



**UNIVERSIDAD
DE LOS LLANOS®**



50
Años

Fundamentos de los Cuidados Paliativos y Normatividad

*Concepto, historia, principios y marco
Colombia (Ley 1733 de 2014).*

Enfoque ético y bioético en el final de la vida.

*"Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad
la calidad de vida de los pacientes y sus familias" (OMS, 2020)*



Introducción y Objetivos del Módulo



Presentación

"Este módulo fundamenta la comprensión de los cuidados paliativos como una disciplina científica rigurosa que trasciende la intervención médica convencional, constituyéndose en un compromiso integral con la dignidad humana."

- ✓ Enfoque en calidad de vida
- ✓ Marco legal colombiano (Ley 1733)

Objetivos de Aprendizaje



Atención Integral

Analizar críticamente la definición de la OMS (2020) y el concepto de "dolor total" de Saunders (1964) para un abordaje holístico basado en evidencia.



Evolución Histórica

Examinar los hitos históricos y las contribuciones de Saunders y Kübler-Ross (1969) que fundamentaron la medicina paliativa moderna.



Modelo Interdisciplinar

Reconocer los roles del equipo y la importancia de la unidad paciente-familia.



Marco Normativo y Ético

Evaluar críticamente la Ley 1733 de 2014 "Consuelo Devis Saavedra" y los principios bioéticos de Beauchamp y Childress (2019) en el contexto colombiano.



Definición de Cuidados Paliativos

Perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020)

"Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la **calidad de vida** de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento" (OMS, 2020).

Nota académica: Esta definición actualizada de la OMS (2020) enfatiza la identificación temprana y el tratamiento integral, superando el enfoque exclusivamente terminal de décadas terminal de décadas anteriores.



Prevención y Alivio

Identificación temprana, evaluación impecable y tratamiento del dolor y otros problemas.



Multidimensional

Aborda problemas de índole física, psicosocial y para un cuidado integral.



Unidad de Cuidado

El foco de atención se extiende desde el paciente su familia y cuidadores.



Objetivos Principales de la Atención Paliativa

Metas fundamentales para garantizar la calidad de vida y la dignidad según la OMS (2020).

Evidencia científica: Estos objetivos han demostrado mejorar significativamente la calidad de vida y reducción de síntomas (Temel et al., 2010).



Alivio del Dolor y Síntomas

"Identificación temprana, evaluación impecable y tratamiento del dolor y otros problemas físicos" constituye el pilar fundamental de la atención paliativa (OMS, 2020).

Referencia: Temel, J. S., et al. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *New England Journal of Medicine* 363(8). 733-742.



Afirmación de la Vida

Considerar el morir como un proceso normal, sin acelerar ni posponer la muerte, permitiendo que el paciente viva activamente hasta el final.



Soporte Psicosocial y Espiritual

Abordaje de las necesidades emocionales, sociales y espirituales, reconociendo el sufrimiento en todas sus dimensiones humanas.



Apoyo a la Familia

Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a la familia a afrontar la enfermedad del paciente y el proceso de duelo posterior.



Población Objeto de los Cuidados Paliativos

Contrario a la creencia popular, no se limitan al cáncer o a la fase final de la vida. Se dirigen a cualquier cualquier persona con una enfermedad grave e irreversible.

Criterios de Atención

- ✓ Enfermedades terminales
- ✓ Patologías crónicas y degenerativas
- ✓ Enfermedades irreversibles
- ✓ Alto impacto en la calidad de vida

** Pueden aplicarse junto con tratamientos curativos desde fases tempranas.*



Cardiovasculares

Insuficiencia cardíaca congestiva



Respiratorias

EPOC avanzada



Neurológicas

Alzheimer, Demencias, Esclerosis



Otras

Insuficiencia renal, VIH/SIDA, Cáncer

Orígenes Históricos: La Etapa Medieval

"Hospitium"

El Concepto de "Hospitium"

Surgidos en el siglo IV d.C., estos espacios representaron el primer esfuerzo organizado de acogida bajo la influencia cristiana en Europa.



REFUGIO

Hogar para viajeros, huérfanos y peregrinos.



