LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y SU INTEGRACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN ARGENTINA: ANÁLISIS DE LA NORMATIVA NACIONAL Y PROVINCIAL*

*PALLIATIVE CARE AND ITS INTEGRATION INTO HEALTH
SERVICES IN ARGENTINA: ANALYSIS OF NATIONAL AND
PROVINCIAL REGULATIONS*

*Jorge Nicolás Lafferriere***

Resumen: La Organización Mundial de la Salud exhorta a los Estados a fortalecer la incorporación de los cuidados paliativos en los servicios de salud. Ello supone varios desafíos, entre los que se encuentra su integración en las políticas de salud, incluyendo la adopción de normas jurídicas. En este marco, este trabajo se propone analizar la forma en que se verifica ese deber de asegurar que los cuidados paliativos formen parte de todos los servicios de salud en el plano normativo, tanto a nivel nacional como provincial. El artículo aborda cuatro dimensiones de la cuestión. La primera es la integración de los cuidados paliativos en la normativa general de regulación del sistema de salud, con particular referencia a los protocolos. La segunda es la cobertura de las prestaciones por el sistema de salud. La tercera considera las distintas modalidades de prestación de servicios de cuidados paliativos en cada sistema de salud (internación; ambulatoria; domiciliaria; en “hospices” o casas de cuidados). La cuarta sistematiza las disposiciones normativas referentes a la creación de dispositivos y la conformación de los equipos de cuidados paliativos. El trabajo finaliza con las conclusiones sobre la normativa nacional y provincial vinculada con estas tres dimensiones.

Palabras-clave: Cuidados paliativos - Federalismo sanitario - Sistemas de salud.

Abstract: The World Health Organization urges states to strengthen the incorporation of palliative care into health services. This involves several challenges,

* Trabajo recibido el 14 de agosto de 2024 y aprobado para su publicación el 19 de septiembre del mismo año.

** Profesor Titular Ordinario en la Facultad de Derecho de la Pontificia Universidad Católica Argentina. Profesor Titular Regular en la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires. Director del Proyecto de investigación: “El derecho argentino ante la vulnerabilidad del paciente terminal” (UCA). Correo electrónico: nicolas_lafferriere@uca.edu.ar ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2600-2226>.

including their integration into health policies and the adoption of legal norms. Within this framework, this work aims to analyze how the duty to ensure that palliative care is part of all health services is fulfilled at the normative level, both nationally and provincially. The article addresses four dimensions of the issue. The first is the integration of palliative care into the general regulatory framework of the health system, with particular reference to protocols. The second is the coverage of services by the health system. The third considers the different modalities of palliative care service provision in each health system (inpatient; outpatient; home care; hospices or care homes). The fourth systematizes the normative provisions regarding the creation of devices and the formation of palliative care teams. The work concludes with findings on national and provincial regulations related to these four dimensions.

Keywords: Palliative care - Health federalism - Health Systems.

Sumario: I. Introducción. II. Normativa general sobre la integración de los cuidados paliativos en el sistema de salud. II.1. Análisis de la normativa nacional. II.2. Análisis de las normas provinciales. III. La cobertura de los cuidados paliativos por el sistema de salud. III.1. El Programa Médico Obligatorio y las prestaciones priorizadas por el Estado Nacional. III.2. La cobertura de los cuidados paliativos por el sector público y las obras sociales provinciales. IV. Las modalidades de prestación de servicios de cuidados paliativos. IV.1. El nivel nacional. IV.2. El nivel provincial. V. El desarrollo de dispositivos y equipos de cuidados paliativos. V.1. A nivel nacional. V.2. A nivel provincial. VI. Conclusiones.

I. Introducción

Los cuidados paliativos (en adelante CP) son un componente importante de la atención de salud y ello supone el desafío de integrarlos plenamente en los servicios de salud. En 2014, la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) urgía a los Estados a “desarrollar, fortalecer e implementar, cuando corresponda, políticas de CP para apoyar el fortalecimiento integral de los sistemas de salud para incorporar servicios de CP basados en la evidencia, costo-efectivos y equitativos en el cuidado continuo, a través de todos los niveles, con énfasis en la atención primaria y el cuidado domiciliario, y esquemas de cobertura universal”¹. A su vez, en el marco del proceso de consulta y discusión entre expertos a nivel internacional ² sobre la definición de CP, se señala como uno de los deberes de los gobiernos para lograr la integración de los CP el de “asegurar que los cuidados paliativos formen parte de todos los servicios de salud (desde programas

(1) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2014. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf (último acceso: 4-8-2024).

(2) RADBRUCH, Lukas *et al.* “Redefining Palliative Care -A New Consensus-Based Definition”, *Journal of Pain and Symptom Management*, Elsevier Inc, 2020, volumen 60, número 4. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027

de salud comunitarios hasta hospitales), que todos sean evaluados y que todo el personal de salud pueda proporcionar cuidados paliativos básicos y cuenten con equipos especializados disponibles para referencias y consultas”³. Por su parte, la OMS ha publicado un documento que propone un modelo de evaluación del desarrollo de los CP en una nación. Entre los componentes del modelo se destaca en primer lugar la existencia de políticas de salud relacionadas con los CP y ello “incluye un marco legal y regulatorio que garantice el derecho de los pacientes, el acceso a servicios de CP y medicinas y la financiación e inclusión de los CP en los servicios nacionales de salud y la canasta de prestaciones”⁴.

En este marco, en Argentina se verifica que desde 1999 se han aprobado normas sobre CP tanto a nivel nacional como provincial. En 2002 se los incluye en el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (Resolución 201/2002 del Ministerio de Salud de la Nación). En 2012 se los reconoce como derecho en la reforma que la ley 26742 hizo de la ley 26529 de derechos del paciente y la sanción de la ley 27678 (B.O. 5/7/2022) marcó un hito significativo en la consolidación del marco jurídico para las políticas públicas de CP⁵. Esta ley no se limita a ordenar la cobertura de los CP por las obras sociales y las empresas de medicina prepaga, sino que propone a los CP como un “modelo de atención” (art. 3 ley 27678) y adopta medidas en tal sentido. Además, ofrece una definición ampliada de CP tanto en sus alcances subjetivos como en los tipos de enfermedades a atender⁶.

Para considerar este tema, no puede soslayarse el desafío de considerar la complejidad de la forma federal de gobierno que caracteriza a la Argentina⁷. En tal sentido, existen facultades concurrentes en materia de salud entre la Nación y las

(3) International Association for Hospice and Palliative Care. Definición de cuidados paliativos, <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/> (último acceso: 4-8-2024).

(4) Organización Mundial de la Salud. *Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators* [online], Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2021, p. 15, disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345532> (último acceso: 4-8-2024).

(5) LAFFERRIERE, Jorge Nicolás. “Los cuidados paliativos en la normativa jurídica sobre salud en Argentina”, *Revista Argentina de Salud Pública*, volumen 15, 2023, e-113.

(6) LAFFERRIERE, Jorge Nicolás. “La Definición de Cuidados Paliativos y sus alcances en el derecho argentino”, *Perspectivas de las Ciencias Económicas y Jurídicas*, volumen 14, número 2, 2024, disponible en: <https://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/perspectivas/article/view/8299> (último acceso: 4-8-2024).

(7) ARBALLO, Gustavo. “Localizando el derecho a la salud”, en CLÉRICO, Laura - RONCONI, Liliana Mabel - ALDAO, Martín (eds.), *Tratado de Derecho a la Salud. Tomo II*, Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 2013, pp. 1621-1652; DULITZKY, Ariel. “Al Gran Pueblo Argentino Salud: Derechos, federalismo y tratados internacionales”, en CLÉRICO, Laura, *et al.*, cit. pp. 1654-1698; LEGARRE, Santiago. “Poder de policía de la salud: la irresistible tendencia de lo federal” en CLÉRICO, Laura, *et al.*, cit. pp. 1699-1706; MADIES, Claudia. “El federalismo sanitario argentino: una perspectiva innovadora para integrar el sistema de salud nacional”, *Revista Derecho y Salud*. 2023, volumen 7, número 8, pp. 15-18.

Provincias y varias son las estrategias de articulación para lograr una política de salud coordinada y que responda a las exigencias del derecho a la salud desde la cercanía y especificidad de las necesidades locales. Dentro de la multiplicidad de aristas que presenta la cuestión federal en materia de salud, que involucra actores importantes como el Consejo Federal de Salud⁸, en este trabajo, me concentraré en el análisis de las políticas de salud desde la perspectiva de la normativa jurídica nacional y provincial. Es decir, se trata de determinar si en el plano normativo se verifican las condiciones para favorecer la integración de los CP en el sistema de salud. Ello supondrá tener en cuenta tanto a las provincias que adhieren a la ley nacional 27678, como aquellas que sancionan sus propias normas referidas a CP.

