

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
DIRECCION GENERAL DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES QUIMICAS Y BIOLOGICAS

INFORME FINAL

**PROPUESTA DE UNA POLITICA NACIONAL DE
CUIDADOS PALIATIVOS PARA
PACIENTES CON CANCER**

Equipo de Investigación

Dra. Eva Rossina Duarte Juárez, Investigadora
Dr. Víctor Rolando Samayoa Morales, Investigador
MSc. Anne Marie Liere de Godoy, Coordinadora/Investigadora

Guatemala, noviembre 2013

INDICE GENERAL

	Página
Siglas y acrónimos	4
Resumen	5
Introducción	7
Antecedentes	8
Justificación	11
Objetivos	12
General	12
Específicos	12
Metodología	13
Resultados	16
Discusión	33
Conclusiones	38
Recomendaciones	40
Referencias bibliográficas	42
Anexo: Propuesta Política CPs	44

INDICE ILUSTRACIONES

Figuras	Descripción	No. Página
Figura No. 1	Jerarquización Leyes de Guatemala	18
Figura No. 2	Consumo de Morfina per cápita	22
Figura No. 3	Farmacias s/Colegio Farmacéuticos	23
Figura No. 4	Farmacias s/ DRCPFA	24
Figura No. 5	Estupefacientes por Farmacias	24
Figura No. 6	Flujos Acceso a medicamentos	27
 Cuadros		
Cuadro No. 1	Analgésicos opioides disponibles	25
Cuadro No. 2	Salario Mínimo	28
Cuadro No. 3	Costos de Tratamiento	29
Cuadro No. 4	Servicios CP disponibles	30

SIGLAS Y ACRONIMOS

LME	Lista de Medicamentos Esenciales
CA	Cáncer
INCAN	Instituto de Cancerología Dr. Bernardo del Valle
HR	Hospital Roosevelt
UNOP	Unidad Nacional de Oncología Pediátrica
HGSJD	Hospital General San Juan de Dios
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
JIFE	Junta Internacional Fiscalizadora de Estupefacientes
DRCPPA	Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
CP	Cuidados Paliativos
ODH	Oficina de Derechos Humanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Oficina Panamericana de la Salud
DTMD	Dosis total de morfina al día
DDD	Dosis diaria definida

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud estima que para 2010 habían 22 millones de personas con cáncer en el mundo. Los expertos predicen que para el año 2020 este número se duplicará, y que el mayor impacto lo sufrirán los países en desarrollo donde se diagnosticará la mayoría de casos, cuando la enfermedad esté avanzada y no tenga posibilidades de curación.

Con la reciente conferencia de Naciones Unidas sobre enfermedades Crónicas No Transmisibles, el mundo ha comenzado a abrir los ojos en cuanto a la creciente carga del cáncer y a los limitados recursos que se dedican actualmente a la prevención, tratamiento y al abordaje del sufrimiento generado al paciente y su familia, principalmente por el dolor y otros síntomas.

En Guatemala, en el año 2009 el Ministerio de Salud confirmó que los casos de cáncer se habían triplicado en un período de 20 años.

Para el futuro, si no se implementan políticas que tengan impacto en la prevención, la mayoría de estos pacientes, serán diagnosticados, como hasta hoy, en etapas avanzadas; con las consecuencias que de ello se derivan, principalmente, el avance de la enfermedad hacia la etapa terminal y la necesidad de recibir alivio al dolor y al sufrimiento.

Al dolor por cáncer no se le ha reconocido con una cinta de color, ni representa el estandarte de ninguna celebridad. Aunque 70% a 90% de pacientes con cáncer avanzado sufrirán dolor, el acceso a los analgésicos opioides es difícil en países subdesarrollados. Esto se ve reflejado en Guatemala por el consumo de Morfina reportado (2012) a la Junta Internacional Fiscalizadora de Estupefacientes de 0.08 mg/per cápita por año, lo que está significativamente por debajo de la media de consumo mundial que es de 6 mg per cápita por año.

Los Cuidados Paliativos alivian el sufrimiento y mejoran la calidad de vida de los pacientes que los reciben y sus familias, por lo que se hace necesario identificar las causas del difícil acceso a los Cuidados Paliativos y a los analgésicos opioides en Guatemala, para encontrar soluciones al problema.

En 2007, la OPS publicó una guía para desarrollar programas nacionales efectivos de control del Cáncer que debían incluir Cuidados Paliativos, en la que menciona la prioritaria necesidad de incluir políticas que aseguren el acceso a medicamentos esenciales para el alivio de los síntomas asociados con el Cáncer, incluyendo los analgésicos opioides.

El presente estudio, de acuerdo a las recomendaciones de la guía, ha identificado las barreras existentes y necesidades percibidas en el país, para la elaboración de la PROPUESTA DE UNA POLITICA NACIONAL EN CUIDADOS PALIATIVOS que incluye los lineamientos que permitirán eliminar el sufrimiento al final de la vida a través del desarrollo y la implementación de los Cuidados Paliativos para todos los guatemaltecos.

1. INTRODUCCION

En Guatemala, el paciente con cáncer avanzado y terminal está desprotegido por el sistema de salud, no tiene acceso a medicamentos esenciales ni a servicios de cuidados paliativos. Enfrenta la etapa final de la enfermedad con altos niveles de dolor y sufrimiento. Los familiares y cuidadores dejan de ser productivos y enfrentan enormes limitaciones para aliviar el sufrimiento y cuidar a los pacientes.

El dolor afecta la calidad de vida, provocando sufrimiento severo que tiene consecuencias físicas, psicológicas y sociales medibles para quienes lo sufren y sus familias, e interfiere en la capacidad de las personas convalecientes de despedirse de sus seres queridos y de hacer los últimos cierres de sus vidas. (Human Rights Watch, 2009) . Quienes no reciben tratamiento suelen estar atormentados por el dolor gran parte del día y, a menudo, durante períodos prolongados y tienen cuatro veces más posibilidades de sufrir depresión o ansiedad. (OMS, 2000)

Según la OMS, “en la mayoría de los casos sino en todos, el dolor producido por el cáncer podría aliviarse si se aplicaran los conocimientos médicos y terapéuticos existentes. La Morfina es el principal medicamento para el tratamiento del dolor moderado a severo, que puede administrarse por vía oral o inyectable. (Human Rights Watch, 2009)

La Morfina oral es la opción más común para el dolor crónico y puede tomarse tanto en ámbitos hospitalarios como ambulatorios. La Escalera Analgésica de la OMS es la base para el control del dolor y ha sido exitosamente utilizada en el control del dolor severo por Cáncer y HIV-SIDA. (Foley, Wagner, & Gelband, 2006)

Es inexcusable y desconcertante la escasa disponibilidad del tratamiento al dolor, por lo que durante los últimos veinte años, la OMS y la JIFE, han reiterado la obligación de los estados de tomar las medidas necesarias para asegurar la plena disponibilidad de medicamentos para el control del dolor y analizar minuciosamente las medidas adoptadas para impulsar este tema. (JIFE, 2008)

Los países también tienen la obligación de implementar progresivamente servicios de cuidados paliativos que, según la OMS “deben tener prioridad dentro de los programas de salud pública y de control de enfermedades”. (UNESCO, 2004)

2. ANTECEDENTES

Los Cuidados Paliativos, incluyendo el alivio al dolor como aspecto crítico son un modelo de cuidado dirigido al alivio de los síntomas de la enfermedad y a mejorar la calidad de vida del paciente y la familia en el curso de la enfermedad. (Higginson, Hart, Koffman, Selman, & Harding, 2007)

El cáncer y otras enfermedades crónicas que causan dolor agudo o crónico son actualmente frecuentes y tienen una tendencia a incrementarse en el futuro. En países desarrollados, aproximadamente el 50% de pacientes diagnosticados con cáncer morirán, mientras que en países subdesarrollados, pueden morir más del 70% (World Health Organization, 1990)

Los medicamentos para el control del dolor son considerados por la OMS como Medicamentos Esenciales, refiriendo como Esenciales aquellos que: deben satisfacer las necesidades de salud prioritarias con eficacia, seguridad y a un costo razonable para que estén disponibles en cantidades adecuadas, presentaciones apropiadas a toda la población en el sistema de salud. (World Health Organization, 2005)

Además de ser esenciales para el alivio al dolor, los analgésicos opioides también son sustancias controladas por una ley internacional llamada “Convención Única sobre drogas Narcóticas de 1961 y nombrados con el término legal de “Narcóticos”. (United Nations, 1977)

Los Cuidados Paliativos y los medicamentos para el alivio al dolor deben estar disponibles y ser accesibles a todos los individuos que sufren dolor y otros síntomas. La OMS ha establecido que los Cuidados Paliativos deben ser parte integral de todo programa nacional de control del Cáncer, y recomienda iniciar el proceso de implementarlos con un análisis de la situación de su acceso y disponibilidad así como de la implementación de programas de atención y de formación de recurso humano. (OMS, 1996)

Según éstas recomendaciones, el abordaje para establecer los Cuidados Paliativos desde la Salud Pública, incluye el desarrollo de políticas nacionales que permitan integrarlos a su plan nacional de salud. Implica además del compromiso del Gobierno, el desarrollo de acciones sociales y colectivas en todos los niveles así como esfuerzos organizados de la sociedad civil. (Stjernsward, Foley, & Ferris, 2007)

Varios factores o barreras pueden contribuir a una inadecuada disponibilidad de analgésicos opioides, las mismas varían de un país a otro. La debilidad de los sistemas de salud y el restringido acceso a los mismos, constituyen un factor común en los países en desarrollo, así también la falta de políticas para cáncer y cuidados paliativos y el escaso recurso humano formado o especializado para implementar equipos de CP para atender la necesidad. (Bruera, De Lima, Wenk, & Farr, 2004)

Se describen además barreras para el acceso a opioides que pueden ser secundarias a factores tales como: a. Leyes y regulaciones para el control de opioides altamente restrictivas, b. Temor a la adicción, tolerancia y efectos secundarios de la morfina, c. Sistemas de salud con pobre desarrollo y escasos insumos d. Falta de conocimiento de los profesionales de la salud, usuarios y de quienes elaboran las regulaciones. (Bonica, 2012)

Para realizar cambios en las políticas nacionales en materia de CP, se requiere que el Gobierno facilite un diálogo de las necesidades percibidas o detectadas y soluciones propuestas entre los profesionales que atienden al paciente y aquellos que controlan y regulan los sistemas de prestación de servicios.