SUSTENTO

Provisión de alimento y descanso físico.



ESPIRITUALIDAD

Consuelo y preparación ante la muerte.



CARIDAD

Atención sin finalidad clínica primaria.

Filosofía de Acompañamiento

"En una época donde la ciencia médica era limitada, el cuidado se centraba en el bienestar del alma. El morir se aceptaba como un proceso natural que requería compañía y paz."

HITOS HISTÓRICOS

Siglo IV

Influencia Cristiana en

Siglo XII

San Bernardo acuña "Hospice"
"Hospice"

Siglo XVII

San Vicente de Paúl



El Nacimiento del Movimiento Hospice Moderno

1842



Lyon, Francia

Mme. Jeanne Garnier funda los primeros **Hospices o Hospices o Calvaries** a través de la Asociación de Mujeres del Calvario.

1879



Dublín, Irlanda

Madre Mary Aikenhead establece **Our Lady's Hospice**, profesionalizando el cuidado compasivo.

1905



Londres, Inglaterra

Se crea el **St. Joseph's Hospice**, pieza clave Saunders sentaría las bases científicas del

“Estas instituciones transformaron el concepto caritativo medieval en una **atención estructurada**, centrando el esfuerzo médico y espiritual en la dignidad del moribundo.

Cicely Saunders y el "Dolor Total"



Dame Cicely Saunders

Enfermera, trabajadora social y médica británica (1918-2005).
St. Christopher's Hospice en Londres (1967), estableciendo fundamentos científicos de la medicina paliativa moderna.

Contribución académica: Saunders (1964) conceptualizó el "dolor total" integrando dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales del sufrimiento.

- ✓ Pionera en el uso de opioides.
- ✓ Integración del cuidado clínico y compasivo.

"Usted importa por lo que es, y hasta el último momento de su vida. Haremos todo lo posible no solo para que muera en paz, sino para que viva con dignidad hasta el final" (Saunders, 1988).

Referencia: Saunders, C. (1988). *Spiritual pain*. Journal of Palliative Care, 4(3), 29-32.

El Concepto de "Dolor Total"



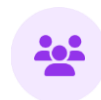
Dolor Físico

Síntomas angustiantes: dolor, disnea, fatiga, insomnio.



Dolor Emocional

Ansiedad, depresión, miedo a lo desconocido y por la pérdida.



Dolor Social

Aislamiento, alteración de roles familiares y preocupaciones económicas.



Dolor Espiritual

Búsqueda de sentido, necesidad de perdón, reconciliación y trascendencia.



Elisabeth Kübler-Ross | 1926 – 2004

"On Death and Dying" (Kübler-Ross, 1969)

Humanización

Revolucionó la medicina al abordar la muerte como una fase natural de la vida, promoviendo la empatía y el acompañamiento psicológico del paciente terminal.

Referencia clave: Kübler-Ross, E. (1969). *On Death Dying*. Macmillan.

Desde la perspectiva académica, su trabajo permitió a los profesionales de la salud entender que el paciente no solo no solo sufre físicamente, sino que atraviesa un proceso proceso emocional complejo que requiere validación y y soporte continuo (Kübler-Ross, 1969).

Nota crítica: Aunque el modelo de las 5 ha sido ampliamente citado, posteriores han demostrado que el duelo sigue necesariamente una secuencia lineal (Stroebe & Schut, 2010).

LAS 5 ETAPAS DEL DUELO (MODELO KÜBLER-ROSS)

1

Negación

Mecanismo de defensa temporal el impacto inicial.

2

Ira

Sentimientos de injusticia, rabia y resentimiento.

3

Negociación

Intento de posponer el final pactos o promesas.

4

Depresión

Tristeza profunda y preparación para la despedida.

5

Aceptación

Paz relativa y comprensión del final.



HISTORIA Y CONTEXTO

Evolución y Desarrollo en Colombia

Un recorrido desde los orígenes clínicos hasta el marco legal actual.