Así, en este trabajo me propongo analizar el marco normativo argentino para determinar la forma en que se verifica ese deber de asegurar que los CP formen parte de todos los servicios de salud. Para ello, entendiendo que el derecho a la salud no se limita a prestaciones de dar sino que “genera además obligaciones de prestación estatal como obligaciones de organización y procedimiento”⁹, el análisis procurará centrarse en esos aspectos de organización y procedimiento que se ordenan a la integración de los CP en el sistema de salud. En concreto, en el próximo apartado abordaré las implicaciones de considerar a los CP como un “modelo de atención”, sobre todo en vistas a la articulación entre los sectores y la definición de estándares y protocolos para regular los CP. En el siguiente apartado, consideraré el tema de la cobertura de los CP por los tres subsectores del sistema (Público, Obras Sociales, Empresas de Medicina Prepaga). Luego, analizaré a nivel normativo cómo se caracterizan las distintas modalidades de prestación de servicios de CP en cada sistema de salud (internación; ambulatoria; domiciliaria; en “hospices” o casas de cuidados). Seguidamente, me propongo sistematizar las disposiciones normativas en lo referente a la creación de dispositivos y la conformación de los equipos de CP, que es la concreción de la integración de estos cuidados. Finaliza el trabajo con reflexiones conclusivas. En cada caso, presentaré primero las normas nacionales referidas al tema y luego la normativa provincial.

Desde ya, este análisis se centra en las normas que explícitamente se refieren a los CP. Tal aclaración es relevante pues, lógicamente, puede suceder que en una provincia no haya normas que hagan referencia expresa a los CP y sin embargo su efectiva implementación e integración en los servicios de salud se concrete en el marco de las normas generales de salud. Igualmente, cabe aclarar que este trabajo se concentra en el análisis normativo y no ingresa en la efectiva existencia de servicios en cada jurisdicción. Al respecto, es ineludible la referencia al Directorio que lista los servicios existentes en las distintas provincias y la Ciudad de Buenos

(8) REY, Maximiliano. “Derecho a la salud y Consejo Federal de Salud (COFESA)”, en CLÉRICO, Laura, *et al.*, cit., pp. 1707-1735.

(9) CLÉRICO, Laura. “El derecho a la salud además como un derecho de organización y procedimiento”, en CLÉRICO, Laura *et al.*, cit., p. 963.

Aires y que está disponible en el sitio de internet del Instituto Nacional del Cáncer, en colaboración con la Asociación Argentina de Cuidados Paliativos¹⁰.

II. Normativa general sobre la integración de los CP en el sistema de salud

II.1. Análisis de la normativa nacional

La primera dimensión que analizaré será la referida a las normas que apuntan a insertar los CP en las reglas que rigen el sistema de salud. En tal sentido, la ley 27678 define a los CP como “un modelo de atención que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades que amenazan o limitan la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos, sociales y espirituales” (artículo 3). La idea de “modelo de atención” reconoce como antecedente el artículo 2 de la ley 27285 de creación del Instituto Nacional del Cáncer (B.O. 1-11-2016).

El modelo de atención supone una articulación entre los distintos niveles del sistema de salud y entre los distintos subsectores con la prioridad puesta en el acceso oportuno, como surge del artículo 6 de la ley 27678, que incluye entre las funciones de la autoridad de aplicación el deber de: “a) Diseñar, desarrollar e implementar acciones integradas en un modelo de atención de cuidados paliativos que contemple el acceso oportuno y continuo a los cuidados paliativos a lo largo de todo el ciclo vital, desde el período perinatal hasta las personas mayores, y en los distintos niveles y modalidades de atención, incluyendo el domicilio”. Lógicamente, tal integración se realiza en el marco del resto del ordenamiento jurídico referido a la salud y las leyes rectoras del sistema y supone la interacción con otros factores, como la disponibilidad de medicamentos, la efectiva cobertura por los subsectores, la accesibilidad a los CP, entre otros¹¹.

En el plano reglamentario, es fundamental la resolución 357/2016 (B.O. 5/4/2016) del Ministerio de Salud de la Nación que aprueba la “Directriz de Organización y Funcionamiento en Cuidados Paliativos” y que constituye el marco de

(10) Instituto Nacional del Cáncer - Asociación Argentina de Cuidados Paliativos. Directorio de Cuidados Paliativos. 2024. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/pncp/directorio> (último acceso: 4-8-2024).

(11) Organización Mundial de la Salud. *Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics. A WHO guide for health care planners, implementers and managers*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-paediatrics> (último acceso: 4-8-2024).

estándares para la provisión de servicios, que resulta uno de los indicadores que pide la OMS para evaluar las *políticas públicas en esta materia*¹².

Por cierto, el mayor desafío que se presenta a nivel nacional es el de la coordinación de acciones con las provincias y ello aparece como atribución de la autoridad de aplicación para que promueva la cooperación en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA) y en el ámbito del Programa Nacional de Cuidados Paliativos (artículo 6.m ley 27678). Recordemos que, hasta junio de 2024, las provincias que habían adherido a la ley 27678 eran: Catamarca, Chubut, Córdoba, La Pampa, La Rioja, Río Negro, Salta, Tucumán. A su vez, otras provincias tenían sus propias leyes o normas sobre CP o bien acciones o programas sin un acompañamiento normativo específico¹³.

II.2. Análisis de las normas provinciales

Mientras que son pocas las instituciones de salud que dependen de la Nación, las provincias tienen en el ámbito específico de sus competencias la organización y provisión de los servicios de salud del sector público y las atribuciones para regular el funcionamiento de prestadores del sector privado. En tal sentido, analizar la integración de los CP en el sistema de salud provincial supone tener en cuenta estas particularidades. Así, el análisis se centrará en dos aspectos: normas que refieren explícitamente a la integración de los CP en el sistema de salud y la regulación de los servicios de CP por medio de protocolos y directivas para su funcionamiento. Recordemos que el documento de la OMS sobre la evaluación de políticas en materia de CP explícitamente se refiere a la existencia de estándares y lineamientos en la definición del primer componente del modelo de evaluación¹⁴.

A continuación, se reseñan las provincias, siguiendo un orden cronológico:

-Provincia de Buenos Aires: la ley 12347 (B.O. 22/12/1999) tiene por objeto crear en el ámbito del Ministerio de Salud de la Provincia la Comisión Provincial de CP (artículo 1). Se regula su integración (artículo 2), sus atribuciones (artículos 3, 4 y 5) y otros aspectos de su funcionamiento. Entre sus funciones se incluye la de proponer programas de CP (artículo 3.a). El Decreto reglamentario 357/2007 (B.O. 9/8/2007) en el artículo 3 inciso 4) promueve “la implementación de una Red Provincial de Cuidados Paliativos (RPCP)”. El artículo 3 de la ley 12347 fija como atribuciones de la autoridad de aplicación “definir los estándares de

(12) Organización Mundial de la Salud. *Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators*, p. 16.

(13) LAFFERRIERE, Jorge Nicolás. “Los cuidados paliativos en la normativa jurídica sobre salud en Argentina”, cit.

(14) Organización Mundial de la Salud. *Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators*, cit. p. 15.

eficacia y eficiencia que permitan la autoevaluación y la valuación externa de los mismos”.

-Córdoba: la ley 9021 (B.O. 29/8/2002) crea el Programa Asistencial de CP y Tratamiento del Dolor, fija sus objetivos (artículo 2), establece los deberes a cumplir por el Ministerio de Salud de la Provincia como autoridad de aplicación (artículo 3) e instituye las “Unidades de Cuidados Paliativos” (artículo 5 y siguientes). El artículo 3 dispone que el Ministerio de Salud de la Provincia elabore “los Protocolos Normativos de Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Paliativos, según pautas vigentes de Organismos Nacionales e Internacionales competentes en la materia”. Además, esta provincia adhirió a la ley nacional 27678 por ley 10947 (B.O. 29/1/2024).

-Río Negro: la ley 3759 (B.O. 16/10/2003) crea la Comisión Provincial de CP en el ámbito de la Secretaría de Estado de Salud y el Consejo Provincial de Salud (artículo 1) y regula su funcionamiento (artículos 7 a 11). La ley define qué entiende por CP y medicina paliativa (artículo 2) y fija objetivos (artículo 3) y principios (artículo 4). Se detiene a establecer las acciones a impulsar para cumplir los objetivos y principios (artículo 5). Precisa derechos del paciente (artículo 6). La ley impulsa un programa provincial “para el cuidado integral de pacientes asistidos en la red pública-privada” (artículo 1) y tiene como uno de sus objetivos “mejorar la coordinación entre los diferentes recursos socio-sanitarios implicados en la atención de estos pacientes” (artículo 3.c). La Comisión Provincial de CP tiene la atribución de definir “estándares de eficacia y eficiencia” (artículo 9.a ley 3759). Además, esta provincia adhirió a la ley nacional 27678 por ley 5680 (B.O. 7/12/2023).