Como primer paso se recomienda hacer una valoración aproximada de las necesidades, carencias y barreras, así como un análisis de las regulaciones para analgésicos opioides que pueda discutirse y que sirva para definir los mecanismos que permitirán crear políticas que solucionen los problemas detectados. (World Health Organization, 2002)

En países como Uganda (Logie & Harding, 2005), Italia (Blengini, Joranson, & Ryan, 2003) y Rumanía (Mosolu, Ryan, & Joranson, 2006) éste proceso fue llevado a cabo exitosamente dando como resultado la generación de nuevas políticas que catalizaron un mejor acceso a los analgésicos opioides y el desarrollo de los cuidados paliativos en sus respectivas poblaciones, transformando los servicios de salud para suplir las necesidades de los pacientes crónicos, sobre todo, al final de la vida.

Como punto de partida y en base a los enunciados anteriores y siguiendo las recomendaciones de la OMS las que han demostrado resultados positivos, es muy importante definir la situación nacional.

Guatemala está entre los países de Latinoamérica que tiene las regulaciones mas restrictivas para el control de analgésicos opioides, lo que se considera una importante barrera para el alivio al dolor y debe dedicarse un esfuerzo extra al análisis de leyes y regulaciones en materia de control de narcóticos, así como a los datos de consumo y estimado anual. (Gomez-Batiste & Paz, 2007)

Posteriormente y en línea con el modelo propuesto por OPS, las barreras detectadas deben ser consensuadas y discutidas para que las políticas que se propongan sean eficientes y costo-efectivas tanto para los gobiernos como para los pobladores. (De Lima, 2007)

La Estrategia propuesta por OMS desde 1990 para la implementación de Cuidados Paliativos en los sistemas de salud pública está basada en un modelo con 3 componentes principales que son: 1. Leyes y Políticas nacionales y regionales apropiadas. 2. Adecuado acceso y disponibilidad a medicamentos esenciales y 3. Educación al recurso humano que prestará los servicios. (Ferris, Gomez-Batiste, Furst, & Connor, 2007)

3. JUSTIFICACION

A pesar del aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, y del incremento reportado en la última década de casos de cáncer en Guatemala, no existe una ley que proteja al paciente en situación de enfermedad terminal y que facilite su acceso a los medicamentos esenciales para alivio del dolor y los síntomas molestos al final de la vida; de la misma forma los servicios que actualmente prestan Cuidados Paliativos son insuficientes para dar cobertura a esta población.

Es importante la identificación de las necesidades, carencias y barreras que enfrenta esta población vulnerable, así como los cuidadores y los servicios de salud que les atienden, para proponer acciones dirigidas a mejorar su calidad de vida y su dignidad en el proceso de morir a través de la inserción de los Cuidados Paliativos en los Sistemas de Salud. Asimismo se debe garantizar el acceso a los servicios y a los medicamentos esenciales en forma equitativa y no discriminatoria.

Una Política de Cuidados Paliativos para pacientes con cáncer, constituye el punto de partida para adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las necesidades cambiantes en materia de salud de todos los guatemaltecos.

4. OBJETIVOS

4.1. General

Elaborar una propuesta de política nacional de Cuidados Paliativos para pacientes con Cáncer.

4.2. Específicos

- 4.2.1 Identificar y analizar las políticas y programas actuales del Sistema de Salud del país relacionadas con la prestación de Servicios de Cuidados Paliativos y su nivel de implementación.
- 4.2.2 Conocer las estadísticas nacionales de morbilidad y mortalidad por Cáncer.
- 4.2.3 Definir las leyes y regulaciones actuales que rigen el registro, prescripción, distribución y control de los analgésicos opioides en Guatemala.
- 4.2.4 Establecer cuál es el estimado nacional de consumo de morfina por año y si el mismo cubre las necesidades de la población que los necesita.
- 4.2.5 Establecer cuáles son las barreras para el acceso a los medicamentos opioides para el paciente con Cáncer y para los profesionales que les atienden
- 4.2.6 Describir el consumo de analgésicos opioides de los establecimientos sanitarios que atienden pacientes con Cáncer.
- 4.2.7 Establecer los costos del tratamiento paliativo para los pacientes y sus cuidadores.
- 4.2.8 Conocer los programas que actualmente existen para educación y formación de recurso humano en Cuidados Paliativos a nivel técnico, pre-grado, grado y post-grado.
- 4.2.9 Identificar y describir los Servicios que actualmente prestan Cuidados Paliativos en Guatemala.

5. METODOLOGIA

5.1. Descripción de la ubicación geográfica de la investigación:

La presente es una propuesta para la inclusión de la temática de Cuidados Paliativos en las políticas de salud para la innovación y desarrollo de los sistemas de salud a fin de cubrir las necesidades actuales de la población con cáncer. Se llevó a cabo en Guatemala en el período comprendido de febrero a diciembre 2013.

5.2 Descripción del método, técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados.

Para la elaboración de la Propuesta de política nacional de Cuidados Paliativos para pacientes con Cáncer se tomó como base la estrategia propuesta por OMS que consiste en hacer un análisis previo de la situación en cuatro ejes de acción de los Cuidados Paliativos: Leyes y Políticas, Acceso y Disponibilidad de Medicamentos, Educación e Implementación de Programas.

5.2.1 Métodos: Se aplicaron técnicas mixtas: documentales, cuantitativas y cualitativas.

5.2.2 Técnicas y Procedimientos:

- Análisis documental de las leyes, políticas y programas actuales del Sistema de Salud del país relacionadas con la prestación de servicios de Cuidados Paliativos . El nivel de implementación se estableció por los resultados de atención a pacientes en Cuidados Paliativos.
- Análisis documental de políticas, reglamentos y regulaciones relacionadas con el acceso y disponibilidad de analgésicos opioides en Guatemala.
- Se solicitaron datos estadísticos del Cáncer al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para establecer la población estimada que necesita Cuidados Paliativos.

- Con los datos existentes en el MSPAS y en base a las estadísticas de WHO, JIFE y otras fuentes relacionadas se estimó el consumo nacional de opioides y otras estadísticas relativas al tema.
- Se realizó consulta a las unidades formadoras en áreas de ciencias de la salud en los diferentes niveles: técnico, grado, post-grado en relación a la formación de recurso humano en Cuidados Paliativos.
- Se envió encuesta por vía electrónica a Directores Técnicos de Farmacias y otros establecimientos que expenden analgésicos opioides.
- Entrevistas con Jefes de los Servicios que actualmente brindan Cuidados Paliativos a la población.

5.3 Variables

5.3.1 Variables Cuantitativas:

- 5.3.1.1 Incidencia, Prevalencia, tasas de mortalidad y morbilidad por cáncer en Guatemala (GLOBOCAN).
- 5.3.1.2 Consumo Anual de Opioides: Indicador de un país del consumo de opioides para el alivio del dolor que se mide en mg/per cápita/por año. (JIFE)
- 5.3.1.3 Dosis Diaria Definida de Opioides: Es una unidad de medida que se revisa y actualiza periódicamente y los resultados por país son publicados en el sitio de PAHO-OMS.

5.3.2 Variables Cualitativas:

- 5.3.2.1 Barreras para el alivio del dolor, acceso a medicamentos y a servicios de cuidados paliativos.

5.4 Metodología de análisis de la información.

5.4.1 Se realizó un análisis descriptivo de los datos recabados.

5.4.2 Se identificaron las barreras relacionadas al acceso de medicamentos para alivio del dolor y la prestación de servicios de cuidados paliativos.

5.4.3 En base a los puntos críticos y problemas detectados se integró el documento para la propuesta de una política nacional que ofrezca soluciones a las necesidades de la población.

5.4.4 Se realizó un taller interinstitucional y multidisciplinario con representantes de los sectores involucrados con la formulación de aportes y recomendaciones para que la propuesta sea viable y establecer las estrategias para continuar con el proceso para su mejoramiento y aprobación.

6. RESULTADOS

Para el análisis de la funcionalidad del marco legal vigente que rige el sector salud en Guatemala, se ha utilizado la pirámide de Keslen que permite conocer la jerarquización de las leyes en el país.