1980

Primera Clínica del Dolor (Medellín) -
- Tiberio Álvarez



1987

Fundación Omega (Bogotá) -
Acompañamiento integral



1988

Hospicio "La Viga" (Cali) - Modelo Liliana
Liliana de Lima



2014

Ley 1733 "Consuelo Devis" - Derecho
Derecho fundamental



Hoy

Consolidación de ~25 equipos
especializados

~25

Equipos especializados distribuidos en el
en el país.



Retos persistentes: Aunque la ley consolida el derecho, persisten desafíos en la **equidad de acceso y profesional** en diversas regiones.



Panorama Estadístico de Cuidados Paliativos en Colombia

"Desde mi experiencia clínica, los datos estadísticos revelan una realidad compleja: mientras Colombia ha avanzado significativamente en el marco normativo, persisten desafíos importantes en la implementación territorial y el acceso equitativo a estos servicios esenciales."

— Perspectiva docente basada en evidencia



60M
personas/año

Necesidad Mundial

Según la OMS, más de 60 millones de personas requieren cuidados paliativos anualmente a nivel global.



14,981
casos nuevos

Colombia 2024

Casos nuevos de cáncer con atención en cuidados paliativos notificados a la CAC hasta enero 2024.



70%
de fallecimientos

Necesidad Nacional

Aproximadamente el 70% de las personas que fallecen en Colombia padecen enfermedades crónicas que requieren cuidados paliativos.

⚠️ Desafíos Identificados

- Los indicadores de acceso mostraron incremento en 2023, pero persisten brechas significativas.
- Disparidad territorial en la disponibilidad de servicios especializados.
- Necesidad de fortalecer la implementación de la Ley 1733 de 2014.

✓ Avances Registrados

- ✓ Marco normativo sólido con la Ley 1733 "Consuelo Devis Saavedra".
- ✓ Incremento en la notificación y seguimiento de casos.
- ✓ Desarrollo de observatorios y sistemas de monitoreo especializados.



Disparidad Regional en el Acceso a Cuidados Paliativos

"La inequidad territorial constituye uno de los principales desafíos en la implementación de cuidados paliativos en Colombia. Los datos revelan una concentración de servicios en centros urbanos, dejando amplias regiones con acceso limitado o nulo."

— Analisis critico basado en evidencia territorial

! Indicador Nacional Critico

Colombia: **0.2** servicios por cada 100,000 habitantes vs. estandar mundial de **2.0**

Bogota D.C.

1.50

servicios/100k hab.

Mejor acceso

Antioquia

0.8

servicios/100k hab.

Acceso medio

Valle del Cauca

0.6

servicios/100k hab.

Acceso medio

Reg. Amazonicas

0.0

servicios/100k hab.

Sin acceso

Regiones con Acceso Nulo

Guainia, Vaupes, Vichada

Amazonas (0.0 servicios/100k)

Poblacion rural dispersa

Estas regiones concentran poblaciones vulnerables con alta necesidad de cuidados paliativos pero sin acceso a servicios especializados.

Contexto Latinoamericano

Colombia (Atlas 2020)

Crecimiento desde 2010

Posicion regional

63 servicios

+ 40%

Media-baja

Segun el Atlas Latinoamericano 2020, Colombia muestra avances normativos pero requiere expansion territorial significativa.



Indicadores del Ministerio de Salud y Protección Social

"Los indicadores oficiales del MSPS revelan avances significativos en la estructuración de servicios, pero evidencian la necesidad de fortalecer la implementación territorial y la integración con el modelo de atención primaria en salud."

—Análisis de políticas públicas en salud

**63**

servicios (2014)

Crecimiento de Servicios

Expansión desde la expedición de la primera reglamentación en 2010, con crecimiento sostenido post-Ley 1733.

**30%**

cobertura real

Cobertura Poblacional

Solo 3 de cada 10 enfermos que requieren cuidados paliativos acceden a servicios integrales especializados.

**11**

años Ley 1733

Marco Normativo

Consolidación del marco legal con la Ley 1733 de 2014 y desarrollos reglamentarios posteriores.