-Misiones: la ley XVII-53 (B.O. 9/10/2006) tiene por objeto instrumentar el Servicio de CP en hospitales (artículo 1) y crear la Comisión Provincial de CP para desarrollar una política en esta área (artículo 6). Define CP (artículo 2), fija principios (artículo 3) y objetivos y bases de la “terapéutica paliativa” (artículo 4).

-Neuquén: la ley 2566 (B.O. 7/12/2007) crea el Programa Provincial de CP en el ámbito del Ministerio de Salud (artículo 1), fija sus objetivos (artículo 2) y funciones (artículo 3). Explícitamente dispone que el programa provincial de CP se ejecutará “a través de las unidades de cuidados paliativos del Hospital Regional «Castro Rendón» y de los hospitales de referencia en el interior de la Provincia” (artículo 4). El Programa provincial tiene entre sus atribuciones “proponer estándares de eficiencia y eficacia” (artículo 3.a).

-Ciudad de Buenos Aires: la resolución 587/2010 del Ministerio de Salud (B.O. 22/03/2010) crea el Programa de CP en el ámbito del Ministerio de Salud y regula sus objetivos, su organización, sus acciones, la organización asistencial (incluyendo la población destinataria, los dispositivos asistenciales y las propuestas organizativas, el rol de los dispositivos existentes de Atención Pri-

maria y especializada, los equipos especializados en CP), los medicamentos, la capacitación de profesionales, la educación de la familia y la comunidad la investigación, las relaciones institucionales y un cronograma de acciones. Este Programa adopta la definición de CP de la Organización Mundial de la Salud y enfatiza que “el programa marco de cuidados paliativos debe ser un programa troncal, que incluya recomendaciones y dé respuestas en vinculación a otros programas o proyectos existentes en nuestra Ciudad Autónoma (programa de SIDA, redes conformadas, sistemas de información de cáncer, etc.)”. Entre los principios de esta Resolución figura el de “dar respuestas a las necesidades organizativas, asistenciales y formativas detectadas de una forma planificada, comprensiva y sistemática. En este sentido, deben desarrollarse los Cuidados Paliativos a modo de red de trabajo integrada en los recursos del sistema de salud, y en una estrecha colaboración con los servicios existentes”. Un objetivo específico del Programa -según la resolución 587/2010- es “asegurar el desarrollo e implementación de estándares para la atención adecuada”.

-Entre Ríos: la ley 9977 (B.O. 2/8/2010) crea el Programa Provincial de CP y fija sus objetivos, alcances y funciones. Según el artículo 6, “tendrá las funciones de elaborar los protocolos normativos de organización y funcionamiento de los cuidados paliativos, de conformidad con las pautas vigentes en los organismos nacionales e internacionales”.

-Santa Fe: la ley 13166 (B.O. 5/1/2011) “tiene por objeto instrumentar los cuidados paliativos para pacientes con enfermedades terminales” (artículo 1). Define CP y paciente en fase terminal (artículo 2) y establece que el Ministerio de Salud sea la autoridad de aplicación de la ley (artículo 4). Fija objetivos y alcances y regula los equipos y los recursos humanos (artículos 6 y 7). Promueve la “asistencia integral” del paciente (artículo 3.a). Según el artículo 4, la autoridad de aplicación tendrá la atribución de “elaborar los protocolos normativos de organización y funcionamiento de los cuidados paliativos de conformidad a las pautas vigentes en los organismos nacionales e internacionales competentes en la materia” (inciso b).

-Mendoza: la única norma en este tema refiere a la creación del Programa Provincial de CP, sin mayores detalles (ley 8312 B.O. 21/7/2011).

-Chaco: la ley 2066-G (Antes ley 7129 B.O. 7/12/2012) regula el Sistema Provincial de CP. La ley se divide en 8 capítulos (Disposiciones generales, CP pediátricos, Fondo y cobertura, Modalidades, Objetivos y características, Integración Equipos de CP, Autoridad de Aplicación, Recursos y reglamentación). En su artículo 8 dispone: “Los establecimientos de salud públicos deberán integrar el Sistema Provincial de Cuidados Paliativos. Los establecimientos privados y casas de cuidados (u “hospices”) podrán optar por integrar el Sistema de acuerdo con las disposiciones de la presente ley”. Según el artículo 21, la auto-

ridad de aplicación tiene la atribución de “elaborar los protocolos normativos de organización y funcionamiento de los cuidados paliativos de conformidad a las pautas vigentes en los organismos provinciales, nacionales e internacionales competentes en la materia” (inciso a).

-Catamarca: la ley 5488 (B.O. 11/11/2016) crea el Sistema Provincial de CP que se integra con todos los establecimientos de salud públicos, privados y “hospices” que se adecúen a lo que se dispone en esa ley (artículo 9). Se fijan las características del Sistema (artículo 3), los principios (artículo 4), los derechos (artículo 5) y los objetivos de los servicios de CP (artículo 6). Se establece como características que sea un sistema multimodal (artículos 7 a 12), interdisciplinario (artículos 13 a 20) y solidario (artículo 21). Se regula la actuación de los voluntarios (artículos 22 a 25). Se crea la Comisión Provincial de CP y se regula su funcionamiento (artículos 26 a 29). Se establece la autoridad de aplicación (artículo 31). Esta provincia regula en detalle cómo debe trabajar el sistema en forma complementada entre todos sus efectores (artículo 19 ley 5488). En la ley 5488 se dispone que la Comisión Provincial de CP defina estándares de eficacia y eficiencia (artículo 29.I). Además, esta provincia adhirió a la ley nacional 27678 por ley 5784 (B.O. 11/11/2022).

-Corrientes: la ley 6424 (B.O. 19-12-2017) crea el Programa Provincial de Cuidados Paliativos (artículo 1). Luego de definir CP y enfermedades amenazantes para la vida (artículo 2), se fijan los objetivos del Programa (artículo 3), la autoridad de aplicación (artículo 4) y sus funciones (artículo 5). Se contempla entre las funciones de la autoridad de aplicación “promover el funcionamiento de servicios de cuidados paliativos en los centros de salud públicos y privados, celebrando convenios con las jurisdicciones provinciales para su implementación en el ámbito provincial” e “Impulsar el desarrollo de dispositivos de cuidados paliativos, coordinados en red para la internación específica, atención ambulatoria, atención en centros de día, atención en casa de cuidados paliativos y atención domiciliaria para asegurar la continuidad asistencial del paciente y su familia durante el proceso de la enfermedad y durante el duelo” (artículo 5).

-Tucumán: por resolución 238/2019 del Sistema Provincial de Salud (B.O. 13/6/2019) se crea el Programa del Dolor y CP y en el anexo se regula la misión, visión y valores del Programa. Además, se fijan objetivos: general y específicos, actividades, metas, estrategias y metodología y etapas del Programa. Se regula el vademécum. En la resolución se disponen medidas de regulación e integración de los CP en el sistema de salud. Esta resolución señala como uno de sus objetivos específicos: “Normatizar y protocolizar la atención de los pacientes con dolor y/o necesidad de cuidados paliativos para los tres niveles de atención del sistema provincial de Salud” y “Protocolizar las líneas de intervención en los diferentes escenarios de complejidad, para estandarizar los procesos de atención”. Entre las actividades que figuran en la resolución se encuentra:

“Normatizar y protocolizar la atención de pacientes con dolor crónico y/o con enfermedades amenazantes con la vida”. Además, esta provincia adhirió a la ley nacional 27678 por ley 9583 (B.O. 27/9/2022).

-San Juan: la ley 1960-Q (B.O. 28/10/2019) crea el Programa Provincial de CP con la finalidad de “establecer acciones que tengan como objeto el cuidado integral de pacientes asistidos en cualquier ámbito de la salud de la Provincia, con enfermedades que amenazan o limitan la vida” (artículo 2). Se fija las funciones del Programa (artículo 3) y la autoridad de aplicación (artículo 4). Según el artículo 3 de esta ley, el Programa Provincial tiene la función de proponer “estándares de eficiencia y eficacia” (inciso a).

A fin de completar el análisis de todas las jurisdicciones, cabe consignar que las provincias de Chubut (ley I-738 B.O. 29/9/2022), La Pampa (ley 3478 B.O. 30/9/2022), La Rioja (ley 10573 B.O. 13/12/2022) y Salta (ley 8348 B.O. 17/11/2022) adhirieron a la ley nacional 27678 y, por tanto, sus disposiciones son aplicables en el ámbito provincial.

