphine, fentanyl, (31%); 16 centers had CP academic activities and

5 research.

Conclusions: There is a considerable percentage of the population that could benefit from PC in the ISSSTE, however the characterization of the installed capacity reveals that it is insufficient, with huge gaps to guarantee universal access, which requires the development and strengthening of policies, strategies and actions to provide PC at the 5 levels of care and the community.

Keywords: Palliative care, Mexico; public health; healthcare system; need for palliative care, palliative care service

INTRODUCCIÓN

Los *cuidados paliativos* (CP) son la *asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento severo relacionado con una enfermedad (SSE) grave, y especialmente de quienes están cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores*¹. El SSE se describe como aquel que compromete el funcionamiento físico, social o emocional y que no puede ser aliviado sin intervención profesional y que podría ser aliviado en gran medida por CP².

A pesar de que los CP son elementos esenciales de la *cobertura sanitaria universal*^{2,3}, en particular en países de bajos y medianos ingresos se han marginalizado al no recibir la atención ni los fondos necesarios para su desarrollo⁴⁻⁷, lo que da como resultado que la *necesidad de CP* definida como la capacidad de la población de beneficiarse de la *atención paliativa* (AP)⁸ no sea adecuadamente cubierta.

Se reporta que en México alrededor de 610.310 personas necesitan CP pero solo el 3,9% lo reciben a través de 120 equipos asistenciales (0,92/millón de habitantes)⁴. México se clasifica entre los países donde los servicios de CP se encuentran en una *etapa de integración preliminar en la prestación de servicios generales*⁵, limitados y no universales^{2,9,10}. Lo anterior, a pesar de que el marco jurídico mexicano relativo a los CP es

sólido, encontrándose en la *Ley General de Salud* (artículo 166 bis)¹¹, una *norma oficial*¹² y en *acuerdos* emitidos por el *Consejo de Salubridad General* que establecen la obligatoriedad para las instituciones de salud el proveer AP^{13,14}.

Conocer la necesidad y la oferta de atención en CP en los diversos escenarios permite guiar la política pública sanitaria para avanzar en la satisfacción de dicha demanda, por lo que para el *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado* (ISSSTE) se considera pertinente realizar dicho análisis. Esta institución del sistema de salud mexicano ofrece un seguro de salud para 13.478.872 personas derechohabientes¹⁵, el 7,7% del porcentaje de la población nacional con cobertura¹⁶. Como característica particular, en el ISSSTE el 21,86% son personas mayores de 60 años¹⁵ población que se encuentra en incremento (13,31% en 2009) siendo superior al porcentaje nacional (11,7%)¹⁶ y que eventualmente requerirá mayor atención a la cronicidad avanzada, enfermedad terminal y por tanto CP¹⁷⁻²⁰. En la Tabla I se presentan datos demográficos sobre México y el ISSSTE.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal, comparativo de prevalencias y mortalidad anual (2015-2019) de la población institucional susceptible de beneficiarse de CP de acuerdo a *The Lancet Commission report (Lancet-Cr)* y los resultados de la caracterización de la *capacidad instalada* en AP del ISSSTE. Se hipotetiza que la necesidad superará la oferta de atención y que esta última presenta limitaciones para la cobertura.

Para determinar las *necesidades* se realiza un análisis de datos de prevalencia y mortalidad anual de la población ISSSTE contenida en anuarios estadísticos institucionales de acceso público^{21,22} de acuerdo con los diagnósticos expresados en códigos CIE-10 en *Lancet-Cr*² que calcula la población con SSE y por tanto susceptibles de mejora con AP (Tabla II). Para el registro y análisis de datos se utiliza SPPS v22 y Excel.