Prioridades MSPS 2024

Acceso a medicamentos opioides

Garantizar disponibilidad y accesibilidad

Continuidad asistencial

Independiente del lugar de atención

Fortalecimiento territorial

Expansión a regiones con menor cobertura

Indicadores de Calidad

Control de síntomas

Satisfacción familiar

Tiempo de respuesta

Consenso colombiano para monitorear la calidad de cuidados paliativos domiciliarios en implementación.

En desarrollo

Piloto

Monitoreado



El Enfoque Holístico



El Modelo del "Dolor Total"

"El concepto de dolor total, acuñado por Cicely Saunders (1964), reconoce que el sufrimiento no es solo un síntoma físico, sino una experiencia multidimensional que abarca aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales" (Saunders, 1988).

Fundamento teórico: Este modelo biopsicosocial-espiritual constituye la base conceptual de la medicina paliativa moderna.



Dimensión Física

Control de síntomas físicos angustiantes: dolor, disnea, náuseas, fatiga e insomnio.



Dimensión Emocional

Abordaje de la ansiedad, depresión, miedo y tristeza ante la pérdida y la muerte inminente.



Dimensión Social

Atención a la alteración de roles familiares, aislamiento y preocupaciones económicas del entorno.



Dimensión Espiritual

Búsqueda de sentido, reconciliación, esperanza y trascendencia en el proceso de final de vida.

Dolor Físico y Emocional

Abordaje integral del síntoma y la respuesta psicológica ante la enfermedad.



Dolor Físico

Control riguroso de síntomas angustiantes mediante métodos farmacológicos y no farmacológicos.

 Disnea

 Fatiga

 Dolor Agudo

 Insomnio

 Náuseas

 Estreñimiento



Dolor Emocional

Abordaje de reacciones psicológicas ante la pérdida, la incertidumbre y la muerte inminente.



Ansiedad y Miedo

Gestión del temor a lo desconocido y el proceso de morir.



Depresión y Tristeza

Acompañamiento en el duelo anticipado del paciente.



Soporte Psicológico

Facilitar la expresión emocional y estrategias de afrontamiento.



ENFOQUE DE CICELY SAUNDERS

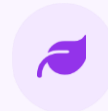
Dimensiones del Sufrimiento: Dolor Social y Espiritual



Dolor Social

Impacto de la enfermedad en el entorno relacional y estructural del

- ✓ **Alteración de roles:** Cambios drásticos en la dinámica familiar y laboral.
- ✓ **Aislamiento:** Pérdida de contacto social y sensación de abandono.
- ✓ **Preocupaciones económicas:** Cargas financieras derivadas del tratamiento y la incapacidad.
- ✓ **Necesidad de apoyo:** Requerimiento de redes de cuidado y recursos sociales.



Dolor Espiritual

Búsqueda de significado y trascendencia ante la inminencia de la

- ✓ **Sentido de vida:** Necesidad de encontrar propósito en el sufrimiento y la existencia.
- ✓ **Reconciliación:** Sanar vínculos pasados y encontrar paz con uno mismo y los demás.
- ✓ **Esperanza y Fe:** Apoyo en creencias religiosas o filosofías de vida personales.
- ✓ **Trascendencia:** Preparación para el final, dejando un legado o significado duradero.

"El alivio del sufrimiento social y espiritual es tan vital como el control físico para una muerte digna y en paz."

El Equipo Interdisciplinario: Roles Médicos y de Enfermería



Médicos Especialistas

- ✓ **Control de Síntomas:** Manejo farmacológico y no farmacológico del dolor y malestares físicos.
- ✓ **Evaluación Pronóstica:** Determinación de la fase de la expectativas clínicas.
- ✓ **Coordinación del Plan:** Liderazgo en el diseño de la estrategia terapéutica terapéutica integral.



Personal de Enfermería

- ✓ **Cuidados Directos:** Atención continua para mantener el confort y la higiene la higiene del paciente.
- ✓ **Administración y Monitoreo:** Gestión de medicamentos y constante de la evolución.
- ✓ **Educación Sanitaria:** Capacitación al cuidador en el manejo del paciente en paciente en el hogar.