En dos casos, hay provincias que regulan la provisión de CP en el marco de normas sobre pacientes oncológicos: Jujuy, por ley 5125 (B.O. 26/5/1999) referida al Programa de Atención Integral al Paciente Oncológico, y Santa Cruz, por ley 3501 (B.O. 22/11/2016) de Protección integral del enfermo de cáncer. En Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur también hay un programa de lucha contra el cáncer que actúa como medio de provisión de CP, pero no menciona explícitamente a estos cuidados (ley 557 B.O. 30/10/2002).

En esta investigación, no encontré normativa explícita sobre esta dimensión en Formosa, San Luis y Santiago del Estero, aunque hay menciones a programas o servicios de CP en sitios de internet.

III. La cobertura de los cuidados paliativos por el sistema de salud

III.1. El Programa Médico Obligatorio y las prestaciones priorizadas por el Estado Nacional

En lo que respecta al deber de cobertura de los CP por parte de los subsectores del sistema a nivel nacional, analizaré en primer lugar lo referido a las obras sociales nacionales y las empresas de medicina prepaga y en segundo lugar lo referido a las líneas de cuidado priorizadas por el Ministerio de Salud de la Nación para las personas con cobertura pública exclusiva.

Las obras sociales nacionales y las empresas de medicina prepaga tienen la obligación de cubrir las prestaciones incluidas en el Programa Médico Obligatorio (en adelante PMO) regulado por la resolución 201/2002 del Ministerio de Salud (B.O. 19/4/2002) y sus sucesivas modificatorias. Esta resolución incluye los CP en

el PMO y los define así: “la asistencia activa y total de los pacientes por un equipo multidisciplinario, cuando la expectativa de vida del paciente no supera el lapso de 6 meses, por no responder al tratamiento curativo que le fue impuesto” (Apartado 8.1. Anexo I Resolución 201/2002). Se advierte aquí que la norma tiene un alcance que limita los CP a pacientes terminales.

En 2022, el artículo 7 de la ley 27678 expresamente establece a nivel legal el deber de cobertura en estos términos: “Artículo 7°- Cobertura. Las obras sociales enmarcadas en las leyes 23660 y 23661, la Obra Social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, deben brindar cobertura en cuidados paliativos a las personas que lo necesiten en los términos de la presente ley, incluyendo como mínimo las prestaciones que determine la Autoridad de Aplicación”.

Así, la ley 27678 amplía el contenido del PMO pues no limita los CP a los casos de pacientes en situación terminal, sino que comprende las “enfermedades amenazantes y/o limitantes para la vida”, que define como “aquellas en las que existe riesgo de muerte. En general se trata de enfermedades graves, y/o crónicas complejas, progresivas y/o avanzadas que afectan significativamente la calidad de vida de quien las padece y la de su familia” (art. 3 Ley 27678). Igualmente, en cuanto a sus alcances, los CP no se limitan a los dolores y problemas “físicos”, sino que incluyen también los psicológicos, sociales y espirituales (arts. 2 y 3). Como particularidad, cabe señalar que, a diferencia de otras leyes, el artículo 7 de la ley 27678 no menciona al sector público ni al PAMI entre los obligados a brindar CP, si bien tal deber puede deducirse de otros artículos de la propia ley 27678 (artículos 1 y 6 inciso k) y de otras normas¹⁵.

El decreto 311/2023 (B.O. 14/6/2023) reitera el deber de cobertura y dispone: “Artículo 7°.- Cobertura. La cobertura prevista en el artículo 7° de la Ley N° 27.678 que por el presente se reglamenta deberá garantizarse de conformidad con los protocolos y recomendaciones establecidos o adoptados por la Autoridad Sanitaria de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible y solo respecto de tecnologías sanitarias aprobadas por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología médica (ANMAT), a los fines de garantizar su acceso adecuado y oportuno”.

Entendemos que la norma remite a la resolución 357/2016 (B.O. 5/4/2016) del Ministerio de Salud de la Nación que aprueba la “Directriz de Organización y Fun-

(15) La Resolución RESOL-2019-1736-INSSJP-DE#INSSJP del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP – PAMI) regula el “Nuevo Modelo de Cuidados Paliativos para Pacientes Oncológicos” que define el “menú prestacional” de CP para pacientes oncológicos en domicilio, que quedan incorporados al “componente Prestacional del Nomenclador Común del Instituto” (art. 1).

cionamiento en Cuidados Paliativos” y que determina prestaciones a ser brindadas como parte de los CP. Sin embargo, sería conveniente el dictado de una resolución que modifique específicamente la resolución regulatoria del PMO para reflejar los cambios promovidos por la ley 27678.

En lo que concierne a las personas con cobertura pública exclusiva, debe tenerse en cuenta que por resolución 4210/2023 del Ministerio de Salud de la Nación (B.O. 8/12/2023) se aprobó el “Listado de líneas de cuidado identificadas por condición de salud enfermedad del Plan Argentino Integrado de Servicios de Salud - Plan de Beneficios (PAISS - PB)”. En el anexo I de esta resolución explícitamente se menciona como línea priorizada a los Cuidados Paliativos (línea 98). Este Plan fue creado por resolución 2653/2023 del Ministerio de Salud de la Nación (B.O. 4/10/2023) y entre sus objetivos se encuentran el de “incrementar la cobertura efectiva y equitativa de servicios de salud y líneas de cuidado priorizadas, bajo criterios de calidad, transparencia y eficiencia” (artículo 3 inciso a). En los fundamentos del Plan se afirma que “para avanzar hacia el acceso efectivo y equitativo a una atención integral, es fundamental identificar un paquete prestacional mínimo uniforme de líneas de cuidado priorizadas, con mecanismos de financiamiento sostenibles que contemplen la realidad fiscal, las posibilidades presupuestarias y los ingresos provenientes de aportes y contribuciones a la seguridad social, y que a la vez cuente con mecanismos claros de actualización y monitoreo”. Este Plan articula luego con las distintas jurisdicciones. En todo caso, resulta significativo que a nivel normativo el Ministerio de Salud de la Nación ubique a los CP entre las líneas de cuidado priorizadas que se deben garantizar a la población con cobertura pública exclusiva¹⁶.

III.2. La cobertura de los cuidados paliativos por el sector público y las obras sociales provinciales

A nivel provincial, la cuestión de la cobertura de los CP exige considerar, por un lado, el sector público y, por el otro, las obras sociales provinciales¹⁷. Lo que corresponde al sector público a nivel provincial supone la creación de dispositivos y equipos y ello será analizado en el apartado V.

En cuanto a la cobertura de los CP por las obras sociales provinciales, analizamos a continuación la situación de las jurisdicciones en que se encontró normativa explícita sobre el tema, siguiendo un orden cronológico:

(16) En el Anexo D sobre objetivos y funciones de la Unidad de Coordinación del Programa se incluye como objetivo específico: “1) Incrementar, para la población con cobertura pública exclusiva, la protección financiera del acceso efectivo a un conjunto de servicios de salud priorizados”.

(17) GARAY, Oscar Ernesto - JAIMARENA BRION, Guillermo. “Obras Sociales Provinciales y el derecho a la salud”, *La Ley* LXXVIII, n° 62. 3 de abril de 2014, pp. 1-4.

-Jujuy: la normativa refiere al paciente oncológico y a las prestaciones de CP que deben ser brindadas por las obras sociales: “Art. 6.- Los servicios sociales de los hospitales Pablo Soria y Héctor Quintana y los regionales, serán receptores de la demanda, debiendo elevarla por vía de la dirección hospitalaria al responsable de la Unidad Ejecutora Provincial del Programa de Atención Integral al Paciente Oncológico. Las obras sociales que acuerden participar del Programa que estatuye esta ley deberán cumplir iguales procedimientos y se harán cargo de tramitar la solicitud de sus afiliados. La participación de las obras sociales, deberá acordarse con la autoridad del Programa de Atención Integral al Paciente Oncológico y su ingreso al sistema requerirá su participación obligatoria en el financiamiento del mismo, no pudiendo ser menor a la cobertura que la obra social tenga en el resto del país” (art. 6 Ley 5125 B.O. 26/5/1999).

-Provincia de Buenos Aires, la ley 12347 (B.O. 22/12/1999) señala como atribución de la Comisión Provincial de CP proponer planes “para obtener la máxima cobertura de pacientes” (art. 3.d) y la Resolución 4353/2012 del Instituto Obra Médico Asistencial (IOMA) regula el programa de CP para pacientes oncológicos de la obra social provincial.