Se tiene en primer lugar: la Constitución de la República, que se equipara con convenios internacionales, en segundo lugar, le siguen en orden descendente los “Leyes orgánicas y Leyes especiales” con rango constitucional, como ejemplo: Ley del organismo ejecutivo, Ley del organismo judicial, en tercer lugar, “Leyes ordinarias” como ejemplo: Código de salud, Ley de servicio civil, Ley de Presupuesto de la Nación, por mencionar algunos, en cuarto lugar, los “Decreto Ley” ó acuerdos gubernativos (leyes impulsadas por el ejecutivo que luego son ratificadas por el congreso), en quinto lugar “los reglamentos”, en sexto lugar están “los acuerdos ministeriales”, y las políticas institucionales, los planes y prioridades de salud para determinado período gubernativo (Chaclán, 2011) **Figura No. 1.**

6.1 Políticas y disposiciones actuales relacionadas con la Prestación de Servicios de Cuidados Paliativos.

En la Figura 1 que describe las leyes y políticas por jerarquías se ubican tres acuerdos ministeriales dirigidos a la atención del paciente con cáncer y el Reglamento 712-99 que norma la prescripción y distribución de sustancias en uno de sus capítulos, los que describen a continuación:

- 6.1.1 Acuerdo Ministerial Numero SP-M-2263-2003, Creación del Programa Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, y en el artículo 3° apoya la creación de la Comisión Nacional para la Atención Integral de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, como apoyo técnico científico al Programa Nacional.
- 6.1.2 Decreto Ministerial No. 681-2010/27 Mayo 2010. En el año 2010 el Consejo elaboró el Plan Nacional 2010-2015 de “Política Nacional Contra el Cáncer”, mayo de 2010 por mandato presidencial se crea el Consejo Nacional de Lucha contra el Cáncer que pone énfasis en la prevención, detección temprana y curación de la enfermedad, e incluye un componente mejorable de Cuidados Paliativos, no integrado al tratamiento oncológico.

6.1.3 Decreto Ministerial 587-2011 Creación de la Comisión Nacional de Cuidados Paliativos con representación de varios sectores de salud en servicios, educación, investigación, información y acceso a medicamentos.

Son disposiciones regulatorias:

6.1.4 Reglamento 712-99 (Control Sanitario de los Medicamentos y Productos Afines)

6.1.5 Normativa 16-2002 (Adquisición de Recetas de Estupefacientes)

6.1.6 Normativa 17-2002 (Autorización de Recetas de Estupefacientes)

Por Acuerdo Ministerial se crea en el año 2003 el Programa Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles y la Comisión para la Atención Integral y control de los principales factores de riesgo de las ECNT a fin de crear los lineamientos generales del Plan Nacional para la Prevención de las ECNT. El objetivo primordial es la prevención y control de factores de riesgo.

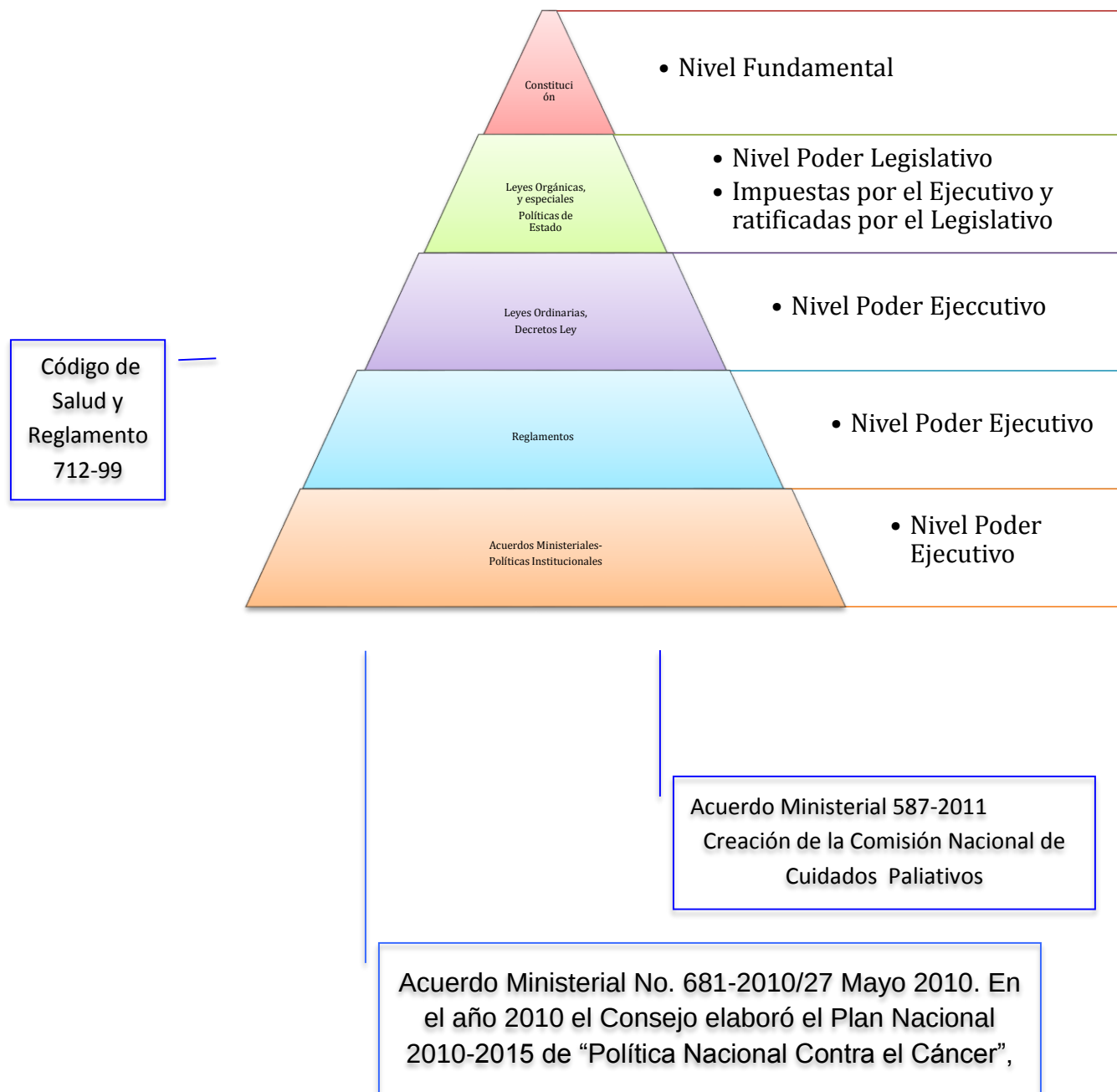
El Código de Salud es un Decreto del Congreso de la República, es una ley general que organiza y estructura el sector salud.

El Reglamento 712-99 regula el control Sanitario de Medicamentos y productos afines, las Normativas 16 y 17 2002 son Normas Técnicas para la prescripción de Estupefacientes.

Los dos Acuerdos Ministeriales (2010-2011) dirigidos a la atención del paciente con Cáncer son disposiciones de carácter técnico, no están vinculados a Políticas Nacionales o de Gobierno que los empoderen y les doten de financiamiento para ejecutar acciones específicas.

Figura No. 1

**JERARQUIZACIÓN DE LAS LEYES DE GUATEMALA, DE ACUERDO A LA
PIRÁMIDE DE KESLEN (Chaclán, 2011)**



6.2 Estadísticas de Cáncer.

En Guatemala no se cuenta con estadísticas completas y recientes sobre incidencia y mortalidad del cáncer, por lo que se consideran las estimaciones reportadas por GLOBOCAN 2008 y en el Registro del Cáncer del INCAN.

Los cánceres más frecuentes en el país en ambos sexos son:

Cáncer de Cérvix, Cáncer Gástrico, Cáncer de Próstata, Cáncer Hepático, Cáncer de Mama y Cáncer de Pulmón. En niños, Las más comunes son las leucemias.

Algunas cifras relevantes:

Hombres:

Tasa de Incidencia de 144.5 x 100,000 habitantes con mortalidad de 93.8 por 100,000 habitantes. El cáncer de mayor incidencia es el de próstata, (36.0 x 100,000 habitantes, con mortalidad de 12.8 x 100,000 h); seguido por el cáncer gástrico que ocupa el primer lugar en mortalidad: 27.3 x 100,000 y 22.3 x 100,000. El tercer lugar es el Cáncer de Hígado (15.7x100,000 y mortalidad 15.6x 100,000 de mortalidad); El cuarto lugar. El cuarto lugar le corresponde al cáncer de pulmón con incidencia de 7.9 y mortalidad de 7.2. En quinto lugar está la leucemia con 4.0 de incidencia y 2.9 de mortalidad y, el linfoma no Holguín con 4.0 y mortalidad de 2.0 por 100,000 habitantes.

Mujeres:

La totalidad de cáncer en mujeres excluyendo los cánceres de piel distintos del melanoma reporta una tasa de incidencia de 162.2 y de mortalidad de 105.4 por 100,000 habitantes, cifras mayores a las observadas en hombres. El cáncer más frecuente en mujeres fue el cáncer de cérvix con una tasa de incidencia de 30.5 por 100,000 habitantes; le sigue el cáncer gástrico con 25.9; el tercer lugar lo ocupa el cáncer de hígado 15.8; luego el cáncer de mama con 15.1; en el quinto lugar está el de cuerpo de útero con 9.8. (GLOBOCAN, 2008)

El de mayor tasa de mortalidad es el gástrico con una tasa por 100,000 habitantes de 22; seguido por el de hígado 15.7; de cérvix 15.2; de mama 5.7 y, en quinto lugar el cáncer de pulmón con tasa de mortalidad de 5.2 por 100,000 habitantes.