"La sinergia entre el diagnóstico médico y el cuidado continuo de enfermería es el primer paso para aliviar el sufrimiento físico y asegurar una vida digna hasta el final."

Apoyo Psicosocial y Espiritual

Cuidando la integridad del ser



Psicología

- ✓ Intervención en crisis y apoyo emocional.
- ✓ Manejo del duelo anticipado.
- ✓ Facilitación de la comunicación familiar.



Trabajo Social

- ✓ Gestión de recursos sociales y legales.
- ✓ Apoyo en cambios de dinámica familiar.
- ✓ Asesoría en trámites y redes de apoyo.



Soporte Espiritual

- ✓ Acompañamiento en la búsqueda de
- ✓ Respeto a creencias y valores personales.
- ✓ Facilitación de ritos y paz existencial.

SOPORTE ADICIONAL
Roles Complementarios



Voluntariado
Compañía y respiro al cuidador.



Terapias Integrativas
Música, arte y bienestar funcional.



Guías Religiosas
Soporte según credo específico.

Unidad de Atención: **El Paciente y su Familia**



El Paciente

Centro de las decisiones, valores y preferencias personales.



La Familia

Parte activa del cuidado y receptora de soporte integral.

Participación Activa

Involucramiento en el plan de cuidados, respetando la respetando la autonomía y dinámica del núcleo familiar. familiar.

Apoyo Continuo

Soporte emocional y práctico durante todas las etapas etapas de la enfermedad avanzada.

Proceso de Duelo

Extensión de la atención tras el fallecimiento para facilitar una adaptación saludable a la pérdida.

"Usted importa por lo que es, y hasta el último momento de su vida." —Cicely Saunders



MÓDULO 1: FUNDAMENTOS
Atención Centrada en la Persona

La Afirmación de la Vida y la Muerte Natural

"Los cuidados paliativos afirman la vida y consideran el morir como un proceso normal, buscando que los pacientes vivan lo más activamente posible hasta el final."



Proceso Normal

Se reconoce la muerte como una fase natural de la vida, estigma de la derrota médica.



Equilibrio Ético

Ni **acelerar**: Evita la eutanasia.
Ni **posponer**: Evita la obstinación terapéutica.



Vida con Dignidad

Maximizar la calidad de vida restante para permitir una consciente y en paz.

Ley 1733 de 2014

"Ley Consuelo Devis Saavedra"

Marco legal: Congreso de la República de Colombia (2014). Ley 1733 de 2014. Diario Oficial No. 49.2

Objeto de la Ley

"Esta ley reglamenta el derecho que tienen las personas enfermedades en fase terminal, crónicas, degenerativas e irreversibles, a la atención en **cuidados paliativos**" 1733 de 2014).

Contexto académico: Esta normativa posiciona a Colombia como pionero en Latinoamérica en la regulación integral de cuidados paliativos.

Pilares de la Atención Integral

 Tratamiento del Dolor

 Alivio del Sufrimiento

 Soporte Psicológico

 Apoyo Espiritual

8 de Septiembre

EXPEDICIÓN EN COLOMBIA



Derecho a la Dignidad

Busca mejorar la calidad de vida tanto del como de su familia, considerando todas las dimensiones del ser humano.

Decisión Voluntaria

"Consagra el derecho a desistir de manera voluntaria y anticipada de tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con la proporcionalidad terapéutica" (Artículo 5°, Ley 1733 de 2014).

Principio bioético: Fundamentado en la autonomía del paciente según (2019).



Definiciones Clave: *Ley 1733 de 2014*



Paciente Terminal

"Persona con enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con nula respuesta a tratamiento específico y un pronóstico de vida limitado, generalmente **inferior a seis (6) meses**."

- ✓ Fase avanzada y progresiva
- ✓ Falta de respuesta terapéutica



Enfermedad Crónica

"Condición degenerativa e irreversible, de larga duración y progresión lenta, que genera **discapacidad progresiva** y un alto impacto en la autonomía del paciente."

- ✓ Degenerativa e irreversible
- ✓ Carácter de larga duración

CRITERIO DE INCLUSIÓN

⚠ Ambas condiciones deben representar un **alto impacto en la calidad de vida** del paciente y su familia.