-Río Negro: por el artículo 9 de la ley 3759 (B.O. 16/10/2003) la Comisión Provincial de CP tiene la atribución de “proponer planes para obtener la máxima cobertura de pacientes en el territorio provincial” (inciso d).

-Misiones: la ley XVII-53 (B.O. 9/10/2006) crea un fondo especial “Cuidados Paliativos” para atender a los gastos de la ley (artículos 10 y 11).

-Neuquén: por disposición del artículo 5 de la ley 2566 (B.O. 7/12/2007) “El Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN) incorporará a sus coberturas las prestaciones médicas y farmacológicas referidas a los métodos de cuidados paliativos, de acuerdo a lo normado en conjunto entre la Subsecretaría de Salud y el Instituto de Seguridad Social del Neuquén”.

-Ciudad de Buenos Aires: la Resolución 587/2010 del Ministerio de Salud (B.O. 22/03/2010) fija como dos de sus objetivos específicos “establecer las medidas de organización y asistenciales que permitan ofrecer una cobertura adecuada, con una coordinación entre los distintos niveles y recursos disponibles, asegurando la equidad, calidad, efectividad y eficiencia y consiguiendo de esta forma la satisfacción de pacientes, familias y profesionales” y “facilitar un modelo de trabajo que permita el abordaje interdisciplinario e integral de las necesidades del paciente y su entorno afectivo para reducir de esta forma el impacto de la enfermedad a nivel personal y social”.

-Santa Fe: la ley 13166 (B.O. 5/1/2011) tiene referencias genéricas al deber de alcanzar con los CP a los “pacientes que estén internados en instituciones públicas y privadas” y a los que permanezcan en su domicilio (art. 5).

-Chaco: por el art. 6 de la ley 2066-G (B.O. 7/12/2012) se crea un fondo especial "Cuidados Paliativos" y por art. 7 explícitamente se dispone la cobertura por la obra social provincial en estos términos: "Artículo 7º: Coberturas Prestacionales. El Instituto de Seguridad Social, Seguros y Préstamos (InSSSeP) incorporará a sus coberturas las prestaciones médico-asistenciales y farmacológicas dispuestas a través del equipo interdisciplinario referidas al Sistema de Cuidados Paliativos; según lo acordado entre el Ministerio de Salud Pública y el InSSSeP. Convocar a todas las obras sociales y planes de medicina prepaga reguladas dentro del ámbito de la Provincia del Chaco a incorporar la cobertura prestacional en cuidados paliativos".

-La Rioja: las prestaciones del Programa Provincial de CP están incluidas en el "Programa Médico Obligatorio" por disposición del artículo 6 de la ley 9627 (B.O. 10/2/2015).

-Catamarca: El artículo 10 de la ley 5488 (B.O. 11/11/2016) dispone que "los establecimientos de salud públicos, que integran el Sistema Provincial de Cuidados Paliativos, deberán brindar atención paliativa bajo todas las modalidades del Artículo 7". Por su parte, el artículo 30 establece: "La Obra Social de los Empleados Públicos de Catamarca (OSEP) deberá garantizar a sus afiliados la cobertura de las prestaciones incluidas en el Sistema de Cuidados Paliativos, de las enfermedades y cuidados paliativos a los que hace referencia el Artículo 2º de la presente Ley".

-Santa Cruz: la normativa sobre protección integral del enfermo de cáncer (Ley 3501 B.O. 22/11/2016) garantiza desde el sistema de salud las prestaciones en domicilio (art. 14) y la medicación específica (art. 15).

-Corrientes: El artículo 6 de la ley 6424 (B.O. 19/12/2017) dispone la inclusión "en el Programa Médico Obligatorio" de "las prestaciones que integren el Programa Provincial de Cuidados Paliativos".

-Tucumán: el Programa del Dolor y CP creado por resolución 238/2019 del Sistema Provincial de Salud tiene entre sus objetivos "asegurar la provisión de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos esenciales para el alivio de los síntomas". Entre las metas del Programa figura "asegurar que el 100% de los pacientes bajo programa de dolor y cuidados paliativos reciban su medicación".

-La Pampa: la resolución 712/2015 del 7 de julio de 2015 del Instituto de Seguridad Social de la Provincia regula las prestaciones vinculadas con los Cuidados Paliativos.

-Córdoba: la resolución 588/2022 de la Administración Provincial del Seguro de Salud (APROSS) del 28 de diciembre de 2022 regula lo referido al servicio de internación domiciliaria.

Para completar el análisis, debe tenerse presente que las provincias de Chubut y Salta tendrían la obligación de cobertura en tanto han adherido a la ley nacional 27678 y ello conllevaría el deber de garantizar las prestaciones.

Finalmente, en el resto de las provincias (Entre Ríos, Formosa, Mendoza, San Juan, San Luis, Santiago del Estero y Tierra del Fuego) no encontré en este relevamiento normativa específica disponible sobre cobertura por el sistema de salud. Ello no significa que, por disposiciones o normativa interna de las obras sociales provinciales que no está accesible públicamente, no se disponga la cobertura de los CP. El análisis, reitero, se limita al plano normativo.

IV. Las modalidades de prestación de servicios de CP

IV.1. El nivel nacional

Al momento de considerar cómo se integran los CP en el sistema de salud, un aspecto fundamental lo constituyen las modalidades de prestación de los CP. La OMS se refiere a cuatro modalidades en su modelo de evaluación de políticas de CP en relación al componente de provisión de los CP en plataformas de prestación integrada de servicios de salud: “hospice”, domiciliaria, hospitalaria, ambulatoria¹⁸.

En el plano nacional, la ley 27678 de CP se refiere al tema en forma genérica, al regular las funciones de la autoridad de aplicación en el artículo 6 y aclarando únicamente que se debe incluir la atención domiciliaria. Al respecto, debe tenerse presente que, aun cuando no sea específica de los CP, por ley 26480 (B.O. 6/4/2009) se incorporó la asistencia domiciliaria entre las prestaciones cubiertas por la ley 24901 de Discapacidad (artículo 39 inciso d).

El tema de las modalidades aparece en la resolución 357/2016 (B.O. 5/4/2016) del Ministerio de Salud de la Nación que aprueba la “Directriz de Organización y Funcionamiento en Cuidados Paliativos”. Esta resolución distingue tres niveles, en función de la situación del paciente y de la composición de los equipos de profesionales. Volveremos a analizar el tema en el próximo apartado. Esta norma reconoce como antecedente la resolución 643/00 del Ministerio de Salud de la Nación que aprobaba las normas de organización y funcionamiento en Cuidados Paliativos (B.O. 22/8/2000), que sirvió de referencia para la organización de CP en todo el país hasta que fue reemplazada por la resolución 357/2016.

(18) Ibid.

IV.2. El nivel provincial

En tanto corresponde a las provincias la implementación de los servicios de salud, es lógico que sea a nivel provincial que encontremos en las distintas jurisdicciones concretas referencias a las modalidades de atención en CP. En este sentido, puede observarse que la normativa provincial pone el foco en enfatizar que la atención de CP se brindará en forma ambulatoria, domiciliaria, hospitalaria y de casas de “hospices”. Nuevamente, presentamos a continuación las distintas provincias en orden cronológico de su normativa:

-Provincia de Buenos Aires: la ley 12347 (B.O. 22/12/1999) abarca a “pacientes hospitalizados y ambulatorios” (artículo 1), mientras que en el Decreto 357/2007 (B.O. 9/8/2007) se menciona también al domicilio (artículo 3.4).

-Córdoba: por ley 9021 (B.O. 29/8/2002) se establece entre las funciones y atribuciones de las Unidades de Cuidados Paliativos “priorizar la asistencia hospitalaria de cuidados paliativos a domicilio, evitando internaciones innecesarias, respetando el deseo de los pacientes terminales de ser atendidos y morir en su domicilio” (artículo 7.f).

-Misiones: la ley XVII-53 (B.O. 9/10/2006) hace referencia a pacientes hospitalizados y ambulatorios (artículo 6).

-Río Negro: la resolución 802/2007 del Ministerio de Salud fechada el 22/05/2007 señala que los pacientes podrán ser atendidos en institución con internación, institución sin internación, hospital de día y domicilio del paciente.

-Neuquén: La ley 2566 (B.O. 7/12/2007) señala como funciones del Programa Provincial de Cuidados Paliativos “garantizar la atención domiciliaria y hospitalaria del paciente y su familia” (artículo 3.b).

-Ciudad de Buenos Aires: la resolución 587-2010 del Ministerio de Salud (B.O. 22/03/2010) impulsa la coordinación en red de los dispositivos de CP y menciona los “ámbitos de atención”: “ambulatoria; domiciliaria; hospital de día; hospitalización de corta, mediana y larga estancia”. En esa resolución también se insiste en “facilitar la complementariedad de acciones domiciliarias a través de la organización de los recursos gubernamentales y no gubernamentales para una adecuada referencia y contrarreferencia”.