De acuerdo al reporte de GLOBOCAN 2008, las tasas de mortalidad por 100.000 en Guatemala son del 48.2 por 100,000 habitantes, con afección altamente significativa en el grupo etario mayor de 45 años.

Por último, el Registro Hospitalario del INCAN reporta incremento en los cánceres más frecuentes del año 1998 al 2007. Los cánceres del estómago y de sitio primario desconocido se han duplicado en los 10 años, con incremento de 101% y 96% respectivamente; el cáncer de próstata 85%, el de mama ha aumentado en 58%, el de cérvix 21%, y el de ovario 44%.

Con los estimados anteriores, la población que debe recibir Cuidados Paliativos se puede calcular así:

Método utilizado: FHBC, Canadá/OMS (OMS 2008): El 38% del total de pacientes fallecidos en un año debió recibir Cuidados Paliativos y Alivio al dolor. (Kobiersky, 2008)

Población en Guatemala en 2011: 14,713,763 millones de habitantes (INE 2011)

Índice de Muertes Esperadas 2011: 5.2 muertes por cada 1000 habitantes

Entonces:

$5.2/1,000$ en la población de 14,713,763 millones = 76,511.56 muertes estimadas por año.

El 38% de estas 76,511.56 muertes x año, es decir 29,074.39 personas fallecidas debieron recibir tratamiento con analgésicos opioides y cuidados paliativos en Guatemala.

Se hace notar que este número de fallecidos que debieron recibir Cuidados Paliativos incluye pacientes con cáncer y pacientes con dolor causado por otras enfermedades.

6.3 Cantidad de medicamentos opiáceos que necesita esta población.

Cada paciente con necesidad de opioides para alivio del dolor al final de la vida puede necesitar de 60 a 75 mg por al menos 90 días. (Foley, Wagner, & Gelband, 2006)

En el país el cáncer se diagnostica en etapa avanzada y el acceso al tratamiento de intención curativa o de control de la enfermedad es caro, estimando el requerimiento de opiáceos en base a la dosis mas alta 75 mg/día/90días , para los 29,074 pacientes fallecidos que requirieron cuidados paliativos $\times 75$ miligramos día = 2,180,550 miligramos/1,000 = 2,180.5 g

La dosis diaria por aproximadamente 90 días = 196,245 g/1000 = 196 Kg.

Operando las cifras por persona, el resultado es el mismo: 75 mg $\times$ 90 días = 6,750 mg $\times$ persona por año $\times$ 29,074 pacientes que requieren cuidados paliativos (38% de los fallecidos en un año) = 196,249,500 mg = 196,249.5 g $\times$ año.

El “consumo” de opioides/per cápita/por año es calculado convirtiendo los datos de consumo total en gramos a miligramos y luego dividiéndolos por la población total del país, para lo cual JIFE utiliza datos de población de Naciones Unidas. Esto provee una estadística basada en la población que puede utilizarse para comparar datos entre naciones en un período determinado de un año.

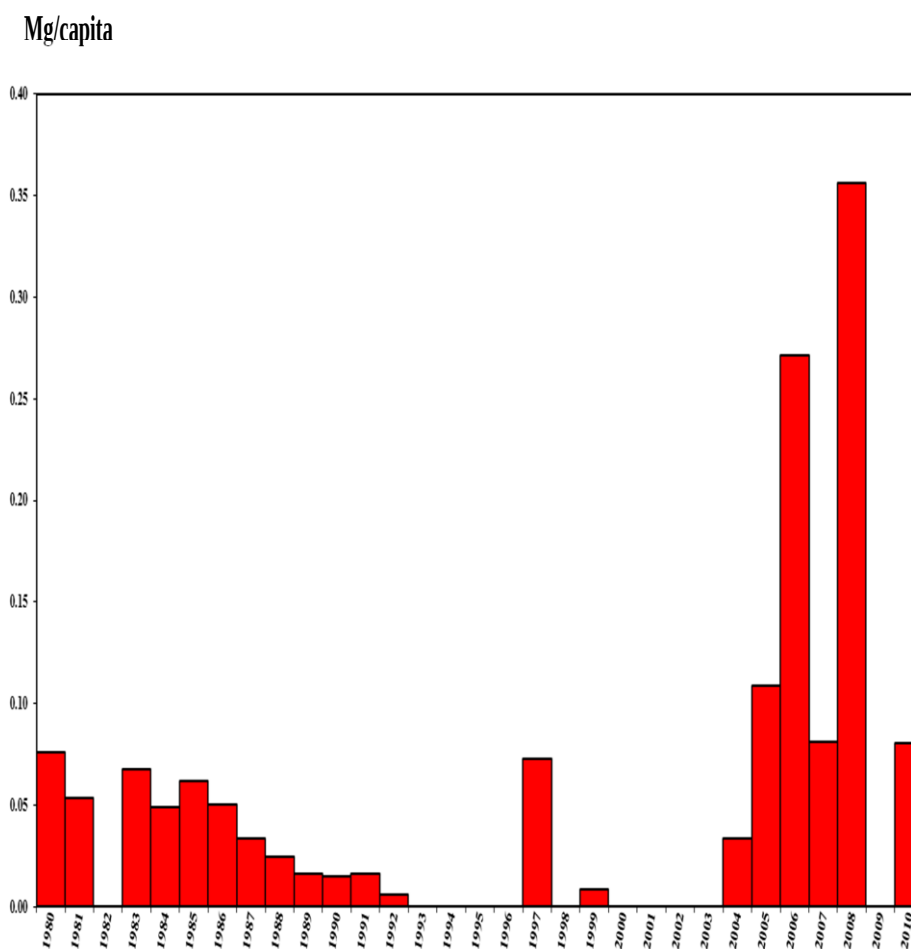
El consumo reportado como país se puede observar en la **Figura No. 2** según reporte del año 2010 del Pain & Policies Studies Group, fue de 0.08 mg. per cápita por año. (Pain and Policies Studies Group. Guatemala Country Profile, 2012)

En el año 2008 se reportó el consumo más alto de morfina con respecto a otros años, reportándose 0.3 mg de Morfina per cápita $\times$ año. En el año 2009 no se reportó ningún consumo y según JIFE en el año 2010 el consumo de morfina anual reportado fue de 0.08 mg de Morfina /per cápita/por año.

Definitivamente el consumo de morfina está muy por debajo de las necesidades de la población que requiere alivio del dolor, y muy por debajo de la media mundial que equivale aproximadamente a 6 mg de Morfina per cápita por año.

Figura No. 2

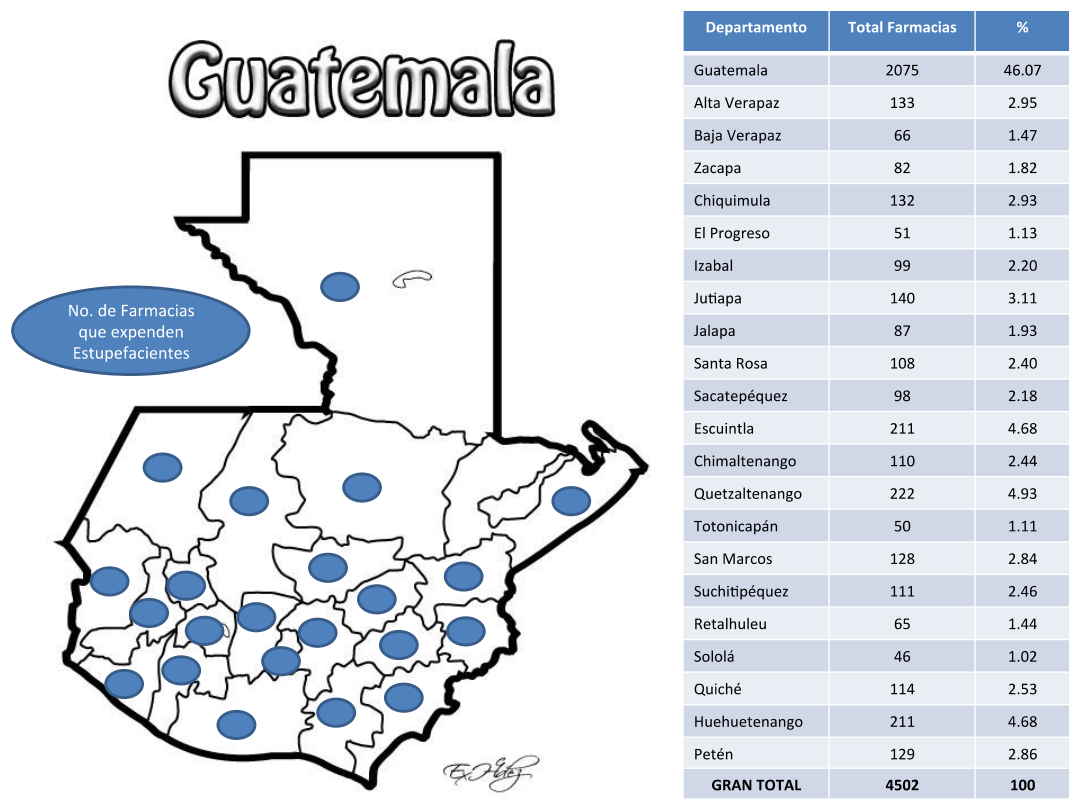
Mg/capita Consumption of Morphine, Guatemala, 1980-2010



6.3 Acceso y Disponibilidad de opioides.

En cuanto al acceso, el sistema de distribución para medicamentos opiáceos en Guatemala se describe en la **Figura No. 3**, el primer dato importante es que existen mas de cuatro mil farmacias en el país, autorizadas y con director técnico farmacéutico, de éstas el 46.07% están en la Ciudad Capital.