Derechos de los Pacientes (I)

LEY 1733 DE 2014

"Ley Consuelo Devis Saavedra"

La ley garantiza a las personas con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles el derecho fundamental a una atención digna e integral.



Información Clara y Oportuna

Derecho a recibir información veraz, comprensible y completa sobre su estado de salud, pronóstico y opciones de tratamiento.



Trato Digno y Humano

Derecho a ser respetado como persona, evitando la discriminación y garantizando la privacidad y el acompañamiento familiar.



Acceso Integral y Manejo del Dolor

Derecho a recibir tratamiento para el alivio del dolor y otros síntomas físicos, psicológicos y espirituales de forma oportuna.

Derechos de los Pacientes (II)



Segunda Opinión Médica

Derecho a solicitar y recibir una segunda valoración por parte de profesionales de salud calificados.

- ✓ Garantiza la seguridad en el diagnóstico y pronóstico.
- ✓ Permite al paciente y familia explorar alternativas de cuidado.



Desistimiento Voluntario

Derecho a desistir de manera voluntaria y anticipada de tratamientos médicos innecesarios.

- ✓ Aplica cuando el tratamiento no ofrece beneficio real (futilidad).
- ✓ Basado en la voluntad del paciente y su autonomía.



PROPORCIONALIDAD

Equilibrio entre medios y resultados esperados



VIDA DIGNA

Respeto a la calidad de vida por encima de la cantidad



NO OBSTINACIÓN

Evitar tratamientos que prolonguen el sufrimiento

Autonomía y Beneficencia

Principios rectores para la toma de decisiones al final de la vida según Beauchamp & Childress (2019).

Marco teórico: Los "Principios de Ética Biomédica" constituyen el paradigma dominante en bioética clínica desde 1979.

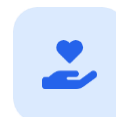


Autonomía

"Respeto por las personas como agentes autónomos" implica el derecho del paciente a tomar decisiones **libres e informadas** sobre su propio cuerpo y tratamiento (Beauchamp & Childress, 2019, p. 101).

- ✓ Respeto a las preferencias individuales.
- ✓ Coherencia con valores y creencias personales.

Ejemplo: Un paciente decide no someterse a tratamientos agresivos, optando por cuidados que prioricen su confort y dignidad.



Beneficencia

"Obligación moral de actuar en beneficio de otros" implica el deber de actuar en el **mejor interés del paciente**, buscando su bienestar y alivio del sufrimiento (Beauchamp & Childress, 2019, p. 202).

- ✓ Redefinición del "beneficio": de curar a aliviar.
- ✓ Optimización de la calidad de vida restante.

Ejemplo: Administrar medicación para el dolor de manera anticipada para asegurar el máximo confort, asumiendo riesgos mínimos.

No Maleficencia y Justicia

Garantizando la integridad del paciente y la equidad en el sistema de salud según Beauchamp & Childress (2019).

Marco conceptual: Estos principios complementan autonomía y beneficencia en el paradigma principalista de la bioética.



No Maleficencia

"Obligación de no infligir daño intencionalmente" implica el deber causar daño deliberado al paciente (Beauchamp & Childress, 2019, p.

- ✓ Evitar tratamientos **fútiles o desproporcionados** (Obstinación Terapéutica).
- ✓ Retirar soportes vitales que no ofrecen beneficio real ni vida digna.

Ejemplo: Cesar una intervención agresiva que prolonga el proceso de morir sin aliviar el sufrimiento.



Justicia

Distribución equitativa y universal de los recursos sanitarios.

- ✓ Acceso sin distinción de nivel socioeconómico, raza o credo.
- ✓ Priorizar la atención paliativa en zonas rurales y marginadas.

Ejemplo: Implementar programas de soporte paliativo domiciliario en municipios apartados de Colombia.

i Ambos principios buscan el equilibrio entre el **respeto a la vida** y la **responsabilidad social**.

Dilemas Éticos: Obstinación vs. Abandono



OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA

Uso de tratamientos médicos **inútiles, gravosos o desproporcionados** sin beneficio.