-Entre Ríos: la ley 9977 (B.O. 2/8/2010) aclara que “los alcances del programa se extienden a los pacientes que se encuentren internados en hospitales públicos y a los que derivados del hospital público o con alta voluntaria, permanezcan en su domicilio, para su mayor bienestar” (artículo 5).

-Santa Fe: la ley 13166 (B.O. 05/01/2011) dispone: “Los cuidados paliativos deben alcanzar a los pacientes que estén internados en instituciones públicas

y privadas; y a los que, derivados del hospital público o con alta voluntaria permanezcan en su domicilio para su mayor bienestar” (artículo 5).

-Chaco: la ley Nro. 2066-G (Antes ley 7129 - B.O. 7/12/2012) en su artículo 9 regula cuatro modalidades: “a) Atención paliativa con internación. Para ello se contará con equipos interdisciplinarios y un número suficiente de camas y salas de cuidados paliativos, de acuerdo con lo que la autoridad de aplicación estime procedente. b) Atención paliativa ambulatoria. Para ello se contará con equipos interdisciplinarios para los pacientes que no requieran de internación en la institución, brindando el servicio a través de los consultorios paliativos y hospitales o centros de día. c) Atención paliativa domiciliaria. Para lo cual se contará con equipos de atención paliativa domiciliaria. d) Atención paliativa en ‘hospices’ o casas de cuidados”.

-La Rioja: por ley 9627 (B.O. 10/2/2015), se establecen las siguientes modalidades de atención: “a) Internación especializada. b) Ambulatoria. c) Domiciliaria. d) Centro de día. e) Casas de Cuidados Paliativos” (artículo 3.4).

-Catamarca: en la ley 5488 (B.O. 11/11/2016) tiene una regulación similar a Chaco, aunque no menciona los “hospices” y en cambio se refiere a la capacitación en Cuidados Paliativos como cuarta modalidad (artículo 7).

-Santa Cruz: la ley 3501 (B.O. 22/11/2016) garantiza “desde el sistema de salud las prestaciones en domicilio según criterio médico consensuado y con consentimiento informado de la familia, la accesibilidad a las prestaciones que intervengan en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación así como los estados seculares” (artículo 14).

-Corrientes: en la ley 6424 (B.O. 19/12/2017) enumera las modalidades: “Internación especializada; Ambulatoria; Domiciliaria; Centro de día; Casas de cuidados paliativos” (artículo 3.4).

-San Juan: el Programa Provincial de Cuidados Paliativos tiene entre sus funciones “garantizar la atención domiciliaria y hospitalaria del paciente y su familia” (artículo 3.b - LEY 1960-Q B.O. 28/10/2019).

En los casos de Chubut, La Pampa, Salta y Tucumán resultan aplicables las normas nacionales por su adhesión a la ley nacional 27678.

En el resto de las provincias no encontramos una mención explícita a las diferentes modalidades.

V. El desarrollo de dispositivos y equipos de CP

V.1. A nivel nacional

La cuarta cuestión que voy a abordar en este trabajo es la del desarrollo de dispositivos y la conformación de equipos. Se trata de una dimensión fundamental, que se vincula con el modelo y las modalidades de atención. En el modelo de evaluación de las políticas de CP de la OMS se hace referencia a la integración de los CP tanto en la atención primaria como en servicios especializados¹⁹.

El tema aparece en la ley 27678 entre las funciones de la autoridad de aplicación, que incluye la de “impulsar el desarrollo de dispositivos de cuidados paliativos para pacientes y familiares y/o entorno significativo coordinados en red a partir y durante el tiempo que resulte necesario incluyendo el duelo en caso de fallecimiento” (artículo 6.b) y “propiciar la conformación de equipos de trabajo interdisciplinario y multidisciplinario para el área de cuidados paliativos en todos los subsectores de salud” (artículo 6.c).

En cuanto a los dispositivos, los efectores de salud dependen de las provincias y los municipios en su inmensa mayoría y de allí que sea lógico que la ley nacional señale que la autoridad de aplicación debe impulsar el desarrollo de estos dispositivos, lo que supondrá la coordinación con las provincias. A la autoridad nacional le corresponderá favorecer, a través de esta ley y de otras instancias como el Consejo Federal de Salud, ese trabajo en red.

Para comprender cómo es la regulación de los equipos de CP a nivel nacional resulta imprescindible reseñar la resolución 357/2016 del Ministerio de Salud de la Nación (B.O. 5/4/2016) que distingue tres niveles, en función de la situación del paciente y de la composición de los equipos de profesionales, según se explica a continuación:

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
“Se trata de pacientes con diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva, incurable y potencialmente mortal a corto o mediano plazo con uno o más síntomas físicos, psicológicos, sociales y/o espirituales con diferentes grados de sufrimiento, en algunos casos severo, pero controlables con los recursos disponibles en dicho nivel”.	“Se trata de pacientes con diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva, incurable y potencialmente mortal a corto o mediano plazo, con uno o más síntomas físicos, psicológicos, sociales y/o espirituales con diferentes grados de sufrimiento, en algunos casos severo, de mayor nivel de riesgo que no puedan manejarse en el nivel 1”.	“Se trata de pacientes con diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva, incurable y potencialmente mortal a corto o mediano plazo, con uno o más síntomas físicos, psicológicos, sociales y/o espirituales con diferentes grados de sufrimiento, en algunos casos severo, de mayor nivel de riesgo que no puedan manejarse en el nivel 1 ni 2”.

(19) Ibid.

<p>“El nivel I incluye a los profesionales de diferentes disciplinas de atención primaria o de especialidades, habilitados y certificados por autoridad competente, y con formación básica en Cuidados Paliativos (CP) que permita adquirir conocimientos, actitudes, y habilidades en CP para el diagnóstico, tratamiento, prevención y derivación”.</p>	<p>“El nivel 2 requiere la presencia de un equipo básico identificable y consolidado. Este se encuentra constituido como mínimo por un médico capacitado en Cuidados Paliativos y otros profesionales de enfermería, psicología, trabajadores sociales, con una formación básica en CP -conocimientos, actitudes y habilidades en CP para el diagnóstico, tratamiento, prevención y derivación- y dedicación exclusiva o semiexclusiva. La formación de post-grado teórico práctica de los profesionales debe ser certificada o recertificada por la autoridad competente. Se debe contar con ministros de fe y/o asesores espirituales disponibles. Un equipo de voluntarios (previa selección y entrenamiento adecuados), y una secretaria son un opcional recomendado. Los profesionales del equipo básico consolidado cuentan con los mismos servicios e instituciones de apoyo del nivel 1, así como con consultores estables: clínicos, cirujanos, bioeticista, etc.”.</p>	<p>“Nivel III. Está formado por el equipo capacitado en Cuidados Paliativos, con conocimientos, actitudes, y habilidades en CP para el diagnóstico, tratamiento, prevención y derivación, y que debe incluir como mínimo 4 disciplinas (medicina, enfermería, psicología y trabajo social). La formación de post-grado teórico práctica de los profesionales debe ser certificada o re-certificada por la autoridad competente. Contará con secretaría y los servicios e instituciones de apoyo y consultores estables que posee el nivel 2. Los voluntarios (previa selección y entrenamiento adecuados) son un recurso humano opcional altamente recomendado”.</p>
---	--	--

Tabla 1 - Fuente: Resolución 357/2016 del Ministerio de Salud de la Nación (B.O. 5/4/2016)

Esta resolución es anterior a la ley 27678 y es de esperar que sea actualizada en función de las directivas de esta ley. Por otra parte, estas directrices están sujetas a la adhesión de las provincias y a su propia normativa para regular los equipos y, sobre todo, a crear los cargos y asignarlos para la efectiva conformación de equipos de CP.

V.2. *A nivel provincial*

En el plano provincial, analizaré las normas que regulan la creación y funcionamiento de los dispositivos y equipos, con referencia a su composición y tipologías.

-Provincia de Buenos Aires: entre las atribuciones de la Comisión Provincial se encuentra la de propiciar la formación y entrenamiento de equipos interdisciplinarios (artículo 3.4 ley 12347 B.O. 22/12/1999). En el Decreto reglamentario 357/2007 (B.O. 9/8/2007) se indica que esta Comisión promoverá “la implementación de una Red Provincial de Cuidados Paliativos (RPCP), que tendrá como objetivos generales: a.- Implementar equipos de Cuidados Paliativos y coordinar sus actividades en los diferentes niveles asistenciales (domicilio y Hospitales Provinciales y Municipales de la Provincia de Buenos Aires) para asegurar continuidad de tratamiento cuando el paciente cambia de lugar de asistencia. b.- Potenciar el rol de la atención primaria en la detección de casos y en la asistencia de situaciones simples”.

