

CONCLUSIONES DE LA JORNADA
CUIDADOS PALIATIVOS EN EL
SISTEMA NACIONAL DE SALUD.
PRESENTE Y FUTURO.
DICIEMBRE 2005

1. Existe evidencia a nivel nacional e internacional de la utilidad y eficiencia de los programas integrales de cuidados paliativos en términos de calidad de vida, muerte digna y satisfacción de los pacientes y familiares.
2. Los programas e intervenciones en cuidados paliativos deben diseñarse de acuerdo a las necesidades y preferencias de los pacientes, alrededor de los cuales debe organizarse la provisión de los mismos contemplando para ello las diferentes ubicaciones, niveles de atención y grados de especialización o complejidad posibles.
3. Las recomendaciones, prioridades y criterios a utilizar en el diseño y organización de cuidados paliativos están ya definidas de forma exhaustiva, siendo un paradigma en el que basarse las establecidas por la OMS y el Consejo de Europa y es necesario el establecimiento de políticas y un liderazgo claro que permita su implantación y desarrollo definitivo.
4. Debe garantizarse el acceso a programas de cuidados paliativos de calidad a todos los pacientes durante las fases avanzadas y terminales de su enfermedad independientemente de sus características sociodemográficas y lugar de residencia, en cualquier nivel asistencial incluyendo la intervención de equipos específicos ante situaciones de mayor complejidad.
5. Los programas deben ser integrales e integrados en el modelo de sistema sanitario de nuestro país, evitando la creación de estructuras o recursos aislados e inconexos con el resto del sistema. La cooperación, los cuidados compartidos y los mecanismos de coordinación y de intercambio de información deben ser partes sustanciales en el diseño de los programas, de forma que se establezca con la mayor precisión posible los criterios de atención, derivación y complejidad y los recursos idóneos para cada caso.

6. La atención en el domicilio, siempre que las preferencias, existencia de apoyo familiar, condiciones del paciente y complejidad de los cuidados lo permitan, debe ser considerada como el nivel ideal de atención de forma que el paciente permanezca el mayor tiempo posible integrado en su entorno. Se requiere por lo tanto una coordinación ágil y fluida entre los equipos de atención y los equipos de soporte de atención domiciliaria y los recursos especializados en cuidados paliativos de hospitales de agudos y de media y larga estancia.
7. Existe al mismo tiempo evidencia y experiencia suficiente de modelos y programas de cuidados paliativos eficientes y de calidad en nuestro país. Estas experiencias deben intercambiarse y constituir la base de programas e intervenciones en aquellas comunidades con menor desarrollo de los cuidados paliativos.
8. En el momento actual los cuidados paliativos en las diferentes Comunidades Autónomas e incluso dentro de ellas son heterogéneos en términos de accesibilidad, cobertura, organización, recursos y resultados.
9. Se precisa por lo tanto disponer de una estrategia en cuidados paliativos común para todo el SNS cuyos principios básicos sean la base de actuaciones adaptadas, como es lógico y es su competencia, a las necesidades, características demográficas, territoriales y de recursos de cada Comunidad Autónoma.
10. Esta estrategia deberá garantizar todo lo expuesto previamente y fundamentalmente asegurar igualdad de oportunidad y acceso a cuidados paliativos en términos similares de calidad y prestaciones.
11. La formación de los profesionales a todos los niveles de atención y de todas las categorías profesionales tanto en pregrado como postgrado debe constituir una prioridad para las instituciones académicas y sanitarias, debiéndose priorizar el manejo y control de los síntomas y situaciones más frecuentes con especial referencia al control del dolor.

12. Los profesionales deben contar además con normas y protocolos de actuación adecuados a la actividad asistencial en cuidados paliativos y que les faciliten la toma de decisiones en situaciones complejas, tanto de carácter clínico como ético.