Con relación a la *oferta de atención* se generó el instrumento ***Pallium 2019 Capacidad Institucional Instalada***, mismo que amplió las variables referidas en la *Cédula de supervisión diagnóstica en CP*, del Departamento de CP de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Secretaría de Salud²³ y cuyo contenido fue validado por un equipo de 6 expertos en CP extrainstitucionales (4 nacionales y 2 extranjeros; con más de 10 años en la gestión pública de los CP). El instrumento contempla: a) *organización y oferta del servicio*; b) *infraestructura*; c) *equipo* (recurso humano); d) *insumos* (medicamentos y material de curación); e) *normatividad y estadística*; f) *enseñanza e investigación*. Realizada una validación de contenido y claridad, se integra en la plataforma *Question Pro*[®] y se envía liga para respuesta en línea al titular de las unidades identificadas y al responsable de la prestación de CP en la unidad médica (UM).

RESULTADOS

Para el 2019, en el ISSSTE se ingresaron en UM del instituto 373.189 personas, presentándose 16.757 defunciones intrahospitalarias (4,49%)²¹ de las cuales 7.483 personas (44,65%) se beneficiarían de CP (periodo 2015-2019 \bar{x} : 7.104); por prevalencia de enfermedad asociada a SSE 63.095 (16,9% del total de ingresos hospitalarios); para el periodo 2015-2019 \bar{x} : 60.595 anual, todo ello de acuerdo a *Lancet-Cr* (Tabla III).

Relativo a la capacidad instalada, todas las UM donde se identificó algún tipo de provisión de CP respondieron *Pallium 2019* ($n = 24/100\%$). Para la ***oferta del servicio*** se brinda AP en 24 UM (14 tercer nivel [$n = 15$; 93,3%], 10 de segundo nivel [$n = 127$; 7,87%]). En 19 UM la atención se brinda por “*equipos/unidad móvil*” y en 5 son “*equipos mixtos*” (brindan atención domiciliaria, 19%), no existen “*unidades de cuidados paliativos*” al no referirse área propia asignada para hospitalización paliativa (Tabla IV). Siete (29,1%) de los equipos se encuentran en la Ciudad de México; 14 (58,3%) en la ciudad capital del estado y 5 (20,8%) en una ciudad no capital, ninguno en área rural (Figura 1). Se carece de reconocimiento oficial como servicio dentro de la normatividad

institucional nacional. Para la **infraestructura** se cuenta con un área física para consulta externa en 12 centros (46%); es exclusiva para CP en 9 de ellos (35%). En cuanto al **equipo** (*recurso humano*) solo 11 (42%) son “*equipo ampliado*” (>5 disciplinas de tiempo completo) el resto es *equipo mínimo* (Tabla IV). Del total de profesionales en *equipos ampliados* 41% (n=19) son del área médica; 20% (n=10) enfermería y 20% (n=10) psicología; la formación del líder del equipo es en anestesiología con especialización en algología y/o CP (n=16; 73%). Se atiende a pacientes pediátricos en una unidad de 3^{er} nivel, no se cuenta con equipos especializados exclusivos de CP pediátricos. Ninguna unidad reportó atención de tiempo completo, 19 (78%) la brinda en turno matutino, 4 (17%) vespertino, una mixta (5%). No se reporta atención presencial nocturna ni fines de semana. Se ofrece apoyo paliativo a través de una línea telefónica en 11 equipos (42%), 5 de ellos (27%) tienen atención fuera del horario de trabajo. Solo una unidad tiene vehículo propio asignado. En **insumos** (medicamentos y material de curación) 6 unidades refieren que los medicamentos para uso paliativo son adecuados a las necesidades del servicio refiriéndose promedio un porcentaje de abasto del 53% (10-98%). Se reporta que tienen disponibilidad de opioides la mayor parte del tiempo para *buprenorfina transdérmica* (n=20, 77%), *tramadol inyectable* (n=19, 73%), *buprenorfina sublingual* (n=18, 69%); para solución inyectable de *morfina*, *buprenorfina* y *fentanilo*, así como *tramadol* y *tapentadol* oral (n8, 31%); *morfina de liberación rápida* y *oxicodona* oral (n=6, 23%), *metadona oral* (n=3, 12%). En 2019 fueron atendidos 6.848 pacientes; el 58% con patologías oncológicas y el 42% no oncológicas; por grupo de edad de 0-18 años 5%, de 19-59 años 44%; y >60 años 51%. Se otorgaron 34.822 consultas paliativas, 60% (20.804) fueron AP médica y 20% (6.885) de psicología, el resto corresponden a otro tipo de intervenciones. Solo 12 centros cuentan con protocolos oficializados para la atención. Se presta atención al duelo en 14 centros (58%), en 6 se abordan aspectos espirituales (25%); apoyo del voluntariado u otras organizaciones para la atención del paciente en 5 (21%) el cual consiste en atención psicológica, de trabajo social o tanatológica. Para la **enseñanza e investigación**