-Córdoba: la ley 9021 (B.O. 29/8/2002) instituye “en los Hospitales del Sistema Público de Salud, cuya complejidad lo requiera y la reglamentación determine, las Unidades de Cuidados Paliativos” (artículo 4). Se define a la “Unidad de Cuidado Paliativo” como el “grupo interdisciplinario encargado de la atención activa e integral de las personas que padecen enfermedad avanzada, progresiva, incurable, con pronóstico de vida limitado, o de aquellas afectadas de dolor crónico cualquiera sea su origen, como así también de su familia o entorno afectivo” (artículo 5).

-Río Negro: la ley 3759 (B.O. 16/10/2003) crea la Comisión Provincial de CP con el objetivo de proponer “los lineamientos para el desarrollo de programas provinciales para el cuidado integral de pacientes asistidos en la red pública-privada” (artículo 1). Luego, la resolución 802/2007 del Ministerio de Salud de Río Negro (22/5/2007) que, al igual que hacía la resolución 643/2000 del Ministerio de Salud de la Nación vigente en ese momento, distingue los tres niveles de atención y los tres tipos de equipos. En el nivel 1, se refiere la resolución a un equipo “funcional” (“aquel cuyos integrantes, que reconocen y promueven los beneficios del cuidado multiprofesional e interdisciplinario, no trabajan exclusivamente en Cuidados Paliativos ni conforman un grupo interdisciplinario en forma permanente, pero cuando asisten a un paciente establecen los objetivos y planean las estrategias en forma conjunta”). En el nivel 2, “se requiere la presencia de un equipo básico identificable y consolidado” y un “equipo constituido mínimamente por un médico especializado en Cuidados Paliativos y profesionales de enfermería, psicología, trabajadores sociales, con una formación básica en cuidados paliativos. Disponibilidad de ministros de fe, asesores espirituales o sacerdotes. Recurso opcional: voluntarios y secretaria administrativa”. Finalmente, en el nivel 3, “el equipo completo de recursos hu-

manos debe ser especializado en Cuidados Paliativos. El equipo debe hallarse a disposición del paciente y familia las 24 horas del día”.

-Misiones: la ley XVII-53 (B.O. 9/10/2006) “tiene por objeto instrumentar el “Servicio de Cuidados Paliativos” en hospitales públicos con Nivel III y servicios privados de igual nivel para pacientes con enfermedades terminales” (artículo 1). En consecuencia, dispone que “los hospitales públicos y/o instituciones estatales de medicina asistencial con Nivel III deben contar con equipos de cuidados paliativos integrados por médicos generalistas, especialistas según patologías, anestesistas, enfermeras, psicólogos, kinesiólogos, nutricionistas, trabajadores sociales y todo profesional que el paciente necesite, quienes tienen a su cargo el desarrollo y cumplimiento de las funciones en los términos que fije la reglamentación” (artículo 5).

-Neuquén: el artículo 3 de la ley 2566 de Neuquén (B.O. 7/12/2007) propicia la formación y entrenamiento de equipos interdisciplinarios. El artículo 4 dispone que el “Programa provincial de cuidados paliativos” se implementará “a través de las unidades de cuidados paliativos del Hospital Regional “Castro Rendón” y de los hospitales de referencia en el interior de la Provincia”.

-Entre Ríos: el artículo 6 ley 9977 (B.O. 2/8/2010) afirma que los equipos deben ser interdisciplinarios. Por decreto 2610 del Gobernador (B.O. 25-2-2016) se crea el servicio de CP en el Hospital Materno Infantil “San Roque” de Paraná.

-Ciudad de Buenos Aires: la resolución 587/2010 del Ministerio de Salud (B.O. 22/03/2010) señala que “en cada región sanitaria deberá garantizarse en un plazo no mayor a un año la existencia de al menos un equipo básico identificable y consolidado, constituido como mínimo por un médico especializado en Cuidados Paliativos y otros profesionales de las áreas de enfermería, psicología, trabajo social, terapia ocupacional y farmacia con formación básica en Cuidados Paliativos y dedicación exclusiva o semi-exclusiva. Debe contar además con consultores estables: clínicos, cirujanos, bioeticistas, etc.”. Esta resolución sigue las Normas de Organización y Funcionamiento de Cuidados Paliativos (resolución 643/2000 Ministerio de Salud de la Nación) vigentes en ese momento, e identifica tres tipos de equipos: “equipo funcional de CP”, “equipo básico” y “equipo completo especializado en CP”. La resolución 587/2010 hace una opción por la “mejora en los niveles asistenciales existentes”, de modo que “la creación de recursos asistenciales específicos debe ser planificada y adaptada a las necesidades de apoyo que tengan dichos niveles, una vez introducidas estas mejoras”. Para esta resolución, “los dispositivos asistenciales específicos deben ser considerados como recursos de apoyo a los niveles ya existentes, asegurando en todo momento que no se establezcan redes paralelas a los mismos. Los apoyos no solamente deben ser en el terreno asistencial, sino también en la formación, interconsultas o asesorías y coordinación entre niveles”.

-Santa Fe: la ley 13166 (B.O. 5/1/2011) señala que la autoridad de aplicación deberá “intervenir en la autorización para la creación y posterior control del funcionamiento de efectores privados y públicos que se dediquen a cuidados paliativos” (artículo 4.1). La estrategia asumida a nivel normativo supone el desarrollo de los “equipos funcionales” (Decreto 2777/2012, B.O. 18/10/2012). En el artículo 7 de este Decreto, que reglamenta el artículo 7 de la ley 13166 referido a los “recursos humanos”, se dispone que “1) La conformación profesional de los equipos podrá incluir trabajadores de más de un establecimiento de salud de la red vinculados en perspectiva de red por su participación en el proyecto terapéutico compartido; siendo excluyente la participación de al menos un médico, un enfermero, un psicólogo y un trabajador social en términos de la interdisciplinariedad requerida; sin desmedro de la inclusión de otras profesiones si el equipo mismo lo considerara necesario”. Según el Decreto, se entiende por “equipo funcional” “a aquel cuyos integrantes se reconocen entre sí y son reconocidos por los equipos territoriales en términos de capacidades para la definición de un proyecto de cuidados paliativos adecuados a las necesidades del paciente, los que deberán promover siempre los beneficios del cuidado multiprofesional e interdisciplinario, con perspectiva de redes regionalizadas que priorizan la atención de las personas en el lugar más cercano a su domicilio si hay viabilidad para ello” (artículo 6.1). Explícitamente se aclara que “estos equipos funcionales no necesariamente conformarán una estructura orgánica en los establecimientos para trabajar exclusivamente en Cuidados Paliativos, sino que se constituirán en la articulación para la tarea sin desmedro de sus tareas habituales, en un número calculado con base a datos epidemiológicos y de disponibilidad regional de recursos humanos en salud” (artículo 6.3).

-Chaco: La ley Nro. 2066-G (Antes ley 7129 B.O. 7/12/2012) contiene una detallada regulación del Sistema Provincial de CP y dispone que la autoridad de aplicación “establecerá la estructura organizativa de los establecimientos públicos en relación a todas las modalidades” y “en los casos de establecimientos privados y casas de cuidados o “hospices”, serán los propios establecimientos los que establecerán sus estructuras organizativas” (artículo 15). Esta ley dispone que “los equipos de cuidados paliativos deben ser interdisciplinarios y estarán conformados por un Médico Director que deberá ser asistido por profesionales de la salud, de acuerdo con las necesidades de cada paciente, quienes deberán acreditar capacitación y experiencia específica que considere la autoridad de aplicación. Asimismo, contarán con el asesoramiento del Comité Hospitalario de Bioética creado por ley 4781” (artículo 12).

-La Rioja: la autoridad de aplicación tiene la función de “Impulsar el desarrollo de dispositivos de Cuidados Paliativos, coordinados en red para la internación específica, atención ambulatoria, atención en centros de día, atención en casa de Cuidados Paliativos y atención domiciliaria para asegurar la continuidad asistencial del paciente y su familia durante todo el proceso de la enfermedad y

durante el duelo” (artículo 5.3. ley 9627 - B.O. 10/2/2015). Esta ley señala que el Programa Provincial de Cuidados Paliativos tiene como objetivo “implementar Servicios de Cuidados Paliativos integrados por equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios compuestos por profesionales, técnicos, voluntarios, cuidadores y otros trabajadores con capacitación en Cuidados Paliativos y pertenecientes a las áreas de medicina, enfermería, psicología, terapia ocupacional, trabajo social y toda otra indicada por el equipo profesional interviniente, a los fines de realizar planes de acompañamiento y apoyo al paciente y su familia durante el curso de la etapa paliativa de la enfermedad y durante la elaboración del duelo” (artículo 3.1 ley 9627 B.O. 10/2/2015).