Figura No. 3 Farmacias Registradas en el País

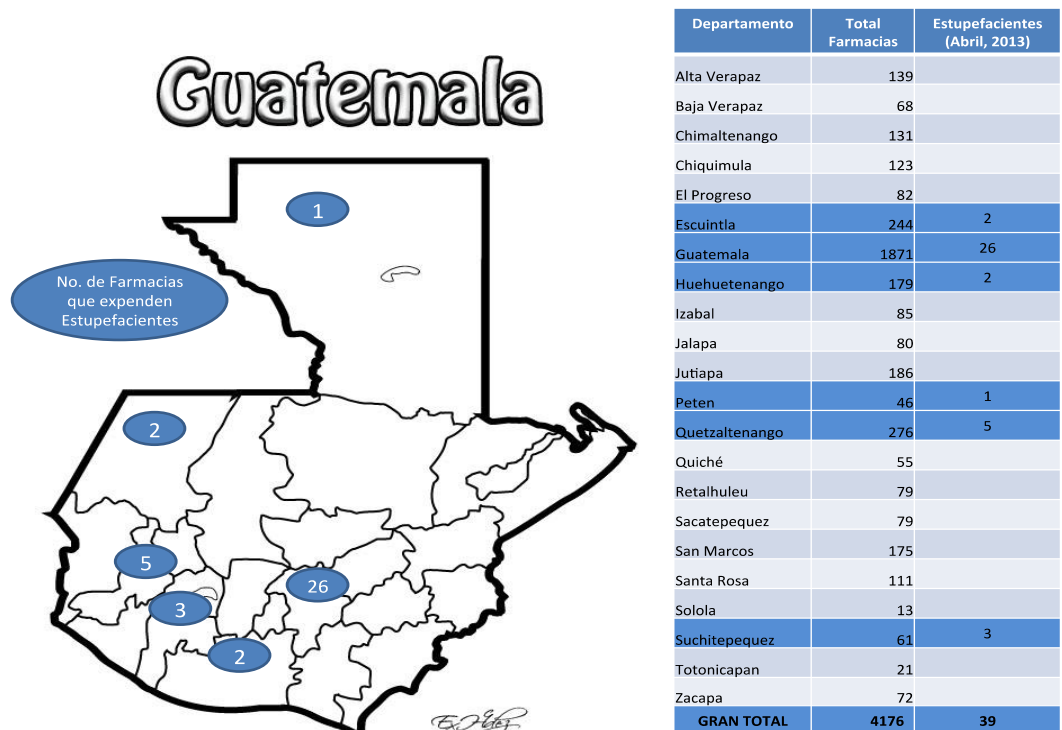


Fuente: Base de datos proporcionada por Colegio de Farmacéuticos y Químicos de Guatemala 2013.

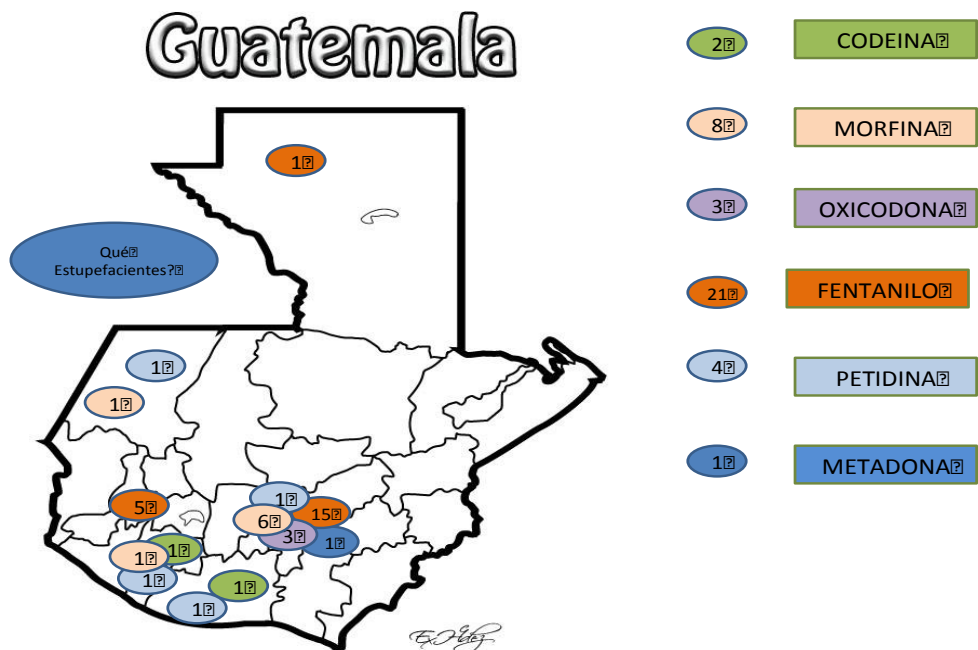
Estos datos no concuerdan con el registro de la DRCPFA que reportó 4,176 farmacias autorizadas. En este mismo reporte; de 4,176 farmacias, solamente 39 distribuyen opioides para el país, 67% (26) de las mismas están en la capital.

La información es evidente en el mapa que se incluye en la Figura No. 4.

Figura No. 4



Es de hacer notar según se esquematiza en la **Figura No. 5** a continuación que las farmacias que comercializan analgésicos opioides en Guatemala distribuyen solamente uno o dos de ellos; una sola farmacia despacha todos los opioides disponibles en Guatemala.



Fuente: Reporte del Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y afines por solicitud de DIGI, Of. 333-2013/SCSEIE/ir 19-9-2013

6.3.1 Analgésicos Opioides Agonistas Puros Disponibles en Guatemala

Se listan en el siguiente cuadro:

Sustancia /Disponibilidad	Presentaciones	En Farmacias Hospitalarias red pública	En Farmacias Hospitalarias red privada	En Farmacias Comerciales
Morfina Parenteral	Ampolla 10mg/1ml	Si	Si	Si
Morfina Oral Liberación Rápida	Cápsulas 30 mg.	No	Si	Si
Morfina Oral Liberación Controlada	Tabletas 30 mg.	No	Si	Si
Morfina en Solución	5mg/1ml	No	*Solo en una	No
Metadona Parenteral		No	No	No
Metadona Oral	Tabletas de 10 y 5 mg. ranuradas	No	Si	Si
Oxycodona Liberación Rápida	Tableta ranurada de 5 mg.	No	Si	Si
Oxycodona Liberación Controlada	Tabletas de 10, 20 y 40 mg.	No	Si	Si
Hidromorfona	No	No	No	No
Fentanyl Parenteral	Frasco de 500 mcg (50mcg/ml) o ampolla 100 mcg/2ml	Si	Si	Si
Fentanyl Transdérmico	Parches 25ug/hr y 50 ug/hr	No	Si	Si
Fentanyl Transmucoso	100ug/hr	No	No	No

Cuadro No. 1

Fuente: Reporte DRCPFA 2013

6.4 Disponibilidad.

El sistema de distribución que permite que los medicamentos lleguen a manos del paciente se ve seriamente afectado por las normativas que regulan la prescripción de los mismos.

La normativa 16-2002 establece como requisito previo al despacho comercial de los medicamentos prescritos, que las recetas sean autorizadas mediante sello y firma en su parte posterior por la Ventanilla Única del Ministerio de Salud, ubicada en la zona nueve de la Ciudad Capital y que atiende únicamente en días y horas hábiles.

Esta disposición ha sido identificada como una barrera importante para el acceso a los medicamentos opioides que aunado a las pocas farmacias que los comercializan vuelven sumamente difícil la disponibilidad y acceso para los pacientes.

Además, la normativa 17-2002 establece el procedimiento de adquisición de los talonarios triplicados de recetas oficiales, los que deben ser comprados por los médicos prescriptores; esto impide que los analgésicos opioides puedan ser recetados a pacientes ambulatorios de hospitales públicos que atienden pacientes con cáncer; donde solamente se utilizan mientras el paciente se encuentra hospitalizado.