16 centros cuentan con actividades académicas de CP (diplomados o congresos locales), se cuenta con un *curso de alta especialidad en Medicina del Dolor y Paliativa* (un año) para médicos especialistas; 5 (21%) realizan investigación (Figura 1 y Tabla V). Las personas atendidas durante 2019 constituyeron el 10,8% del total calculado como necesidad por prevalencia de condiciones asociadas a SSE

DISCUSIÓN

El 44,65% (7.483) de las defunciones registradas en UM del ISSSTE durante 2019 (16.757) potencialmente requirieron CP de acuerdo a *Lancet-Cr*, porcentaje que coincide con los referido por Morin y cols.²⁴ para México (24,3-57,8%), sin embargo la cifra se encuentra por debajo de lo reportado por otros estudios (61,2-80%)^{8,23,24}. Es necesario considerar que de las primeras 20 causas de mortalidad registrada en las unidades del instituto 12 no se encuentran consideradas en *Lancet-Cr* (neumonía no especificada, infarto agudo del miocardio, diabetes mellitus tipo 2 en algunas de sus clasificaciones variantes, sepsis y choque séptico, infección de vías urinarias, acidosis, otras neumonías y la enfermedad isquémica del corazón no especificada), situación que debe ser considerada como posible factor de sesgo y que requiere valorar la adecuación de instrumentos de medición de acuerdo con la morbilidad y mortalidad de la región a evaluar. Es importante considerar que la utilización de datos de mortalidad presenta limitaciones que pueden generar subestimación de la frecuencia real de las enfermedades incluidas derivado de que los datos son extraídos de certificados de defunción, lo que imposibilita el realizar análisis de muerte por múltiples causas y diagnósticos. Además de las 373.189 personas ingresadas en 2019 el 16,9% (63.095) presentó condiciones asociadas a SSE. En ese año se brindó AP únicamente al 10,2% de personas calculadas, dato que coincide con lo reportado de que solo una persona de cada 10 que requiere CP los recibe^{2,4,5,23}. La oferta de servicios de AP en las 24 UM equivaldría al 20% de la capacidad nacional referida (120 equipos)^{4,23}. Dicha atención está centralizada,

urbanizada, ubicada en el tercer nivel y ausente en el primer nivel de atención, con regiones del país tales como la región sur-sureste y noroeste del país sin acceso cercano geográficamente. Si bien los equipos de CP son reconocidos de manera local por la propia UM, no se cuenta con reconocimiento oficial como servicio institucional, de tal manera que no se tiene soporte normativo para su implementación y funcionamiento; la disponibilidad de CP se debe, a menudo, a los esfuerzos de los propios profesionales y directivos defensores de la causa^{9,10}. A pesar de contar con unidades que atienden a niños con patologías complejas, no existen equipos especializados de CP pediátricos. La disponibilidad de opioides es parcial, heterogénea e inconstante. En el ámbito de la enseñanza médica paliativa hay logros muy importantes, pero para otras disciplinas no se cuenta con espacios formativos. La investigación paliativa es escasa en el Instituto.