-Catamarca: la ley 5488 (B.O. 11/11/2016) dispone que “los establecimientos de salud públicos, que integran el Sistema Provincial de Cuidados Paliativos, deberán brindar atención paliativa bajo todas las modalidades del Artículo 7º de la presente ley” (artículo 10). Esta ley define a la Unidad de CP con una redacción similar a la ley de Córdoba y el artículo 13 impulsa desarrollo de dispositivos con una redacción similar a la ley de La Rioja. A su vez, el artículo 14 precisa que estas unidades “funcionarán como equipos sanitarios autónomos e interdisciplinarios, dependientes de la Dirección de los establecimientos sanitarios a la que pertenezcan y estarán integradas, en los términos y condiciones que la reglamentación establezca, por: I. Profesionales de la salud humana designados en sus funciones, previa convocatoria interna, en base a idoneidad y experiencia en la materia. II. Profesionales de disciplinas conexas y personas voluntarias que acrediten capacitación y entrenamiento en Cuidados Paliativos y Tratamiento del Dolor. Cada Unidad funcionará bajo la supervisión de un Coordinador de Equipo, el que deberá poseer antecedentes en la especialidad de Cuidados Paliativos y Medicina del Dolor”.

-Santa Cruz: impulsa “el desarrollo de las unidades de cuidados paliativos en todos los efectores de salud con internación, con su correspondiente recurso humano, que podrá ser asignados “Ad-hoc” para la función, así como los recursos económicos correspondientes para su funcionamiento” (Artículo 8, ley 3501 - B.O. 22/11/2016).

-Corrientes: la ley 6424 (B.O. 19-12-2017) que establece el Programa Provincial de Cuidados Paliativos dispone que los equipos serán “interdisciplinarios y multidisciplinarios compuestos por profesionales, técnicos, voluntarios, cuidadores y otros trabajadores con capacitación en cuidados paliativos y pertenecientes al área de medicina, enfermería, psicología, terapia ocupacional, trabajo social, y toda otra indicada por el equipo profesional interviniente” (artículo 3).

-Tucumán: la resolución 238-2019 del Sistema Provincial de Salud (B.O. 13/6/2019) fija metas concretas en torno a la consolidación de equipos, a saber: “Lograr al 2019, que los hospitales Padilla, de Niños, maternidad de Las Mer-

cedes y Centro de Salud Zenón Santillán cuenten con una unidad de dolor y cuidados paliativos Lograr al 2021, que todos los hospitales de tercer nivel de la provincia cuenten con una unidad de dolor y cuidados paliativos". Según la resolución, los equipos son interdisciplinarios.

A fin de completar el estudio, hay que tener en cuenta que, en el caso de las provincias de Chubut, La Pampa y Salta, rige la adhesión a la ley nacional 27678. En las restantes provincias (Formosa, Jujuy, Mendoza, San Juan, San Luis, Santiago del Estero y Tierra del Fuego) no encontramos normas explícitas sobre esta dimensión del análisis.

VI. Conclusiones

En este trabajo he referido la normativa nacional y provincial sobre CP en lo que concierne a la integración de esos cuidados en el sistema de salud en relación a cuatro aspectos: los CP en la normativa de regulación del sistema de salud, la cobertura de los CP, las modalidades de prestación de los CP y el desarrollo de los dispositivos y los equipos de CP.

Ante todo, cabe destacar que la regulación de los CP en Argentina no se limita a ordenar la cobertura de un conjunto de prestaciones, sino que procura diseñar un "modelo de atención" (artículo 3 ley 27678). Ello supone un trabajo articulado entre los distintos subsistemas y sectores de salud y también en los distintos niveles de atención. Es un modelo que abarca todo el ciclo vital y no se limita al paciente, sino que incluye también a su familia o entorno. A nivel nacional existen directivas de regulación del funcionamiento de los CP, aprobadas en el año 2000 y reformadas en 2016.

En el plano provincial, encontramos normas sobre CP que ponen el énfasis en la integración de los CP en los hospitales públicos y el dictado de protocolos o estándares por la autoridad de aplicación para el funcionamiento de los servicios. En las provincias Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, San Juan, Santa Fe y Tucumán y en la Ciudad de Buenos Aires encontramos normas sobre estos temas, con distintos alcances. En los casos de Chubut, La Pampa, La Rioja y Salta rigen las normas nacionales por su adhesión a la ley 27678. En los casos de Jujuy, Santa Cruz y Tierra del Fuego los CP aparecen mencionados explícitamente en las normas regulatorias del sistema de salud vinculadas con el cáncer. Finalmente, en los casos de Formosa, San Luis y Santiago del Estero no encontramos normas explícitas en esta dimensión.

Respecto a la cobertura de los CP por el sistema de salud, a nivel nacional los CP se incorporaron al PMO ya en 2002. Con la ley 27678 es de esperar una actualización de esa normativa, para ampliar su cobertura. A su vez, los CP están incluidos en las líneas de cuidado priorizadas a nivel nacional por el programa PAISS que apunta a la población con cobertura pública exclusiva. Por su parte, en las jurisdicciones Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Catamarca,

Chaco, Córdoba, Corrientes, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Misiones, Neuquén, Río Negro, Santa Fe y Tucumán se encontraron normas, de distinto alcance, sobre tal cobertura. Considera que la mejor práctica en estos casos se puede verificar en las leyes de Neuquén, Chaco y Catamarca, pues explícitamente establecen que la obra social provincial debe cubrir los CP. Igualmente, considero una buena práctica análoga lo que realizan La Rioja y Corrientes, que mencionan que las prestaciones de CP se integran al PMO. En Jujuy y Santa Cruz la normativa se vincula con la atención de los pacientes oncológicos. En los casos de Chubut y Salta la adhesión a la ley nacional 27678 tiene implicaciones en la dimensión local para la cobertura. En los casos de Entre Ríos, Formosa, Mendoza, San Juan, San Luis, Santiago del Estero y Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur no se encontraron normas sobre este punto. Ello no significa que no existan disposiciones o regulaciones no accesibles por sitios de internet sobre la temática.

En cuanto a las modalidades de prestación de servicios de CP, la normativa analizada distingue la internación, la atención ambulatoria y domiciliaria y en “hospices” o casas de cuidados. En general, se promueve la atención domiciliaria. Las jurisdicciones que tienen normativa específica sobre esta dimensión son: Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, La Rioja, Misiones, Neuquén, Río Negro, San Juan, Santa Cruz y Santa Fe. En el caso de Formosa, Jujuy, Mendoza, San Luis, Santiago del Estero y Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur no encontramos normas sobre este tema.

En cuanto a la conformación e integración de los equipos de CP, la ley 27678 propicia “la conformación de equipos de trabajo interdisciplinario y multidisciplinario para el área de cuidados paliativos en todos los subsectores de salud” (artículo 6.c). En este campo, es fundamental la resolución 357/2016 del Ministerio de Salud de la Nación que aprueba la “Directriz de Organización y Funcionamiento en Cuidados Paliativos” y distingue tres niveles para los distintos equipos, que varían en función de la situación del paciente. Pareciera que estas directivas deberían ser actualizadas luego de la sanción de la ley 27678.

A nivel provincial, se encuentran normas que regulan la creación de equipos en los efectores de salud. También se promueve la conformación interdisciplinaria de los equipos. Se encuentran algunas experiencias que se limitan a equipos funcionales, mientras que otras normas adoptan los tres niveles que se propician a nivel nacional. Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, La Rioja, Misiones, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Santa Fe y Tucumán son las jurisdicciones que tienen normativa explícita en la materia. En los casos de Chubut, La Pampa y Salta rige la ley 27678 por adhesión provincial. En Formosa, Jujuy, Mendoza, San Juan, San Luis, Santiago del Estero y Tierra del Fuego no encontramos normas explícitas sobre esta dimensión.

En definitiva, se puede afirmar que existe a nivel nacional un plexo normativo que favorece la integración de los CP en el sistema de salud. En algunos casos, las

provincias, ya sea por la adhesión a la ley nacional o por su propia normativa, también cumplen con esa integración desde lo normativo. El desafío del federalismo se presenta de forma imperiosa en esta materia, a cuyo fin un rol fundamental lo juega el Consejo Federal de Salud. En todos los casos, es decisivo a nivel provincial la asignación de partidas presupuestarias concretas y medidas administrativas para que el sector público garantice los servicios de CP de forma integrada y como modelo de atención.