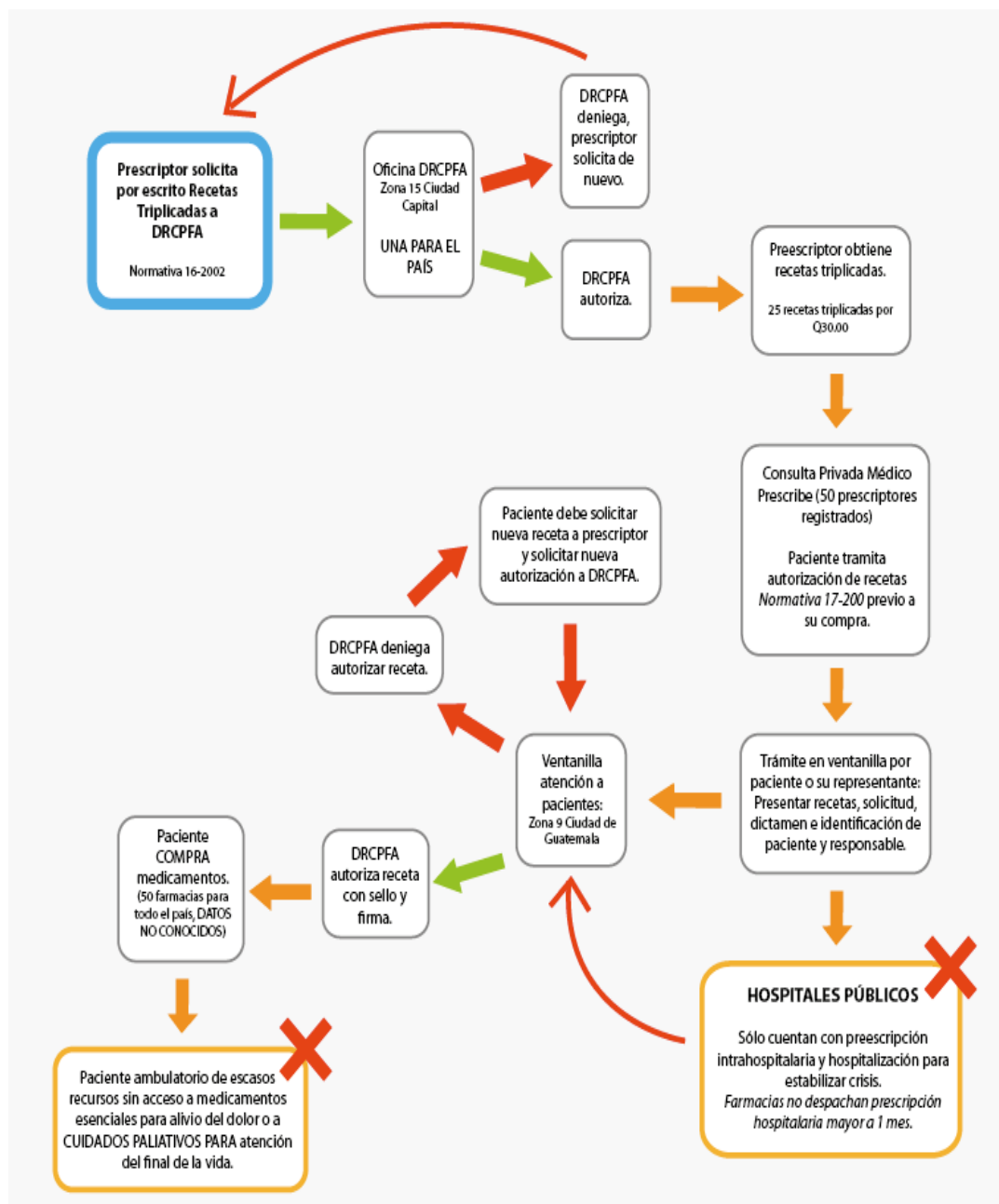
El Seguro Social provee algunos medicamentos opioides sin costo a sus pacientes ambulatorios.

La Unidad de Oncología Pediátrica provee el 90% de los medicamentos sin costo a sus pacientes ambulatorios.

En la **Figura No. 6** se esquematiza el flujo para la adquisición de medicamentos opioides.

Figura No. 6

FLUJOS DE ACCESO PARA LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS OPIOIDES POR LOS PACIENTES



Fuente: Duarte E., Liere AM., Análisis y Revisión de la Norma Técnica 17-2002 como barrera para el acceso a analgésicos opioides: Propuesta para su modificación; DIGI 2012

6.5 Costos

Únicamente el Seguro Social y la UNOP dispensan analgésicos opioides en forma gratuita a los pacientes hospitalizados y ambulatorios con cáncer.

Los Hospitales de la red pública pueden administrar analgésicos opioides parenterales a pacientes hospitalizados pero no expenden analgésicos opioides a los pacientes con cáncer avanzado que son ambulatorios, tampoco tienen disponibilidad de fórmulas orales para uso ambulatorio o interno.

ACTIVIDADES	DIARIO	MENSUAL	BONIFICACION	TOTAL
Agrícolas	71.40	2,171.75	250.00	2,421.75
No Agrícolas	71.40	2,171.75	250.00	2,421.75
Exportadora y de Maquila	65.63	1,996.25	250.00	2,246.25

Cuadro No. 2

Fuente: Página Web Ministerio de Trabajo y Previsión Social

En la red privada, dependiendo de la capacidad de cada hospital, hay algunos analgésicos opioides disponibles para uso intra-hospitalario pero no para la venta al paciente ambulatorio. De esta suerte, el acceso al tratamiento del dolor casi siempre se accede por la vía privada y el costo lo paga el paciente de su bolsillo.

Los precios de venta de los opioides pueden variar en cada institución o clínica privada, estimando que el costo promedio del tratamiento estándar para un paciente con cáncer avanzado y dolor crónico, que tiene una sobrevida de 6 meses a un año, puede ser muy superior al salario mínimo mensual de Guatemala (en quetzales).

En el Cuadro No. 3, se ejemplifica el desglose del costo del inicio del tratamiento para un paciente por dolor oncológico crónico, constante/irruptivo severo y multi-causal (nociceptivo-neuropático), utilizando dosis terapéuticas estándar.

Desglose de costos de tratamiento

Medicamento	Dosis	Dosis diaria aprox.	Costo x Unidad	Costo por Día	Costo por mes
Morfina Parenteral ampolla	4mg SC/4hrs y DR	60 mg	Q.20.00 x 6	Q.120.00	Q.3,600.00
Gabapentina tableta 300 mg.	300 mg TID	1,200 mg	Q.10.00	Q.30.00	Q.90.00
Senósidos Cálculos	2-3 tabs	30 mg	Q. 1.50	Q.2.50	Q. 75.00
AINES	1 tab /8hrs		Q.2.00	Q.6.00	Q.180.00
Total				Q.168.00	Q.4,000.00

Cuadro No. 3

Fuente: Encuestas a Farmacias 2013

6.6. Educación y Formación de Recurso Humano

A través de las entrevistas a los decanos de las Universidades que tienen Facultad de Medicina se estableció que:

- Una universidad privada tiene un curso de 50 horas teóricas y 25 horas prácticas en una Unidad de Cuidados Paliativos para Adultos, el que cursan Estudiantes de Medicina de 4to año.
- No hay Especialidad en Cuidados Paliativos que otorgue grado académico.
- Existe un Estudio de Especialización, equivalente a un Estudio Universitario de Postgrado con 270 horas de educación (enero a octubre) semi-presencial que ofrece la Universidad San Carlos de Guatemala a médicos y personal de salud en general y a los Profesores Universitarios. A la fecha se han realizado dos cohortes con un aproximado de 70 graduados.

6.7 Servicios de Cuidados Paliativos disponibles en Guatemala.

Se describen en el siguiente cuadro:

NIVEL ATENCIÓN	SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS			RECURSOS DE CUIDADO PALIATIVOS	
PRIMER NIVEL	1 HOSPICE 1 ATENCIÓN DOMICILIAR	NO SERVICIOS MULTINIVEL	NO HAY SERVICIOS O EQUIPOS DE APOYO HOSPITALARIO	NO HAY CENTROS DE DIA	NO HAY EQUIPOS DE VOLUNTARIADO COMUNITARIO
SEGUNDO NIVEL	NO HAY EN HOSPITALES				
TERCER NIVEL	3 UNIDADES EN HOSPITAL				

Cuadro no. 4

Fuente: encuestas a directores de programas/Atlas ALCP Guatemala 2012 pp 40.

6.8 Taller de Socialización de la Propuesta de una Política Nacional en Cuidados Paliativos.

6.8.1. Agenda

Fecha: Jueves 7 de noviembre 2013
Hora: De 9:00 a 12:30 horas
Lugar: Edificio S-11, Segundo Nivel

Objetivo: Dar a conocer el contenido del trabajo de investigación **“Propuesta de Política Nacional de Cuidados Paliativos para Pacientes con Cáncer”** para recabar propuestas, enmiendas o aportes que enriquezcan la misma de parte de expertos y actores que están relacionados con el desarrollo de los Cuidados Paliativos en Guatemala.