CONCLUSIONES

No existe cobertura de salud universal sin CP, por lo tanto, es imprescindible cerrar la brecha entre necesidad y provisión de la AP en el ISSSTE que permita mejorar la calidad de vida y aliviar el SSE de las personas con condiciones limitantes o amenazantes para la vida y sus familias. Como parte del sistema de salud público mexicano, es necesaria la integración en un trabajo intersectorial que asegure el desarrollo y consolidación de los CP en el Instituto y el país, impulsando y fortaleciendo políticas, programas y acciones para el logro de la cobertura universal de atención en los 5 niveles de atención y la comunidad. Se requieren esfuerzos particulares para expandir el acceso a CP de la población pediátrica, el aseguramiento del abasto y disponibilidad de opioides, y la formación y capacitación de recursos humanos para la provisión primaria y especializada de CP y la investigación.

LIMITACIONES

Las bases de datos de análisis solo consideran una clave CIE-10 como diagnóstico principal, no se incluyen diagnósticos de multimorbilidad que potencialmente podrían haber incrementado las cifras finales. Dichos datos muestran una tendencia dentro de una población determinada desde el punto de vista de salud pública, pero carecen de las especificidades de cada trayectoria individual que permitan un análisis más fino con relación a la necesidad de CP. Además, es necesario tener en cuenta que no considera el periodo en el que se requieren los cuidados, así como la frecuencia de las intervenciones, ni informa sobre los cuidadores que también se beneficiarían de CP. Las necesidades globales de CP pueden, por tanto, superar los cálculos expresados.

AGRADECIMIENTOS

Al personal de salud del ISSSTE que con su esfuerzo y tenacidad brinda atención paliativa, así como a los gestores sanitarios que se comprometen con una atención integral y humana.

CONFLICTO DE INTERESES Y CUESTIONES ÉTICAS

Los autores declaran no tener conflicto de interés alguno. Los datos que se presentan son de acceso público y no personales.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial, o sin ánimo de lucro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Radbruch L, de Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining palliative care—A new consensus-based definition. *J Pain Symptom Manage*. 2020.
2. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, de Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet*. 2018;391:1391-454.
3. World Health Assembly 67. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course Report by the Secretariat. 2014. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/158962>
4. Pastrana T, de Lima L, Sánchez-Cárdenas M, van Steijn D, Garralda E, Pons JJ, et al. Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica 2020. Houston: IAHPC Press; 2021.
5. Connor S, Morris C, Jaramillo E, Harding R, Cleary J, Haste B, et al. Global atlas of palliative care. 2nd ed. London: WHPCA; 2020. Disponible: www.thewhpc.org
6. Pastrana T, Torres-Vigil I, de Lima L. Palliative care development in Latin America: An analysis using macro indicators. *Palliat Med*. 2014;28:1231-8.
7. Hannon B, Zimmermann C, Knaul FM, Powell RA, Mwangi-Powell FN, Rodin G. Provision of palliative care in low- and middle-income countries: Overcoming obstacles for effective treatment delivery. *J Clin Oncol*. 2016; 34:62-8.
8. Calvache JA, Gil F, de Vries E. How many people need palliative care for cancer and non-cancer diseases in a middle-income country? Analysis of mortality data. *Rev Colomb Anesthesiol*. 2020;48.
9. Human Rights Watch. Cuidar cuando no es posible curar. Asegurando el derecho a los cuidados paliativos en México. 2014. Disponible: <https://www.hrw.org/es/report/2014/10/28/cuidar-cuando-no-es-posible-curar/asegurando-el-derecho-los-cuidados-paliativos-en>
10. Instituto Belisario Domínguez del Senado de la República. Muerte digna. Un derecho humano que nos involucra a todas y todos. 1ª ed. Ciudad de México. 2020. Disponible: <http://www.ibd.senado.gob.mx/>

11. Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud, Secretaría de Salud, Última reforma publicada el 19 de febrero de 2021 Disponible: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>
12. Diario Oficial de la Federación. NOM-011-SSA3-2014. Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos. 2014.
13. Consejo de Salubridad General. Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos. DOF: 26/12/2014.
14. Consejo de Salubridad General. Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos en el Paciente Pediátrico. DOF: 14/12/2016.
15. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Anuarios estadísticos. Resumen general de población amparada por grupos de edad sexo y derechohabiencia nacional 2019. 2019. Disponible: <http://www.issste.gob.mx/datosabiertos/anuarios/anuarios2019>
16. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Población, información general. 2020. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/#Tabulados>
17. Gómez-Batiste X, Amblàs J, Costa X, Lasmarías C, Santaeugènia S, Sanchez P, et al. Development of palliative care: past, present, and future. 2019. Springer International Publishing; p. 1-12.
18. Gómez-Batiste X, Pascual A, Espinosa J, Caja C. Design, implementation and evaluation of palliative care public health programs. Med Clin (Barc). 2010;135:179-85.
19. Gómez-Batiste X, Murray SA, Thomas K, Blay C, Boyd K, Moine S, et al. Comprehensive and integrated palliative care for people with advanced chronic conditions: an update from several European initiatives and recommendations for policy. J Pain Symptom Manage. 2017;53:509

20. Xavier E, Alentorn G-B, Blay C, Roca J. Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas. España: Elsevier: 2015.
21. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Anuarios Estadísticos; 27.2 Mortalidad hospitalaria en los hospitales del ISSSTE por CIE-10. 2019. Disponible: <http://www.issste.gob.mx/datosabiertos/anuarios/anuarios2019.html#cap1>
22. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Anuarios Estadísticos; 27.1. Morbilidad hospitalaria en los hospitales del ISSSTE por CIE-10. 2019. Disponible: <http://www.issste.gob.mx/datosabiertos/anuarios/anuarios2019.html#cap1>
23. Villa Cornejo B, Cortés Ponce I. Resultados del Censo Nacional de Recursos y Funcionamiento de los Servicios de Atención Paliativa, en México. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. 2019 [consultado 20 Feb 2021]. Disponible en: http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/ctcp/ctcp-presentacion-congreso_cdmx.pdf
24. Morin L, Aubry R, Frova L, MacLeod R, Wilson DM, Loucka M, et al. Estimating the need for palliative care at the population level: A cross-national study in 12 countries. Palliat Med. 2017;31:526-36.

Tabla I. Datos demográficos de México e ISSSTE

México	Población general ^a	126.014.024
	Porcentaje de la población con cobertura de salud ^a	73,47 %
	PIB per cápita ^{2019, a}	9,862 \$
	Gasto en salud (% PIB) ^{2019, a}	2,77 %
	Índice de Desarrollo Humano (IDH) ^a	Alto (0,779)
	Nivel de Ingreso ^{2020, a}	Ingreso medio alto
	% de población mayor de 60 años ^a	11,7 %
ISSSTE	Total de derechohabientes ^b	13.478.872 personas
	Porcentaje de la población nacional con cobertura derechohabiente ISSSTE ^a	7,7 %
	Grupos de edad (años) ^b	< 19: 5.070.371 (37,61 %)
		20-59: 5.460.691 (40,51 %)
		> 60: 2.947.810 (21,86 %)
> 80: 843.701 (6,25 %)		
Unidades médicas por nivel ^c	1º: 1.003 2º: 127 3º: 15	

Fuentes: ^a INEGI; 2020. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/default.html>

^b Anuarios estadísticos, 2019. Disponible en:

<http://www.issste.gob.mx/datosabiertos/anuarios/anuarios2019.html#cap1>

^c Catálogo de Unidades Médicas del ISSSTE, 2020. Disponible en:

<https://www.gob.mx/issste/documentos/catalogo-unico-de-unidades-medicas>

Tabla II. Códigos CIE-10 que presentan *sufrimiento severo asociado a la enfermedad* y que se beneficiarían de atención paliativa de acuerdo con *the Lancet Commission report*