- *Prolongación artificial del proceso de morir.*
- *Aumento innecesario del sufrimiento físico y emocional.*
- *Desatención a la voluntad del paciente (Ley 1733).*



ABANDONO DEL PACIENTE

Negación o retiro de **cuidados básicos y necesarios** que mantienen la dignidad y alivian el dolor.

- *Falta de control de síntomas refractarios.*
- *Desatención a necesidades emocionales y espirituales.*
- *Ausencia de acompañamiento en la fase final.*

Proporcionalidad

Evaluación riesgo/beneficio centrada en el paciente.



CUIDADOS PALIATIVOS

Dignidad Humana

Alivio del sufrimiento como objetivo primordial.

"El objetivo es evitar ambos extremos, ofreciendo una atención equilibrada que afirme la vida y reconozca la muerte como un proceso natural."

Sedación Paliativa vs. Eutanasia: Diferencias Clave



Sedación Paliativa



Objetivo

Aliviar el sufrimiento insoportable causado por síntomas refractarios.



Procedimiento

Disminución deliberada de la conciencia mediante fármacos ajustados al confort al confort.



Intención

Proporcionar alivio y bienestar. **No** busca acelerar la muerte.



Eutanasia



Objetivo

Evitar el sufrimiento poniendo fin a la vida de la persona.



Procedimiento

Administración de una sustancia con la dosis letal necesaria.



Intención

Acto deliberado con la intención directa de causar la muerte.



Contexto Legal en Colombia (Ley 1733 de 2014)

La normativa regula el acceso a cuidados paliativos y el derecho a desistir de tratamientos innecesarios. *Nota: La Ley 1733 no contempla la eutanasia como parte de los cuidados de los cuidados paliativos.*

Documento de Voluntad Anticipada (DVA)

Garantía de autonomía y dignidad al final de la vida.

 Marco Legal: Artículo 5 - Ley 1733 de 2014

Es el documento mediante el cual toda persona capaz, sana o enferma, manifiesta sus deseos sobre **tratamientos** de padecer una enfermedad terminal o irreversible y no poder expresar su voluntad directamente.



Respeto a la Autonomía

Asegura que las preferencias del paciente se incluso si pierde la capacidad de comunicarse.



Decisiones Clave

Rechazo de tratamientos innecesarios
preferencias de cuidado y voluntad sobre donación
órganos.



Alivio para la Familia

Reduce la carga emocional y previene conflictos
éticos entre familiares y equipo médico.

Toma de Decisiones Sustitutas y Prelación Legal

Pacientes Adultos Incapaces

Cuando el paciente está inconsciente o en coma y no existe DVA previo:

1. Cónyuge o Compañero(a) Permanente
E Hijos Mayores de Edad

2. Padres del Paciente

3. Familiares más cercanos
Por consanguinidad

Niños y Adolescentes



Menores de 14 años

La solicitud de cuidados paliativos debe ser elevada por sus adultos responsables.



Adolescentes (14 a 18 años)

Mantienen su derecho a la participación activa en el proceso.

*"El adolescente **debe ser consultado** sobre la decisión a tomar."*



Nota Legal: Estas disposiciones buscan proteger el interés superior del menor y garantizar atención sea proporcional a sus necesidades.

Conclusiones y Reflexiones Finales



Cuidado Compasivo

La humanización del proceso de morir requiere un enfoque que trascienda lo clínico, abordando el "dolor total" de Saunders (1964) en sus dimensiones física, física, emocional, social y espiritual.



Marco Ético-Legal

La **Ley 1733 de 2014 "Consuelo Devis Saavedra"** y los principios bioéticos de Beauchamp & Childress (2019) garantizan que la autonomía y los derechos del paciente sean el eje central de cada decisión médica.



Dignidad Humana

Los cuidados paliativos afirman la vida y consideran la muerte como un proceso natural, buscando que el individuo viva con plenitud hasta el último momento.

"Usted importa por lo que es, y hasta el último momento de su vida. Haremos todo lo posible no solo para que muera en paz, sino para que viva con dignidad hasta el final."