Actividades:

9:00 – 10:00	Bienvenida por Ing. Rufino Salazar en representación del Director de DIGI Dr. Jorge Luis De León. Exposición de la Propuesta: Dra. Eva Duarte
10:00 – 10:15	Receso/Café
10:15 – 12:30	Trabajo en Grupos: Lcda. Anne Marie de Godoy Exposición Grupal Conclusiones y Recomendaciones Despedida

6.8.2 Asistencia.

Se contó con la participación de representantes de las siguientes instituciones:

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:
 - ❖ Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines.
 - ❖ Programa de Prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y cáncer.
- Hospital Roosevelt

- Universidad de San Carlos de Guatemala
 - ❖ Departamento de Asuntos Jurídicos
 - ❖ Dirección General de Investigación
 - ❖ Instituto de Problemas Nacionales
 - ❖ Investigación, Facultad de Medicina

6.8.3 Recomendaciones.

- Someter el documento de Propuesta de una Política nacional de Cuidados Paliativos para pacientes con cáncer, a revisión ante la asesoría jurídica del MSPAS y demás actores de la política.
- Debe contarse con el apoyo político de la Comisión de Salud del Congreso de la República o un delegado de la misma.
- Continuar replicando este taller de “Cuidados Paliativos” para educar y sensibilizar a sectores potenciales que pueden coadyuvar a la consecución de la política: oficina de políticas del MSPAS y el IGSS; departamento jurídico de la USAC; colegios profesionales (Médicos, Farmacéuticos, Abogados), quienes deben acompañar en el proceso de elaboración de estrategias.
- Es necesario establecer una hoja de ruta que detalle los pasos consecutivos para posicionar la propuesta.
- Divulgación sobre Cuidados Paliativos a través de todos los medios posibles y en todos los círculos, para sensibilizar a la población para que los soliciten. Contactar con derechos humanos, grupos de defensoría y educación para hablar sobre el derecho de la persona a cuidados paliativos como parte del derecho humano y respeto a la dignidad.

7. DISCUSION

Durante años los Cuidados Paliativos han dependido fundamentalmente de la buena voluntad, la vocación y el interés de unos cuantos profesionales pero, según dice la OMS en su Recomendación 804, la voluntad política es un elemento decisivo para garantizar la adecuada atención a las personas al final de la vida.

El marco legal y el espíritu de las leyes actuales en el país, propician un contexto favorable para adoptar una Política Nacional en Cuidados Paliativos. El reto principal será involucrar y motivar a los sectores que tienen el poder para adoptar políticas, implementarlas, financiarlas y evaluar sus resultados.

Los retos para la implementación de servicios de Cuidados Paliativos comunitarios son múltiples y de gran dimensión. El sistema de salud de Guatemala está dividido en subsistemas que a su vez están fragmentados, segmentados, sin coordinación e integración, lo cual dificulta el acceso a la calidad de los servicios necesarios para la totalidad de la población guatemalteca.

En Guatemala, el recurso actual de tan sólo cuatro unidades de Cuidados Paliativos en hospitales de tercer nivel y un servicio en el primer nivel de atención, es absolutamente insuficiente para cubrir las necesidades de la población, por lo que deben ser prioritarias las estrategias de implementación a corto plazo de servicios de atención a los pacientes con cáncer como un modelo reproducible para otras enfermedades crónicas.

En Guatemala las barreras más importantes para el acceso a analgésicos opioides son de orden regulatorio, las disposiciones son anticuadas y están arraigadas en el sistema de distribución y prescripción y dispensación normado por el Reglamento 712-99 del que dependen las normativas 16 y 17-2002 que imponen medidas altamente restrictivas como la autorización de la receta previo a su despacho por medio de firma y sello, en la Ventanilla Única del Ministerio de Salud situada en la Ciudad Capital y que atiende solamente en horas y días hábiles.

La escasa educación de los reguladores y los responsables de las políticas de salud, es una importante barrera para el acceso adecuado a los analgésicos opioides, debido a que no entienden su importancia para el alivio del dolor y el sufrimiento.

En relación al acceso y la disponibilidad de analgésicos opioides en los establecimientos que atienden pacientes con cáncer en Guatemala las encuestas determinaron que no existe dispensación, únicamente despacho de Opioides en las farmacias que los distribuyen.

Se identificó que no se prescriben analgésicos opioides orales en los hospitales públicos para los pacientes avanzados atendidos en forma hospitalaria o ambulatoria ni para aquellos en situación terminal avanzada y agonía.

Según los datos proporcionados por la DRCPFA, existen aproximadamente 4,176 farmacias a nivel de la República, que están vigentes y cuentan con Director Técnico farmacéutico. Sin embargo, solamente 39 (0.9%) de éstas reportaron ventas de estupefacientes en el mes de abril de 2013; de éstas, 10 farmacias (25%) están ubicadas en los Departamentos y el resto, (75%) en la Ciudad Capital.

Definitivamente en Guatemala el acceso a analgésicos opioides es sumamente limitado y deficiente, a causa de los escasos puntos de venta (0.9% de las farmacias del país) y cuya localización geográfica predominante es en la Ciudad Capital (75%) y en las áreas urbanas de algunos departamentos (10%).

Además, no hay distribución en farmacias estatales, y la poca o nula capacidad para cubrir del bolsillo propio de los pacientes, los costos de los medicamentos, también limita el acceso a los opioides disponibles

La sección de Psicotrópicos, Estupefacientes, Importaciones y Exportaciones de la DRCPFA reportó para fines de esta investigación con la DIGI, cifras globales de consumo de opioides en el año 2012, que no permiten especificar la vía de administración de los medicamentos y no puede determinarse si los parenterales fueron para anestesia, uso en emergencia o para alivio del dolor crónico.

Destacándose el consumo de 2.030 Kg/año en contraste con 10.783 Kg/año de Petidina. También se reportaron los datos de consumo de Hidrocodona en 7.9 Kg/año; Metadona 0.3 Kg/año; Oxycodona, 5.5 Kg/año y Fentanilo 80.3 Kg/año.

Guatemala no reportó consumos a JIFE en el año 2009; por lo que de acuerdo al consumo de Morfina reportado por la autoridad nacional competente a DIGI (2.030 kilos/año) y a la proyección del Instituto Nacional de Estadística -INE- de aproximadamente 14,000,000 de habitantes, se calcula que el consumo nacional de morfina es de 0.08 mg/per cápita/año para el año 2012.

El consumo de morfina per cápita para Guatemala, es dramáticamente muy bajo, en comparación con la media anual mundial de consumo reportada de 5.9 mg de morfina/per cápita/año. La proporción en el informe local de 5:1 en el uso de Petidina vrs. Morfina denota desconocimiento del uso racional de los opioides agonistas puros para el control del dolor y la necesidad de educar al personal de salud.

En relación al costo de los medicamentos opioides, se reflejan amplias diferencias en los rangos de precios reportados por las farmacias que expenden estos medicamentos.

Es complejo calcular el costo diario de tratamiento paliativo para un paciente con cáncer avanzado. Por ejemplo, el uso prolongado de opioides causa efectos secundarios que deben tratarse, tales como el estreñimiento, que es un efecto dosis dependiente.

Además, el paciente terminal sufre de síntomas múltiples, por lo que el tratamiento laxante y el uso de otros fármacos para manejo de síntomas deben sumarse al tratamiento con opioides, y al costo diario del tratamiento del dolor por cáncer

La Morfina oral es el tratamiento estándar para el dolor moderado a severo por Cáncer y es también el medicamento de menor costo, siendo la formulación más económica la solución oral de morfina, sobre todo cuando se produce localmente.

Se calcula que el tratamiento con morfina oral de liberación inmediata debería costar de medio a un centavo de dólar por miligramo por día. El costo total del tratamiento dependerá de los días que se utilicen opioides y de la dosis por día. Se estima que en los países en desarrollo, un paciente con cáncer utilizará un promedio de 60 a 75 mg diarios por un promedio de 90 días.

En el país, para el tratamiento con opioides, la solución oral, es el medicamento de menor costo diario. Se estima que la dosis diaria de 60 mg/día de morfina oral de liberación rápida tiene un costo Q. 3.33 por día y Q.99.00 por mes; costo que castiga significativamente el gasto diario para los pacientes en extrema pobreza que viven con menos de US\$ 1.25 (Q.10.00) por día.

De las cuatro universidades que ofrecen la carrera de Medicina, solamente la Universidad Mariano Gálvez (25%) ha adoptado la formación de Cuidados Paliativos como parte del pensum obligatorio en la carrera de Médico y Cirujano, incluyendo preguntas sobre esta temática, en el examen privado de los graduandos.

En este programa 50 estudiantes aproximadamente, reciben en promedio 40 horas de clases y 40 horas de observación clínica y práctica en la Unidad Hospitalaria de Cuidados Paliativos del INCAN.

En Estudios de Postgrado, actualmente se está desarrollando una estrategia de educación dirigida a profesores universitarios, médicos paliativistas y otros profesionales del área de salud en el país, a través de un Estudio de Especialización que otorga 15 créditos académicos y 224 horas de educación, el cual ha sido aprobado por la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas. A la fecha se han realizado dos cohortes 2011 y 2012, con un total de 70 profesionales que han concluido el programa.

El objetivo de este programa es dar un reconocimiento académico local a los médicos que actualmente se dedican a tiempo completo a Cuidados Paliativos y preparar profesionales que puedan iniciar Unidades de Cuidado Paliativo en los hospitales escuela a través de la cooperación USAC-MSPAS.

Las unidades de Cuidados Paliativos que existen actualmente en Guatemala son atendidas por aproximadamente 12 médicos especializados o con estudios de post-gradado en Cuidados Paliativos; solamente dos de ellas tienen programas académicos de educación en Cuidados Paliativos, con soporte universitario a nivel postgrado (INCAN, UNOP) y de pregrado (INCAN).

En este sentido, los programas de educación a nivel universitario y de post-gradado en las diferentes carreras relacionadas con la salud, deben incluir adecuadamente los conceptos actualizados relacionados con la valoración y tratamiento del dolor, el uso racional de los analgésicos opioides y los aspectos sociales y espirituales de las enfermedades crónicas.