Diagnóstico	Clave CIE-10
Fiebres hemorrágicas	A96,98,99
Tuberculosis M/XDR	A15-19
Tuberculosis que no fueron por MDR	A15-19
Enfermedad por VIH	B20-24
Neoplasias malignas (excepto C91-95)	C00-97
Leucemias	C91-95
Demencia	F00-04
Enfermedades inflamatorias del SNC	G00-09
Desórdenes del movimiento y extrapiramidales; otras enfermedades degenerativas de SNC; enfermedades desmielinizantes del SNC; epilepsia; parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	G20-26; G30-32; G35-37; G40-41; G80-83
Enfermedad cardíaca crónica reumática; falla cardíaca y cardiomiopatía	I05-09; I10-15; 142, 143 y 150
Enfermedad cardíaca isquémica crónica	I25
Enfermedad respiratoria crónica baja; enfermedad pulmonar debida a agentes externos; enfermedades pulmonares intersticiales; otras enfermedades del sistema respiratorio	J40-47; J60-70; J80-84; J95-99
Enfermedades del hígado	K70-77
Falla renal	N17-19
Peso bajo al nacer; prematuridad; trauma al nacimiento	P07; P10-15
Malformaciones congénitas	Q00-99

Lesiones, envenenamiento, causas externas	S00-99; T00-98; V01-Y98
Aterosclerosis	I70
Desórdenes musculoesqueléticos	M00-97
Malnutrición proteico-energética	E40-46

Fuente: Knaul y cols.².

Tabla III. Cálculo de personas derechohabientes ISSSTE que se beneficiarían con atención paliativa a partir de mortalidad y prevalencia de morbilidad asociada a sufrimiento severo de acuerdo con *The Lancet Commission report*

Mortalidad 2019 ^a	Mortalidad con SSE ^b 2019	Mortalidad 2015-2019 ^a	Mortalidad con SSE ^b 2015-2019 ^a	Prevalencia morbilidad SSE ^b 2019 ^a	Prevalencia morbilidad SSE ^b 2015-2019 ^a
16,757 ^a	7,483 (44.65%)	80,167 (\bar{x} anual 16,034)	16,034 (\bar{x} anual 7,104)	63,095	\bar{x} 60.595 (56,728-63,095)

Fuentes: ^a Anuarios Estadísticos, 2019. Disponible en:

<http://www.issste.gob.mx/datosabiertos/anuarios/anuarios2019.html#cap1>

^b Knaul y cols.².

Tabla IV. Clasificación de equipos de atención paliativa

Nomenclatura	Descripción	Requisitos
<i>Unidades de Cuidados Paliativos</i>	Unidades en hospitales de 2º y 3º nivel con camas exclusivas asignadas en un espacio para cuidados paliativos, con personal asignado para el servicio. También pueden prestar servicio de interconsulta y consulta externa	Equipo mínimo compuesto por personal médico y/o de enfermería. Al menos un miembro del
<i>Equipo unidad "móvil"</i>	Operan en hospitales de 2º y 3º nivel sin camas asignadas en un espacio físico determinado ("móviles"); posibilidad de hospitalizar en camas de otros servicios dentro del hospital y ser el equipo tratante, o ser interconsultante. También pueden prestar servicio de consulta externa	equipo debe tener formación en cuidados paliativos El equipo ampliado incluye
<i>Equipos mixtos</i>	<i>Unidades de cuidados paliativos o equipo/unidad móvil</i> que cumple los requisitos anteriores y adicionalmente se desplazan fuera del hospital con consulta domiciliaria.	profesionales de psicología, fisioterapia, trabajo social y otros profesionales

Modificada de: Pastrana y cols.⁴.