— DAME CICELY SAUNDERS (1918-2005)

Fundadora de la medicina paliativa moderna

Reflexión académica: Después de más de 20 años en medicina paliativa, puedo afirmar que estos principios siguen fundamental para una práctica ética y compasiva.



Referencias Bibliograficas (1/3)

"La fundamentacion teorica y normativa de este modulo se basa en fuentes primarias de organizaciones internacionales, legislacion nacional y literatura cientifica especializada en cuidados paliativos y bioetica."

Organizaciones Internacionales y Definiciones

Organizacion Mundial de la Salud. (2020). *Cuidados paliativos*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Organizacion Mundial de la Salud. (2014). *Resolucion WHA67.19: Fortalecimiento de los cuidados paliativos como componente del tratamiento integral a lo largo de la vida*. 67.a Asamblea Mundial de la Salud.

International Association for Hospice and Palliative Care. (2018). *Consenso global basado en evidencia para la definicion de cuidados paliativos*. Journal of Pain and Symptom Management, 55(2), 754-761.

Marco Legal Colombiano

Congreso de la Republica de Colombia. (2014, 8 de septiembre). *Ley 1733 de 2014: Por medio de la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, cronicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida*. Diario Oficial No. 49.268.

Ministerio de Salud y Proteccion Social. (2019). *Lineamientos para la atencion integral en cuidados paliativos dirigida a personas con enfermedades cronicas, degenerativas e irreversibles y a sus familias*. MSPS.



Referencias Bibliograficas (2/3)

♥ Pioneros y Fundamentos Historicos (continuacion)

Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Macmillan Publishing Company.

Saunders, C. (1988). Spiritual pain. *Journal of Palliative Care*, 4(3), 29-32.

⚖ Bioetica y Principios Eticos

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.

Gracia, D. (2007). *Fundamentos de bioetica* (2nd ed.). Triacastela.

Callahan, D. (1993). *The troubled dream of life: In search of a peaceful death*. Georgetown University Press.

📊 Datos Estadísticos y Observatorios

Cuenta de Alto Costo. (2024, 12 de octubre). *Día mundial de los cuidados paliativos*. <https://cuentadealtocosto.org/noticias/dia-mundial-de-los-cuidados-paliativos/>

Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos. (2024). *Estado actual de los cuidados paliativos en Colombia: Reporte tecnico 2024*. OCCP.



Referencias Bibliograficas (3/3)

Literatura Cientifica Especializada

Calvache, J. A., Delgado-Noguera, M. F., Lesmes, M. C., Sanchez-Cardenas, M. A., & Rojas-Mirquez, J. C. (2020). Cuantas personas requieren cuidados paliativos para cancer en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerologia*, 24(4), 201-209.

Lamfre, L., Garcia, E., Sanchez-Cardenas, M. A., & Garzon-Orjuela, N. (2023). Analisis de costo-efectividad de los cuidados paliativos a domicilio para pacientes con cancer avanzado en Colombia. *Cadernos de Saude Publica*, 39(2), e00081822.

Leon, M. X., Florez, I. D., Torres, M., & Daza, L. (2023). Barriers and facilitators for palliative care implementation in Colombia: A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 22(1), 45.

Modelos de Atencion y Calidad

Ministerio de Salud y Proteccion Social. (2018). *Modelo de soporte integral y cuidado paliativo al enfermo cronico*. MSPS.

Universidad El Bosque. (2022). *Indicadores para monitorear la calidad de cuidados paliativos domiciliarios: Consenso colombiano*. Repositorio Institucional Universidad El Bosque.

Recursos Academicos Adicionales

Asociacion Colombiana de Cuidados Paliativos. (2024). *Soporte y cuidados paliativos en cancer: Guia de practica clinica*. ACCPAL.

Universidad de La Sabana. (2025). Cuidados paliativos: Una deuda que tiene Colombia. *Noticias Universidad de La Sabana*. <https://www.unisabana.edu.co/noticias/al-dia/cuidados-paliativos-una-deuda-que-tiene-colombia>





GRACIAS!



**UNIVERSIDAD
DE LOS LLANOS®**