La educación a la población es importante para desestigmatizar y desplazar actitudes negativas respecto al uso de opioides y las necesidades de cuidado al final de la vida

En la Estrategia de OMS se propone la investigación como punto de partida para la implementación de programas de cuidados paliativos, con la utilización de medidas basadas en la evidencia para proporcionar la dirección y claridad en el curso de su mejoramiento y evaluación posterior

Para el análisis y estructuración de la Propuesta de una Política Nacional en Cuidados Paliativos para Pacientes con Cáncer, se han tomado como base todos los enunciados descritos anteriormente y especialmente las recomendaciones de la Estrategia de la OMS y los indicadores de Cuidado Paliativo propuestos por la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos – ALCP.

8. CONCLUSIONES

8.1 La generación de la Propuesta de Política Nacional de Cuidados Paliativos está vinculada a la necesidad de la población vulnerable y a las actuales barreras del sistema para suplir esas necesidades.

8.2 La Propuesta elaborada, constituye un aporte valioso para beneficiar a la población cada vez mas creciente de pacientes crónicos con enfermedades terminales oncológicas y no oncológicas y sus familias, con planteamientos claros y puntuales para implementar los CP en el sistema nacional de salud.

8.3 En Guatemala las barreras más importantes para el acceso a analgésicos opioides son de orden regulatorio. Cualquier reglamentación que impida innecesariamente el acceso a los medicamentos controlados será contraria a las Convenciones de la ONU sobre drogas, como al derecho a la salud, que exige que los países encuentren un equilibrio entre la obligación de garantizar la disponibilidad para fines médicos legítimos y de prevenir su abuso.

8.4 El consumo reportado en el año 2012, de 0.08 mg per cápita/año de morfina en Guatemala, es dramáticamente bajo, en comparación con la media anual mundial de consumo reportada de 5.9 mg de morfina/per cápita/año.

8.5 En Guatemala el acceso a analgésicos opioides es sumamente limitado y deficiente, a causa de varios factores: a. Los escasos puntos de venta (0.9% de las farmacias del país) y cuya localización geográfica predominante es en la Ciudad Capital (75%) y en las áreas urbanas de algunos departamentos (10%). b. La escasa prescripción por la falta de personal entrenado y porque los formularios oficiales deben comprarse. c. Las regulaciones altamente restrictivas y d. El Costo de los medicamentos que el paciente debe pagar de su bolsillo por no estar disponibles en la red Pública de salud para uso extra-hospitalario.

8.6 En el país, para el tratamiento con opioides, la solución oral de morfina, es el medicamento de menor costo diario, que únicamente está disponible en una sola farmacia de la red nacional ubicada en la ciudad Capital.

8.7 De las cuatro universidades que ofrecen la carrera de Medicina, solamente la Universidad Mariano Gálvez (25%) ha adoptado la formación de Cuidados Paliativos como parte del pensum obligatorio en la carrera de Médico y Cirujano.

8.8 A nivel postgrado se desarrolla el Curso de Especialización en Geriátrica y Cuidados Paliativos en la Escuela de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

8.9 Se estima que en Guatemala, mueren por cáncer, alrededor de 9,000 personas al año. El recurso actual de tan sólo cuatro unidades de Cuidados Paliativos en hospitales de tercer nivel, un servicio en el primer nivel de atención, y menos de doce médicos dedicados a Cuidados Paliativos es absolutamente insuficiente para cubrir las necesidades de la población.

9. RECOMENDACIONES

9.1 Deben implementarse los Cuidados Paliativos en el sistema nacional de salud, a través de políticas, planes y estrategias que financien su acceso y disponibilidad a la población vulnerable que los necesita.

9.2 El análisis de situación debe complementarse con datos locales tanto de pacientes en necesidad como de Consumo de Opioides basándose en los consumos de los pacientes y no en las ventas reportadas por las compañías que los comercializan

9.3 Deben adoptarse medidas urgentes para garantizar el acceso a los analgésicos opioides para el dolor. Una de las más apremiantes es la revisión de las normas actuales, sobre fiscalización y prescripción de estas sustancias que son anticuadas, altamente restrictivas y por lo tanto incompatibles con las convenciones sobre drogas de la ONU y los tratados de Derechos Humanos.

9.4 El Gobierno debe comprometerse a facilitar el acceso de medicamentos opioides en la red pública de servicios de salud, en presentaciones convenientes, a costos razonables para la población que vive en pobreza y pobreza extrema. Estos medicamentos deben estar geográficamente disponibles cerca de sus comunidades con un adecuado sistema de suministro y distribución de los mismos.

9.5 El Gobierno y la sociedad civil deben organizar esfuerzos en base a la necesidad y las barreras detectadas para la elaboración de la propuesta de una Política Nacional de CP, para contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes con Cáncer avanzado y sus familias y que a su vez, pueda aplicarse a otros pacientes con enfermedades crónicas no oncológicas que se encuentren en etapas avanzadas y/o terminales que requieran CP.

9.6 Deben realizarse esfuerzos interinstitucionales conjuntos para incrementar la capacidad del país en Cuidados Paliativos específicamente en el acceso a medicamentos esenciales, educación, investigación e implementación de servicios.

9.7 Se debe asegurar que todos los trabajadores de la atención de la salud reciban capacitación básica sobre Cuidados Paliativos y control del dolor, por medio de programas de capacitación integrales.

9.8 Se deben desarrollar e implementar políticas de salud que permitan asegurar el acceso a los cuidados paliativos y al tratamiento del dolor, incluida una Política Nacional de Cuidados Paliativos y la incorporación de aspectos sobre este tipo de cuidados a los programas nacionales de cáncer y SIDA.

9.9 De las recomendaciones formuladas por los participantes en el Taller de Socialización, cabe destacar:

- Es necesario establecer una “hoja de ruta” para posicionar la Propuesta.
- Someter el documento de Propuesta de una Política Nacional de Cuidados paliativos para pacientes con cáncer, a revisión ante la asesoría jurídica del MSPAS y demás actores de la política.
- Seguir desarrollando talleres de sensibilización en la temática de Cuidados Paliativos.
- Contactar con Derechos Humanos, grupos de defensoría y educación para exponer sobre el derecho de las personas a los cuidados paliativos como un derecho humano y respeto a la dignidad.
- Divulgación sobre Cuidados Paliativos, a través de todos los medios posibles y en todos los círculos, para sensibilizar a la población y dar a conocer el derecho que tienen para solicitarlos.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Blengini, C., Joranson, D., & Ryan, K. (2003). Italy reforms National Policy for cancer pain relief and opioids. *European Journal Cancer Care*, 12 (1), 28-34.
- Bonica. (2012). *Management of pain*. Obtenido de <http://bonicasmanagementofpian.com>.
- Bruera, E., De Lima, L., Wenk, R., & Farr, W. (2004). *Palliative Care in the Developing World; Principles and Practice* (1a. edición ed.). (I. Press, Ed.) Houston, USA.
- De Lima, L. (2007). Opioid Availability in Latin American as a Global Problem: A new strategy with regional and national effects. *Journal of Palliative Medicine*, 1, 213-217.
- Ferris, F., Gomez-Batiste, x., Furst, J., & Connor, S. (2007). Implementing Quality Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33 (5), 533-541.
- Foley, K., Wagner, J., & Gelband, H. (2006). Pain Control for people with Cancer and AIDS. En D. Jamison, J. Breman, A. Measham, & W. Bank (Ed.), *Disease Control Priorities in developing countries* (2a. edición ed.). Washington, USA.
- Gomez-Batiste, R., & Paz, S. (2007). *Public Palliative Care: review of key developments and implementation issues*. *Current opinion in Suportive and Palliative Care*.
- Higginson, I., Hart, S., Koffman, J., Selman, L., & Harding, R. (2007). Needs Assesments in Paliative Care: an appraisal of definitions and approaches used. *Journal of Pain and symptom management*. 33 (5), 500-505.
- Human Rights Watch. (2009). *"Por favor no nos hagan sufrir más". El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano*. USA.
- JIFE. (2008). *Informe de la Junta Internacional Fiscalizadora de Estupefacientes*.
- Logie, D., & Harding, R. (2005). An evaluation of a morphine public health programme for cancer and AIDS pin relief in Sub-saharan África. *BMC Public Health*, 5 (82), 1-7.
- Mosolu, D., Ryan, K., & Joranson, D. (2006). Reform of Drug Control Policy for Palliative Care in Romania. *Lancet*, 367 (9528), 2110-2117.
- OMS. (1996). *Alivio del dolor en el cáncer. Guía sobre la disponibilidad de opioides*.
- OMS. (2000). *Logrando Equilibrio en las políticas nacionales de fiscalización de opioides: Guías para la evaluación*. Suiza.
- Stjernsward, J., Foley, K., & Ferris, F. (2007). *The Public Health Strategy for Palliative Care, Pain Symptom management*.

UNESCO. (2004). *Observación General*. Comité de derechos económicos, sociales y culturales., USA.

United Nations. (1977). *Single Convention on Narcotic Drugs 1961 as amended by the 1972 protocol* . USA.

World Health Organization. (1990). *Cancer pain relief and palliative care. Technical Report Series 804*. WHO Expert Committee., Suiza.

World Health Organization. (2002). *National Cancer Programmes: Policies and Managerial Guidelines*. WHO, Suiza.

World Health Organization. (2005). *Access to controlled medication*. Suiza.