Tabla V. Reporte Pallium 2019 Capacidad Institucional Instalada

<p>Organización y oferta del servicio</p> <p><i>Unidades con atención paliativa: 24 UM</i></p> <p>1^{er}: 0 [n = 1003^a; 0 %]</p> <p>2^o: 10 [n = 127^b; 7,87 %]</p> <p>3^{er}: 14 [n = 15^c; 93,3 %]</p> <p><i>Localización:</i></p> <p>Ciudad capital del país: 7 (29,1 %)</p> <p>Ciudad capital de estado: 14 (58,3 %)</p> <p>Ciudad no capital: 5 (20,8 %)</p> <p><i>Atención pediátrica exclusiva: 0 (0 %)</i></p> <p><i>Horarios de atención:</i></p> <p>Tiempo completo: 0 (0 %)</p> <p>Parcial:</p> <p>Matutino: 19 (78 %)</p> <p>Vespertino: 4 (17 %)</p> <p>Mixto: 1 (5 %)</p> <p><i>Atención telefónica: 11 (42 %)</i></p> <p><i>Atención domiciliaria: 5 (19 %)</i></p>	<p>Insumos (medicamentos y material de curación)</p> <p><i>Porcentaje de abasto referido: 53 % (10-98 %)</i></p> <p><i>Disponibilidad de opioides:</i></p> <p>Buprenorfina transdérmica: (n = 20, 77 %)</p> <p>Tramadol inyectable (n = 19, 73 %)</p> <p>Buprenorfina sublingual (n = 18, 69 %)</p> <p>Morfina inyectable (n = 8, 31 %)</p> <p>Buprenorfina inyectable (n = 8, 31 %)</p> <p>Fentanilo inyectable (n = 8, 31 %)</p> <p>Tramadol inyectable (n = 8, 31 %)</p> <p>Tapentadol oral (n = 8, 31 %)</p> <p>Morfina LR (n = 6, 23 %)</p> <p>Oxicodona oral (n = 6, 23 %)</p> <p>Metadona oral (n = 3, 12 %)</p>
<p>Equipo (recurso humano)</p> <p><i>Conformación del equipo:</i></p> <p>Equipo básico: 13 (54 %)</p> <p>Equipo ampliado: 11 (42 %)</p> <p><i>Disciplinas de los equipos ampliados:</i></p> <p>Medicina: 19 (41 %)</p> <p>Enfermería: 10 (20 %)</p> <p>Psicología: 10 (20 %)</p> <p>Infraestructura</p>	<p>Estadística</p> <p><i>Pacientes atendidos registrados: 6.848</i></p> <p><i>Tipología de pacientes:</i></p> <p>Oncológicos (58 %)</p> <p>No oncológicos (42 %)</p> <p>< 19 años: 5.070.371 (5 %)</p> <p>20-59 años: 5.460.691 (44 %)</p> <p>> 60 años: 2.947.810 (51 %)</p> <p><i>Tipología de pacientes:</i></p>

<p><i>Área física para la atención:</i></p> <p>Asignada: 12 (46%)</p> <p>Exclusiva: 9 (35%)</p> <p>Enseñanza e investigación</p> <p><i>UM con actividad académica paliativa:</i></p> <p>16 (66,6%)</p> <p>Diplomados (>120h): 2 (8,3%)</p> <p>Posgrado de alta especialidad: 1 (4,2%)</p> <p><i>Investigación:</i> 5 (20,8%)</p>	<p>Oncológicos (58%)</p> <p>No oncológicos (42%)</p> <p><i>Consultas:</i></p> <p>Total: 34.822 (100%)</p> <p>Atención médica: 20.544 (59%)</p> <p>Atención psicológica: 7.660 (22%)</p> <p>Otras: 6.618 (19%)</p> <p><i>Protocolos de atención:</i> 14 (58%)</p>
--	--

^aIncluidas clínicas de medicina familiar; unidades de medicina familiar; consultorios de atención familiar y consultorios médicos en centro de trabajo.

^bIncluidos hospitales generales; clínicas de especialidades; clínica hospital; clínicas medicina familiar y especialidades.

^cIncluido Centro Médico Nacional “20 de noviembre” y hospitales regionales y de alta especialidad.

Figura 1. Infografía de reporte *Pallium 2019 Capacidad Institucional Instalada*

